



Tesi di dottorato in
“Marketing e Comunicazione”
(XIV Ciclo)

**Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità:
il caso dell’Assistenza Domiciliare Integrata**

Coordinatore
Ch.mo prof. Alfonso Siano

Candidato
Francesco Caputo

Tutor
Ch.ma prof.ssa Marialuisa Saviano

Anno Accademico 2014-2015

Indice

Ringraziamenti	I
Introduzione	III
CAPITOLO I	
<i>Dalla gerarchia alla governance: l'evoluzione della gestione del Servizio Sanitario Nazionale</i>	1
1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale tra tradizione e rinnovamento	1
1.2 Gli albori della gestione in sanità: il modello burocratico	6
<i>1.2.1 Il contributo alla razionalizzazione delle funzioni in sanità</i>	10
<i>1.2.2 Critiche al modello e spunti di riflessione: dalla gerarchia alla partecipazione</i>	12
1.3 I modelli di governo allargati in sanità	15
<i>1.3.1 Il principio dell'interdipendenza e il contributo della prospettiva reticolare</i>	19
<i>1.3.2 Critiche al modello e spunti di riflessione: possibili distorsioni della partecipazione allargata</i>	23
1.4 Dal government alla governance in sanità: il contributo del New Public Management e della prospettiva aziendale	29
1.5 Sfide e opportunità per la sanità	32
CAPITOLO II	
<i>Oltre il New Public Management: nuovi indirizzi di gestione in sanità</i>	37
2.1 Indirizzi di governo e politiche manageriali nel 'nuovo Servizio Sanitario Nazionale': il contributo della prospettiva sistemica alla comprensione dei limiti dei modelli tradizionali	37

2.2 I limiti del focus sull'efficienza aziendale e la necessità di nuovi strumenti di valutazione della performance in sanità	47
2.2.1 Osservazioni e riflessioni sui trend della sanità in Italia	49
2.3 L'evoluzione degli studi di marketing e l'approdo al Service Management	57
2.3.1 Verso la costruzione di nuovi pilastri nel management della sanità	65

CAPITOLO III

Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità: una possibile interpretazione 71

3.1 Systematic Literature Review	71
3.1.1 Conoscenza, asimmetria informativa e distanza cognitiva in sanità	72
3.1.2 Possibili derivazioni dall'analisi della letteratura	81
3.2 Focus sull'insoddisfazione in sanità nella prospettiva relazionale	88
3.2.1 Rischi e costi dell'insoddisfazione in sanità	90
3.2.2 Un modello di sintesi per la comprensione e la prevenzione del disallineamento cognitivo in sanità	96
3.3. Verso la a co-creazione di valore in sanità: il contributo del Service Management	105

CAPITOLO IV

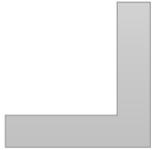
Un ambito di recupero della relazionalità e di implementazione della co-creazione di valore in sanità: l'Assistenza Domiciliare Integrata 111

4.1 Il Servizio Sanitario Nazionale tra prevenzione, riabilitazione e cura	111
4.1.1 Verso una nuova visione dei Livelli Essenziali di Assistenza e dell'Assistenza Domiciliare Integrata	114
4.2 Rischi e opportunità dell'Assistenza Domiciliare Integrata nella prospettiva relazionale	120
4.3 Indagine esplorativa sulla percezione della soddisfazione in regime di Assistenza Domiciliare nella provincia di Salerno	127
4.3.1 Metodologia e percorso di ricerca	128

<i>4.3.2 Raccolta ed elaborazione dei dati primari</i>	134
<i>4.3.3 Raccolta ed elaborazione dei dati secondari</i>	141
<i>4.3.4 Discussione dei risultati</i>	155
<i>4.3.5 Limiti della ricerca e implicazioni manageriali</i>	156
Conclusioni	159
Riferimenti bibliografici	165
Riferimenti normativi	179
Sitografia	181
Appendici	183
<i>A.1 – Articoli selezionati nella Systematic Literature Review</i>	183
<i>A.2 – Dati sulla popolazione indagata</i>	201

“L’esperienza comprova che, quando le nuove opere così annunziate e celebrate non ripigliano semplicemente e proseguono a lor modo l’unico ed eterno canto che è dell’anima umana, sono mere velleità di poesia e nel fatto appartengono ad altre ed estranee cerchie di cose, pregevoli o spregevoli che si voglia poi giudicarle”

Croce B. (1950). *Poesia antica e moderna. Interpretazioni.*
Gius. Laterza & Figli, Bari, pp. VII-VIII.



Ringraziamenti

Questo lavoro è il risultato di un percorso di studio, riflessione ed elaborazione che, nel corso del tempo, si è arricchito di stimoli, intuizioni e derivazioni non previste inizialmente e che mi hanno consentito di scrivere queste pagine e di arricchire il mio bagaglio culturale negli intensi anni che hanno scandito il Dottorato di Ricerca in Marketing e Comunicazione. Tale risultato non sarebbe stato possibile senza gli stimoli, gli insegnamenti e i suggerimenti di tutti coloro i quali hanno rappresentato un punto di riferimento lungo tutto il percorso.

I miei ringraziamenti vanno, innanzitutto, alla Professoressa Marialuisa Saviano per essere stata molto più di un mentore nel mio percorso di ricerca. La ringrazio per avermi indicato quotidianamente la strada da seguire per fare sempre di più e meglio oltre che per avermi indirizzato, passo dopo passo, nel mio percorso di crescita. È grazie a lei, infatti, che ho avuto la possibilità di avvicinarmi al Professore Sergio Barile, quale Maestro e fonte inesauribile di stimoli e riflessioni e al suo gruppo di ricerca. Ringrazio, inoltre, il Professore Alfonso Siano, puntuale e importante riferimento lungo un percorso di Dottorato ricco di stimoli decisivi per la mia formazione scientifica.

I miei ringraziamenti vanno, poi, a tutti i membri dell'ASVSA, *Associazione per la ricerca sui Sistemi Vitali* e, in particolare, al Professore Francesco Polese, al Professore Primiano di Nauta, al Professore Biagio Merola, al Dottore Mario Calabrese, alla Dottoressa Francesca Iandolo, al Dottore Alberto Bilotta e alla Dottoressa Barbara Napoli con i quali ho condiviso importanti momenti di confronto culturale.

Non posso non ringraziare, inoltre, la mia famiglia e, in particolare a mio padre Giovanni, a mia madre Marialuigia e a mio fratello Gianluca che, con il loro supporto, hanno reso possibile una dedizione prioritaria al mio percorso di studi.

Sento, poi, la necessità di ringraziare Federica, per essermi stata quotidianamente vicino con profondo affetto.

Infine, ringrazio il personale della Magaldi Life S.r.l. e, in particolare, l'Amministratore Delegato Dottore Emilio Magaldi e la Dottoressa Maria Russo che mi hanno consentito di arricchire il mio lavoro di significative evidenze empiriche.

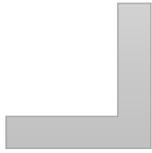
Ringraziamenti

Consapevole di essere solo all'inizio di un lungo cammino, sono orgoglioso e grato di sentirmi parte di un gruppo di ricerca e di immaginare di poter dare un seppur piccolo contributo.

Grazie di cuore

Campus Universitario, Gennaio 2016

Francesco Caputo



Introduzione

La sanità ha generato, negli ultimi anni, una crescente attenzione da parte di tutti coloro i quali, a vario titolo, sono interessati ai temi del decidere e dell'agire nei contesti organizzati.

Tale crescente attenzione ha assunto forme diversi e ha prodotto indirizzi variegati in funzione delle esigenze di volta in volta manifestate dal contesto e degli obiettivi ritenuti prioritari dai diversi policy maker.

Si è assistiti in questo modo a progressivi sconvolgimenti nell'articolato scenario della sanità prodotti dalla volontà di assecondare talune finalità piuttosto che altre. I momenti di stallo e di ripensamento sono stati molteplici e sono sempre stati caratterizzati dal prevalere degli interessi di una categoria di attori a discapito degli altri in attuazione di una logica win-lose in cui la sanità è stata considerata più un terreno di caccia che la formalizzazione di un complesso di attività dirette al soddisfacimento del bisogno collettivo di salute.

Il più recente di tali momenti può essere sintetizzato nel processo noto come 'aziendalizzazione' della sanità e diretto a traslare nel contesto di erogazione dei servizi sanitari i principi di efficienza tipicamente associati al fenomeno azienda al fine di ridurre sprechi e disfunzioni di un comparto perennemente in disavanzo.

Tale processo, che agli occhi dei più porta con sé importanti miglioramenti nella gestione della sanità, cela in realtà alcuni rischi rilevanti tra cui la perdita di umanizzazione del servizio sanitario e i conseguenti effetti che la stessa può avere in termini di efficacia complessiva del servizio e di soddisfazione dell'utenza.

Partendo da tali premesse il lavoro intende tracciare, seppur brevemente, connotazioni e tratti distintivi che hanno caratterizzato l'evoluzione dei modelli di management in sanità al fine di individuare possibili elementi di riflessione su cui fondare la definizione di un nuovo approccio al Servizio Sanitario Nazionale maggiormente aderente alle mutate esigenze del contesto e capace di assicurare sia la soddisfazione dell'utenza sia il rispetto dei vincoli stringenti imposti dalla ormai cronica scarsità di risorse.

In tale direzione la stesura focalizza l'attenzione sui filoni di studio dell'Approccio Sistemico Vitale, della Service Science e della Service Dominant Logic quali lenti interpretative capaci di evidenziare componenti e processi spesso sottovalutati nel

management dalla sanità ma da cui potrebbe discendere la possibilità di individuare nuovi sentieri capaci di assicurare il recupero di quelle condizioni di equilibrio tra erogatore e utenza che sembra si siano perse per effetto di una crescente divergenza di prospettive in sanità.

Attraverso la contestualizzazione degli indirizzi interpretativi offerti da tali filoni di studio, la stesura offre una rilettura delle dinamiche in atto nel Servizio Sanitario Nazionale focalizzando l'attenzione sui rapporti tra erogatore e utente al fine di tracciare un quadro sintetico dello stato della relazione tra le due categorie di attori nella cornice della più ampia prospettiva connessa all'efficacia dei recenti indirizzi di governo in sanità e alle implicazioni degli stessi in termini di soddisfazione dell'utenza e potenzialità di fruizione, in senso lato, del servizio.

Dall'analisi dei dati disponibili, il lavoro evidenzia l'esistenza di una crescente insoddisfazione da parte degli utenti e di un sempre più evidente malcontento da parte dei soggetti deputati all'erogazione del servizio nel contesto sanitario. Tali tendenze, rilette alla luce degli indirizzi interpretativi offerti dagli studi di marketing e comunicazione, assumono notevole rilievo in quanto evidenziano l'esistenza di alcuni gap interpretativi nella comprensione e nella gestione della relazione tra erogatore del servizio e utente in sanità che potrebbero compromettere la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale vanificando quanto di 'corretto' è stato fino ad oggi realizzato.

La crescente divergenza evidenziata, nella prospettiva adottata, viene interpretata in termini di asimmetria informativa e distanza cognitiva quali campi di studio in cui la 'lontananza' tra modelli interpretativi adottati da attori diversi viene ricondotta alla diversa dotazione di informazioni disponibili e al prevalere di componenti cognitive divergenti che influenzano i comportamenti adottati indirizzandoli verso il perseguimento di alcuni obiettivi piuttosto che altri. Analizzando tali campi di studio, attraverso l'implementazione di una Systematic Literature Review diretta ad evidenziarne implicazioni e osservazioni nello specifico campo della sanità, il lavoro individua nell'implementazione dell'approccio relazionale una possibile strada per offrire soluzioni tangibili ai problemi individuati e traccia percorsi potenziali per attuare i principi della co-creazione di valore e del passaggio ad una logica win-win in sanità.

Gli indirizzi interpretativi derivati dall'analisi della letteratura, combinati con le prospettive di osservazione adottate, vengono poi sistematizzati al fine di delineare i rischi e i costi del disallineamento tra erogatore e utente in sanità e viene declinato un possibile modello di riferimento per spiegare le dimensioni che possono influenzare la distanza tra le

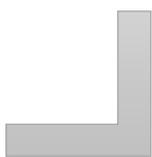
due categorie di attori al fine di indirizzare politiche di governo e scelte strategiche verso condizioni di convergenza ove scompaiono i limiti imposti dall'asimmetria informativa e dalla distanza cognitiva e in cui le iniziative intraprese possono essere considerate la sintesi delle prospettive dei diversi attori coinvolti.

Il modello presentato rappresenta, ovviamente, una costruzione teorica rispetto alla quale molteplici potrebbero essere i limiti attuativi primo fra tutti la necessità di sconvolgere nuovamente le logiche e le regole di funzionamento di un sistema che, nonostante le molteplici inefficienze, riesce ancora a soddisfare le istanze degli attori coinvolti. La stesura evidenzia, in proposito, la necessità di procedere con una realizzazione graduale fondata sull'individuazione di ambiti di sperimentazione in cui testare la validità del modello al fine di estenderne gradualmente l'applicazione senza compromettere l'erogazione del servizio e soprattutto la soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

In attuazione di tali osservazioni, il lavoro propone come primo campo di sperimentazione potenziale il contesto dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) quale percorso avviato con l'obiettivo prioritario di ridurre i costi dell'erogazione dei servizi in sanità ma che, basandosi su una più intensa relazione tra professionisti della salute e utenza, potrebbe offrire interessanti stimoli di riflessione in vista di un potenziale cambio paradigmatico nei modelli di management della sanità. Al fine di verificare se e a quali condizioni l'ADI può essere considerata un primo campo di sperimentazione, la stesura propone un'indagine empirica diretta ad indagare livelli di soddisfazione e la variazione nel tempo della soddisfazione degli utenti che hanno usufruito del servizio nella provincia di Salerno durante il 2015. Il percorso di ricerca è strutturato in modo da raccogliere ed elaborare sia dati primari, attraverso la somministrazione di questionari, sia dati secondari, tratti dalle cartelle cliniche dei pazienti e interpretati attraverso l'elaborazione di un modello di equazioni strutturali. La raccolta e l'elaborazione dei dati mira a valutare in che modo l'interazione prolungata tra erogatore e utente, in contesti diversi da quelli tradizionali, impatta sulla soddisfazione dei pazienti e come l'implementazione di un approccio relazionale incide sulla percezione di qualità del servizio al fine di tracciare possibili percorsi di attuazione della logica di co-creazione del valore in sanità.

Nella parte conclusiva il lavoro propone alcuni possibili futuri sviluppi dell'attività di ricerca avviata delineando la necessità di giungere ad una più compiuta formalizzazione dei meccanismi e delle variabili che influenzano la relazione tra erogatore e utente in sanità. In tale direzione, alcuni avanzamenti proposti dall'Approccio Sistemico Vitale sono ripresi al fine di evidenziare la possibilità di giungere ad una rappresentazione compiuta delle

variabili trattate e con l'obiettivo di enucleare i vantaggi potenzialmente derivanti dall'implementazione di modelli che, investendo sulla relazione in sanità, possano concorrere alla realizzazione di una logica di sistema fondata sulla co-creazione di valore e diretta a realizzare il fine ultimo della tutela della salute nelle sue diverse accezioni e nel rispetto dei vincoli imposti dal contesto.



Capitolo I

Dalla gerarchia alla governance: l'evoluzione della gestione del Servizio Sanitario Nazionale

1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale tra tradizione e rinnovamento

L'attenzione riservata al servizio sanitario negli ultimi vent'anni ha aperto un interessante quanto articolato campo di ricerca le cui linee di intervento spaziano dalla gestione delle risorse umane ai processi di condivisione della conoscenza, dalla creazione di infrastrutture informatiche alla valutazione delle performance, dai processi di apprendimento al contingentamento della spesa e degli sprechi.

In tale articolato novero di interessi il servizio sanitario è stato oggetto di molteplici prospettive di osservazione dirette a meglio comprenderne tanto la composizione quanto il funzionamento e l'evoluzione nel corso del tempo.

Volendo sistematizzare i diversi campi di interessi al fine di poter meglio tracciare un percorso di osservazione che consenta di delineare cambiamenti attuali e potenziali del servizio sanitario è possibile distinguere le seguenti aree:

- *L'area economico-finanziaria*, diretta a valutare condizioni di sostenibilità del servizio sanitario nella prospettiva del contingentamento della spesa imposto dalla cronica scarsità di risorse;
- *L'area dei contenuti di servizio*, che rappresenta l'essenza del servizio sanitario intesa quale potenziale capacità di soddisfazione delle istanze provenienti dall'utenza e dal contesto.
- *L'area degli assetti istituzionali*, concernente l'organizzazione formale e sostanziale delle strutture e dei rapporti su cui si fonda il servizio sanitario¹.

¹ Volendo identificare gli attori che a vario titolo rientrano in quest'area è possibile affermare che "l'assetto istituzionale è definito dalla configurazione dei seguenti elementi: i soggetti nell'interesse dei quali l'istituto si forma e si svolge, i contributi che tali soggetti conferiscono all'azienda, le ricompense che essi ottengono dall'azienda a fronte dei contributi forniti, i meccanismi e le strutture che regolano le relazioni tra contributi e ricompense e i meccanismi e le strutture attraverso i quali le prerogative di governo economico sono esercitate".

Bergamaschi M. (2009). *Creazione del valore e organizzazione in sanità*. McGraw-Hill, Milano, pp. 49-50.

Focalizzare l'attenzione su queste tre aree permette di evidenziare come storicamente il complesso di attività riconducibili al servizio sanitario si siano caratterizzate per una scarsa se non nulla interazione tra queste componenti e con il contesto di riferimento.

L'esercizio delle prestazioni sanitarie in una concezione non molto lontana dai giorni nostri si basava su una netta distinzione tra coloro i quali erano deputati a gestire le risorse, gli 'addetti' all'erogazione del servizio, e i responsabili delle attività organizzative e istituzionali.

La causa di tale tripartizione è da cercare probabilmente nel modello 'mutualistico' in vigore in Italia prima che la Legge 833/78 istituisse il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Soltanto con tale intervento normativo, infatti, si è avviata una prima attività di coordinamento stabilendo che "il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio"².

Nonostante tale intervento, tuttavia, è possibile notare come nella sua prima configurazione il SSN scontava ancora una tripartizione di funzioni piuttosto netta e come le attività di coordinamento si fossero concertate quasi esclusivamente sull'area dei contenuti di servizio accentuandone, nei fatti, il distacco con la gestione finanziaria e con quella istituzionale-organizzativa³.

Nel tentativo di porre rimedio al crescente disallineamento che si stava registrando nell'ambito dei processi e delle strutture di erogazione del servizio sanitario, e al fine di porre un freno all'aumento esponenziale dei costi che si stava registrando a partire dagli anni '90 del XX secolo, è stato avviato un profondo processo di ripensamento del SSN il cui cardine è rintracciabile nel D.lgs. 502/1992 e nel D.lgs. 517/1993 i cui elementi focali sono stati⁴:

² Art. 1 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del servizio sanitario nazionale*. Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.360 del 28-12-1978.

³ In proposito rileva osserva che solo recentemente "the emerging demands of the post-modern cultural debate - namely the recovery of the ecological dimension in the relationship between Man and Nature, and a holistic vision of Man - were coped with by shifting the emphasis from 'curing' to 'caring' (i.e. less hospitalization and improved primary care and community services) and by recovering a patient-centric dimension (i.e. continuity of care and integrated hospital and community services)".
Adinolfi P. (2014). Philosophy, medicine and healthcare: Insights from the Italian experience. *Health Care Analysis*, 22(3), 223-244, p. 233.

⁴ Egidi R. (2011). Il servizio sanitario nazionale italiano. *Dereito*, 20(2), 43-63.

- “estromissione, praticamente totale, dei Comuni dalla gestione della sanità;
- forte riduzione del numero della USL sul territorio nazionale (da 600 a 200 circa);
- trasformazione delle unite sanitarie in Aziende sanitarie (Aziende USL e Aziende ospedaliere), dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale-contabile, gestionale e tecnica (l’aziendalizzazione delle USL ha come primo obiettivo quello di isolare, o, quantomeno, arginare, i fenomeni di eccessiva politicizzazione, garantendo, al contempo, una maggiore responsabilizzazione finanziaria delle regioni);
- introduzione di un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private, fondato sull’accreditamento delle strutture private nell’ambito del SSN e un sistema di finanziamento mediante pagamento delle prestazioni erogate sulla base di tariffe definite dalle singole regioni, tenendo conto del costo delle prestazioni;
- introduzione del principio di libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino (la spesa viene pagata secondo un tariffario nazionale individuato dal ministero e dalle regioni);
- adozione di adeguati sistemi di verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni erogate”.

Nello stesso periodo gli interventi normativi cominciano a spostare l’attenzione dalla sola valutazione delle componenti istituzionali, economiche e organizzative all’utenza evidenziandone il ruolo critico al fine del corretto funzionamento del SSN. In tale prospettiva nel 1992⁵ viene approvata la Carta dei Servizi “intesa nella sua valenza più generale come sistema di tutela delle esigenze del cittadino fruitore dei servizi pubblici”⁶.

Tali interventi trovano nella mitigazione del principio di universalità e nell’introduzione del criterio dell’appropriatezza i più recenti indirizzi diretti ad assicurare una funzionale interazione tra le tre aree del SSN e con il sistema dell’utenza.

Il breve excursus descritto evidenzia, nei fatti, la forte volontà del legislatore di superare la ‘tripartizione della sanità’ descritta i cui effetti hanno inevitabilmente inciso tanto sulla possibilità di sviluppare modelli di management capaci di valorizzare le risorse disponibili quanto sulla qualità dei processi di erogazione del servizio sanitario laddove risultava arduo riuscire a ricondurre gli attori coinvolti verso una prospettiva e obiettivi comuni. Nello specifico è possibile constatare come l’esistenza di un disallineamento forte tra le diverse

⁵ Cfr. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992, n. 305.

⁶ Linee Guida N. 2/95. *Attuazione della Carta dei servizi nel sistema sanitario nazionale*. Pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31 agosto 1995. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_602_allegato.pdf, p. 140.

categorie di attori coinvolte nel SSN ha provocato un frazionamento delle iniziative, delle risorse e delle energie disponibili con conseguente dispersione di valore e impatti negativi sia sulla soddisfazione dell'utenza sia sui costi di mantenimento delle strutture e di erogazione del servizio.

Oggi tali riflessioni sono note alla maggior parte di coloro i quali si interessano di sanità.

Un numero crescente di iniziative sono state avviate e molteplici indicazioni sono state fornite con l'obiettivo di favorire un migliore allineamento tra gli operatori della sanità e con il sistema dell'utenza⁷ al fine di assicurare una maggiore efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema nel suo complesso⁸.

⁷ In linea con tali riflessioni “è del resto intuibile che, se si vede la socialità in antinomia con l'economicità della gestione, non si può non rimarcare la primazia della responsabilità economica e mettere in guardia contro il riconoscimento di obbligazioni sociali a carico dell'impresa. Tuttavia, questo modo di vedere è stato da tempo superato perché non si può oggi non attribuire all'impresa una più ampia responsabilità sociale e pubblica, dato il ruolo ch'essa è destinata a svolgere non solo all'interno dei mercati, ma nell'intera società”. Sciarelli S. (2003). *Il governo dell'impresa in una società complessa: la ricerca di un equilibrio tra economia ed etica. Sinergie rivista di studi e ricerche*, 61-62, 97-115, p. 104.

⁸ In proposito il riferimento al concetto di sostenibilità richiama il costrutto concettuale a cui sono riconducibili “una serie di variabili sia esogene, sia endogene all'impresa, tra le quali:

1. Evoluzione del contesto. La progressiva qualificazione del contesto come “popolazione” di entità con proprietà sempre più marcatamente sistemiche, in grado di esercitare attese e pressioni sull'impresa, ha evidenziato la criticità delle relazioni con le ricordate entità. Si è venuta così evidenziando, in antitesi alla “shareholder company”, la “stakeholder company”, attenta alla qualità dei rapporti con i molteplici e diversi gruppi di portatori di interesse con i quali essa interagisce⁸. Nel quadro delineato riveste particolare significato l'evoluzione della regolamentazione, con un continuo processo di codificazione di “buone pratiche”, il quale richiede un indirizzo di governo e azioni gestionali consapevoli dell'esigenza che una “compliance” sincronica qualifichi la dinamica evolutiva del sistema impresa.

2. Imperativi sociali ed etici. A prescindere dalla criticità delle relazioni diadiche con le diverse entità del contesto, trova crescente affermazione il riconoscimento del determinante impatto sociale ed ecologico dell'operare del sistema impresa. Da tale riconoscimento, scaturisce la richiesta di comportamenti atti a mantenere e implementare nel tempo quella legittimazione che, al di là del consenso alla sua funzione economica, richiede anche la diffusa percezione in positivo del ruolo dell'impresa nel quadro delle odierne istituzioni sociali.

3. Economicità della gestione. Le considerazioni precedentemente formulate comportano l'esigenza di fare riferimento ad una “redditività corretta” per qualificare il risultato economico di una traiettoria di sviluppo del sistema impresa in un quadro di legittimazione della sua funzione e del suo ruolo. Il processo di mitigazione del rischio si palesa così come primo grande momento per conseguire un vero miglioramento dell'economicità della gestione. Ma l'orientamento alla sostenibilità sembra apportare ulteriori benefici all'economicità, sia sul versante dei ricavi che su quello dei costi. Sul versante dei ricavi, ad esempio, incrementi possono conseguire ad un'espansione delle vendite legata al rafforzamento degli elementi reputazionali, realizzati anche attraverso un'opportuna attività di comunicazione verso l'esterno. Per converso, è ragionevole ipotizzare che la sostenibilità, in quanto sovente legata a significativi miglioramenti dei processi produttivi, permetta anche di conseguire risparmi di costi. In sostanza, tali vantaggi corrispondono a una dinamica evolutiva del sistema impresa che si conforma al principio, in cui è riassunto il significato intrinseco dell'orientamento alla sostenibilità, del “doing well by doing good”, vale a dire del raggiungimento di un migliore rapporto in termini di efficienza/ efficacia del comportamento del sistema”.

Particolarmente rilevante in proposito è la presa di posizione del Ministero della Salute che, nel Piano Sanitario Nazionale, tra le priorità da perseguire include la necessità di “rafforzare le sinergie tramite azioni e strumenti alfine di proteggere i cittadini dai rischi e dalle minacce che sfuggono al controllo dell’individuo; accrescere la capacità dei cittadini di decidere riguardo alla loro salute e ai loro interessi e integrare nelle altre politiche gli obiettivi della politica in materia di salute”⁹, precisando che “i principali strumenti e le azioni per il conseguimento degli obiettivi sono quelli finalizzati: (i) al miglioramento della comunicazione con i cittadini; (ii) ad accrescere la partecipazione delle associazioni dei cittadini, del volontariato e delle altre parti interessate all’elaborazione delle politiche in tema di salute; (iii) alla messa a punto di un approccio per integrare le questioni in tema di salute nelle altre politiche, per migliorare l’individuazione precoce, la valutazione e la comunicazione dei rischi sanitari; e (iv) promuovere la sicurezza dei prodotti e dei servizi destinati ai cittadini”¹⁰.

Sembra, in proposito, che sia stato tracciato un percorso di ripensamento del SSN il quale, partendo dall’utenza, mira a consentire la definizione e l’emersione di modelli di management e di governance capaci di fornire risposte rapide e sostenibili alle mutate esigenze di un contesto in continua evoluzione¹¹. Tale percorso, tuttavia, sembra fare fatica ad affermarsi in quanto rallentato dalle numerose resistenze avanzate dagli attori a vario titolo ‘legati’ a logiche e prospettive di governance ormai superate. Diviene pertanto necessario, al fine di individuare un possibile percorso di ripensamento del SSN, tracciarne

Golinelli G.M., Volpe L. (2012). *Consonanza, valore, sostenibilità: verso l’impresa sostenibile*. Cedam, Padova, pp. 5-6.

⁹ Ministero della Salute (2006). *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf, p. 26.

¹⁰ *Ibidem*, p. 27.

¹¹ Rileva precisare che “per gli studi di economia d’impresa, il tema della corporate governance riveste una posizione di centralità in quanto la sua comprensione si rivela imprescindibile per l’approfondimento di problematiche, quali:

- la conformazione degli assetti proprietari e di governo dell’impresa, la ripartizione dei poteri e delle responsabilità di governo e di controllo fra i vari organi, la natura delle relazioni tra la proprietà e l’organo di governo ed i conseguenti riflessi sulla condotta e sulle performance d’impresa;
- le modalità con cui hanno luogo i processi decisionali che conducono alla formulazione degli indirizzi strategici e degli obiettivi d’impresa e come tali processi vengano influenzati dai diversi attori in grado di esercitare pressioni sull’organo di governo;
- le modalità di composizione dei vari interessi nell’ambito del processo di ripartizione della ricchezza generata dall’impresa;
- le forme della comunicazione, istituzionale e non, dell’impresa con i vari pubblici di riferimento;
- ecc”.

Barile S., Gatti M. (2007). Corporate governance e creazione di valore nella prospettiva sistemico-vitale. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 73-74. 149-168, p. 151.

seppur brevemente il processo evolutivo con l'obiettivo di individuare possibili ambiti rispetto ai quali investire per consentire l'emersione di un ponte che colleghi la tradizione del SSN alla necessità di rinnovamento imposta dalle mutate condizioni di contesto. Occorre recuperare valori, principi e idee di un modello che, nella sua essenza, risulta ineccepibile e modificarne la forma rendendola coerente con le evoluzioni sociali, tecniche ed economiche del contesto in cui è inserito¹².

L'obiettivo non deve essere quello di cambiare a tutti i costi in nome di una non meglio definita spinta all'innovazione né tantomeno di modificare l'ordine degli elementi per ottenere lo stesso risultato nel rispetto della logica presentata da Giuseppe Tomasi di Lampedusa nell'opera *Il Gattopardo*¹³. È necessario partire da ciò che di solido vi è nelle attuali fondamenta del SSN per identificare adeguamenti, trasformazioni e ristrutturazioni necessarie ad assicurarne la rispondenza al mercato nonché la coerenza con le logiche economiche-finanziarie di riduzione della spesa.

1.2 Gli albori della gestione in sanità: il modello burocratico

Il termine burocrazia indica letteralmente “l'insieme di apparati e di persone al quale è affidata, a diversi livelli, l'amministrazione di uno Stato o anche di enti non statali”¹⁴. Il termine, coniato all'inizio del XVIII secolo, rappresenta il complesso di poteri, funzioni e ruoli connessi all'esercizio dell'attività pubblica generalmente nell'interesse della collettività.

Il modello burocratico ha rappresentato, probabilmente, la prima forma di coordinamento dell'attività pubblica. Primi esempi in proposito sono rintracciabili tanto nei modelli di amministrazione dell'antico Egitto, durante la dinastia Han in Cina, quanto durante l'impero romano, greco e ottomano.

Il principio di fondo della gestione burocratica è l'identificazione chiara e agevole di compiti e funzioni al fine di consentire un rapido espletamento dei processi operativi.

¹² Con riferimento al tema è evidente che “despite the various reforms carried out during the past half century in the Italian NHS, a sharp contrast undoubtedly exists between the formal architecture of an advanced system centred on health promotion, community services, integrated care, and the substantial reality of a hospital-centric, specialist, pharmacological, fragmented health system, sharply detached from society. In spite of universal coverage, citizens appear to rely more on their own financial resources for health care”. Adinolfi P. (2014). Barriers to reforming healthcare: The Italian case. *Health Care Analysis*, 22(1), 36-58, p. 37.

¹³ Tomasi di Lampedusa G. (1958). *Il Gattopardo*. Feltrinelli, Milano.

¹⁴ <http://www.treccani.it/enciclopedia/burocrazia/>

Ciascun attore coinvolto nel processo ha un definito potere decisionale e campi di intervento assegnati in funzione del:

- “livello gerarchico in cui si colloca,
- contesto locale in cui la decisione viene prodotta e messa in pratica,
- l’ambito operativo verso cui si indirizza la decisione stessa.”¹⁵

Tale approccio trova la sua origine in due fattori principali:

- “la concentrazione di potere nell’ambito di un territorio specifico e delimitato (o territorialità),
- la presenza stabile di obiettivi che richiedono la collaborazione di una collettività di individui”¹⁶.

Le fondamenta dell’approccio burocratico sono da ricercare nella necessità e volontà di assicurare l’equilibrio e la sopravvivenza del sistema attraverso la partecipazione di tutti gli attori a vario titolo coinvolti.

Il modello burocratico nasce dall’esigenza di assicurare una condivisione, seppur imposta, dei percorsi di sviluppo e ha rappresentato fino agli anni ‘80 del XX secolo la strada privilegiata per coordinare realtà di grandi dimensioni (tanto economiche quanto sociali) caratterizzate da una forte complicazione dei processi gestionali dovuta alla presenza di un elevato numero di soggetti coinvolti.

Esso ha rappresentato, e tuttora rappresenta, la base concettuale su cui si fondano i moderni sistemi di amministrazione e ha consentito di massimizzare l’efficienza nella gestione degli interessi pubblici in condizioni di elevata stabilità.

L’approccio sconta, chiaramente, una visione autoritaria di stampo gerarchico le cui implicazioni si ripercuotono a cascata sull’equità complessiva del sistema e sulle possibilità di partecipazione attiva di ciascun attore al processo complessivo¹⁷.

¹⁵ Fondazione Farmafactoring (2009). *Il Sistema Sanitario in controtuce*. Franco Angeli, Milano, p. 15.

¹⁶ Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (2013, a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche*. III Ed. Egea, Milano, p. 59.

¹⁷ In proposito Weber analizzando l’amministrazione moderna identifica tre forme di potere:

- Il *potere carismatico*, tipicamente riconducibile ad apparati istituzionali non formalizzati.
- Il *potere tradizionale*, basato sull’appartenenza ad una classe e sulla distinzione della collettività in ceti organizzati gerarchicamente in cui ci si trova in posizione ‘superiore’ ha il ‘diritto’ di esercitare un potere su chi si trova in una posizione inferiore.
- Il *potere legale*, tipico dello Stato moderno e fondato sull’equità della legge e sulla giustizia.

Cfr. Weber M. (1961). *Economia e Società*. Edizioni di Comunità, Milano, p. 36.

Tabella 1.1 – Le caratteristiche organizzative del modello burocratico

Caratteristiche del modello burocratico	Obiettivi e vantaggi	Criticità
Un corso di studi predeterminato e caratterizzato da certificazioni di competenze unito a prove di qualificazione per l'assunzione e per gli avanzamenti di carriera	Oggettivo. Limita la discrezionalità e particolarismo/clientelismo nelle assunzioni. Standardizza i processi	Sottostima la coerenza tra le attitudini di un candidato e la posizione da rivestire (<i>organizational fit</i>), indipendentemente dal corso di studi o dalla performance nella prova di ammissione
Il dovere di fedeltà all'ufficio, cioè la lealtà ad uno scopo oggettivo e impersonale e obbedienza ai ruoli superiori indipendentemente dalle persone che li ricoprono	Permette di individuare le responsabilità gerarchiche. Tutela i cittadini e il servizio che ricevono indipendentemente dal funzionario.	La gestione delle prove di qualificazione talvolta ha dei tempi e dei costi per definizione inefficienti da un punto di vista organizzativo, ma con una valenza di equità e di trasparenza molto alta.
Il funzionario dispone dell'uso ma non della proprietà degli strumenti del suo lavoro	Enfatizza il ruolo di servizio pubblico del funzionario.	Trascura la componente personale e limita l'autonomia gestionale. Rende più difficile sviluppare senso di identificazione e di appartenenza organizzativa/istituzionale.

Fonte: Borgonovi, E., Fattore, G., Longo, F. (2013, a cura di). Management delle istituzioni pubbliche. III Ed. Egea, Milano, p. 63.

Se da un lato il modello burocratico si presenta, quindi, come soluzione privilegiata nella definizione dei processi organizzativi e nell'assicurare il rispetto di strategie condivise verso obiettivi comuni, dall'altro esso sconta limiti oggettivi connessi alla mancata possibilità di valorizzare il contributo potenziale di ciascun attore (nell'ipotesi in cui non sia stato determinato *ex ante*) e pone una serie di problematiche connesse alle modalità di gestione di tale modello e in particolare ai criteri di selezione delle risorse umane destinate a stabilirne gli obiettivi.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto è chiara la potenziale sovrapposizione che potrebbe esservi tra politica e modelli burocratici nonché le conseguenze che la stessa potrebbe avere in termini di efficienza complessiva del modello. Il principio di fondo da cui partire, e ben sintetizzato dalle parole di Woodrow Wilson¹⁸, è che burocrazia e politica

¹⁸ Sul tema Wilson scriveva "administration lies outside the proper sphere of politics. Administrative questions are not political questions. Although politics sets the task for administration, it should not be suffered to manipulate its office. Public administration is detailed and systematic execution of public law. Every particular application of general law is an act of administration. The assessment and raising of taxes, for instance [...] the transportation and delivery of the mails, the equipment and recruitment of the army and navy

dovrebbero essere ambiti separati laddove la politica è responsabile esclusivamente della definizione degli obiettivi da perseguire e non anche dei percorsi seguiti e delle modalità adottate.

Si tratta di un aspetto particolarmente rilevante che acquisisce notevole rilevanza con riferimento alla gestione di qualsivoglia complesso di attività di interesse pubblico e che si connota di significati particolari se analizzato con riferimento al tema della sanità. Il riferimento, in particolare, è:

- “agli snodi tra assetti istituzionali e gestione delle risorse ed il conseguente problema del consenso e del conflitto nei processi decisionali,
- al ruolo delle strutture private e alla penetrazione di una moderna cultura amministrativa e gestionale da ‘privato’,
- al risultato in termini di tenuta macroeconomica del sistema”¹⁹.

Si tratta di aspetti rilevanti che hanno inciso sulle dinamiche gestionale e decisionali della realtà sanitaria in cui è possibile osservare la presenza di una sempre più spinta verticalizzazione in cui gli organi regionali hanno un ruolo strategico rilevante tanto con riferimento alla risoluzione di problematiche di carattere locale quanto con riferimento alla cruciale funzione di raccordo con gli organi nazionali.

Specificatamente, l’approccio burocratico prevede la possibilità per gli organi regionali di influenzare i processi gestionali e decisionali della sanità attraverso:

- meccanismi di *command and control*, basati sulla definizione di standard e linee guida diretti a orientare e ‘imbrigliare’ i comportamenti degli attori della sanità in percorsi ritenuti ottimali.
- simulazione di *influenze esterne* sull’azienda sanitaria al fine di comprenderne e misurarne la capacità di adattamento e di gestione degli imprevisti.

Tali strumenti evidenziano la presenza, nonostante le diverse dichiarazioni riguardanti la volontà di convergere verso un approccio di collaborazione e condivisione nella gestione della sanità, di una tendenza dell’approccio burocratico fortemente legata alla visione gerarchico-impositiva in cui obiettivi e percorsi sono definiti a monte di un sistema che spesso dimentica la sua essenza e la sua funzione essenziale: la *tutela della salute pubblica*.

etc., are all obviously outside of and above administration. The broad plans of governmental action are not administrative, the detailed execution of such plans is administrative”.

Wilson W. (1941). The study of Administration. *Political Science Quarterly*, 2, 481-506, p. 484.

¹⁹ Fondazione Farmafactoring (2009). *Il Sistema Sanitario in controllo*. Franco Angeli, Milano, pp. 14-15.

1.2.1 Il contributo alla razionalizzazione delle funzioni in sanità

Nonostante il modello burocratico presenti aspetti spesso non collimanti con i più moderni approcci di management e di governance esso ha avuto il merito indiscusso di rendere possibile la gestione del SSN nella sua prima fase di esistenza contribuendo ad identificarne limiti e mancanze nella prospettiva di una più opportuna gestione delle risorse pubbliche.

In tale prospettiva, occorre evidenziare che il principale contributo offerto dall'approccio burocratico alla definizione dei modelli di gestione moderni della sanità è da rintracciare nella propensione alla razionalizzazione delle funzioni in sanità e, più in generale, nel tentativo di individuare principi chiari e condivisi che consentissero una riduzione dello spreco di risorse.

Si tratta di elementi di riflessione importanti se si considera che dopo oltre un ventennio dal superamento dell'approccio burocratico, oggi, il tema principale in discussione con riferimento alla sanità è proprio la riduzione della spesa nonché la razionalizzazione di funzioni e processi che rallentano il sistema compromettendone le funzionalità.

A tal proposito è possibile affermare che gli stimoli di riflessione maturati in seno all'approccio burocratico hanno prodotto primi germogli con l'avvio dei processi di razionalizzazione imposti dal D.lgs. 502/1992 e dal D.lgs. 517/1993 e sono definitivamente maturati con il D.lgs. 299/1999 che, nell'art. 1ter, affermando che "le aziende [sanitarie] informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato" segna la definitiva formalizzazione del processo noto come *aziendalizzazione della sanità*.

Si tratta di un passaggio importante per comprendere l'evoluzione della realtà sanitaria in Italia nonché per definire le basi concettuali e operative che hanno portato all'emersione degli attuali modelli prevalenti di management della sanità. L'introduzione dei principi aziendali in sanità, infatti, apre numerose e importanti riflessioni circa le capacità del soggetto pubblico di gestire in modo efficace, efficiente e sostenibile l'erogazione delle prestazioni sanitarie evidenziando, al contempo, la necessità di un più ampio coinvolgimento degli attori 'privati' nei processi di erogazione del servizio sanitario. Aspetto quest'ultimo che, insieme alla necessità di introdurre un nuovo principio – quello

dell'*appropriatezza*²⁰ –, nella valutazione delle prestazioni sanitarie viene ben sintetizzato nel comma 2 dell'art. 8*quinquies* del D.lgs. 299/1999 in cui si legge che “le regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese”.

Tali principi, seppur indirettamente, possono essere oggi considerati l'eredità che l'approccio burocratico ha lasciato per la gestione della sanità e rappresentano la base su

²⁰ Rileva osservare sul tema che, già nel 1990, Donabedian aveva identificato l'appropriatezza come uno dei sette pilastri fondamentali di una prestazione di qualità in sanità affermando che la qualità dell'assistenza possiede sette attributi fondamentali misurabili:

- *efficacia assoluta*, da intendersi come capacità della prestazione di produrre gli effetti desiderati,
- *efficacia relativa*, legata alla potenzialità della prestazione di generare effetti positivi per la salute dell'assistito,
- *efficienza*, riguardante la capacità della prestazione di produrre benefici per il paziente riducendo al minimo possibili rischi,
- *appropriatezza*, intesa come capacità di erogare interventi di dimostrata efficacia, con la giusta indicazione, al momento giusto e nella giusta quantità;
- *accettabilità*, ovvero coerenza con i principi etici e morali condivisi dalla collettività,
- *accessibilità*, intesa in termini di possibilità per i pazienti che ne hanno necessità di usufruire della prestazione.
- *soddisfazione degli utenti*, tanto in termini di efficacia effettiva della prestazione quanto in relazione alla percezione individuale che il paziente ha della stessa.

Donabedian A. (1990). The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*, 121, 1145-1150, p. 1148.

cui si stanno ergendo, tra numerose difficoltà, i moderni modelli di management della sanità. Essi rappresentano la base di partenza su cui ragionare per individuare possibili strade e percorsi condivisi capaci di sintetizzare le diverse istanze in approcci comuni di gestione che guardano al futuro pur senza dimenticare le origini da cui provengono.

1.2.2 Critiche al modello e spunti di riflessione: dalla gerarchia alla partecipazione

L'approccio burocratico, come è stato evidenziato nelle pagine precedenti, ha rappresentato uno degli elementi distintivi della gestione del SSN soprattutto nella sua prima fase di esistenza. Esso ha offerto numerosi stimoli di riflessione connessi alla necessità di definire approcci di gestione della sanità più funzionali alle esigenze del contesto ed è stato caratterizzato da diverse inefficienze, legate principalmente al rapporto con la sfera politica e alle dinamiche di identificazione degli obiettivi da perseguire in sanità, che ne hanno influenzato l'efficienza esponendone i contenuti a numerose critiche.

Provando a sistematizzare i contributi esistenti sul tema è possibile identificare quattro approcci:

- Un primo approccio, che vede tra i suoi principali esponenti Merton, secondo cui il modello burocratico si caratterizza per una forte anelasticità al cambiamento che ne compromette le capacità di adattamento alle evoluzioni del contesto. Tale effetto è riconducibile alla priorità degli interessi perseguiti che sono da cercare nella volontà di tutelare posizioni di potere precostituite piuttosto che nell'erogazione efficiente del servizio a vantaggio della collettività²¹.
- Un secondo, approccio sviluppato e sostenuto principalmente da Gouldner, in cui si evidenzia come il modello burocratico sia legato principalmente agli interessi di chi detiene il potere piuttosto che agli interessi della collettività. La sua determinazione risente notevolmente dei poteri di influenza registrati in un preciso momento e a determinate condizioni, pertanto la sua struttura non è generalizzabile alla totalità delle attività di matrice

²¹ In proposito Robert King Merton, riprendendo il lavoro di Weber (Weber M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden*. Mohr Siebeck, München), afferma che "bureaucracy involves a clear-cut division of integrated activities which are regarded as duties inherent in the office. A system of differentiated controls and sanctions inherent in the regulations. The assignment of roles occurs on the basis of technical qualifications which are ascertained through formalized, impersonal procedures (e.g., examinations). Within the structure of hierarchically arranged authority, the activities of "trained and salaried experts" are governed by general, abstract, and clearly defined rules which preclude the necessity for the issuance of specific instructions for each specific cause".

Merton R.K. (1949). *Social Theory and Social Structure*. Free Press, New York. p. 250

pubblica e la rappresentazione che esso offre della realtà sconta preconcetti e prospettive che ne compromettono la validità²².

- Un terzo approccio, riconducibile principalmente agli scritti di Crozier, secondo cui il modello burocratico è inefficiente per natura in quanto condizionato da lotte di potere interne che ne compromettono le possibilità di contribuire alla soddisfazione delle istanze della collettività. In tale accezione, l'approccio burocratico viene considerato fallace in quanto basato sulla ricerca di principi assoluti di causa-azione nonché sull'identificazione di percorsi ottimali di risoluzione dei problemi e di gestione che ne compromettono la capacità di leggere e interpretare correttamente l'evoluzione del mercato²³.

- Un quarto approccio, riconducibile principalmente a Davies, che evidenzia la propensione, in presenza del modello burocratico, ad isolare il sistema dall'ambiente esterno ipotizzando che in questo modo sia possibile garantirne la sopravvivenza indipendentemente dalla crescente instabilità esterna²⁴.

²² Approfondendo il tema, Alvin Ward Gouldner propone, in un lavoro del 1954, un'analisi etnografica al fine di tracciare possibili implicazioni dell'approccio burocratico. Il lavoro identifica tre diverse tipologie di burocrazia:

- "Mock bureaucracy: this type comes from outside agency and is implemented officially, but not in daily behaviors. Both management and workers agree in this case to act the same way. The rules are not enforced in this case, neither by management, nor by the workers. No conflict seem to emerge in this case. "Smoking" is in this case seen as inevitable. The no-smoking rule is an example of mock-bureaucracy.

- Representative bureaucracy: both management and workers enforced this rule and it generated very few tensions. In this context, the focus was on the education of workers as management considered them as ignorant and careless regarding security rules. The safety program is an example of representative. Meetings happened regularly to implement this program and it was as well the occasion to voice some concerns for workers. For the management, this program was a way to tighten the control over workers.

- Punishment-centered bureaucracy: this type of program was initiated by management and generated many tensions. Management viewed workers as deliberately willing to be absent. Therefore, punishment was installed in order to force the workers not to be absent. For example, the "no-absentism" rule is an example of the punishment-centered bureaucracy".

Gouldner A.W. (1954). *Patterns of industrial bureaucracy*. Free Press, New York, pp. 216-217.

²³ Specificatamente Michel Crozier, criticando aspramente il modello burocratico alla luce di numerose osservazioni condotte nei paesi in cui lo stesso era prevalente, conclude che "a bureaucratic system of organization is not only a system that does not correct its behaviour in view of its errors; it is also *too rigid to adjust without crisis to the transformations that the accelerate devolution of industrial society makes more and more imperative*".

Crozier M. (1964). *The bureaucratic Phenomenon*. University of Chicago Press, Chicago, p. 198

²⁴ In particolare Davies nel 2009 analizzando il tema scrive che "a common assumption, even for some who promote workplace democracy, is that it is necessarily traded off against productivity. There may be extremes and certain industries where this is the case – extreme forms of workplace democracy may leave no scope for managerial discretion, while there is no doubt that productivity can in many industries be achieved through increased managerial domination. Any mutual organisation must somehow balance its commitment to member representation as a political good with a support for efficient management as an economic good. The most representative governance structures are not necessarily the most effective or efficient, but then the most effective and efficient are not necessarily the most fair. This problem is grappled with practically when

Analizzando tali contributi emerge con chiarezza che l'approccio burocratico presenta un limite considerevole che può essere sintetizzando nella sua tendenza ad essere autoreferenziale e fortemente vincolato ai principi su cui si fonda rendendone difficile, se non impossibile, l'adeguamento ai cambiamenti del contesto in cui è inserito.

Partendo da tali riflessioni è possibile provare a formulare primi spunti di riflessione in tema di definizione di modelli di management della sanità che siano in grado di meglio adeguarsi e rispondere alle istanze provenienti dal contesto. È possibile, in particolare, evidenziare la necessità di implementare modelli che siano in grado di combinare il tradizionale approccio gerarchico-impositivo con i principi della partecipazione e condivisione al fine di consentire una maggiore permeabilità dei confini della sanità e,

mutuals and employee-owned firms set about establishing or re-establishing their constitutions, most tangibly in the balance of power between the board of directors and the board of member representatives or trustees". Davies W. (2009). *Reinventing the firm*. Demos, Londra, p. 63.

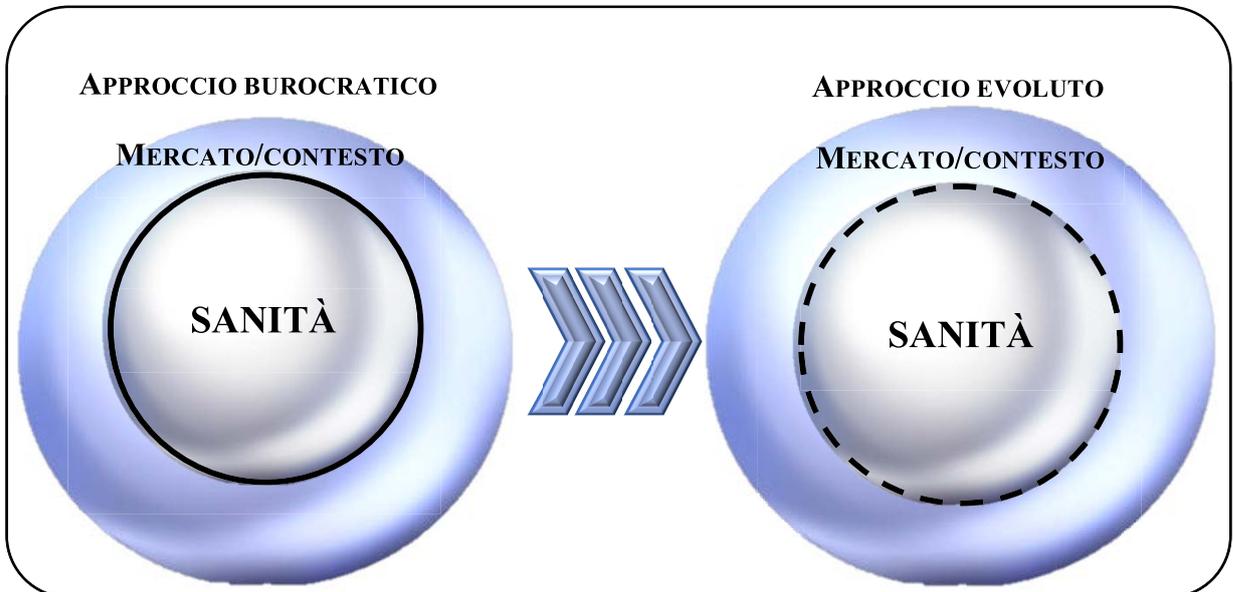
Sul tema De Simone e Simoncini propongono un'analisi approfondita degli effetti negativi che l'approccio burocratico può provocare con riferimento alla gestione di un sistema in condizioni di crescente incertezza dell'ambiente esterno. In particolare, il contributo dei due studiosi identifica quali effetti principali:

- "la *gabbia della depersonalizzazione*. L'imposizione gerarchica attraverso meccanismi di premio-sanzione riduce la propensione individuale dei soggetti coinvolti nell'organizzazione a prendere decisione con la conseguente incapacità, nel lungo termine, di valutare priorità e rilevanza dei processi che si riducono a semplici sequenze di attività routinarie.
- la *conformazione alle idee del gruppo*. L'obbligatorietà di rispettare regole comuni dirette ad assicurare una comunione di comportamenti da parte di tutti i soggetti coinvolti nell'organizzazione compromette le capacità percettive individuale provocando, di conseguenza, l'incapacità dei singoli attori di reagire a situazioni impreviste in tempi brevi.
- la *deresponsabilizzazione*. La possibilità di riferire per qualsiasi situazione ad un complesso chiaro di regole e vincoli stringenti provoca una riduzione delle responsabilità individuali con impatti negativi sulla proattività e quindi sulle possibilità di miglioramento non programmate del sistema.
- l'*intensificazione del controllo*. La perdita di autonomia degli individui dovuta ad un'intensa identificazione con il sistema di appartenenza provoca un incremento del controllo da parte dei soggetti di governo basata sull'utilizzo di strumenti indiretti che utilizzano l'associazione tra identità individuale e identità collettiva come strumento, talvolta subdolo, per orientare i comportamenti degli attori coinvolti.
- la *molteplicità incoerente*. La forte identificazione prodotta e voluta dall'approccio burocratico tra individui e sistemi di appartenenza costringe i singoli attori coinvolti a sviluppare identità diverse in funzione del contesto sociale in cui si trovano ad agire. Tale moltiplicazione provoca conflitti interni all'individuo e si riversa negativamente sulle possibilità di coordinamento e di funzionamento dei gruppi in cui il sistema è articolato.
- il *loop della discriminazione*. L'identificazione tra l'individuo e il sistema in cui opera spinge il primo a riconoscere il secondo come parte determinante del proprio essere. La conseguenza è l'emersione di una forte discriminazione nei confronti di sistemi e gruppi che si fondano su regole e modelli diversi.
- la *crescita della competizione per la difesa del territorio*. Nel tempo l'appartenenza ad un sistema governato secondo i principi dell'approccio burocratico spinge l'individuo, così come il sistema, ad isolarsi dal contesto ignorandone istanze ed aspettative con influenze negative in termini di capacità di adattamento e di evoluzione".

De Simone M., Simoncini D. (2012). Conflitto vs. identità relazionale nel change management. *Sviluppo & Organizzazione*, 248, 46-57, pp. 52-53.

conseguentemente, un incremento della capacità di leggere, comprendere e adeguarsi ai cambiamenti del mercato.

Figura 1.1 – *Verso la permeabilità dei modelli di management della sanità*



Fonte: Elaborazione personale.

Si tratta di una sfida impegnativa per quanti operano nell'ambito dell'articolata realtà sanitaria ma le possibilità legate al cambio di prospettiva che essa impone sono molteplici. Sviluppare modelli di management della sanità in grado di comunicare e interagire agevolmente con il contesto consentirebbe, infatti, di superare l'annoso problema del disallineamento con l'utenza²⁵ e di assicurare una più funzionale collaborazione e gestione tanto delle risorse interne quanto delle risorse acquisite dall'esterno in una prospettiva orientata a perseguire gli obiettivi della riduzione della spesa e della massimizzazione della soddisfazione dell'utenza.

1.3 I modelli di governo allargati in sanità

La realtà della sanità si caratterizza per la partecipazione di attori diversi talvolta animati da prospettive e obiettivi non coincidenti che ne influenzano l'agire. Tale varietà è stata per molto tempo considerata un limite della sanità e, con il modello burocratico, si è tentato a lungo di ridurne l'influenza spingendo verso una omologazione dei comportamenti e una uniformità delle prospettive.

²⁵ Sul tema si ritornerà dettagliatamente nel Capitolo III della presente stesura.

Oggi l'approccio sembra essere cambiato e la prospettiva tradizionale è oggetto di discussione nel tentativo di individuare nuovi paradigmi di riferimento in grado di meglio rispondere alle mutate e mutevoli condizioni di contesto.

Il dibattito sui modelli di governo in sanità sembra aver riconosciuto la necessità di dover combinare il tradizionale approccio gerarchico con una più ampia partecipazione del contesto tanto ai processi di governo quanto alle attività di gestione della sanità.

In proposito risulta particolarmente rilevante il contributo di Francesco Longo che, analizzando questa nuova esigenza del comparto pubblico, offre una classificazione delle diverse categorie di attori coinvolte nei processi di governo e di gestione:

- “Le *Agenzie*: istituzioni o unità tecnico-operative che svolgono specifici compiti pubblici in forte raccordo con l'ente territoriale di riferimento. [...]
- “Le *Aziende pubbliche*: istituzioni autonome (che in genere in passato non avevano autonomia giuridica, e che recentemente sono state dotate anche di autonomia giuridica) che erogano servizi pubblici finanziati da un ente sovraordinato, spesso coincidente con l'ente controllore. [...]
- Le *Imprese pubbliche*: istituite con finalità economiche temperate da un forte orientamento agli interessi pubblici”²⁶.

Tale dibattito si traduce, in sanità, nella necessità di individuare possibili strade per consentire un ampliamento della compagine coinvolta nei processi di governo e di gestione assicurando, al tempo stesso, l'adozione di un “modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, salvaguardando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità e di universalità nell'accesso ai servizi”²⁷.

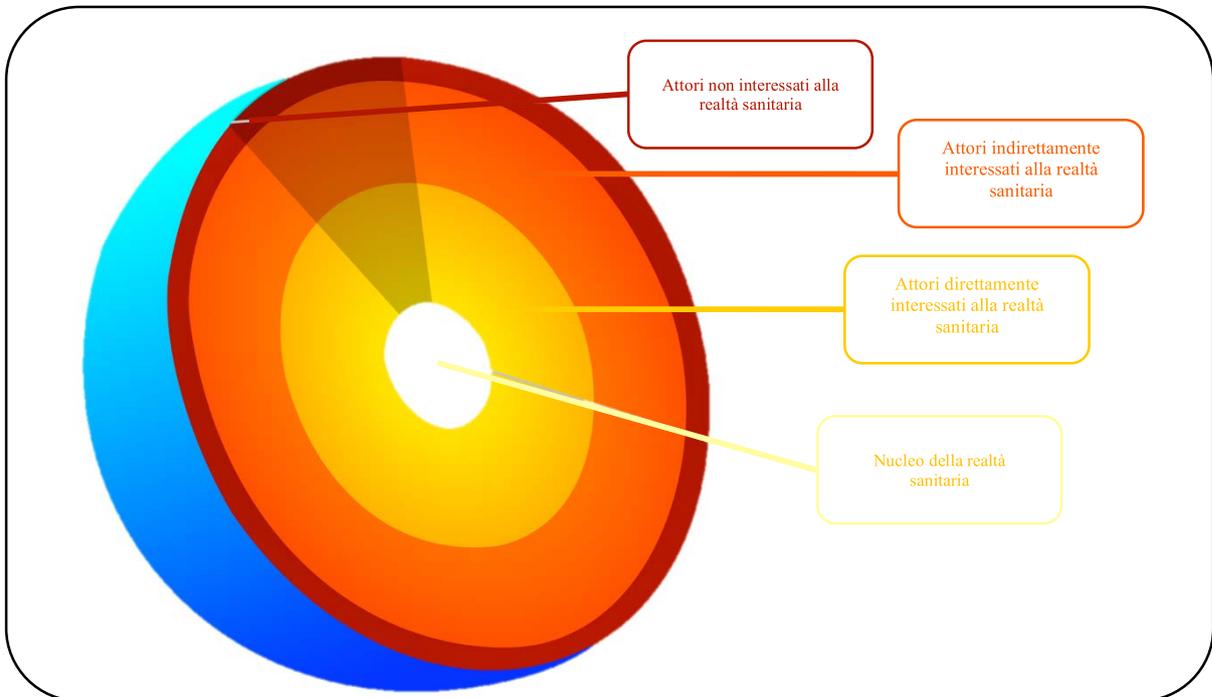
Si tratta di un tema delicato in quanto richiede di assicurare standard qualitativi, di sicurezza e di privacy elevati ampliando, al tempo stesso, l'intervento a soggetti terzi rispetto ai quali il controllo è potenzialmente solo parziale. Gli standard qualitativi, i protocolli di sicurezza e i meccanismi di controllo, infatti, possono solo parzialmente indirizzare i comportamenti di attori esterni al nucleo centrale della sanità (costituito dagli

²⁶ Longo F. (2012). Il gruppo pubblico locale: governance e processi decisionali. In Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (113-126). III Ed. Egea, Milano, pp. 113-114.

²⁷ Art. 1 comma 3 della proposta di Legge “Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche - A.C. 799”. XVI Legislatura

attori pubblici che erogano il servizio) che, in quanto tali, sono indirizzati da obiettivi talvolta non perfettamente coincidenti con l'interesse collettivo²⁸.

Figura 1.2 – Gli strati della sfera della realtà sanitaria



Fonte: Elaborazione personale.

Rientrano in tale dibattito il complesso di riflessioni riguardanti i rapporti pubblico-privati in sanità, la definizione dei meccanismi di controllo nei processi di fornitura alle aziende sanitarie e la centralizzazione dei processi di approvvigionamento delle risorse necessarie all'erogazione dei servizi sanitari. Si tratta di un articolato novero di valutazioni che trovano nella necessità di sviluppare modelli di governo allargati in sanità la matrice comune e nella volontà di favorire la contaminazione e l'integrazione di risorse, capacità e competenze di attori diversi il fine ultimo²⁹.

²⁸ In tale accezione, è richiesto "il coordinamento delle attività decisionali ed operative dei soggetti che pongono in essere la collaborazione, in modo da consentire la più efficace regolazione delle interdipendenze in termini di creazione di valore".

Resciniti R. (2001). Coordinamento, fiducia e potere nella logistica tra industria e distribuzione. *Industria & Distribuzione*, 2, 39-53, p. 39.

²⁹ Sul tema occorre precisare, infatti, che "il processo di creazione del valore non è analizzabile solo all'interno di una specifica impresa, e cioè nelle modalità in cui le sue attività si integrano, ma anche all'esterno, nei collegamenti verticali con i fornitori e i clienti, che costituiscono un più complesso ed articolato sistema del valore. Il sistema del valore è dunque definibile come l'insieme delle catene del valore collegate tra loro da rapporti più o meno stabili".

Pellicano M. Ciasullo M.V. (2010, a cura di). *La visione strategica dell'impresa*. Giappichelli, Torino, p. 81.

Volendo ricondurre il tema ad una questione di interesse comune negli studi di management un possibile riferimento è rintracciabile nei contributi offerti dalla letteratura economica sul tema dei gruppi pubblici “sorti in base a motivazioni di ordine non strettamente economico aziendale, ma in ragione della necessità di osservare le nuove disposizioni normative o per risolvere criticità di bilancio”³⁰.

Tale configurazione di mercato si basa sulla costituzione di alleanze contrattualizzate tra entità di diritto pubblico e entità di diritto privato finalizzate all’erogazione e alla gestione di servizi di interesse pubblico. I vantaggi di tale modello sono evidenti alla luce delle riflessioni fin qui presentate in quanto esso consente all’azienda pubblica operante nel comparto della sanità di valutare se e quale realtà coinvolgere nell’esercizio delle proprie funzioni consentendo un’ampia integrazione di risorse e garantendo, al tempo stesso, un coordinamento centralizzato diretto ad assicurare il perseguimento dell’interesse pubblico.

Specificatamente, il gruppo pubblico si basa sull’esercizio di due funzioni a seconda del tipo di relazione che viene ad instaurarsi tra l’azienda sanitaria e il complesso di attori coinvolti nei relativi processi di erogazione: la *funzione di proprietà*, consistente nella verifica delle condizioni di congruità economico-finanziaria dei membri del gruppo, e la *funzione di committenza*, diretta ad assicurare l’efficace ed efficiente acquisizione di risorse e servizi da parte dell’azienda sanitaria rispetto alle realtà del gruppo.

Si tratta di una configurazione interessante ai fini del perseguimento della contaminazione delle risorse in sanità ma che, ancora una volta, sconta una prospettiva gerarchica ove è l’azienda pubblica a porsi al vertice di un’immaginaria piramide costituita dai diversi attori coinvolti nei processi di gestione ed erogazione del servizio sanitario. Rispetto ai modelli tradizionali, e in particolare all’approccio burocratico, la prospettiva offerta dai gruppi pubblici consente di ottenere alcuni vantaggi connessi all’inserimento nella struttura sanitaria di attori, realtà ed entità precedentemente escluse a priori ma esso non sembra ancora sufficiente per rispondere alle pressanti esigenze di contaminazione, interazione e collaborazione imposte dalla necessità di rispondere in modo più rapido ed efficiente alle richieste dell’utenza. Ulteriori avanzamenti sono richiesti per i quali occorre meglio comprendere i rapporti potenziali e le possibili configurazioni che possono instaurarsi tra attori del comparto sanitario e contesto alla luce del principio dell’interdipendenza.

³⁰ Bigoni M. (2012). *Programmazione e controllo dei gruppi pubblici locali. Dagli strumenti esistenti alle soluzioni innovative per la governance*. Giuffrè Editore, Milano, p. 125.

1.3.1 Il principio dell'interdipendenza e il contributo della prospettiva reticolare

L'azienda sanitaria, al pari di qualsiasi altra realtà economica e sociale, all'indomani delle spinte imposte dai processi di globalizzazione, dall'abbattimento delle frontiere e dalle opportunità di comunicazione³¹ e informazione rese disponibili dall'Information & Communication Technology³², si trova, oggi, a dover operare in un contesto caratterizzato dalla presenza di influenze ed esternalità molteplici non prevedibili ex ante e non governabili alla luce degli approcci tradizionali.

In tale emergente scenario le attività dell'azienda sanitaria risentono tanto di ciò che avviene in territori e contesti diversi (*interdipendenza orizzontale*) tanto delle decisioni prese in realtà diverse e non sempre attinenti alla sanità (*interdipendenza verticale*). L'interdipendenza intesa come "il complesso di condizionamenti reciproci che gli attori subiscono all'interno di una relazione organizzativa, e che richiedono immediati interventi di coordinamento"³³ rappresenta un problema rilevante ai fini della gestione delle aziende sanitarie in quanto richiede di sviluppare un'elevata sensibilità rispetto ai fenomeni che si

³¹ Il riferimento al concetto di comunicazione, in particolare, implica "l'ascolto ed il dialogo con il mercato cui ci si rivolge, il che implica lo svolgere di attività comunicative che alimentano relazioni biunivoche tra l'impresa e la domanda finale o intermedia. Queste attività sono cruciali per la sopravvivenza e la crescita delle [.. organizzazioni], contribuendo ad enfatizzare gli elementi distintivi dell'offerta ed a creare le condizioni per avviare, sviluppare e consolidare relazioni di lungo termine con i clienti attuali e potenziali". Pencarelli T., Cioppi M. (2009). La comunicazione di marketing nelle piccole imprese: alcune evidenze empiriche. *Piccola Impresa/Small Business*, 1, 71-98, p. 75.

Tale visione 'evoluta' della comunicazione è frutto del moderno cambio di prospettiva che "ha suggerito la necessità del passaggio da un management della comunicazione di tipo tattico ad uno di tipo strategico (Holm, 2006). L'idea di integrare il marketing e le public relation nell'ambito di un unico strategic managing system di corporate communication (Varey, 1998; Varey e White, 2000) contribuisce al dibattito sul management strategico della comunicazione. In tale sistema, le attività di comunicazione sono costruite intorno a relazioni forti, durature e paritarie con i diversi stakeholder group (Ledingham e Bruning, 2000; Grunig, 2001; Ledingham, 2003). Tali relazioni si focalizzano sul coinvolgimento e sulla collaborazione degli stakeholder (Bronn e Bronn, 2003; Podnar e Jančič, 2006; Welch e Jackson, 2007) attraverso l'adozione di un interactive approach (Varey, 1998)".

Siano A., Vollero A. (2012). Il processo di management della corporate communication: un framework. *Sinergie Italian Journal of Management*, 88, 73-92, p. 76.

³² Con riferimento al tema delle ICT occorre precisare che "the adoption of technological and informational infrastructure in the management of relations on the part of the State with its citizens, companies and other social organizations as well as the broader process in act of informatizing Public Administration activities, qualify a widespread governance approach known as e-government.

Saviano M., Iorio G. (2010). How far from participatory governance? A survey on e-democracy in Italian municipalities. *PRAGYAA - Journal of Management - Faculty of Management Studies, Mody Institute of Technology & Science*, I(II), 1-18, p. 3.

³³ Franco M. (2005). Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento. In Capasso A., Pascarella G. (a cura di), *La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento* (61-99). Franco Angeli, Milano, pp. 12-13

verificano anche all'esterno del comparto sanitario e impone ai soggetti impegnati nella gestione dei processi di dotarsi delle competenze e degli strumenti necessari per poter rispondere rapidamente al verificarsi di eventi imprevisti.

Tali necessità richiedono, ancora una volta, di ripensare i modelli di governo tradizionali per ampliarne gli orizzonti al fine di consentire un più diretto contatto tra operatori della sanità e contesto laddove se le interdipendenze “sono organizzate e gestite vi è la possibilità di creare valore, in caso contrario, se sono lasciate a dinamiche spontanee non esplicitamente coordinate possono distruggere valore”³⁴. L'impossibilità di sviluppare approcci di risposta rapida alle evoluzioni del contesto o una chiara comprensione delle istanze dell'utenza è, infatti, evidente in presenza di modelli chiusi basati sulla presenza di rigide barriere tra il mondo della sanità e la realtà che da quest'ultima dovrebbe essere servita.

Un utile contributo al fine di superare le difficoltà insite nei modelli tradizionali può derivare dal contributo potenziale della prospettiva reticolare che, evidenziando la necessità di coinvolgere nodi diversi per il perseguimento di obiettivi ambiziosi che richiedono capacità superiore a quelle possedute dal singolo attore, sottolinea la rilevanza di sviluppare relazioni multiple tramite cui ciascun attore può dotarsi delle risorse necessarie per far fronte alle esigenze individuali³⁵.

Nel caso dell'azienda sanitaria, in particolare, la prospettiva permette di evidenziare come una configurazione reticolare consentirebbe oltre all'acquisizione delle risorse necessarie per l'erogazione della prestazione sanitarie anche di sviluppare flussi informativi fondamentali per comprendere le tendenze in atto e potenziali e per individuare più agevolmente possibili soluzioni in grado di migliorare l'efficienza complessiva del sistema e conseguentemente di ridurre, tra gli altri, lo spreco di risorse economiche³⁶.

³⁴ Longo F. (2012). Il gruppo pubblico locale: governance e processi decisionali. In Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (113-126). III Ed. Egea, Milano, p. 128.

³⁵ Tale prospettiva ha generato una crescente attenzione nel corso del tempo e “molte teorie (in tutte le discipline) hanno affrontato le dinamiche decisionali, operative e comportamentali degli aggregati reticolari (network), cercando soprattutto di approfondire vari aspetti peculiari tra cui, ad esempio: i) le logiche di aggregazione; ii) le regole di funzionamento; iii) le capacità di sviluppo; iv) gli elementi distintivi”.

Polese F. (2013). *Management Sanitario in ottica sistemico vitale*. Giappichelli, Torino, p. 78.

³⁶ In proposito, seppur con riferimento alle imprese di media dimensioni italiane, risulta interessante la prospettiva di Coltorti et al. che evidenziano come “even in the face of an increasingly difficult and complex economic context, mid-sized firms “gamble” on the value of their alliances with the most important actors of their supply chain, mainly the ‘base of suppliers’ at the top, and the ‘base of clients and intermediaries’ at the bottom”.

Coltorti F., Resciniti R., Tunisini A., Varaldo R. (2013, eds.). *Mid-sized Manufacturing Companies: The New Driver of Italian Competitiveness*. Springer Science & Business Media, New York, p. 131.

Figura 1.3 – *L'azienda sanitaria nella prospettiva reticolare*



Fonte: Elaborazione personale.

Immaginare l'azienda sanitaria quale nodo di un modello reticolare consente di maturare alcune riflessioni che permettono di rispondere, almeno in parte, alle critiche mosse nei confronti del tradizionale approccio reticolare. In particolare è possibile osservare che:

- La rete per definizione è composta da una pluralità di attori autonomi ognuno dei quali dotato di una propria prospettiva e di propri modelli risolutivi. L'interazione tra realtà diverse consente di superare i limiti di un approccio miope vincolato e limitato ai soli strumenti e modelli noti.
- I nodi della rete si influenzano vicendevolmente contribuendo all'emersione di realtà e scenari che muovono dalle istanze individuali ma che dalle stesse fanno derivare configurazioni mutevoli. In tale prospettiva, l'essere parte del complesso di attori da cui il cambiamento muove i primi passi potrebbe sicuramente aiutare l'azienda sanitaria a comprenderne e, in determinate condizione, a influenzarne le dinamiche.
- Il modo in cui i nodi si influenzano rispetta regole chiare e condivise che, pur consentendo un continuo flusso di informazioni, risorse e competenze, permette ai singoli attori di valutare in qualsiasi momento il livello di convenienza della partecipazione alla rete e le strategie relazionali da implementare.
- Le configurazioni reticolari consentono di ripartire in modo equo vantaggi e benefici derivanti da azioni sinergiche. L'azienda sanitaria potrebbe, quindi, avvantaggiarsi

dell'efficienza dei singoli nodi per colmare lacune e inefficienze che storicamente ne caratterizzano l'operato.

- La partecipazione ad una rete consente ai singoli nodi di essere componenti di un piano ampio in cui gli interessi individuali sono tutelati. L'azienda sanitaria, in tale accezione, potrebbe sfruttare la partecipazione alla rete come leva per favorire la diffusione della conoscenza e la sensibilità rispetto all'interesse pubblico di salute nelle sue diverse forme.

La prospettiva reticolare, in estrema sintesi, consente di fornire una risposta operativa alla necessità della azienda sanitaria di sviluppare relazioni con gli attori del territorio, tuttavia, le configurazioni reticolari per svilupparsi e sopravvivere nel tempo richiedono che siano rispettate alcune condizioni di base:

- “le reti nascono se i nodi sono in grado di leggere ed interpretare le interdipendenze comprendendo il vantaggio dell'organizzarle e, il danno individuale e di sistema, insito nell'assenza di coordinamento;
- le reti perdurano se i nodi distribuiscono equamente il valore aggiunto generato dalla rete, garantendo ai singoli nodi una sostanziale equità percettiva tra contributi e ricompense da scambiare con la rete”³⁷.

Tali requisiti, congiuntamente alle valutazioni circa la numerosità e la composizione ottimale della rete, rappresentano la vera sfida per quanti abbiano immaginato o provato a sviluppare un approccio reticolare nel comparto della sanità³⁸.

Determinare quanto una rete debba essere numerosa e quali attori essa debba coinvolgere, infatti, non è una problematica di agevole risoluzione³⁹. Se da un lato, infatti,

³⁷ Longo F. (2012). I sistemi di governance allargati. In Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (127-137). III Ed. Egea, Milano, p. 129.

³⁸ Si tratta di comprendere come “il network di relazioni dirette e indirette della rete d'impresa (Gulati, 1998) rigenera dinamicamente le risorse chiave della collaborazione attivata, da un lato, tra le imprese e, dall'altro, tra le imprese e gli stakeholder, valorizzando le risorse intangibili indispensabili sia alla competizione sul mercato (Porter, 1987), sia alla creazione di valore nel lungo periodo”. Formisano V., Russo G., Lombardi R. (2014). Il framework dei profili emergenti del contratto di rete in Italia. Prime evidenze empiriche dalla provincia di Frosinone. In *Atti del XXVI Convegno annuale di Sinergie* (pp. 643-656), 13-14 novembre, Cassino, p. 644.

³⁹ In tale direzione, “studies of network genesis have identified two basic mechanisms in network development: (i) several enterprises that are inherently involved in a common production process deciding to combine their resources and competencies; and/or (ii) a leader enterprise attracting other businesses to join in its activities. In this regard, several authors have taken a particular interest in the so-called “strategic network approach”, primarily interested in the creation and management of intentionally-formed network organizations featuring a specific set of actors (Normann and Ramirez, 1994; Parolini 1999)”.

Barile S., Polese F. (2009). Service Dominant Logic and Service Science: a contribute deriving from network theories. In Gummesson E., Mele C., Polese F. (a cura di), *Service Science, SD logic and network theory*, Giannini Editore, Napoli, p. 5.

le teorie di stampo sociologico sembrano privilegiare l'emersione di reti numerose fondate su rapporti deboli tra gli attori enfatizzandone le potenzialità di un più facile accesso alle informazioni per i singoli attori⁴⁰, dall'altro lato gli studi di matrice informatica e ingegneristica enfatizzano i vantaggi derivanti dall'appartenenza a reti composte da pochi nodi collegati tra di loro da rapporti forti⁴¹.

I due approcci rappresentano probabilmente un continuum al cui interno l'azienda sanitaria dovrebbe identificare la propria configurazione ottimale ipotizzando, probabilmente, di partecipare contemporaneamente a più configurazioni reticolari di natura diversa al fine di perseguire congiuntamente obiettivi molteplici che coinvolgono attori diversi.

1.3.2 Critiche al modello e spunti di riflessione: possibili distorsioni della partecipazione allargata

L'approccio reticolare, come evidenziato, rappresenta una possibile strada per fornire risposte concrete ai noti limiti dell'approccio burocratico avvicinando i modelli di management della sanità all'obiettivo di sviluppare una maggiore propensione allo scambio, all'interazione e al confronto necessari e richiesti per poter rispondere funzionalmente ai cambiamenti in atto tanto nel mercato tanto nel sistema dell'utenza.

In tale accezione, l'approccio reticolare consente di evidenziare i vantaggi derivanti dall'adesione di un'azienda sanitaria ad una o più reti opportunamente identificate, costruite e governante per il perseguimento di finalità diverse⁴².

⁴⁰ Sul tema Granovetter, in un saggio del 1973 divenuto uno dei manifesti della sociologia moderna, evidenzia come i rapporti deboli siano fondamentali per assicurare la sopravvivenza e l'integrità della rete. Mentre i rapporti forti, infatti, si istaurano tipicamente tra attori geograficamente o cognitivamente vicini le cui caratteristiche ne avrebbero comunque determinato un contatto, i rapporti deboli sono nell'accezione dell'autore dei 'ponti sociali' che consentono di avere accesso a realtà distanti altrimenti inaccessibili. Cfr. Granovetter M.S. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 1360-1380.

⁴¹ In proposito Larson nel 1992, analizzando le relazioni esistenti in reti di impresa, evidenzia che i network basati su poche relazioni solide consentono ai singoli nodi di meglio beneficiare dei vantaggi derivanti dall'appartenenza ad una configurazione reticolare. In presenza di relazioni forti, infatti, l'autore evidenzia che vi sono maggiori possibilità di stabilire obiettivi condivisi e che si istauri una relazione armonica tra le parti tale da favorire l'emersione di comportamenti sussidiari e di reciproca assistenza. Cfr. Larson A. (1992). Network dyads in entrepreneurial settings: A study of the governance of exchange relationships. *Administrative science quarterly*, 76-104.

⁴² Più specificatamente è possibile osservare che "il vantaggio competitivo della rete è fondato sulla capacità di utilizzare le relazioni tra le imprese per trasferire le conoscenze di ciascun agente "aggregato". In presenza di un coordinamento efficiente e di una cultura imprenditoriale orientata alla gestione condivisa ed

A fronte di tali vantaggi, tuttavia, esistono alcuni limiti che ostacolano e, talvolta, impediscono l'applicazione del modello reticolare alla realtà sanitaria. Il riferimento, in particolare, è alla modalità di definizione degli indirizzi di governo di una rete e alla molteplicità di configurazioni potenziali che una rete può assumere nel corso del tempo in relazione all'evoluzione di ogni suo nodo.

Con riferimento al primo aspetto occorre notare che affinché una rete possa sopravvivere nel tempo è necessario definire un piano chiaro di gestione e organizzazione delle interdipendenze. Tale necessità richiede “che i singoli nodi cedano alcune prerogative di governo ad una ‘meta-organizzazione’ cioè una organizzazione sovraordinata creata ad hoc dai partner chiamata appunto ‘rete’”⁴³. Si tratta di un'esigenza evidente agli occhi di chiunque per qualsiasi motivo si sia trovato a studiare e/o ad osservare le dinamiche evolutive di un modello reticolare in quanto, solamente attraverso la presenza di un governo ‘centralizzato’, risulta possibile assumere decisioni che, in alternativa, rischierebbero di paralizzare tutti i nodi⁴⁴. Nonostante la riconosciuta validità, tuttavia, la cessione di prerogative di governo⁴⁵ rappresenta uno dei principali limiti all'emersione di modelli reticolari in quanto essa si scontra con la tendenza prevalentemente autonomista ed auto-referenziale degli attori potenzialmente coinvolgibili e, nella realtà sanitaria, provoca l'emersione di conflitti dovuti alla volontà di ciascun attore di prevalere sugli altri al fine di essere in posizione di comando e quindi privilegiata con riferimento alle attività di riparto delle, ormai cronicamente, risorse limitate.

al rapporto fiduciario, la rete sviluppa economie esterne che le consentono una combinazione ottimale della catena del valore di imprese diverse”.

Izzo F., Ricciardi A. (2006). *Relazioni di cooperazione e reti di imprese: il caso della Campania*. Franco Angeli, Milano, p. 28.

Longo F. (2012). I sistemi di governance allargati. In Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (127-137). III Ed. Egea, Milano, p. 130.

⁴⁴ Ciò che si intende evidenziare è che “in the specific vision of systems and related internal and external relationships, network theories also make a significant contribution, clarifying how visible and invisible interactions, common purposes, and resource-sharing can reinforce system performance and development opportunities. In terms of relationships, today we observe how networks can take precedence over single nodes because they cannot be reduced to the sum of individual nodes, links and interactions. It is apparent that organisations are not autonomous entities but rather are dependent upon individuals and the networks of relationships that exist among them (Vicari, 1991)”.

Polese F., Carrubbo L., Russo G. (2011). Managing Business Relationships: between Service Culture and a Viable Systems Approach. *Esperienze d'Impresa*, 2, 135-158, pp. 144-145.

⁴⁵ Nell'accezione di Francesco Longo, “la capacità dei nodi di leggere le interdipendenze e l'abitudine a connettersi, cedendo prerogative di governo a ‘meta-organizzazione’ di rete” viene definita capitale sociale. *Ibidem*, p. 131.

Con riferimento al secondo aspetto (la *molteplicità di configurazioni potenziali che una rete può assumere*), occorre tener presente che una rete altro non è che il risultato dell'interazione tra una serie di attori ognuno dei quali influenzato da propri obiettivi e proprie prospettive⁴⁶. Riconoscendo che ciascun attore, nel corso del tempo, può modificare la propria essenza e cambiare in funzione di influenze esterne o mutate condizioni interne, è evidente che, ricorsivamente, la rete eredita, seppur solo indirettamente, i cambiamenti avvenuti con riferimento ai singoli nodi vivendo una condizione di 'continuo ri-equilibrio' diretta ad assicurare che le emergenti nuove configurazioni dei singoli nodi siano compatibili con l'organizzazione complessiva della rete e con le sue modalità di funzionamento. La continua esigenza di cercare condizioni di equilibrio nuove spinge i singoli attori coinvolti nella rete, così come la rete nel suo complesso, ad operare in condizioni di perenne 'quasi-equilibrio' con la conseguente necessità di valutare continuamente e congiuntamente una serie di dimensioni tra cui⁴⁷:

- *la natura, i fini istituzionali e la missione dei diversi soggetti coinvolti;*
- *la numerosità e la frammentazione delle istituzioni coinvolte;*
- *l'intensità delle prerogative di governo esercitabili dalle pubbliche amministrazioni;*
- *i contenuti degli scambi e il livello di interdipendenza;*
- *il capitale sociale e la storia delle reti*⁴⁸.

⁴⁶ Più precisamente è possibile affermare che "le reti sono circuiti di comunicazione e di divisione del lavoro costituiti da una molteplicità di centri autonomi, finalizzati a raggruppare le conoscenze possedute, favorire la reciproca specializzazione e regolare fiduciarmente le relazioni, rendendole convenienti e soprattutto affidabili.

Possono quindi assumere configurazioni tra loro molto eterogenee e sono nella maggior parte dei casi spinte da una molteplicità di motivazioni quali:

- *tecnologiche*, strumentali quindi alla ripartizione dei costi di investimento in tecnologia finalizzati alla ricerca di opportunità di differenziazione dell'offerta;
- *finanziarie*, orientate cioè alla ricerca di partner in grado di apportare capitali per lo sviluppo dell'impresa e del sistema d'offerta;
- *di mercato*, focalizzate quindi sull'accesso a nuovi mercati geografici o sul raggiungimento di nuovi clienti;
- *strategiche*, volte a identificare modalità innovative di superamento di barriere strutturali o competitive che consentano quindi di raggiungere nuovi clienti."

Massaroni E., Ricotta F. (2009). Dal sistema impresa ai sistemi di imprese. Suggestioni e limiti delle reti d'impresa. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 80, 3-29, p. 18.

⁴⁷ Longo F. (2012). I sistemi di governance allargati. In Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (127-137). III Ed. Egea, Milano, p. 33.

⁴⁸ In riferimento a quest'ultimo aspetto è interessante notare che "la rilevanza della dimensione sociale e relazionale nelle dinamiche economiche di scambio emerge, in tutta evidenza, a partire dagli anni Ottanta, nei mercati dei beni industriali e dei servizi. In seguito, si estende ai rapporti con i consumatori finali, non solo dei servizi ma anche dei beni, portando alla definitiva affermazione del paradigma relazionale in contrapposizione alla tradizionale logica transazionale".

In sanità la rilevanza di tali dimensioni abbinata all'impossibilità nei modelli reticolari di definire assetti gerarchici chiari e preordinati determina la forte difficoltà e talvolta l'impossibilità di assicurare la sopravvivenza di una possibile rete. I singoli nodi proiettati alla gestione e risoluzione delle dinamiche interne, infatti, finiscono per dimenticare regole e principi della rete in cui sono inseriti compromettendone le condizioni operative e quindi le possibilità di sopravvivenza.

Tale fenomeno, in realtà, non è nuovo agli studi di management ne tantomeno limita i suoi effetti alle sole configurazioni reticolari in quanto può essere riscontrato in presenza di qualsiasi processo di delega e di collaborazione multi-livello e trova nella *Teoria dell'Agenzia* una preziosa lente interpretativa utile per comprenderne i limiti potenziali dell'approccio reticolare in sanità e per poter tracciare alcune riflessioni di sintesi utili a meglio comprendere verso quale direzione i modelli di management della sanità dovrebbero indirizzarsi.

Rimandando ai numerosi contributi offerti dalla letteratura per approfondimenti sul tema della Teoria dell'Agenzia ciò che in questa sede occorre rilevare è che un rapporto di agenzia può essere qualificato come un “contract under which one or more persons (the principals) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision making authority to the agent. [...]. If both parties to the relationship are utility maximizers, there is good reason to believe that the agent will not always act in the best interests of the principal”⁴⁹.

Seppur con le opportune precisazioni e giustificazioni, il concetto di rapporto di agenzia può fornire utili indicazioni alla comprensione delle dinamiche di rete in quanto alla luce dei principi della cessione di prerogative di governo, è possibile ritrovare anche nelle reti un rapporto gerarchico tra il singolo nodo e la meta-organizzazione. Si tratta, indubbiamente, di una forzatura della chiave interpretativa in quanto nodo e rete altro non sono che rappresentazioni diverse di una stessa entità ma essa risulta utile per comprendere le potenziali distorsioni che possono verificarsi nel modo in cui il singolo nodo si relaziona con la rete⁵⁰. In proposito la teoria dell'agenzia identifica due possibili ‘problematiche’:

Siano A., Vollero A., Confetto M. G. (2005). CRM e scelte di comunicazione d'impresa. *Esperienze d'impresa*, S3, 53-88, p. 54.

⁴⁹ Jensen M.C., Meckling W.H. (1976). Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics (JFE)*, 3(4), 305-360, p. 312.

⁵⁰ In linea con quanto evidenziato è possibile affermare che “sappiamo che gli individui sono soggetti a razionalità limitata e opportunisti [Williamson, 1985]; volendoli motivare agli interessi dell'impresa diviene necessaria la definizione di vincoli comportamentali. Tale processo si realizza mediante accordi (contratti) tesi a conciliare l'interesse del singolo con quello di altri. Poiché la razionalità è ricercata tramite lo strumento

- “la selezione avversa o opportunismo ex ante (*adverse selection*), che si presenta nell’ipotesi in cui l’agente fornisca informazioni non veritiere circa la propria esperienza e le proprie capacità pur di farsi assumere (di conseguenza, il principale non sceglie correttamente l’agente in quanto non è in grado di valutarne con precisione le capacità);
- l’azzardo morale o opportunismo ex post (*moral hazard*), dovuto alla possibilità, per l’agente, di non rispettare i vincoli e le clausole imposte dal mandante nonché le obbligazioni contrattuali in funzione della mancata esistenza di meccanismi di controllo vincolanti (l’agente adotta un comportamento sleale nei confronti del principale che non è in grado di verificarne l’operato in maniera efficace)”⁵¹.

Rileggere tali elementi alla luce delle considerazioni presentate con riferimento alla possibile applicazione dell’approccio reticolare significa riconoscere che i possibili nodi forniscano informazioni non veritiere per poter entrare a far parte della rete e che essi adottino strategie non in linea con le finalità collettive perseguendo obiettivi individuali potenzialmente in conflitto con quelli della rete⁵².

Allo stato attuale di conoscenze l’approccio reticolare sembra non aver definito strumenti e/o tecniche capaci di fornire un supporto utile per prevenire il verificarsi di tali distorsioni demandando, nei fatti, alle dinamiche operative e ai singoli attori il compito di sviluppare soluzioni adatte ai casi specifici⁵³.

contrattuale [Milgrom, Roberts, 1994], diventa impossibile predisporre “contratti” completi; per tale motivo anche nei rapporti di “agenzia”, dove un soggetto (agente: nella fattispecie il manager) opera per conto di un altro (principale: proprietario), possono manifestarsi comportamenti dell’agente tesi a favorire il perseguimento di propri interessi a danno della controparte”.

Fraquelli G. (2000). *L’attesa della privatizzazione una minaccia credibile per il manager?* Ceris-Cnr, p. 11.

⁵¹ Barile S., Sancetta G., Simone C. (2013). *Business management*. Cedam, Padova, pp. 91-92.

⁵² Con riferimento al concetto di strategia rileva osservare che “dal momento in cui è entrato nel mondo dell’impresa, al termine strategia sono stati attribuiti significati sostanzialmente diversi, che hanno dato origine ad una molteplicità di definizioni. Ciò che è interessante osservare è come, in ultima analisi, ciascuna definizione del termine strategia rifletta i diversi modi di pensare l’azienda e quindi le diverse teorie dell’impresa. Esiste evidentemente una diversità di approcci la quale tuttavia potrebbe non esprimere una irriducibilità delle diverse posizioni: probabilmente ciascuna di esse si legittima all’interno di uno specifico quadro di riferimento. In altre parole, *contestualizzando* i vari filoni di pensiero, si comprende come essi, e la loro stessa evoluzione, esprimono visioni strettamente legate al particolare contesto ambientale in cui nascono e sono sviluppate”.

Saviano M. (1999). La strategia come scelta emergente dal dinamismo ambientale. Una rilettura del tema alla luce della visione sistemica. *Esperienze d’impresa*, 1, 107-128, pp. 116-117.

⁵³ Tale riflessione è da considerarsi esclusivamente in termini di inquadramento della fenomenologia indagata in quanto, in un’accezione più ampia, occorre rilevare che “come ogni decisione aziendale anche quella tra standardizzazione e adattamento varia da caso a caso e dipende da variabili interne ed esterne all’impresa. Le prime concernono essenzialmente la capacità produttiva dell’impresa (dimensione, break even point, possibilità di differenziazione dei prodotti, flessibilità produttiva) ed il suo potere di mercato (capacità di influenza della domanda, forza del brand, conoscenza del mercato, inserimento nell’ambiente locale). Tra

Tale approccio, ovviamente, non consente di massimizzare il potenziale valore che l'approccio reticolare potrebbe generare tanto per i singoli nodi quanto per il perseguimento delle finalità collettive e costringe i singoli attori coinvolti ad adottare una visione transazionale secondo cui l'appartenenza alla rete si concretizza nella realizzazione di 'scambi' finalizzate al perseguimento di obiettivi di breve termine agevolmente valutabili e controllabili dalle parti coinvolte⁵⁴.

Una possibile evoluzione del modello richiederebbe, pertanto, di identificare modalità di validazione dei rapporti fondate sull'esistenza e sulla persistenza di un allineamento almeno potenziale delle visioni e degli obiettivi degli attori coinvolti nella rete⁵⁵. Tale riflessione appare particolarmente rilevante con riferimento al contesto sanitario ove il perseguimento di un obiettivo delicato quale è la tutela della salute pubblica può essere raggiunto solo in presenza di una forte armonia tra gli attori coinvolti. Solamente in presenza di un'univocità di intenti è possibile ipotizzare approcci in grado di far fronte alle mutate esigenze dell'utenza e ai vincoli stringenti imposti dalla scarsità di risorse in condizioni di efficienza e di efficacia.

Si tratta di una sfida ambiziosa che per essere fronteggiata richiede di mettere da parte gli approcci tradizionali di governo per orientarsi verso logiche realmente partecipative ove decisioni, scelte e comportamenti derivano dall'interazione tra gli attori piuttosto che da imposizione miopi definite in un'ipotetica stanza dei bottoni.

le variabili esterne rientrano le condizioni ambientali, le caratteristiche del settore ed il clima competitivo, i comportamenti di acquisto, le richieste dei governi”.

Resciniti R., Fortuna D. (2012). Le strategie internazionali delle medie imprese tra standardizzazione e adattamento dell'offerta. *Sinergie Italian Journal of Management*, (85), 119-139, p. 121.

⁵⁴ Da tali riflessioni discendono modellizzazioni quale quella dell'*Affiliation Network Theory* che “è stata efficacemente applicata per esempio allo studio degli interlocking directorates (ovvero connessioni fra due o più imprese attraverso la condivisione di uno o più membri dei rispettivi consigli di amministrazione) con lo scopo di identificare le strutture interorganizzative emergenti interpretandole come meccanismi di coordinamento inter-impresa (una sorta di integrazione tra imprese) in grado di arrecare benefici dal punto di vista transazionale”.

Nardone G., Sisto R., Lopolito A. (2005). Partenariato locale e capitale relazionale “potenziale” in provincia di Foggia. *Quaderno riprodotto dal Dipartimento di Scienze Economiche, Matematiche e Statistiche, Università degli Studi di Foggia*, 1-18, p. 7.

⁵⁵ In tale accezione l’“efficacia del complessivo processo decisionale, richiede un significativo sforzo di allineamento delle diverse varietà interagenti facendo sì che la diversità rappresenti un’opportunità di intravedere nuovi scenari piuttosto un rischio di dissensi”.

Barile S., Saviano M., Polese F., Di Nauta P. (2013). Il rapporto impresa-territorio tra efficienza locale, efficacia di contesto e sostenibilità ambientale. *Sinergie Italian Journal of Management*, 90, 25-49, p. 41.

1.4 Dal government alla governance in sanità: il contributo del New Public Management e della prospettiva aziendale

Le riflessioni fin qui presentate hanno tracciato, seppur brevemente, le tappe principali dell'evoluzione negli approcci di management in sanità, e più in generale delle amministrazioni pubbliche.

Gli elementi introdotti e le prospettive analizzate hanno messo in evidenza un progressivo spostamento delle logiche dominanti da una visione gerarchica incentrata sullo Stato e sull'Attore pubblico quale entità che deve controllare, organizzare e gestire la sanità prescindendo dalle evoluzioni del contesto al fine di evitare di subirne fluttuazioni e cambi di direzione ad una visione che apre gli approcci di management a logiche di compartecipazione e condivisione con gli attori del territorio al fine di favorire la reciproca comprensione, l'emersione di sinergie e il rapido adeguamento del SSN alle evoluzioni dell'utenza e più in generale del contesto di riferimento.

Il cambio di paradigma descritto può essere sintetizzato nel passaggio da un approccio di governo ad un approccio di governance in sanità ove il “*government* può essere inteso come esercizio del potere decisionale derivante dal sistema istituzionale formale, [mentre] il concetto di *governance* è associato all'esercizio dei poteri formali e/o informali con l'obiettivo di creare consenso attorno alle scelte pubbliche, ed è caratterizzato dalla centralità delle interazioni con gli attori presenti ai vari livelli del contesto socio-politico, dal coordinamento di network nonché dall'orientamento all'ambiente economico e sociale esterno”⁵⁶.

L'introduzione del concetto di governance negli studi sui modelli manageriali in sanità ha segnato la definitiva presa di coscienza della necessità di abbandonare logiche coercitive e di controllo non più adatte alle mutate esigenze del contesto per 'evolvere' verso approcci democratici il cui obiettivo è la valorizzazione di tutte le risorse coinvolte attraverso la creazione di percorsi condivisi che assicurino la soddisfazione comune.

Si tratta di un cambio di prospettiva epocale in quanto rappresenta la formalizzazione di uno storico punto di svolta negli approcci di management e la conseguente emersione di principi, criteri e modelli nuovi per comprendere e gestire le dinamiche sanitarie⁵⁷.

⁵⁶ Mele V. (2012). New Public Management e il passaggio da government a governance. In Borghonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (69-79). III Ed. Egea, Milano, p. 76.

⁵⁷ In proposito, Wayne Taylor in un interessante lavoro del 2000 sintetizza i contributi offerti dalla letteratura economica in tema di buone pratiche per il management in nove principi fondamentali:

-
- 1) WKnowing what governance is an evaluation of any principle put into practice is only as good as the definition used to establish the meaning of the principle in the first place. Therefore, in this case, it is very important to clearly understand what is meant by “governance”. The simplest, most generally-accepted definition of governance is “the responsibility and accountability for the overall operation” of an organization [...].
 - 2) Achievement of strategic ends. The pressure is mounting on hospitals (and all other health-services agencies) to be effective, that is, to provide the right service, at the right place, at the right time, at an affordable cost. The governance structure and organizational structure of a hospital today must be such that performance objectives (or ends) can be set, measured and accomplished. Therefore, the organization and all of its members must be synchronized in terms of values, goals and activities [...].
 - 3) Board-CEO relationship Any organization will be effective and high-performing if there is a high level of mutual confidence and trust throughout the organization, and especially between the board of directors and CEO (Likert, 1961; Gillies, 1992). According to Carver (1990a): “No single relationship in the organization is as important as that between the board and its CEO. Probably no single relationship is as easily misconstrued or has such dire political consequences” [...].
 - 4) Unity of direction. One of Fayol’s (1949) original 14 principles of management concentrated on the role of governance. Specifically, he observed that the higher performing organization had only one board of governance, one chief executive and one strategic plan, mission or vision at any one time. This Fayol called unity of direction; there was unity or cohesion within and across those elements that comprised organizational governance. According to his research, anything more would be a recipe for duality, confusion, disorder, waste and ineffectiveness [...].
 - 5) Unity of command. The second “unity” principle of good governance is unity of command or the scalar principle. For any action whatsoever, an employee (including the CEO) should receive orders from one superior only. Decision-making authority (the chain of command) should flow in a straight line from the top to the bottom of an organization. The violation of this principle creates confusion, undermines authority, threatens stability, breeds irresponsibility and, if long-lasting, wreaks havoc (Gerth and Mills, 1946; Simon, 1946; Fayol, 1949; Mintzberg, 1979; Anderson, 1984).
 - 6) Unity of accountability/responsibility. The responsibility principle in organizational theory clearly states that, first, subordinates are responsible for their performance directly to their superiors/supervisors and, second, that supervisors are directly responsible for the performance of those they supervise (Anderson, 1984) [...].
 - 7) Ownership needs. A hospital board’s ultimate accountability is to the organization’s ownership. This is fairly straightforward in the case of church-owned, government-owned, or military hospitals where there is, in fact, an owner. Many public hospitals with their own boards, however, are owned by “corporations” ± made up of either just the boards themselves, or board members and non-board members. Non-board members are either board members-in-waiting or members who purchase a membership. In the cases where ownership is by a “corporation” other than denominational or governmental, the board’s accountability, by default, is to the hospital’s mission and values (Drucker, 1990; Bader, 1991) [...].
 - 8) Self-improvement. If hospitals truly aim to embrace the principles of total quality management (as many say they do) then continuous improvement, as an organizational philosophy, needs to permeate those hospitals from the top of the pyramid to the bottom, from the innermost point of the inner circle to the rim of the outermost circle. For most hospital boards there are some obvious starting places for continuous self-improvement [...].
 - 9) Understanding the cost of governance. Most boards today are unaware that they are not only “governance centres” but “cost centres” as well (Carver, 1990b). There are five basic costs of governance:
 1. board members’ personal opportunity costs;
 2. direct board meeting expenses;
 3. the costs of staff supporting board activities;
 4. the costs associated with errors made by boards; and
 5. the costs of ineffectively structured governance-management-organization relationships”.

Tra i numerosi effetti derivanti dall'introduzione del concetto di governance in sanità, per la cui trattazione completa si rinvia ai numerosi contributi offerti dalla letteratura sul tema, uno appare particolarmente rilevante ai fini della comprensione delle tendenze in atto nella realtà sanitaria e delle possibili nuove sfide che stanno emergendo per i ricercatori e per gli operatori di settore. Il riferimento è al *New Public Management (NPM)*, termine coniato del 1991 da Hood che lo definisce come un'espressione che "have lain mainly in the direction of cutting costs and doing more for less as a result of better-quality management and different structural design"⁵⁸.

Il NPM è un nuovo paradigma di riferimento nella gestione delle attività pubblica che offre indicazioni utili per migliorarne l'efficienza attingendo dalle pratiche e dai modelli utilizzati dalla realtà private. Esso rappresenta uno strumento tramite cui consentire una maggiore responsabilizzazione degli attori coinvolti attraverso la chiara identificazione del contributo offerto al raggiungimento degli obiettivi pianificati⁵⁹. Al tempo stesso, il NPM attingendo dal settore privato, offre alle realtà pubbliche una serie di strumenti diretti a consentire la razionalizzazione delle risorse impiegate anche attraverso la costituzione di trame relazionali con gli attori rilevanti del contesto di riferimento al fine di favorire l'emersione di potenziali sinergie.

In sanità il NPM si propone come paradigma di una nuova logica di gestione che promette di sconvolgere gli approcci tradizionali corrodendone l'essenza in vista di un più spiccato orientamento all'aziendalizzazione. Si tratta di un percorso avvincente che ha generato numerosi dibattiti e riflessioni ma rispetto al quale molto occorre ancora chiarire soprattutto in merito all'effettivo contributo che può offrire alla razionalizzazione delle risorse in sanità, all'impatto che tale processo potrebbe avere sulla soddisfazione dell'utenza e sulla qualità del servizio e agli effetti che l'ampliamento degli attori coinvolti nella

Wayne Taylor, D. (2000). Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance. *International Journal of Public Sector Management*, 13(2), 108-124, pp. 109-117.

⁵⁸ Hood C. (1991). A public management for all seasons. *Public administration*, 69(1), 3-19, p. 15.

⁵⁹ In proposito risulta utile precisare che "oggi, due funzioni costituiscono la ragion d'essere della direzione amministrativa [di un'azienda sanitaria]: la prima consiste nel superare (ed evitare il ritorno di) una organizzazione basata sull'atto formale e sull'approccio burocratico, nel favorire e realizzare un modello basato sulla gestione integrata delle attività, sul lavoro di squadra e in vista del risultato e nel concorrere al soddisfacimento della domanda dell'utente finale; la seconda funzione fondamentale consiste nel realizzare il controllo interno, fa sì che l'agire dell'azienda sia regolato da norme e comportamenti che diano la ragionevole sicurezza che possano essere raggiunti i seguenti obiettivi: efficacia ed efficienza delle attività operative, attendibilità delle operazioni di bilancio, conformità alle leggi ed ai regolamenti".

Vanara F. (2008, a cura di). *Il governo dell'azienda sanitaria*. Il Mulino, Bologna, p. 40.

gestione della sanità può generare⁶⁰. Occorre in altri termini cercare di capire se il NPM, la tendenza verso l'aziendalizzazione della sanità e, più in generale, gli orientamenti che stanno emergendo nella gestione delle sanità sono sufficienti per dichiarare l'avvio di una nuova fase storica proiettata finalmente verso l'ottimizzazione del SSN.

1.5 Sfide e opportunità per la sanità

Le tendenze in atto nei modelli di management della sanità e il percorso che ne ha tracciato l'evoluzione negli ultimi anni rappresentano sicuramente il risultato di una profonda volontà di cambiamento avvertita a più livelli. Una volontà che chiede sempre più insistentemente che la sanità evolva verso una configurazione fondata sui principi dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza. Una volontà che ha trovato nel processo di aziendalizzazione una possibile attuazione e che guarda alle realtà private come modello da imitare.

L'evoluzione che sta attraversando la sanità in questi anni ha indubbiamente contribuito, come vedremo meglio anche nel proseguio della stesura, a razionalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili al fine di poter meglio rispondere ai vincoli imposti dalla scarsità di risorse e ha consentito di includere nei processi strategici e gestionali attori precedentemente ignorati.

Ciò nonostante il percorso in atto sembra aver prodotto una sensazione di amarezza che trova le proprie origini nella considerazione della sanità quale realtà paragonabile a qualsiasi altra azienda e come tale orientata e vincolata dalla necessità di contemperare le esigenze di bilancio con il più ampio obiettivo della tutela della salute pubblica⁶¹.

⁶⁰ “A seguito del processo di aziendalizzazione, nelle organizzazioni sanitarie si sono, infatti, affermati schemi comportamentali che hanno inciso in vari modi sul rapporto con i cittadini. Lo stato attuale della relazione azienda-utente in sanità evidenzia, infatti, come al processo di aziendalizzazione possa risultare associata una minore attenzione alla umanizzazione cui si aggiunge un aumento dei costi delle prestazioni a carico dei cittadini”.

Saviano M. (2012). *Condizioni di efficacia relazionale e di performance nelle aziende sanitarie*. Giappichelli, Torino. p. XI.

⁶¹ Alcune riflessioni prevalenti presentate da coloro i quali si sono occupati del processo di aziendalizzazione della sanità sono ben sintetizzate dalle parole di Cepiku, Ferrari e Greco che, ripercorrendo i piani di intervento e le modificazioni subentrate nella gestione della sanità hanno evidenziato come gli “interventi finalizzati ad un recupero di efficienza hanno però determinato come «effetto collaterale» una eccessiva frammentazione delle responsabilità tra più soggetti con la conseguenza ultima di rendere ancor più cruciale e necessario il ruolo di coordinamento strategico da parte dell'amministrazione pubblica”.

Cepiku D., Ferrari D., Greco A. (2006). *Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie. Mecosan: Management ed economia sanitaria*, 57, 17-36, p. 46.

Indubbiamente la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse è un obiettivo imprescindibile se si vuole assicurare la sopravvivenza del SSN ma il relativo perseguimento attraverso logiche strettamente economiche forse può sollevare qualche dubbio⁶².

Il passaggio da una logica di governo da una di governance ha in parte smorzato i malesseri di chi ha visto nel processo di aziendalizzazione della sanità un male incurabile ma, al tempo stesso, ha aperto un sentiero tutto da percorrere. Ampliare la compagine degli attori direttamente e indirettamente coinvolti nei processi di governo e di gestione della sanità è indubbiamente una strategia da condividere alla luce delle possibili implicazioni che la stessa potrebbe produrre in termini di potenziale generazione di valore per l'utenza⁶³. La convivenza di attori diversi nell'ambito di processi delicati quali sono quelli relativi alla sanità richiede, tuttavia, riflessioni approfondite. Essa richiede di andare oltre le opportunità di breve termine generabili dalla collaborazione di attori i cui obiettivi per vari motivi presentano aree di sovrapposizione e/o di convergenza. Occorre, in estrema sintesi, per individuare percorsi relazionali di lungo termine diretti a consentire un progressivo allineamento degli obiettivi del SSN con il contesto affinché da quest'ultimo possano emergere con forza modelli in grado di valorizzare le parti in favore di un tutto fondato su basi comuni e solide.

In altri termini, "il governo dell'azienda [sanitaria] deve assumere una forma diversa, meno istituzionale e più sociale, ossia maggiormente caratterizzata dalla forza delle interrelazioni e delle interdipendenze funzionali fra le diverse parti del sistema (comunità,

⁶² Più specificatamente, infatti, "la possibilità di governare un'azienda sanitaria passa attraverso l'assunzione di responsabilità verso la gestione delle risorse e il conseguimento dei risultati, ma anche attraverso la capacità di 'stimolare' l'organizzazione verso un efficiente ed efficace uso delle risorse (governo economico), in una logica di appropriatezza (governo dei processi), rispondendo in questo modo anche ad un'esigenza 'etica del Ssn'".

Ibidem, p. 39.

⁶³ Si tratta di un tema delicato la cui trattazione verrà ripresa nel seguito della stesura e rispetto al quale occorre precisare che l'ampliamento della compagine potrebbe, se non opportunamente governato generare effetti negativi per il SSN laddove "in mancanza di comportamenti attivi, idonei a rendere del tutto sporadici casi di inadempimento, il non avveramento delle aspettative di scambio delle controparti, sottopone l'impresa ad azioni coattive più onerose dei corretti adempimenti e abbassa altresì la fattibilità degli ulteriori contratti di copertura; ciò aumenta la probabilità di altri inadempimenti, con effetti che tendono a cumularsi in un crescendo sistematico che porta a quello che si chiama stato di dissesto".

Ceccanti G. (1996). *Corso di tecnica imprenditoriale. Vol. I. Radici culturali. Rappresentazioni e analisi delle strutture d'impresa*. Cedam, Padova, p. 143.

professioni, organizzazione), ciascuna portatrice di varie aspettative nei confronti dell'azienda»⁶⁴.

L'acquisita consapevolezza circa la necessità di un cambio di prospettiva nella gestione della sanità si presenta, oggi, in tutta la sua rilevanza come importante opportunità per il futuro della tutela della salute nel nostro Paese ma essa cela numerosi rischi da comprendere e risolvere per consentire una evoluzione della realtà sanitaria che sia stabile negli anni a venire.

I citati temi della collaborazione, del coinvolgimento e dell'allineamento in sanità richiedono una profonda riflessione diretta ad individuare quanto dei modelli tradizionali proposti dalla letteratura economica può essere utilmente recuperato e quanto richiede, invece, di essere ripensato alla luce di una nuova emergente prospettiva.

Occorre andare oltre gli approcci tradizionali che “a fronte di un ambiente esterno caratterizzato da un grado crescente di incertezza e stabilità, [si sono orientati] in particolare alla ricerca di soluzioni gestionali” che, partendo da quanto disponibile, ne modificavano la combinazione per assicurarne la rispondenza alle richieste dell'utenza⁶⁵.

Si manifesta, con tutta la sua forza, la necessità di riconsiderare ruoli e funzioni degli attori coinvolti nei processi sanitari in considerazione di una crescente rilevanza e consapevolezza detenuta dal sistema dell'utenza quale articolato costruito i cui tratti, le cui dinamiche e le cui prospettive non sono, allo stato, perfettamente chiari e comprensibili attraverso l'utilizzo degli approcci tradizionali.

E' ormai chiaro, infatti, che “se all'inevitabile crescita dei bisogni di salute della nostra società, si risponde *solo* con il razionamento, *solo* con i tagli, o nella versione più benevola, *solo* con l'efficienza, con l'appropriatezza e con la medicina basata sull'evidenza, primo o poi si avrà una rottura del rapporto bisogni-risorse, con danni sociali ed etici molto pesanti”⁶⁶.

L'evoluzione del ruolo dell'utenza rappresenta, oggi, una sfida da gestire e, al tempo stesso, un'opportunità per il SSN in quanto essa richiede di ripensare profondamente gli approcci tradizionali ma, al contempo, offre stimoli, informazioni e rilevanti elementi di riflessioni su cui fondare il ricercato cambiamento⁶⁷. L'utente del servizio sanitario si

⁶⁴ Vanara F. (2008, a cura di). *Il governo dell'azienda sanitaria*. Il Mulino, Bologna, p. 39.

⁶⁵ Bruzzi S. (2006). *La Gestione dell'azienda sanitaria: innovazione e scelte strategiche per un nuovo scenario competitivo*. Giuffrè Editore, Milano, p. 31.

⁶⁶ Cavicchi I. (2005). *Sanità: un libro bianco per discutere*. Edizioni Dedalo, Bari, p. 6.

⁶⁷ Considerando la molteplicità di aspetti e variabili che costituiscono il SSN, infatti, “appare nitidamente un aspetto forse inusuale di questa condizione ambientale: con la varietà di forme che esprime essa costituisce

presenta, oggi, come un'area da esplorare' al cui interno ricercare gli elementi necessari per consentire l'emersione di modelli di management che siano in grado di favorire un opportuno coinvolgimento del sistema dell'utenza e la relativa partecipazione ai processi di progettazione, gestione ed erogazione del servizio sanitario⁶⁸.

Si tratta di un'opportunità rilevante che, per essere colta, richiede di ripensare "il concetto di salute come bene collettivo, elemento fondante di sostenibilità per una società, come quella italiana, ad elevato tasso di dipendenza per l'effetto combinato della diminuzione della fertilità e del prolungamento della vita. La salute pertanto va preservata e promossa attraverso le azioni integrate delle istituzioni e della società civile, basate non solo su aspetti specificamente sanitari, ma anche su fattori sociali ed economici, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" (*Health in all policies*), al fine di coinvolgere trasversalmente tutti i soggetti e gli attori che hanno capacità di incidere sulla salute stessa, individuando i rischi, ma anche le opportunità per la salute negli ambienti di vita e di lavoro"⁶⁹.

Il quesito di ricerca su cui focalizzare l'attenzione, quindi, richiede di comprendere *in che modo e attraverso quali percorsi è possibile coinvolgere l'utente nei processi di generazione del valore in sanità?*

un formidabile motore di sviluppo e, si potrebbe anche dire, di democrazia, per la diversità che porta con sé, in opposizione all'omologazione nel pensiero e nell'azione che deriverebbe dalla riduzione di questa condizione".

Baccarani C. (2010). Complessità e intelligenza manageriale. *Sinergie Italian Journal of Management*, 81, 97-111, p. 100.

In tale accezione "variety results the key of a knowledge process suggesting the opportunity to explore news pathways by creating new variety from the combining of existing ones. Network organizations have privileged opportunities to explore new knowledge in addition to exploit existing one. However, they should be fully aware of the network potential and of the necessity to really adopt a systems logic in managing it, instead of remaining anchored to a market logic so losing the main opportunity linked to the network configuration: that of co-creating knowledge by exploiting the synergistic potential of interacting varieties".

Saviano M., Caputo F. (2013). Managerial Choices between Systems, Knowledge and Viability. In Barile S. (Ed.), *Contributions to Theoretical and Practical Advances in Management. A Viable Systems Approach (VSA)* (pp. 219-242). Aracne, Roma, Vol. II, p. 237.

⁶⁸ Il tema si presenta come particolarmente rilevante ai fini della capacità di sopravvivenza e di generazione di soddisfazione della realtà sanitaria, e in generale, della realtà pubblica. Sul tema, infatti, molti sono i contributi che hanno evidenziato come una "fonte strutturale di disfunzione si trova nell'irriducibile contrasto tra il modo di procedere del burocrate e le aspettative dell'utenza. Da un lato la personalità del burocrate ruota intorno all'impersonalità, e il dovere di essere sensibile ai multiformi problemi degli utenti gli si manifesta nella 'categorizzazione' di quei problemi ossia nel catalogarli secondo regole generale e astratte. Dall'altro l'utente è preoccupato di mettere in evidenza quelli che gli appaiono come gli aspetti particolari e unici del suo problema e non gradisce il comportamento stereotipato del burocrate che riduce il suo caso a una pratica".

Bonazzi, G. (2007). Storia del pensiero organizzativo, Vol. 2. Franco Angeli, Milano, pp. 56-57.

⁶⁹ Ministero della Salute (2015). *Atto di indirizzo per l'anno 2016*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2406_allegato.pdf, p. 3.

Si tratta di un quesito non riconducibile semplicisticamente agli approcci di ricerca tradizionali in quanto esso richiede di combinare, analizzare e interpretare dimensioni diverse alla luce di prospettive non sempre perfettamente coincidenti. Partendo da tali riflessioni, un primo passo verso la comprensione e risoluzione delle problematiche identificate richiede di identificare possibili lenti interpretative utili a supportarne la lettura consentendo, al tempo stesso, di identificare gli elementi chiave su cui focalizzare l'attenzione e rispetto ai quali proporre possibili percorsi di gestione la cui validità deve essere verificata attraverso l'applicazione e la contestualizzazione dei principi fondanti in condizioni empiriche potenzialmente replicabili⁷⁰.

⁷⁰ L'approccio proposto e che verrà seguito nel corso della stesura si basa sui principi della falsificazione delle teorie scientifiche proposti da Karl Popper quale strada tramite cui validare il contributo degli avanzamenti scientifici assicurandone la corrispondenza e la capacità di rispondere alle esigenze del contesto. Il percorso scelto di verifica delle proposte formulate mira ad evitare di privilegiare approcci e teorie esclusivamente in funzione di un significato soggettivamente attribuito dall'osservatore con implicazioni negative in termini di significatività delle conclusioni. In proposito, riprendendo le parole di Imre Lakatos, "if this 'empirical basis' clashes with a theory, the theory may be called 'falsified', but it is not falsified in the sense that it is disproved. Methodological 'falsification' is very different from dogmatic falsification. If a theory is falsified, it is proven false; if it is 'falsified', it may still be true. If we follow up this sort of 'falsification' by the actual 'elimination' of a theory, we may well end up by eliminating a true, and accepting a false, theory".

Lakatos I. (1970, ed.). *Criticism and the Growth of Knowledge*. Cambridge University Press, Cambridge, p. 108.

Tale approccio, più specificatamente, si fonda sulla convinzione che "che sono l'intenzionalità del soggetto, la prospettiva con cui egli guarda la realtà, gli obiettivi che, egli si pone, gli elementi che consentono l'eventuale emersione della complessità. Il dibattito interdisciplinare sulla complessità - inizialmente sviluppatosi, avendo avuto la sua origine nell'ambito delle scienze fisiche con gli studi concernenti fenomeni termodinamici irreversibili in condizioni lontane dall'equilibrio - ha involontariamente portato, attraverso una statuizione implicita, gran parte degli studiosi a ritenere che la complessità di un fenomeno sia tale, sempre e comunque, indipendentemente dall'osservatore, dal tempo e dal luogo di osservazione".

Barile S. (2009). Verso la qualificazione del concetto di complessità sistemica. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 79, 47-76, p. 50.



Capitolo II

Oltre il New Public Management: nuovi indirizzi di gestione in sanità

2.1 Indirizzi di governo e politiche manageriali nel ‘nuovo Servizio Sanitario Nazionale’: il contributo della prospettiva sistemica alla comprensione dei limiti dei modelli tradizionali

La realtà del servizio sanitario può essere letta e interpretata come risultato dell’interazione tra le molteplici entità che ne fanno parte e che, in quanto dotate di una propria autonomia (cognitiva), scontano prospettive diverse e, talvolta, conflittuali.

Tale approccio di osservazione ha il merito di evidenziare come gli indirizzi di governo e le politiche manageriali del Servizio Sanitario per essere funzionali al perseguimento degli obiettivi definiti devono basarsi sulla considerazione contestuale della pluralità di attori coinvolti, delle relazioni (esistenti e potenziali) e del potere di influenza detenuto da ciascuna entità coinvolta.

Ne consegue che gli approcci tradizionali allo studio dei fenomeni organizzativi, basati sulla scomposizione e successiva interpretazione delle parti come strada utile alla comprensione del sistema, non risultano idonei a favorire la comprensione di una configurazione che trova nella dinamicità e nella continua evoluzione le sue principali peculiarità.

Al fine di superare l’*empasse* generata da una prospettiva di osservazione focalizzata sulla ricerca di logiche di causalità lineare tra le parti per spiegare il tutto, un utile contributo deriva dalla prospettiva sistemica quale percorso di osservazione potenziale che mira ad evidenziare come le parti interconnesse di un’entità interagiscono influenzandosi reciprocamente e determinando, in questo modo, l’esito e la configurazione del tutto⁷¹.

⁷¹ La prospettiva sistemica propone, nei fatti, “a radical change in the way that we use in thinking and looking the real world, by adopting the consistent logic of the interconnection rather than the one based on the cause and effect principle, it is the relentless effort of decoding linear analysis in circular analysis. Systems theory sees over the simple mechanistic view. Concerning the future, the most important thing to underline is how we formulate our goals linked to the efficiency of our actions, rather than to the material progress. The goal is always linked to the way you want get it”.

Individuare con assoluta certezza l'avvio dell'insieme di contributi riconducibili alla prospettiva sistemica è un'operazione ardua e, probabilmente, di difficile compimento. Embrionali primi riferimenti al corpus concettuale in oggetto sono, infatti, rintracciabili nei lavori di Barnard⁷² sull'identificazione dei diversi livelli che compongono i sistemi sociali e nelle opere di Buckley⁷³ e di Emery⁷⁴ sulla classificazione dei ruoli nell'ambito delle organizzazioni. Elementi fondanti dell'approccio sono riconducibili ad alcuni lavori di stampo filosofico sull'essenza e la forma del tutto rispetto alle parti⁷⁵. Prime formulazioni

Iandolo F., Calabrese M., Antonucci E., Caputo F. (2013). Towards a value co-creation based healthcare system. In Gummesson E., Polese F., Mele C. (eds.), *The 2013 Naples Forum on Service. Service Dominant Logic, Networks & Systems Theory and Service Science: Integrating three Perspectives for a new Service Agenda*, Giannini, Napoli, p. 3.

Si tratta, in altri termini, “di un salto di livello epistemologico dalla ricerca di catene lineari di causa-effetto a un punto vista [...] nel quale qualsiasi elemento viene capito e spiegato tenendo conto della sua collocazione all'interno di un sistema più vasto”.

Calabrese M. (2014). *Il Management nell'era della conoscenza*. Rirea, Roma, p. 82.

⁷² Che definisce l'organizzazione formale come “a system of consciously coordinated activities of two or more persons”

Barnard C. (1938). *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge, MA, p. 73.

L'applicazione dell'ottica organizzativa, in tale accezione, consente di “stabile quale soggetto aziendale abbia il potere-dovere di prendere le decisioni (chi decide); se tale soggetto debba o voglia avvalersi e di fatto si avvalga (o non) di altri soggetti operanti all'interno dell'unità produttiva e di quella decisionale – o all'esterno di esse – e quali rapporti di posizione e di movimento vengono a stabilirsi tra i soggetti reciprocamente coinvolti”.

Panati G., Golinelli G. (1992). *Tecnica economica industriale e commerciale. Imprese, strategie e management, Volume primo*. Nuova Italia Scientifica, Roma, p. 134.

⁷³ In particolare Buckley precisa che “it is precisely the issue of equality or inequality of initial opportunity to acquire the qualifications socially defined as necessary for achievement of functionally important positions that is conspicuously absent from the functionalists' theory. The fact that differentiation and stratification are analytically distinct does not imply that they are not closely interrelated.

Social differentiation accompanied by great inequalities in the distribution of wealth, power, and prestige, can be seen to promote the development of more or less permanent strata; these, in turn, seem to promote the maintenance of large inequalities”.

Buckley W. (1958). Social stratification and the functional theory of social differentiation. *American Sociological Review*, 23(4), 369-375, p. 373.

⁷⁴ Sulla rilevanza dell'interazione con l'esterno e, in particolare, sulle condizioni necessarie per assicurare la sopravvivenza del sistema Emery e Trist scrivono che “in contradistinction to physical objects, any living entity survives by importing into itself certain types of material from its environment, transforming these in accordance with its own system characteristics, and exporting other types back into the environment. By this process the organism obtains the additional energy that renders it ‘negentropic’; it becomes capable of attaining stability in a time-independent steady state—a necessary condition of adaptability to environmental variance”.

Emery F.E., Trist E. (1965). The causal texture of organizational environments. *Human relations*, 18(1), 12-32, p. 13.

⁷⁵ Sul tema si pensi, ad esempio, alla dicotomia sostanza-forma come enucleata da Aristotele secondo cui “sostanza [οὐσία] è il sostrato [ὑποκείμενον], il quale, in un senso, significa la materia (dico materia ciò che non è un alcunché di determinato in atto, ma un alcunché di determinato solo in potenza), in un secondo senso

compiute sono offerte dagli studi sui *sistemi biologici* e sulle loro dinamiche evolutive⁷⁶, dall'*ecologia* quale prospettiva di osservazione che guarda al tutto come entità integrata e non all'interazione tra le parti quale risultato di una logica meccanicistica⁷⁷, dalla *psicologia* e dalla *sociologia* in termini di contributo alla comprensione dei fenomeni cognitivisti⁷⁸ in contrapposizione a quelli connessionisti⁷⁹.

Come si può facilmente percepire la prospettiva sistemica ha degli illustri natali che, provenendo da campi di studio e approcci di osservazione diversi, hanno contribuito all'emersione di un corpus multidisciplinare ove scompaiono i confini tradizionali tra aree disciplinari e l'attenzione si sposta sulla comprensione dei fenomeni piuttosto che sulla loro

significa l'essenza e la forma (la quale, essendo un alcunché di determinato, può essere separata con il pensiero), e, in un terzo senso, significa il composto di materia e di forma [...]”.

Aristotele, *Metafisica* (trad. it. di Giovanni Reale (2014), Torino, Bompiani, p. 37).

⁷⁶ Con riferimento alle dinamiche evolutive dei sistemi biologici Varela nel 1981 evidenziava che “an organizationally closed unity is defined as a composite unity by a network of interactions of components that (i) through their interactions recursively regenerate the network of interactions that produce them, and (ii) realize the network as a unity in the space in which the components exists by constituting and specifying the unity's boundaries as a cleavage from the background”.

Varela F.J. (1981). *Autonomy and autopoiesis. Self-organizing systems*, 14-23. p. 15.

⁷⁷ Più specificamente “ecological analysis is conducted at three levels: individual, population, and community. Events at one level almost always have consequences at other levels. Despite this interdependence, population events cannot be reduced to individual events (since individuals do not reflect the full genetic variability of the population) and community events cannot be simply reduced to population events. Both the latter employ a population perspective which is not appropriate at the individual level. The situation faced by the organizations analyst is more complex. Instead of three levels of analysis, he faces at least five: (1) members, (2) subunits, (3) individual organizations, (4) populations of organizations, and (5) communities of (populations of) organization”.

Hannan M.T., Freeman J. (1977). The population ecology of organizations. *American journal of sociology*, 929-964, p. 933.

⁷⁸ In particolare “l'impianto cognitivista presuppone [...] la costruzione ex ante di un modello ben definito (e dato) di relazioni (il programma). La conoscenza interna al programma è data e quella che, invece, viene elaborata endogenamente riguardo solo le singole variabili in input e in output”.

Rullani E. (2008). *Economia della conoscenza. Creatività e valore nel capitalismo delle reti*. Carrocci Editore, Roma, p. 325.

⁷⁹ Con specifico riferimento all'approccio connessionista occorre precisare che “two particular related claims which are frequently confused in the philosophical literature. These are, (a) Connectionist systems are biologically plausible/brain-like, and (b) Connectionist systems are more biologically plausible/brain-like than other non-connectionist architectures.

Although there may be some credibility to the second claim (b), it is the first claim (a) which is, unequivocally, a myth. A careful comparison of the various components of a connectionist system with the supposedly analogous components of the brain shows that there is only the most minimal similarity between the biological and connectionist systems. As, to some degree, claim (b) rests upon claim (a), these facts cast some doubt on the plausibility of this claim too”.

Berkeley I.S. (1997). *Some myths of connectionism*. University of Louisiana, p. 7.

classificazione⁸⁰. In tale direzione si è mosso il contributo di Bogdanov che, prima di altri, ha contribuito alla formulazione di principi e modelli applicabili a qualsiasi fenomeno organizzato indipendentemente dalla sua natura⁸¹. Verso lo stesso obiettivo, seppur partendo da premesse concettuali non perfettamente coincidenti, si è mosso von Bertalanffy che ha modellizzato un approccio allo studio dei sistemi non legato unicamente alla logica meccanicistica di causa-effetto⁸².

Si tratta di avanzamenti fondamentali nel campo del sapere in quanto hanno tracciato il percorso per un fondamentale cambio di paradigma negli indirizzi di governo e nelle politiche manageriali dei fenomeni organizzati. Avanzamenti che hanno trovato nel *Viable System Model* e nel contributo offerto dagli studi di Stafford Beer⁸³ una solida base di

⁸⁰ Si rileva infatti che già tra i precursori del pensiero sistemico “events are perceived not only as isolated phenomena, but as the results of a series of dynamic relationships of causes, and with causes, all of which are strongly interrelated”.

Golinelli, G. M. (2010). *Viable systems approach (VSA): Governing business dynamics*. Cedam, Padova, p. 5.

⁸¹ In particolare, Egli evidenzia che “tutti gli interessi dell’umanità sono di natura organizzativa. Da ciò segue, tuttavia, che non ci può essere e non ci dovrebbe essere nessun altro punto di vista diverso dal punto di vista organizzativo attraverso cui guardare la vita e l’universo. E se, finora, ciò non è stato realizzato, lo si deve solamente al fatto che il pensiero dell’uomo non si è ancora completamente liberato dalle membrane del feticismo che ostruiscono il sentiero della sua evoluzione”.

Bogdanov A. (1988). *Saggi di scienza dell’organizzazione*. Theoria, Roma, p. 6.

⁸² Nel definire il passaggio ad un nuovo modo di vedere i sistemi, e più in generale la realtà, nel 1968 von Bertalanffy scriveva che “the world view of yesterday, the so-called mechanistic universe, was a world of ‘blind laws of nature’ and of physical units moving at random. Chaos was the of quoted blind play of atoms. It was no less chaos when, in the theory of evolution, the living world appeared as a product of chance, arising by accidental changes of environment. In the same sense human personality, according to behaviourism and psychoanalysis, was a chance product of nature and nurture, some small part played by the hereditary equipment and a large part played by accidental events in early childhood, subsequent conditioning and the like. Human history was one darn thing after the other, without rhyme and reason.

Now, it appears, we are seeking, for another basic outlook – the world as organisation. This claim – if it can be verified – would profoundly change the categories of our thinking and influence our practical attitudes. Again, this is not new and you may trace this idea way back to old Hippocrates. Nevertheless, it seems that only now the development of science has reached a stage to take it seriously”.

Von Bertalanffy L. (1968). *Organismic psychology and systems theory*. Clark University Press, Worcester, p. 33.

⁸³ Provando a sintetizzare il contributo degli studi di Stafford Beer in tale direzione è possibile evidenziare che “according to the cybernetic model of any viable system, there are five necessary and sufficient subsystems interactively involved in any organism or organization that is capable of maintaining its identity independently of other such organisms within a shared environment. This ‘set of rules’ will therefore apply to an organism such as a human being, or to an organization consisting of human beings such as the State. The comparison is made not by way of analogy, but, as has already been explained, because the rules were developed to account for viability in any survival-worthy system at all”.

Beer S. (1984). The viable system model: Its provenance, development, methodology and pathology. *Journal of the operational research society*, 7-25, p. 14.

riferimento per la comprensione delle interazioni tra le parti e della relativa influenza sull'essenza del tutto.

Tali contributi ricondotti ai fenomeni di natura economica ha prodotto l'elaborazione di numerose metafore volte ad identificare principi generalizzabili e riconducibili alla gestione dell'impresa. Sono emerse, in tale direzione, la rappresentazione meccanicistica⁸⁴, cognitiva⁸⁵, organica⁸⁶, cibernetica⁸⁷ e autopoietica con contributi e approcci che hanno evidenziato aspetti e peculiarità diverse di uno stesso fenomeno osservato.

⁸⁴ Nell'accezione di Taylor è possibile evidenziare che “under scientific management, on the other hand, it becomes the duty and also the pleasure of those who are engaged in the management not only to develop laws to replace rule of thumb, but also to teach impartially all of the workmen- who are under them the quickest ways of working. The useful results obtained from these laws are always so great that any company can well afford to pay for the time and the experiments needed to develop them. Thus under scientific management exact scientific knowledge and methods are everywhere, sooner or later, sure to replace rule of thumb, whereas under the old type of management working in accordance with scientific laws is an impossibility”.

Taylor F.W. (1911). *The Principles of Scientific Management and Testimony Before the Special House Committee*. Harper & Row, New York, p. 173.

⁸⁵ Sul tema, secondo Hinterhuber et al. “the enterprise as a cognitive system secures competitive advantages by acquiring core competences differentially. It develops them further and uses them for its business units. Here, the construction of a basic organizational knowledge accessible to all company members is vital. With employees and managers gaining more access to core competences, the freedom to discover new business fields and to question old ones grows. Whenever managers and employees become aware of their environment, they themselves invent it and offer new solutions to satisfy stakeholders. The mere imagination of increase in value, if sufficiently cherished by corporate culture, engenders increase in value: imagination produces reality”.

Hinterhuber H.H., Friedrich S.A., Handlbauer G., Stuhec U. (1996). The company as a cognitive system of core competences and strategic business units. *Strategic change*, 5(4), 223-238, p. 225.

⁸⁶ In proposito von Bertalanffy, afferma che “the motivation of an organic or systems approach can be summarized in three statements.

First – until recently, physics was the only “exact” science, that is a consistent conceptual structure allowing for explanation, prediction and control of nature. More recently, the biological, behavioural and social sciences have come into their own appear to demand new form of conceptualization, model, laws. A generalization of scientific concepts appears to be necessary.

Secondly – in biology, the behavioural and social sciences, we encounter many phenomena which are not found in intimate nature and for which no concepts are provided in the system of physics [...].

Thirdly – [...] In contrast to the progressive specialization in modern science, these new sorts of models are interdisciplinary”.

Von Bertalanffy L. (1968). *Organismic Psychology and Systems Theory*. Clarck University Press, Massachusetts, pp. 36-37.

⁸⁷ L'approccio cibernetico ai sistemi si fonda sulla convinzione che “cybernetics is not an attempt to comprehend the whole of science and knowledge in one glorious confusion, but rather an attempt to see whether the understanding of control problems so far acquired in many disparate sciences is being properly shared. Although a great deal is known about control in various departments of learning, little has been done about the nature of control per se. In attacking that problem, cybernetics must inevitably borrow the available information about its subject wherever that seems to be available; in this sense it is certainly a unifying influence on science at large”.

Beer S. (1959). What has cybernetics to do with operational research? *Operational Research Quarterly*, 10(1), 1-21, p. 3

La pluralità di rappresentazioni è ovviamente riconducibile alla molteplicità di prospettive con cui, nel corso del tempo, si è guardato ai fenomeni sociali ed economici. Pluralità che non sempre sono riuscite a trovare opportuni punti di contatto generando ampi dibattiti su elementi chiave della prospettiva quali *apertura e chiusura*⁸⁸, *omeostasi e autoregolamentazione*⁸⁹, *equi-finalità*⁹⁰, *resilienza*⁹¹ e *finalità perseguite*⁹². Dibattiti che hanno compromesso la diffusione dell'approccio limitandone, talvolta, l'applicazione a vantaggio di una 'più chiara descrizione' offerta dalle metodologie meccanicistiche.

In tale composito annoverato di teorie, modelli, e prospettive l'*Approccio Sistemico Vitale* si propone come possibile percorso di ricomposizione delle diverse istanze qualificando caratteristiche, principi e peculiarità dei sistemi in funzione della loro propensione a sopravvivere in un determinato contesto⁹³.

⁸⁸ Specificatamente Luhmann nel 1988 evidenzia che "elements presuppose enormous complexity in term of their energy/matter basis but nonetheless function within systems as indissoluble units in terms of the respective system – for example as molecules, cell, ideas, actions. The indissoluble unity of element for the system can be constituted only by the system; it follows from its capacity to associate which is produced within the system. An autopoietic system therefore constitutes the elements of which it consists through the elements of which it consists. In doing so it sets limits which do not exist in the substructure complexity of the environment of the system".

Luhmann N. (1988). The Unity of the Legal System. In Gunther, T. (Ed.). *Autopoietic Law: A New Approach to Law and Society* (12-35), Walter de Gruyter, Berlin.

⁸⁹ Sul tema rileva osservare che anche "le società umane hanno sviluppato [...] un processo di autoregolazione, fondato su condizioni sociali, che come conseguenza di una transizione demografica da una popolazione in equilibrio con alti tassi di natalità e di mortalità e un basso livello di vita, a una popolazione con un livello di vita più alto, la quale è più estesa ma di nuovo in equilibrio e nella quale i tassi di natalità sia di mortalità sono bassi".

Capra F. (2008). *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*. Feltrinelli, Milano, p. 179.

⁹⁰ L'equi-finalità rappresenta un elemento chiave dell'approccio sistemico allo studio dei fenomeni sociali ove è possibile notare che "in any closed system, the final state is unequivocally determined by the initial conditions. [...] This is not so in open systems. Here, the same final state may be reached from different initial conditions and in different ways.

von Bertalanffy L. (1973). *General system theory: Foundations, development, applications*, Braziller, New York, p. 35.

⁹¹ In particolare la resilienza può essere definita come "the capacity of a system to absorb disturbance and reorganize while undergoing change so as to still retain essentially the same function, structure, identity, and feedbacks".

Walker B., Holling C.S., Carpenter S.R., Kinzig A. (2004). Resilience, adaptability and transformability in social-ecological systems. *Ecology and society*, 9(2), 1–9, p. 2.

⁹² In proposito, per finalità puramente esemplificative, risulta utile richiamare la visione di Parsons secondo cui "a social system consists in a plurality of individual actors interacting with each other in a situation which has at least a physical or environmental aspects, actors who are motivated in terms of a tendency to the 'optimization of gratification' and whose relation to their situations, including each other, is defined and mentioned in terms of a system of culturally structured and shared symbols".

Parsons T. (2013). *Social System*. Routledge, London, p. 3.

⁹³ Più specificatamente, "l'Approccio Sistemico Vitale, recuperando tematiche e studi tipici dell'economia d'impresa, ha consentito di ricondurre ad una rappresentazione coerente alcune interpretazioni apparentemente

Attraverso l'identificazione di alcuni 'concetti chiave' l'ASV offre utili indicazioni tanto per il governo quanto per la gestione di qualsiasi fenomeno organizzato (Tabella 2.1).

Tabella 2.1 – I Concetti Fondamentali (FC) dell'ASV

FC1	Individui, organizzazioni, istituzioni sociali sono sistemi in quanto insiemi interrelati di parti indirizzate verso una specifica finalità.
FC2	Nell'ambito della ricorsività dei sistemi ogni sistema (di livello L) identifica una serie di sovrastemi di riferimento, collocati ad un piano di livello superiore (L+1), ed una serie di sottosistemi ad esso riferiti, collocati su un piano inferiore (L-1).
FC3	L'interpretazione dei fenomeni complessi richiede approcci interdisciplinari e deve coniugare la visione riduzionistica che analizza le specifiche parti costituenti (comprese le relazioni tra di esse) con la visione olistica capace di osservare l'insieme.
FC4	I sistemi sono aperti poiché sono in relazione con molti altri sistemi con i quali scambiano risorse. Il confine di un sistema funge da filtro rispetto alla complessità esterna. Esso è cangiante e comprende l'insieme di attività e risorse di cui il sistema ha bisogno nell'ambito della sua dinamica evolutiva.
FC5	I sistemi vitali sono dotati di autopoiesi ed autoregolazione: essi hanno l'abilità di auto generare condizioni interne che attraverso meccanismi di autoregolazione consentano di raggiungere condizioni di equilibrio sintesi delle possibilità interne e dei vincoli esterni.

contraddittorie, derivanti dal concepire le organizzazioni ora in ottica solo strutturale ora in ottica di processo; ha formalizzato, in sostanza, il fatto che il passaggio da struttura a sistema non può e non deve ritenersi dicotomicamente alternativo (così come il bianco e il nero) ma deve invece interpretarsi come una modalità sfumata, che consente rappresentazioni composite in cui elementi strutturali e sistemici si integrano e si fondono”.

Barile S. (2011). L'Approccio Sistemico Vitale per lo sviluppo del territorio. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 84, 47-87, pp. 52-53.

In tale accezione, l'Approccio Sistemico Vitale qualifica come “vitale” qualsiasi sistema che rispetta i seguenti principi:

1. “Della Sopravvivenza: Un sistema vitale, inserito in uno specifico contesto, ha il precipuo fine della sopravvivenza.
2. Dell'Eidos: Il sistema vitale nella sua qualificazione ontologica può essere concepito in una duplice prospettiva: quella della struttura e quella del sistema.
3. Dell'Ethos: Il sistema vitale nella sua qualificazione comportamentale è caratterizzato dalla evidenziazione di due aree logicamente distinte: quella del decidere e quella dell'agire.
4. Dell'Isotropia: Il sistema vitale, nella sua dinamica esistenziale, è indirizzato verso il perseguimento di strategie ed il raggiungimento di obiettivi in una quotidianità caratterizzata da costante interazione con sovrastemi e sottosistemi da cui e a cui, rispettivamente, trae e fornisce indirizzi e regole.”
5. Dell'Esaustività: Per un sistema vitale, tutte le entità esterne a sé stesso o sono anch'esse sistemi vitali, ovvero sono componenti riconducibili ad un sistema vitale di livello superiore.”

Barile S., Sancetta G., Saviano M. (2015). *Management. Vol. I, Il modello sistemico e le decisioni manageriali*. Giappichelli, Torino, p. 53.

In particolare “la rilettura dei postulati nella prospettiva dei processi aziendali è funzionale alla definizione del sistema vitale impresa e dell'articolata dinamica di interrelazioni sussistente nel contesto di tali processi. E' solo alla luce di tale articolazione che l'organo di governo dell'impresa riesce ad identificare l'area del governo e l'ambito delle operazioni gestionali e a gestirli, quindi, efficacemente attraverso appropriati schemi organizzativi e strutture operative.

Cariola A., Lanza A. (2002). L'approccio sistemico di Gaetano M. Golinelli al governo dell'impresa. *Riflessioni di sintesi. Sinergie*, 59, 267-287, p. 270.

FC6	Ogni organizzazione è caratterizzata da una struttura costituita da un insieme di componenti con assegnati ruoli, attività ed obiettivi che sono svolti coerentemente con vincoli e regole. Dalla struttura emerge un sistema attraverso la trasformazione di relazioni in interazioni dinamiche con sub-sistemi e sovra-sistemi.
FC7	Le relazioni tra sistemi vitali possono essere consonanti e risonanti. Esse sono consonanti quando vi è una compatibilità potenziale tra le componenti dei sistemi. Le relazioni risonanti si sviluppano quando vi è una effettiva armonica interazione tra sistemi.
FC8	La vitalità del sistema è determinata dalla sua capacità di sviluppare nel tempo un comportamento in armonia con sub-sistemi e sovra-sistemi attraverso lo sviluppo di relazioni consonanti e risonanti.
FC9	La dinamica di impresa e la ricerca della vitalità è legata a dinamici e reiterati processi di modifica strutturale e sistemica per allineare le potenzialità strutturali interne alle effettive necessità contestuali.
FC10	I sistemi vitali continuamente devono perseguire un allineamento tra complessità esterna e complessità interna al fine di gestire al meglio i tumultuosi sviluppi che impattano sulla vitalità. Il soggetto decisore nella dinamica dei processi cognitivi è influenzato da categorie valoriali, schemi interpretativi ed unità informative.

Fonte: Polese F. (2014). *Management sanitario in ottica sistemico vitale*, Giappichelli, Torino, p. 49⁹⁴.

Adottando le lenti interpretative offerte dall'ASV e provando a calare quanto evidenziato dai 10 concetti fondamentali in sanità alcune osservazioni potenziali sembrano dischiudersi agli occhi degli osservatori più attenti:

- Ciascun attore/entità coinvolto nei processi sanitari è dotato di specifiche finalità.
- La sanità risente di influenze e condizionamenti provenienti tanto dai sovrasistemi (Governo, utenza, Organismi internazionali, ...) quanto dai subsistemi (medici, infermieri, ...).
- La comprensione della sanità quale articolato complesso di risorse e di attori richiede di analizzarne tanto le singole parti quanto il risultato delle interazioni tra le stesse in termini di emersione del 'tutto'.
- La sanità è parte di un contesto con il quale interagisce continuamente e in vario modo, pertanto, sviluppare approcci manageriali alla sanità richiede comprendere in che modo e con quale impatto si realizzano gli scambi con il contesto.
- La sanità per poter operare in condizioni di efficacia, efficienza e sostenibilità deve assicurare, anzitutto, condizioni di equilibrio interno⁹⁵.

⁹⁴ Elaborazione da Barile S., Polese F. (2010). Smart service systems and viable service systems: Applying systems theory to service science. *Service Science*, 2(1-2), 21-40, p. 28.

⁹⁵ Più dettagliatamente, "in order to manage and coordinate the equilibrium of a system within its pattern of relationships, VSA holds that decision-makers must be committed to a sustainable plan to acquire the necessary resources by satisfying the network of stakeholders that posses those resources. In most cases, a system has to deal with both internal constraints (subsystem requirements) and external expectations (supra-system requirements).

- Le relazioni tra sanità e attori del contesto possono assumere configurazioni diverse e cangianti nel tempo. L'obiettivo del management deve essere di assicurare le condizioni necessarie affinché vi sia un progressivo 'avvicinamento' agli attori del contesto e 'consolidamento' delle relazioni sviluppate.
- La capacità della sanità di rispondere funzionalmente e proattivamente alle esigenze dell'utenza dipende dalla capacità del management di assicurare una elevata flessibilità ed una forte potenzialità di adeguamento ai cambiamenti del contesto.
- Il governo e la gestione della sanità non deve basarsi esclusivamente sulla valutazione e quantificazione di elementi tangibili ma deve considerare anche gli elementi intangibili (emozioni, credenze, valori, ...) che influenzano le scelte dei singoli attori e l'evoluzione delle relazioni nel tempo⁹⁶.

Le osservazioni proposte, così come il corpus disciplinare dell'*Approccio Sistemico Vitale* da cui derivano, evidenziano la necessità di un ampliamento della prospettiva di osservazione e dei modelli di gestione tradizionalmente adottati in sanità⁹⁷. Emerge

Polese F., Di Nauta P. (2013). A Viable Systems Approach to Relationship Management in S-D Logic and Service Science. *Business Administration Review, Schäffer-Poeschel*, (73)2, 113-129, p. 123.

⁹⁶ Occorre, in altri termini, considerare che "people react spontaneously to certain physical signals into the setting. In fact, these stimuli activate the "emotional memory", the process aroused when actions are aligned with the behaviour patterns, the status quo or something already experienced. However, if the world of business organization theories seems to highlight a gap in the study of spatial setting and its influence on the behavior of individuals, it is also definitely analyzing the territory for its symbolical meaning. Many times, these codes allow the members of a society to put meaning in artifacts becoming a tool for the decision makers: the territorial offer as a whole, for its structural and symbolic features, is able to influence stakeholders behavior that could be analyzed through the Stimulus-Organism-Responses scheme (Mehrabian and Russell, 1974)".

Marino V., Gallucci C., Bellelli P. (2013). The conceptual framework of Placescape. A new Service Marketing perspective for the territory system. In Gummeson E., Polese F., Mele C. (eds.), *Service Dominant Logic, network & system theory and service science. Integrating three perspectives for a new service agenda*. Giannini, Napoli.

⁹⁷ Provando a sintetizzare il contributo offerto dall'Approccio Sistemico Vitale è possibile affermare che "the VSA was proposed as an interpretative governance methodology that offers a systems thinking contribution to the understanding and management of social and business organizations, as this approach provides a general framework that accounts for both structural configuration and the dynamics of functioning. Its general schemes are useful for interpreting the concept of complexity in that these schemes highlight its systemic nature and support the investigation of its implications for decision making (Barile 2009; Barile & Saviano 2011b; Saviano & Di Nauta 2011).

When acting in conditions of complexity, the VSA allows identifying (and qualifying) relevant actors who influence decision making and the actions that must be pursued to accomplish sustainable performance. Thus, by offering both a methodological key to understand complexity and a governance approach to complexity, the VSA provides support to decision makers under uncertain conditions (Barile 2009; Saviano & Berardi 2009)".

Barile S., Pels J., Polese F., Saviano, M. (2012). An introduction to the viable systems approach and its contribution to marketing. *Journal of Business Market Management*, 5(2), 54-78.

chiaramente la necessità di contemplare dinamiche e dimensioni precedentemente sottovalutate al fine di meglio comprendere quali variabili occorre considerare la fine di allineare strategie e comportamenti della sanità alle esigenze e alle aspettative dell'utenza (e più in generale del contesto).

Occorre andare oltre la semplice (e talvolta banale) quantificazione delle performance in sanità per comprendere che le cause del successo di una strategia o di una linea di intervento possono essere colte solo facendo riferimento alla “dinamica di variazione delle reciproche dotazioni di varietà informativa”⁹⁸ ossia delle *unità informative*, degli *schemi interpretativi* (generali e di sintesi) e delle *categorie valoriali*⁹⁹.

Figura 2.1 – I livelli della Varietà Informativa



Fonte: Barile S. (2011). *Management sistemico vitale. Decisioni e scelte in contesti complessi*. International Printing, Avellino, p. 85.

⁹⁸ Saviano M. (2012). *Condizioni di efficacia relazionale e di performance nelle aziende sanitarie*. Giappichelli, Torino, p. 15.

⁹⁹ Tali fattori rappresentano rispettivamente:

- a) “la composizione “strutturale” della conoscenza;
- b) le forme della conoscenza;
- c) la resistenza che la conoscenza posseduta oppone al cambiamento”.

Barile S. (2011). *Management sistemico vitale. Decisioni e scelte in contesti complessi*. International Printing, Avellino, p. 69.

Sul tema occorre precisare che “l’interazione tra i tre ‘livelli’ “non deve intendersi in termini di causa effetto: non è corretto pensare che data una specifica Categoria valoriale, in corrispondenza di un determinato Schema interpretativo, ne derivi necessariamente uno specifico Schema interpretativo di sintesi e, quindi, una oggettiva scelta risolutiva. Se così fosse, avremmo solo cambiato i parametri della formula deterministica implicita nella teoria dell’utilità, ma ne avremmo banalmente ribadito i contenuti. L’interazione tra i fattori che compongono una Varietà informativa, invece, deve in qualche modo “somigliare” più ad una reazione chimica che all’azione di un meccanismo”.

Barile S. (2011). *Management sistemico vitale. Decisioni e scelte in contesti complessi*. International Printing, Avellino, p. 85.

2.2 I limiti del focus sull'efficienza aziendale e la necessità di nuovi strumenti di valutazione della performance in sanità

Il tema della valutazione delle performance in sanità a seguito dell'evoluzione delle condizioni di contesto e dei cambiamenti registrati nel sistema dell'utenza rappresenta un tema particolarmente rilevante nell'ambito degli studi sul management e l'organizzazione in sanità. Molteplici sono stati i contributi offerti dalla letteratura e dagli operatori di settore sul tema e diverse sono state le prospettive che sono state privilegiate e adottate nel corso tempo. Analizzando i numerosi contributi offerti dalla letteratura sul tema è possibile evidenziare l'esistenza di molti (forse troppi) parametri potenziali di valutazione¹⁰⁰.

Si tratta ovviamente di un'elencazione articolata che, come è possibile notare, tende a privilegiare prevalentemente aspetti di natura quantitativa legati alle capacità di erogazione del servizio sanitario da parte dei professionisti della salute, alla capacità di riduzione della spesa dei gestori, al numero di strutture disponibili e all'utilizzo medio di tali strutture.

In tale direzione sembra essersi mosso anche il Ministero della Salute italiano che nell'Atto di indirizzo per il 2014 affrontando il tema della valutazione delle performance in sanità precisa che “non solo l'azione di controllo della spesa sanitaria si dovrà incentrare su un più attento governo della stessa, su un miglioramento del monitoraggio e del controllo della qualità e dell'appropriatezza, su interventi qualificati volti ad assicurare gli adeguati strumenti di prevenzione e di assistenza sanitaria, ma dovranno altresì essere promosse e incentivate iniziative volte a garantire l'attuazione di una corretta ed efficiente gestione delle risorse, attraverso un trasparente uso integrato delle risorse pubbliche e private”¹⁰¹.

Tali aspetti per quanto rilevanti scontano una prospettiva riduzionistica ove i singoli elementi di analisi sembrano svincolati dal tutto e potenzialmente governabili in modo

¹⁰⁰ Tra i numerosi indicatori, in particolare, occorre considerare: Numero ASL; Medici di medicina generale; Casi trattati in assistenza domiciliare integrata; Servizi di guardia medica; Ricette per specialità medicinali e galenici in convenzione (migliaia); Strutture sanitarie distrettuali; Strutture sanitarie distrettuali con attività clinica; Strutture sanitarie distrettuali con assistenza ai malati terminali; Posti letto residenziali; Tasso posti letto residenziali; Posti letto residenziali; Tasso posti letto residenziali; Personale amministrativo; Tasso personale amministrativo; Posti letto ospedalieri ordinari; Degenze; Giornate di degenza; Degenza media; Tasso utilizzo posti letto ospedalieri; Tasso ospedalizzazione; % stanziali regione ricoveri ordinari acuti; % stanziali regione ricoveri day hospital acuti; Tasso dimissione ospedaliera day hospital acuti; Tasso ricorso al pronto soccorso; Istituti o centri riabilitazione; Tasso consumo farmaci.

L'elenco è tratto dagli indicatori aggiornati al 2015 che l'Istat utilizza per le rilevazioni sul Servizio Sanitario Nazionale (www.istat.it/it/files/2011/02/Lista-indicatori.zip).

¹⁰¹ Ministero della Salute (2014). *Atto di indirizzo 2014*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2308_allegato.pdf

autonomo. Riconoscendo la necessità di convergere verso un approccio olistico che ‘legghi’ i molteplici indicatori in una comune prospettiva¹⁰² emerge la necessità di nuovi strumenti di valutazione delle performance in sanità che vadano oltre la semplice misurazione di efficienza¹⁰³.

Un primo tentativo ‘istituzionale’ di superare la tradizionale logica di valutazione delle performance in sanità basata prevalentemente (se non esclusivamente) sulla dimensione economica è rintracciabile nella proposta del Ministero della Salute che, suggerendo l’applicazione dei principi della *Balanced Scorecard*¹⁰⁴ in sanità, identifica i seguenti parametri di valutazione:

- “*Controllo strategico*, in cui monitorare l’attuazione di piani e programmi, ovvero misurare l’effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento

¹⁰² In proposito, Carposanto evidenzia che “l’uso degli indicatori (e sistemi di indicatori) può essere finalizzato al raggiungimento di quattro obiettivi principali:

- l’apporto dei connotati di sistematicità e “scientificità” in ogni processo decisionale in sanità;
- la possibilità di fissare con chiarezza gli obiettivi delle proprie scelte e dunque di verificare quanto tali obiettivi siano stati conseguiti;
- la possibilità di basare tali processi decisionali sull’analisi dei benefici conseguiti alle decisioni prese e dei costi che tali decisioni comportano;
- la definizione di un contesto di riferimenti preciso entro i quali indirizzare l’espressione dei bisogni di salute della popolazione e la partecipazione della stessa al processo attivato per la loro soddisfazione”.

Corposanto C. (2006). La valutazione della qualità in sanità. Alcune riflessioni teoriche. *Difesa Sociale*, 85(1-2), 11-32, p. 28.

¹⁰³ In tale direzione, “il management sanitario, nel processo di valutazione della performance del sistema, deve tener sempre di più in considerazione, anche in termini di economia, un orientamento rivolto agli obiettivi di salute. Nell’ambito dell’economia sanitaria vanno, infatti, sempre di più affermandosi le recenti ricerche riguardanti le analisi del ‘costo-utilità’, dirette a valutare i costi di un’azione sanitaria in rapporto alla ‘qualità della vita’”.

Cinotti R., Cipolla C. (2003). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. Franco Angeli, Milano, p. 26.

Più specificatamente, “nella logica del performance measurement, l’attivazione dei programmi per la qualità è un’occasione concreta per misurare l’efficacia del sistema sanitario e trasferire questa informazione all’esterno. La qualità, così processata, non rappresenta più un obiettivo strategico ritualmente declinato nei piani, ma una dimensione operativa dell’assistenza. Essa è una caratteristica misurabile, osservabile nel tempo, riferita ad un numero di aree selezionate e prioritarie (ad esempio, la gestione della cartella clinica, la presa in carico del paziente con diabete non complicato, e così via), quindi, non più “generica””.

Cosmi L., Del Vecchio, M. (2004). Lo sviluppo della funzione risk management nelle aziende sanitarie: una prospettiva economico aziendale. *Difesa sociale*, 1, 7-18, p. 8.

¹⁰⁴ Con riferimento alla *Balanced Scorecard* occorre precisare che “[it] is not a template that can be applied to business in general or even industry-wide. Different market situations, product strategies, and competitive environments require different scorecards. Business units device customized scorecards to fit their mission, strategy, technology, and culture. In fact, a critical test of a scorecard’s success is its transparency”.

Kaplan R.S., Norton D.P. (1995). Putting the balanced scorecard to work. In Schneier C.E., Shaw D.G., Beatty R.W., Baird L.S. (eds.) *Performance measurement, management, and appraisal sourcebook*. Human Resource Development, Batavia, 66-79, p. 67

delle risorse, puntando, attraverso l'opportuna valutazione dei feed-back, alla progressiva modernizzazione e al miglioramento qualitativo dell'Amministrazione e delle competenze professionali e delle capacità di attuazione di piani e programmi;

- *Portafoglio delle attività e dei servizi*, attraverso cui misurare e valutare la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati, nonché rilevare il grado di soddisfazione dei destinatari, attraverso modalità interattive;
- *Stato di salute dell'Amministrazione*, nel cui ambito misurare e valutare l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento dei costi;
- *Impatti dell'azione amministrativa*, in cui misurare e valutare l'attuazione delle politiche attivate mirate alla soddisfazione finale dei bisogni della collettività, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione¹⁰⁵.

Si tratta di un primo importante passo, indubbiamente non esaustivo, che segna il tracciato per un nuovo orientamento nella valutazione delle performance in sanità. Per cogliere a pieno i benefici, tuttavia, occorre partire dal contesto, comprenderne le dinamiche e individuare prime potenziali proposte attuative.

2.2.1 Osservazioni e riflessioni sui trend della sanità in Italia

Il tema della valutazione del Servizio Sanitario è caratterizzato da una crescente incertezza tanto con riferimento ai parametri di valutazione da utilizzare tanto con riferimento all'impatto che le politiche di valutazione possono generare in termini di adeguamento delle strategie adottate dai Policy Maker.

In tale scenario di forte indeterminatezza le componenti 'tangibili' del processo di valutazione sono state a lungo considerate gli unici elementi in grado di offrire informazioni utili alla definizione di politiche 'adeguate' nella gestione del Servizio Sanitario. L'attenzione, pertanto, si è progressivamente concentrata sull'individuazione di parametri che potesse fornire indicazioni oggettive sui trend di evoluzione del Servizio Sanitario al fine di offrire indicazioni utili per la definizione tanto delle politiche di gestione quanto degli indirizzi di governo.

In tale direzione, in Italia, le indagini dirette ad analizzare 'lo stato di salute' della sanità si sono progressivamente (e quasi esclusivamente) concentrate sulla quantificazione dei

¹⁰⁵ Ministero della Salute (2010). *Sistema di misurazione e valutazione della performance del Ministero della Salute*. Allegato al Decreto Ministeriale del 30 dicembre 2010, p. 5

flussi di spesa e sulla determinazione di parametri in grado di dare evidenza dei cambiamenti registrati nella struttura del servizio. Sul tema, infatti, è agevole identificare informazioni riguardanti le evoluzioni dei costi (tanto in forma aggregata quanto suddivisi per centri di attività), il numero di ricoveri, il numero di posti letti, le strutture disponibili e il tasso di occupazione.

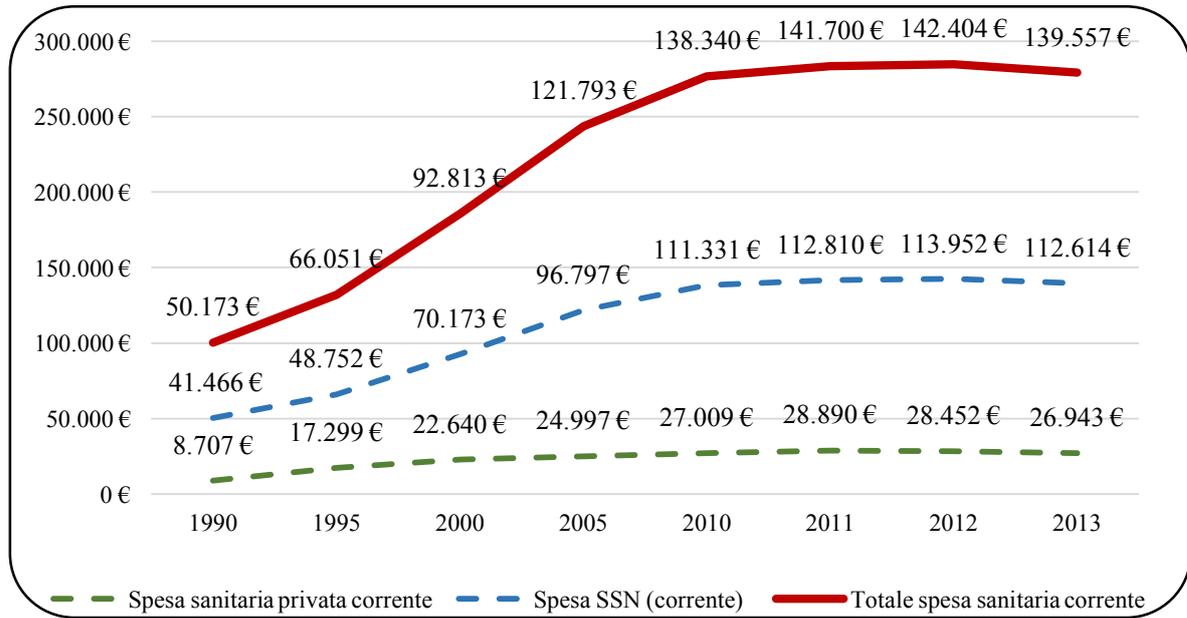
Provando a sintetizzare il complesso di dati disponibili è possibile notare che “secondo i dati del NSIS, aggiornati al 28 aprile 2014 (flusso del 4° trimestre 2013) e riportati dal Ministero della Salute, la spesa sanitaria corrente a carico del SSN ha subito nel 2013 una diminuzione dell’1,2% rispetto al 2012, facendo registrare la prima variazione annuale negativa dopo il 1995”¹⁰⁶.

Si tratta di un risultato particolarmente rilevante in termini di efficienza economica dei processi di erogazione del servizio sanitario che sembra non essere semplicemente riconducibile ad un trasferimento di costi dal pubblico al privato in quanto, nello stesso periodo, la spesa sanitaria privata ha registrato una riduzione del 5,3%. Il trend registrato sembra, piuttosto, essere il risultato “delle misure previste dalla “spending review” e dai decreti successivi, come gli interventi in materia di budget per la spesa farmaceutica e per dispositivi medici. A livello regionale, in particolar modo nelle Regioni in Piano di Rientro (PdR), le misure si sono incentrate principalmente sul ripensamento dei modelli strategici di gestione dell’assistenza, attraverso interventi come la revisione dei sistemi di accreditamento, l’introduzione di budget e tetti di spesa per gli operatori privati e la riorganizzazione della rete di offerta”¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Armeni P., Ferrè F. (2014). La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione. In Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI* (141-181). Cergas, Milano, p. 151.

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 155.

Figura 2.2 – Trend della spesa SSN e della spesa sanitaria privata
(Anni 1990-2013)



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato (2014). *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto N. 1*, www.rgs.mef.gov.it.

La stessa tendenza è riscontrabile anche spostando il focus di osservazione dal SSN alla gestione regionale del Servizio Sanitario seppur con qualche peculiarità dovuta agli ulteriori limiti imposti alle Regioni in Piano di Rientro¹⁰⁸. Specificatamente, osservando l'andamento della Spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità interregionale è possibile notare una riduzione generalizzata soprattutto tra il 2012 e il 2013.

Tabella 2.2 – L'andamento Spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità interregionale (Anni 1990-2013)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Piemonte	688	828	1319	1661	1903	1897	1961	1910
Valle d'Aosta	756	875	1.409	1.829	2.170	2.236	2.260	2.171
Lombardia	709	868	1.198	1.573	1.813	1.872	1.926	1.913

¹⁰⁸ Con riferimento ai Piani di Rientro occorre precisare che essi “hanno la finalità di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della regione in deficit sanitario e sono parte integrante dell'accordo pattizio stipulato tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e la Regione, finalizzato a raggiungere, entro tre anni dalla sottoscrizione, il pareggio di bilancio, attraverso una razionalizzazione stringente dei programmi di spesa, un intervento strutturale sull'offerta complessiva dei servizi sanitari e l'introduzione di sanzioni per le regioni inadempienti”

Sotte V. (2014), I piani di rientro, *Osservatorio di Diritto sanitario*, 0, <http://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?artid=24116>

Bolzano	722	995	1.603	2.059	2.183	2.234	2.291	2251
Trento	731	907	1.327	1.722	2.088	2.209	2.265	2.221
Veneto	746	861	1.257	1.609	1.788	1.782	1.862	1.841
Friuli Venezia Giulia	730	868	1.241	1.650	1.979	2.076	2.127	2.089
Liguria	841	957	1.374	1.837	2.006	2.043	2.043	2.036
Emilia Romagna	856	975	1.282	1.699	1.920	1.926	2.037	2.030
Toscana	788	891	1.256	1.647	1.899	1.914	1.995	1.948
Umbria	766	865	1.273	1.629	1.806	1.841	1.904	1.877
Marche	834	886	1.237	1.544	1.795	1.793	1.834	1.817
Lazio	788	891	1.319	1.919	1.971	1.965	2.048	1.965
Abruzzo	724	761	1.299	1.729	1.743	1.751	1.825	1.807
Molise	678	776	1.164	2.033	2.070	2.037	2.074	2.094
Campania	692	743	1.163	1.670	1.719	1.710	1.713	1.684
Puglia	671	783	1.123	1.515	1.772	1.731	1.746	1.738
Basilicata	603	707	1.079	1.505	1.796	1.818	1.843	1.829
Calabria	586	721	1.142	1.423	1.719	1.697	1.731	1.706
Sicilia	700	747	1.073	1.559	1.688	1.717	1.743	1.740
Sardegna	695	860	1.173	1.632	1.874	1.932	1.995	1.985

Fonte: Armeni P., Ferrè F. (2014). La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione. In Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI* (141-181). Cergas, Milano, p. 165.

Al fine di comprendere quali siano stati gli interventi che hanno consentito di ottenere la tanto ambita riduzione della spesa del servizio sanitario occorre, tuttavia, meglio dettagliare le voci di spesa al fine di chiarire quali costi, nei fatti, sono stati ridotti.

Tabella 2.3 – *Il dettaglio delle voci di spesa del SSN (Anni 1990-2013, in milioni di euro)*

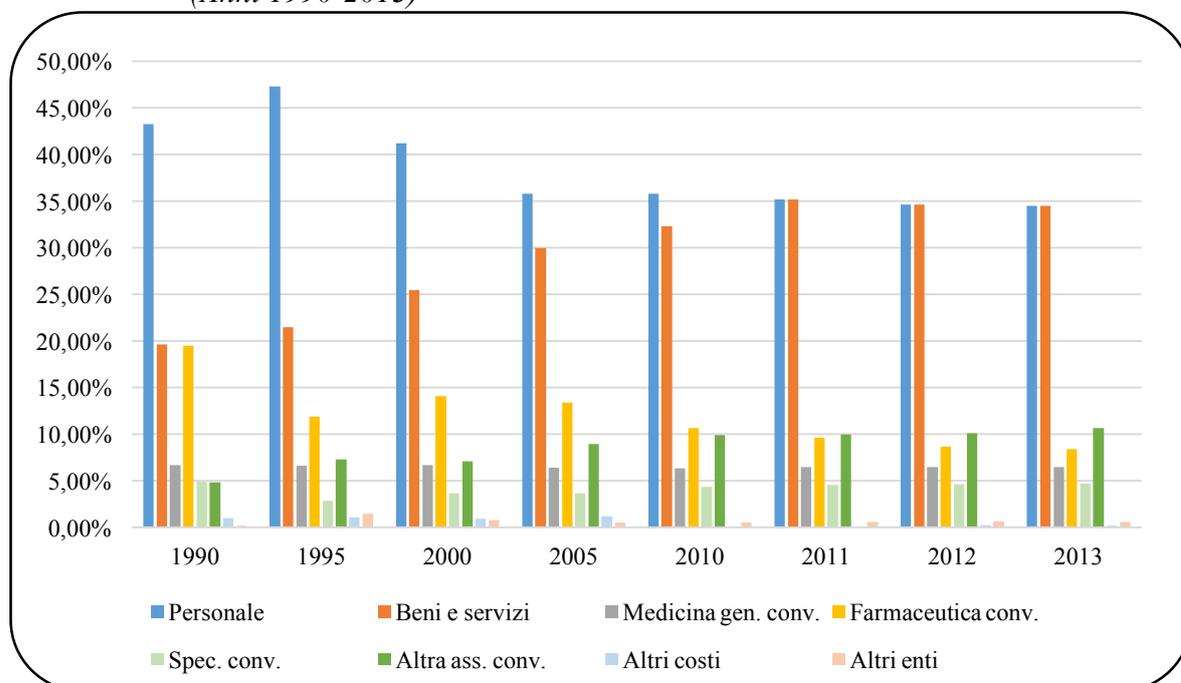
	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Personale (a)	16.193	20.446	25.619	31.759	36.674	36.101	35.585	35.169
Beni e servizi (b)	7.337	9.278	15.827	26.611	33.103	34.423	35.595	35.183
Medicina gen. conv.	2.493	2.862	4.167	5.691	6.541	6.626	6.648	6.609
Farmaceutica conv.	7.288	5.146	8.748	11.894	10.913	9.862	8.891	8.592
Spec. conv.	1.847	1.238	2.273	3.231	4.504	4.668	4.755	4.759
Altra ass. conv.	1.807	3.145	4.433	7.939	10.177	10.261	10.366	10.834
Altri costi (c)	375	471	578	1.066	7	34	222	157
Altri enti (d)	74	637	509	459	563	641	647	592
Ammortamenti (e)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.553	2.553	2.507

Fonte: Armeni P., Ferrè F. (2014). La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione. In Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI* (141-181). Cergas, Milano, p. 159.

Osservando i dati riportati nella Tabella 2.3, in particolare, è possibile osservare come la riduzione della spesa abbia riguardato in modo uniforme tutte le voci di costo. Tale evidenza se da un lato potrebbe essere interpretata come il risultato dell'applicazione di logiche di gestione più efficienti, dall'altro lato può essere letta come il risultato di un taglio indiscriminato alle voci di bilancio che non tiene adeguatamente in considerazione le esigenze sia di coloro i quali devono erogare il servizio sanitario sia di coloro i quali usufruiscono dello stesso.

Il quadro di sintesi riportato in Tabella 2.3 consente, inoltre, di evidenziare l'incidenza percentuale delle singole voci di spesa sul costo complessivo del SSN. Si tratta di un'informazione rilevante se si considera che, per gli anni osservati, la spesa per il personale ha avuto un'incidenza media del 38,47% mentre i costi per beni e servizi hanno avuto un'incidenza media del 29,15%. Specificatamente, tali voci, che rappresentano circa la metà dei costi complessivi del SSN in tutto il periodo osservato, hanno subito una variazione inversa. Mentre i costi per il personale, infatti, si sono progressivamente ridotti, i costi per beni e servizi sono costantemente aumentati (Tabella 2.4).

Figura 2.3 – *Incidenza % delle singole voci di spesa sui costi complessivi del SSN (Anni 1990-2013)*



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento Ragioneria Generale dello Stato (2014). *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto N. 1*, www.rgs.mef.gov.it.

Tabella 2.4 – Incidenza % delle singole voci di spesa sui costi complessivi del SSN
(Anni 1990-2013)

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Personale	43,28%	47,30%	41,22%	35,83%	35,79%	35,18%	34,65%	34,51%
Beni e servizi	19,61%	21,47%	25,46%	30,02%	32,30%	33,55%	34,66%	34,53%
Medicina gen. conv.	6,66%	6,62%	6,70%	6,42%	6,38%	6,46%	6,47%	6,49%
Farmaceutica conv.	19,48%	11,91%	14,07%	13,42%	10,65%	9,61%	8,66%	8,43%
Spec. conv.	4,94%	2,86%	3,66%	3,64%	4,39%	4,55%	4,63%	4,67%
Altra ass. conv.	4,83%	7,28%	7,13%	8,96%	9,93%	10,00%	10,09%	10,63%
Altri costi	1,00%	1,09%	0,93%	1,20%	0,01%	0,03%	0,22%	0,15%
Altri enti	0,20%	1,47%	0,82%	0,52%	0,55%	0,62%	0,63%	0,58%

Fonte: Armeni P., Ferrè F. (2014). La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione. In Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI* (141-181). Cergas, Milano, p. 159.

La forte incidenza di tali voci di spesa è ovviamente nota ai Policy Maker che, nel tentativo di porre un argine alla loro crescita progressiva sono intervenuti a più riprese (D.lgs 98/2011, D.lgs 95/2012 e Legge di Stabilità 2013) imponendo¹⁰⁹:

- “la riduzione del 10% dei corrispettivi per l’acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d’acquisto per tutta la durata residua dei contratti, nonché l’obbligo per le Aziende Sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l’acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall’Osservatorio per i Contratti Pubblici;
- la determinazione di un tetto alla spesa per l’acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,8% del fabbisogno sanitario standard per il 2013 e del 4,4% per il 2014;
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% del fabbisogno sanitario standard”.

Numerose azioni, inoltre, sono state intraprese per ridurre le spese connesse al servizio sanitario. Tali iniziative hanno avuto come obiettivo prioritario la riduzione dei centri di costi attraverso il contingentamento, ove possibile, del numero di strutture e delle risorse

¹⁰⁹ Armeni P., Ferrè F. (2014). La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione. In Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI* (141-181). Cergas, Milano, pp. 162-163.

dedicate all'erogazione dei processi sanitario. L'effetto è stata la riduzione del numero di istituti dedicati all'erogazione di servizi sanitari che, dal 2009 per gli istituti pubblici e dal 2010 per gli istituti privati accreditati, sono progressivamente diminuiti a fronte di un aumento, seppur modesto, fatto registrare a partire dal 2011 dagli istituti privati non accreditati.

Tabella 2.5 – Numero di Istituti dedicati all'erogazione di servizi sanitari (per tipologia)
(Anni 2001-2014)

Anno	Istituti Pubblici	Istituti privati accreditati	Istituti privati non accreditati	Totale
2001	907	612	102	1.621
2002	905	615	92	1.612
2003	897	624	86	1.607
2004	884	631	82	1.597
2005	881	649	73	1.603
2006	868	657	66	1.591
2007	873	639	75	1.587
2008	869	638	73	1.580
2009	924	632	69	1.625
2010	846	639	65	1.541
2011	846	624	64	1.534
2012	806	613	66	1.485
2013	782	611	66	1.459
2014	757	610	67	1.434

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute (2014). *Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero*. Direzione generale della programmazione sanitaria, Roma.

Le iniziative citate e i programmi avviati hanno nei fatti rallentato (e talvolta invertito) la tendenza delle voci di spesa in sanità ma non risulta chiaro con quali conseguenze. In effetti è riconosciuta l'esistenza di un radicato spreco di risorse nella gestione del SSN¹¹⁰

¹¹⁰ In un'accezione ampia, secondo Cartabellotta sono da considerarsi sprechi di risorse in sanità "tutti i costi sostenuti per interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low-value che, oltre a non determinare alcun beneficio, spesso causano eventi avversi che generano altri costi".
Cartabellotta A. (2013). Ridurre gli sprechi per aumentare la sostenibilità del SSN: quale ruolo per le evidenze scientifiche? *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione*, 2(5), 5-10, p. 6.

ma il taglio *sic et simpliciter* delle risorse destinate o disponibili per le singole voci di spesa lascia qualche dubbio sulla validità degli interventi nel limitare comportamenti scorretti nella gestione delle risorse pubbliche mentre apre numerosi dibattiti sulle conseguenze che la riduzione delle risorse disponibili ha sulla qualità del servizio erogato.

Utili indicazioni, in proposito, possono essere tratte facendo riferimento allo stato di salute della popolazione italiana che, dopo un periodo di progressivo miglioramento, sembra aver registrato un'inversione di tendenza proprio tra il 2012 e il 2013.

Tabella 2.6 – Un focus sullo stato di salute della popolazione italiana
(Anni 2010-2013)

Anno	Stato di buona Salute	Cronici in buona salute	Ipertensione	Malattie del cuore	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
2010	70,6	42,0	16,0	3,7	39,4
2011	71,1	42,2	15,9	3,6	38,7
2012	71,1	43,2	16,4	3,5	39,1
2013	70,4	41,5	16,7	3,7	39,7

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT (2015). *Annuario statistico italiano 2014*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, p. 145.

Specificatamente, osservando i dati riportati nella Tabella 2.5 nello stesso periodo in cui si è avuta l'auspicata riduzione delle spese in sanità (2012-2013) si è registrata una riduzione dei cittadini che sono in buono stato di salute (- 0,7%), si sono ridotti i malati cronici in buona salute (-1,7%), sono aumentati i malati di ipertensione (+0,3%), sono aumentati i malati di cuore (+0,2%) ed è aumentato il consumo medio stimato di farmaci (+0,6%).

Probabilmente la correlazione evidenziata è solamente frutto del caso ed eventuali interazioni necessitano di osservazione di più lungo termine per essere confermate ma il solo dubbio che gli interventi progettati e in fase di realizzazione, che puntano (quasi esclusivamente) alla riduzione della spesa in sanità, possano impattare sulla qualità della salute della popolazione forse dovrebbe spingere i Policy Maker a mettere in discussione il percorso avviato. Occorre verificare se gli strumenti e i modelli attuati sono effettivamente in grado di cogliere e soddisfare le esigenze del contesto e per farlo è necessario meglio comprendere le evoluzioni delle aspettative degli attori coinvolti.

2.3 L'evoluzione degli studi di marketing e l'approdo al Service Management

Il manifestarsi di esigenze variegata tanto da parte degli utenti quanto di coloro i quali sono impegnati nell'erogazione del servizio sanitario possono essere considerate variabili peculiari di un più generale processo di 'rinnovamento' che trova nel cambiamento dei comportamenti posti in essere, ai diversi livelli della scala sociale, la sua più evidente manifestazione.

In tale scenario il marketing, prima di altre discipline, ha percepito la necessità di un cambio di paradigma al fine di offrire una risposta più efficace ed efficiente alle cangianti esigenze di mercato.

Nel tentativo di comprendere come gli studi di marketing possano supportare l'evoluzione del processo di gestione di qualsivoglia fenomeno organizzato un, seppur breve, excursus dell'evoluzione degli approcci che si sono susseguiti nel corso del tempo è necessario.

Il marketing quale campo di studi sviluppatosi negli anni '30 del XX secolo mira a "rendere superflua l'attività di vendita. L'obiettivo è di conoscere e comprendere il cliente in maniera così efficace che il prodotto o servizio [...] si venda solo"¹¹¹. Nella sua essenza il marketing, quindi, nasce con l'obiettivo di migliorare la soddisfazione della clientela/utenza, da un lato, e di supportare i fenomeni organizzati nella valutazione e individuazione delle strategie migliori per perseguire le finalità pianificate, dall'altro lato.

Nella sua prima configurazione il marketing era permeato da una logica strettamente transazionale che focalizzava l'attenzione sul trasferimento della proprietà del bene/servizio a fronte del pagamento di un corrispettivo. "Lo scambio è il concetto di base del marketing"¹¹², i comportamenti e le aspettative degli attori coinvolti nel processo di scambio vengono considerati e valutati esclusivamente in funzione dell'esito della transazione e la gestione del processo viene demandata esclusivamente al 'venditore' quale unico attore in grado di influenzare le dinamiche di mercato.

Tabella 2.7 – I compiti fondamentali del marketing

<i>Stato della domanda</i>	<i>Compito del Marketing</i>	<i>Denominazione formale</i>
Negativa	Disingannare la domanda	Marketing di conversione
Inesistente	Creare la domanda	Marketing di stimolo

¹¹¹ Drucker P.F. (1986). *Manuale del Management*. Etas Libri, Milano, p. 63.

¹¹² Kotler P., Armstrong G., Saunders J., Wong V. (2005). *Principi di Marketing*. Isedi, Torino, p. 9.

Latente	Sviluppare la domanda	Marketing di sviluppo
Vacillante	Rivitalizzare la domanda	Remarketing (o marketing di sincronizzazione)
Irregolare	Sincronizzare la domanda	Sincromarketing (o marketing di sincronizzazione)
Satura	Mantenere la domanda	Marketing di mantenimento
Sovrabbondante	Ridurre la domanda	Demarketing (o marketing di contrazione)
Nociva	Distuggere la domanda	Contromarketing (o marketing di contrasto)

Fonte: Kotler P. (1978). *Marketing management. Analisi, pianificazione e controllo dell'azione di mercato*. Isedi, Torino, p. 8.

Tale approccio, prevalente fino agli anni '40 del XX secolo, ha cominciato a manifestare la propria inadeguatezza quando, a seguito delle evoluzioni socio-economiche, si è assistito ad un profondo cambiamento nei rapporti tra impresa e consumatore. L'offerta dell'impresa industriale ha iniziato a non trovare più in modo 'automatico' collocazione sul mercato e si è iniziata a manifestare la necessità di 'stimolare' la domanda indirizzando i comportamenti dei consumatori verso finalità vicine agli obiettivi delle imprese.

In questa fase l'attenzione si sposta dalla produzione alla vendita attraverso lo sviluppo di strumenti e modelli finalizzati ad accrescere il valore percepito dai consumatori rispetto all'offerta dell'impresa. Il focus inizia a spostarsi sul consumatore quale attore in grado di condizionare e determinare il successo dell'offerta aziendale ma la prospettiva prevalente è ancora di tipo transazionale e l'obiettivo prioritario continua ad essere la cessione di output ad un mercato.

Tale fase perdura fino alla metà degli anni '50 del XX secolo, periodo in cui la crescente consapevolezza dei consumatori circa le offerte presenti sul mercato e l'avvio della diffusione di strumenti in grado di agevolare il processo di valutazione e comprensione del valore dell'offerta industriale, spinge il mercato a formulare aspettative sempre più articolate¹¹³. L'impresa industriale matura la consapevolezza di dover modificare il proprio

¹¹³ Tra i motivi che hanno spinto le imprese a dover cercare nuovi approcci nella modalità di gestione della relazione occorre rilevare alcuni elementi fondanti:

“In primo luogo, a partire dagli anni settanta, le imprese americane sperimentarono una crescente perdita di competitività rispetto alle concorrenti giapponesi e alcuni Autori attribuirono la causa di questo fenomeno all'orientamento strategico da queste assunto che conferiva importanza crescente agli strumenti operativi individuati dal paradigma tradizionale di marketing. L'attenzione posta esclusivamente sulla definizione delle

approccio al mercato: non è più sufficiente cercare il mercato giusto per il prodotto realizzato ma occorre cercare il prodotto giusto per il mercato che si intende soddisfare.

Il processo avviato si trasforma ben presto nell'esigenza di ampliare la prospettiva dell'impresa includendo variabili precedentemente non considerate e di adeguare le logiche di marketing orientandole verso approcci capaci di avviare, supportare e gestire le relazioni di scambio con gruppi chiave di interesse al fine di perseguire vantaggi competitivi sostenibili in specifici mercati, sulla base di accordi di lungo termine con clienti e fornitori¹¹⁴. In questo nuovo scenario comincia a diffondersi negli studi di marketing la prospettiva che “differisce da quella neoclassica/transazionale in quanto pone in rilievo come i «valori dello scambio» e di conseguenza i comportamenti assunti dalle parti nelle situazioni di scambio e l'esito delle stesse, siano il riflesso dell'interazione nel tempo tra le parti. I comportamenti degli attori, limitatamente ma pur sempre razionali, non sono interpretabili facendo riferimento all'oggetto «dato» dello scambio o alle singole transazioni poiché i valori in gioco nelle situazioni di scambio hanno origini relazionali, vale a dire originano dal cambiamento delle condizioni dei soggetti attori e non hanno significato se non in rapporto ad essi. Il «valore» viene così creato attraverso la relazione di scambio”¹¹⁵.

Si assiste, in altri termini, al progressivo spostamento dell'attenzione dalla transazione alla relazione quale strumento tramite cui “parties jointly develop policies directed toward the achievement of certain goals”¹¹⁶. La relazione diviene motivo di attenzione dei ricercatori e dei Decision Maker che tentano, partendo da prospettive diverse, di fornire indicazioni utili a consentirne una schematizzazione al fine di agevolarne la gestione e il

variabili che compongono il marketing mix si traduceva in una limitata ricerca di vantaggi competitivi di lungo periodo [...].

Un secondo filone di critica al paradigma tradizionale di marketing ha preso avvio dai tentativi di ampliamento degli ambiti applicativi di questo approccio. Le difficoltà incontrate in questi primi esperimenti in settori differenti, soprattutto con riferimento ai servizi, evidenziarono come l'approccio tradizionale sottendesse ipotesi di comportamento degli operatori e di struttura del mercato che si potevano ricondurre unicamente al mercato dei beni di consumo di massa [...].

Infine l'approccio tradizionale fa riferimento ad una struttura atomistica del mercato composta da numerosi acquirenti anonimi e sostituibili. Questa condizione strutturale si accompagna, inoltre, alla presenza di costi di transazione minimi, se non addirittura nulli, dovuti alle elevate sostituibilità degli acquirenti. In mercati con queste caratteristiche gli operatori sono portati a porre in essere transazioni indipendenti con un numero elevato di controparti, le relazioni collaborative stabili di lungo periodo costituiscono un'eccezione”.

Bottinelli L. (2004). La nascita e lo sviluppo del marketing relazionale. *Quaderno di ricerca*, 5, 3-28, pp. 4-5.

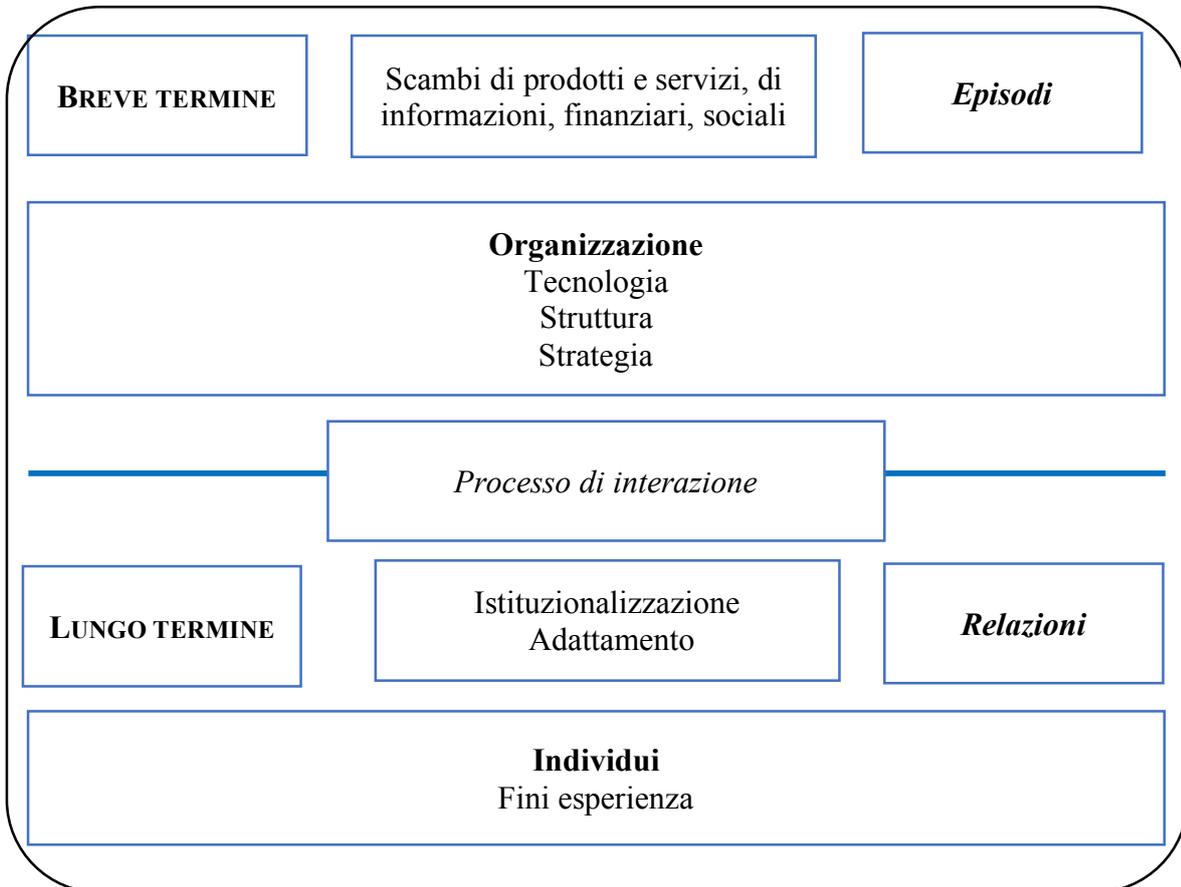
¹¹⁴ Hakansson H., Wootz B. (1979). A Framework of Industrial Buying and Selling. *Industrial Marketing Management*, 8, 23-39, p. 25.

¹¹⁵ Fiocca R., Tunisini A. (2012). Stato dell'arte e possibili sviluppi della disciplina di Business Marketing. *Micro & Macro Marketing*, 11(2), 203-216, pag. 210.

¹¹⁶ Heide J.B. (1994). Interorganizational governance in marketing channels. *The Journal of Marketing*, 58(1), 71-85, p. 74.

conseguente indirizzo verso gli obiettivi aziendali¹¹⁷. Tra le diverse proposte, di particolare interesse è quella formulata da Hakansson nel 1982 che, distinguendo tra episodi e relazioni, traccia per la prima volta in modo compiuto i vantaggi derivanti dal passaggio da una logica di tipo transazionale (per sua natura di breve termine) ad una logica relazione.

Figura 2.4 – La modellizzazione del passaggio da episodi (transazioni) a relazioni



Fonte: Traduzione ed elaborazione da Hakansson H. (1982). *International Marketing and Purchasing of Industrial Goods*. John Wiley & Sons, Chichester, U.K, p. 32.

Il modello, in particolare, distingue tra gli elementi di breve e lungo termine evidenziando come gli *episodi* riguardano lo scambio di prodotti e servizio, risorse finanziarie, informazioni, ed elementi sociali e si focalizzano sulla definizione degli

¹¹⁷ In tale accezione si potrebbe affermare che “growing competitiveness, the difficulty of the Good s-dominant logic to guarantee substantial and marked elements of differentiation and consequently, of distributional value, have embraced the relational-systems perspective in which value is seen as the synergistic result of inter-systems sharing and cooperative processes between structurally consonant and resonant actors in terms of objectives. In other words, value is not seen from a partial perspective of corporate benefit or in favour of other stakeholders, but rather in a global sense (whole value) the capability of the System to generate satisfaction and benefits both personal and for other entities”.

Golinelli G.M., Barile S., Spohrer J., Bassano C. (2010). The evolving dynamics of service co-creation in a viable systems perspective. In *The 13th Toulon-Verona Conference*, Coimbra - Portugal, September 2-4.

elementi strutturali (organizzazione) necessari ad assicurare il buon esito della transazione mentre le *relazioni* sono processi di lungo termine che consentono alle parti di adattarsi reciprocamente istituzionalizzando meccanismi e processi di interazione che partendo dagli attori ne contemplano i fini e le esperienze pregresse¹¹⁸.

La consapevolezza circa l'esistenza di un possibile duplice livello di osservazione e il conseguente passaggio da una logica di breve ad una logica di lungo termine trova la sua piena formalizzazione con l'affermarsi dei filoni di studio della Service Science e della Service Dominant Logic laddove "Service-dominant logic might provide just the right perspective, vocabulary, and assumptions on which to build a theory of service systems, their configurations, and their modes of interaction. Simply put, service dominant logic may be the philosophical foundation of service science, and the service system may be its basic theoretical construct, [...] whereas "service system" may be considered service science's basic abstraction"¹¹⁹.

Con l'affermarsi della logica di servizio negli approcci di mercato e nelle logiche di marketing si assiste al superamento della "visione prodotto/servizio centrica della creazione del valore, che è stata per molto tempo la logica dominante nel marketing e nella strategia d'impresa, e ci spostiamo verso una visione esperienziale in cui al centro vi è la co-creazione del valore, si aprono nuove ed illuminanti prospettive"¹²⁰ e vengono evidenziati tre elementi fondamentali¹²¹: (1) il marketing non è solo un processo organizzativo ma anche un

¹¹⁸ In proposito l'Autore evidenzia che "the model shows the short-term and long-term aspects of the 'Interaction Process' between buying and selling companies. The short-term 'Exchange Episodes' involve product-service, financial, information, and social exchange. These are separated from the longer term processes of 'Adaptations' and 'Institutionalization'. Both the short and long term aspects of the interaction are considered as being influenced by the characteristics of the organizations and individuals involved". Hakansson H. (1982). *International Marketing and Purchasing of Industrial Goods*. John Wiley & Sons, Chichester, U.K., p. 31.

¹¹⁹ Maglio P.P., Spohrer J. (2008). Fundamentals of service science. *Journal of Academy Marketing Science*, 36(1), 18–20, p. 19.

¹²⁰ Polese F. (2013). *Management Sanitario in ottica sistemico vitale*. Giappichelli, Torino, p. 118.

Con riferimento a tale prospettiva, occorre precisare che "è proprio con l'approccio esperienziale che si attribuisce una autonoma e significativa valenza agli aspetti non utilitaristici, più o meno inconsci e non espliciti della psiche e del comportamento umano. Inizialmente, l'enfasi su questi aspetti ha teso a con figurare la lettura esperienziale come contrapposta a quella tradizionale, di stampo razionalistico; con il tempo, tuttavia, l'avanzamento e l'approfondimento della stessa riflessione esperienziale ha posto in luce che la componente razionale/funzionale e quella emozionale/edonistica, nella generalità dei casi coesistono nelle scelte dell'individuo e sono tali da influenzarne anche il grado di soddisfazione".

Sansone M. (2006). Nuovi ambiti di ricerca nei moderni sistemi di scambio: focus sul marketing esperienziale. In *Atti del convegno internazionale di Marketing*. Università Ca' Foscari, Venezia, 20 gennaio, p. 2.

¹²¹ Lusch R.F., Vargo S.L. (2006). Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing theory*, 6(3), 281-288, p. 3.

processo sociale; (2) il marketing incoraggia lo scambio volontario e le relazioni collaborative; (3) le parti ottengono valore dall'applicazione di risorse complementari.

Nuovi interrogativi si dispiegano agli occhi dei ricercatori e dei Decision Maker in termini di opportunità e potenzialità collegate all'inclusione dell'utente/consumatore nei processi di creazione e generazione del valore¹²².

Tale cambio di prospettiva rappresenta inequivocabilmente un salto paradigmatico negli studi di marketing e offre agli studi sulla sanità la possibilità di superare la sterile logica dell'erogazione di un servizio governato dall'alto per aprire a percorsi di ricerca e di riflessione che vedono finalmente nel paziente il fulcro del successo dell'attività sanitaria¹²³.

¹²² Sul tema Lusch e Vargo precisano che “given the limits of the reductionist approach for G-D logic—excessively focused on goods as objects of exchange, rather than on the exchange process—the interpretative proposal of service-dominant logic embraces a general view of service in which the diverse actors, as resource integrators, interact on the basis of mutual agreement on reciprocal value proposition and generate value in a contextual and dynamic manner (Vargo and Lusch 2006, Grönroos 2006, Valdani 2009, Gummesson et al. 2010). In this view, value is not incorporated in the product or service, if not as a potential attitude of the object to “serve” a purpose, explicated in value proposition and materialized during the interaction process”. Lusch R.F., Vargo S.L. (2014). *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*. Routledge, London, p. 24.

Più specificatamente, “with a marketing approach, there are different schemes through which it is possible to analyse information and to empower customers relationship. Between the 1980s and the 1990s, the scheme of relational marketing analysed different tools to improve the customer relation with firms (call centre, information phone numbers, customer care supports, etc.), the main aim of these instruments was the empowerment of the relation with customers through the direct contact with them even if, often, the input of the report took place in an unidirectional manner (company-customer) and, sometimes, it was resolved with a response from the company though it came from the consumer”.

Sansone M., Tartaglione Moretta A., Bruni R. (2012). How do companies achieve their marketing goals with Social Networks? *Chinese Business Review*, 11(11), 970-980, p. 973.

¹²³ Si tratta, in altri termini, di inquadrare l'attività del Servizio Sanitario Nazionale nella cornice interpretativa della Customer Based View (CBV) i cui principi sono:

P1: “Il valore dell'impresa è funzione del valore dei suoi clienti (customer equity);

P2: La customer equity deriva dall'ampiezza e dalla qualità del network di relazioni con i clienti;

P3: L'ampiezza e la qualità del network relazionale dipendono dalla customer satisfaction;

P4: La customer satisfaction nasce dalla sintonia fra valore generato per i clienti (proposizione di valore) e valore da essi desiderato;

P5: Il livello e l'estensione della proposizione di valore offerta dall'impresa dipendono dallo stock di risorse e capacità da questa posseduto, nonché dall'efficacia e dall'efficienza dei processi che presidiano gli attributi generatori di valore (value driver);

P6: le risorse, le capacità e i processi critici possono essere, rispettivamente, sviluppate e rigenerate solo se, attraverso le relazioni con i clienti, viene prodotto un valore tale da indurre nei finanziatori il commitment a massimizzare gli investimenti nell'impresa, in coerenza con i principi della CBV”.

Valdani E., Busacca B. (2001). Customer based view: dai principi alle azioni. *Micro & Macro Marketing*, 10(1), 7-32, p. 11.

Tabella 2.8 – *Le 'evoluzioni' negli studi di marketing*

Periodo – Focus	Concetti chiave
<p>1920-1950 – Primi passi del Marketing</p> <p>- <i>Approccio funzionale/transazionale</i></p>	<p>“One of the initial steps in laying out a sales or advertising plan s to determine whether the article to be sold will be purchased by consumer ordinarily with shopping or without shopping, at points of immediate convenience or in central trading districts, with insistence on an individual brand, with merely brand preference, or with indifference to brand”¹²⁴.</p>
<p>1950-1980 – Formalizzazione del Marketing Management</p> <p>- <i>Emerione della funzione strategica del marketing e comprensione dell'importanza della relazione</i></p>	<p>“An organization must learn to think of itself not as producing goods or services but as doing the things that will make people want to do business with it. And in every case, the chief executive is responsible for creating an environment that reflects this mission”¹²⁵.</p>
<p>1980-2000 – Funzione sociale del Marketing</p> <p>- <i>Orientamento al mercato</i></p> <p>- <i>Marketing relazionale</i></p> <p>- <i>Orientamento alla creazione di valore condiviso</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Market orientation is the organization culture (i.e., culture and climate) that most effectively and efficiently creates the necessary behaviors for the creation of superior value for buyers and, thus, continuous superior performance for the business”¹²⁶. - Relationship marketing can refer to all marketing activities directed toward establishing developing and maintaining successful relational exchanges”¹²⁷. - “In so volatile a competitive environment, strategy is no longer a matter of positioning a fixed set of activities along a value chain. Increasingly, successful companies do not just add value, they reinvent it. Their focus of strategic analysis is not the company or even the industry but the value-creating system itself, within which different economic actors—suppliers, business partners, allies, customers—work together to co-produce value”¹²⁸.

¹²⁴ Copeland M.T. (1923). Relation of consumers' buying habits to marketing methods. *Harvard business review*, 1(3), 282-289, p. 282.

¹²⁵ Levitt T. (1960). Marketing myopia. *Harvard business review*, 38(4), 24-47, p. 42.

¹²⁶ Narver J.C., Slater S.F. (1990). The effect of a market orientation on business profitability. *The Journal of Marketing*, 54(4), 20-35, p. 21.

¹²⁷ Morgan R.M., Hunt S.D. (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58(2), 30-38, p. 32.

¹²⁸ Normann R., Ramirez R. (1993). Designing interactive strategy. *Harvard business review*, 71(4), 65-77, p. 67.

<p>2000 ad oggi – Ripensamento delle relazioni di mercato ed emersione della rilevanza dell'utente</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Approccio reticolare</i> - <i>Quality Management</i> - <i>Service Marketing</i> - <i>Co-creazione di valore</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - “The overwhelming majority of social scientists, while they used concepts as ‘input’, ‘output’, ‘feedback’, ‘system’ and ‘boundary’ which had been borrowed from cybernetics and information theory and applied to sociocultural systems, continued to conceptualize the world in terms of categories of independent effects and events. With the advent of network models, however, they were forced for the first time to begin to take the idea of system which transcends the individual properties of its elements seriously and to consider systemic attributes as real phenomena in their own right”¹²⁹. - “TQM can be defined as a holistic management philosophy that strives for continuous improvement in all functions of an organization and it can be achieved only if the total quality concept is utilized from the acquisition of resources to customer service after the sale”¹³⁰. - “The common denominator of most service definitions is ‘activities’ or ‘processes’. This activity or process, in turn, implies applying something and doing something for the benefit of some entity. We argue that it is its individual and organizational resources, especially specialized skills and knowledge (i.e., competences) that are being applied. Accordingly, we define <i>service as the application of specialized competences (skills and knowledge), through deeds, processes, and performances for the benefit of another entity or the entity itself (self-service)</i>”¹³¹. - “When value creation is seen from a service systems perspective, the producer–consumer distinction disappears and all participants contribute to the creation of value for themselves and for others”¹³².
---	--

Fonte: Elaborazione personale.

¹²⁹ Berkowitz S.D. (2013). *An Introduction to Structural Analysis: The Network Approach to Social Research*. Butterworths, Toronto, p. 2.

¹³⁰ Kaynak, H. (2003). The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance. *Journal of operations management*, 21(4), 405-435, p. 406.

¹³¹ Vargo S.L., Lusch R.F. (2004). The four service marketing myths remnants of a goods-based, manufacturing model. *Journal of service research*, 6(4), 324-335, p. 4.

¹³² Vargo S.L., Maglio P.P., Akaka M.A. (2008). On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European management journal*, 26(3), 145-152, p. 149.

Cambiare approccio al mercato, aprire gli orizzonti del management all'inclusione dell'utente come co-creatore di valore, svincolare i modelli tradizionali da una logica di causalità lineare in cui la qualità è determinabile ex ante indipendentemente dal contatto con il mercato significa riconcepire gli approcci strategici e gestionali alla sanità. In tale accezione la co-creazione di valore quale “fenomeno attraverso il quale oggi si pensa venga realizzato, diffuso e fruito il valore tra gli Attori coinvolti nel suo processo di generazione, intendendo il valore soprattutto quale beneficio comune (talvolta anche collettivo), ottenuto soltanto grazie all'intensa collaborazione tra le parti”¹³³ mette in evidenza come gli approcci prevalenti negli ultimi anni, diretti a realizzare un allineamento della sanità ai principi aziendali di stampo taylorista, siano fortemente limitanti rendendo necessario ripensare al modo in cui si sviluppa il rapporto tra sanità e utenza.

2.3.1 Verso la costruzione di nuovi pilastri nel management della sanità

Il percorso evolutivo tracciato con riferimento agli studi di marketing offre importanti stimoli di riflessione in riferimento alle politiche di gestione della sanità. L'emergente dibattito sulla co-creazione di valore e la connessa necessità di 'includere' gli utenti nella progettazione ed erogazione dei servizi rappresentano temi particolarmente interessanti se letti con riferimento al comparto sanitario¹³⁴.

L'applicazione delle indicazioni fornite dagli avanzamenti degli studi sul marketing, tuttavia, pur essendo stato oggetto di numerose riflessioni tarda a trovare una formalizzazione compiuta a causa del sussistere di alcuni elementi 'ostativi' in sanità quali:

- “l'enorme mole di norme e regole ministeriali e regionali, con il conseguente carico di vincoli procedurali;
- l'approccio dei sanitari e delle organizzazioni sanitarie sui problemi della salute (personalizzazione, spersonalizzazione);
- la totale mancanza di 'spirito imprenditoriale' sopraffatto e annullato dall'etica che prevede le istituzioni e le organizzazioni sanitarie;

¹³³ Polese F. (2013). *Management Sanitario in ottica sistemico vitale*. Giappichelli, Torino, pp. 120-121.

¹³⁴ Il percorso cui si fa riferimento implica “qualcosa in più che una capacità di integrare nei propri processi di innovazione conoscenze esterne una tantum, ma richiede una capacità di co-evoluzione e dunque la necessità di coordinare tempi e direzione degli sforzi di più soggetti nella generazione e sfruttamento di nuove conoscenze e competenze”.

Parente R., Petrone M. (2010). Strategie di co-evoluzione nei sistemi locali innovativi. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 83, 31-52, p. 34.

- la ‘monumentale’ disparità di status tra l’erogatore del servizio ed il fruitore, di gran lunga superiore a quello presente in altri settori”¹³⁵.

Ciò nonostante la necessità di sviluppare approcci più efficienti ed efficaci in sanità sembra stia indirizzando gli sforzi dei ricercatori e dei Policy Maker verso la definizione di modelli orientati a favorire l’emersione delle condizioni di co-creazione con gli utenti evidenziando che essa richiede:

- “un ruolo attivo di tutti gli attori coinvolti; una reiterata collaborazione tra attori;
- uno sviluppo di relazioni di tipo reticolare;
- un rilascio continuo di risorse da parte di tutti;
- una condivisione strategica di informazioni e obiettivi;
- una soddisfazione reciproca crescente;
- un risultato migliore di quello conseguibile operando in autonomia;
- una maggiore sostenibilità dell’offerta, per la convergenza di finalità”¹³⁶.

Coerentemente con tale orientamento diversi autori hanno evidenziato che “nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è possibile evidenziare in diversi modi e sotto varie prospettive il ruolo determinate dell’orientamento al servizio, quale sintesi integrata dell’organizzazione sistemica e dello spirito co-creativo”¹³⁷, giungendo in alcuni casi ad evidenziare tratti e peculiarità che rendono il SSN una possibile base florida per l’implementazione di modelli basati sulla co-creazione di valore e sull’inclusione dell’utente.

Tabella 2.9 – Elementi su cui fondare un approccio alla co-creazione di valore in sanità

Per svolgere il proprio lavoro e conseguire i propri interessi, i soggetti privati (cliniche, ASL, AO, centri diagnostici, laboratori, professionisti, farmacie, case farmaceutiche) e quelli pubblici (Ministero, Università, ospedali, agenzie di servizi sanitari, Istituti Superiori, Regioni, Province) hanno la necessità di essere attivi (e pro-attivi), di proporre nuove soluzioni, di comunicarle e di diffonderle, di condividere strategie, interventi, obiettivi.

Per essere efficaci e produttivi gli stessi soggetti devono per forza collaborare, devono farlo costantemente, in maniera biunivoca, in forma reticolare, con l’obiettivo di incrementare il livello delle prestazioni di tutti, non soltanto il proprio, e quindi di favorire la crescita del sistema nel suo complesso.

In Europa, ed in Italia, è previsto un piano ufficiale unificato e periodico degli obiettivi di medio e lungo periodo, nel rispetto dei principi di base condivisi (Libro Bianco); ciò al fine proprio di garantire il più
--

¹³⁵ Mele R., Triassi M. (2008, a cura di). *Management e gestione delle aziende sanitarie*. Cedam, Padova, p. 240.

¹³⁶ Polese F. (2013). *Management Sanitario in ottica sistemico vitale*. Giappichelli, Torino, pp. 120-121.

¹³⁷ Barile S., Polese F., Antonucci E. (2014). Al confine dell’innovazione tecnologica in sanità: la medicina traslazionale. In Aleo S., De Metteis R., Vecchio G. (a cura di). *Le responsabilità in ambito sanitario* (1233-1267). Cedam, Padova, p. 1244.

possibile gli interessi e la soddisfazione di tutti.
Il SSN italiano è di tipo universalistico e solidaristico e la qualità dell'offerta dipende formalmente da come svolge le quattro importanti funzioni di promozione della salute, generazione di risorse, finanziamento e gestione.
Il paziente è un fruitore dei servizi offerti e primo destinatario della cura medica; allo stesso tempo è utente e fornitore del medesimo valore: la salute; i moderni Sistemi Sanitari coinvolgono i cittadini alla partecipazione ai processi di prevenzione, cura, riabilitazione, aumentando la loro diretta responsabilità al funzionamento.

Fonte: Elaborazione da Polese F. (2013). *Management Sanitario in ottica sistemico vitale*. Giappichelli, Torino, pp. 121-122.

Partendo da tali riflessioni la co-creazione di valore e l'inclusione in sanità devono basarsi su alcuni driver fondamentali¹³⁸:

- il paziente è un elemento centrale del sistema di co-creazione del valore¹³⁹;
- il paziente determina come, quando e dove il valore è generato;
- le esigenze del paziente prescindono dai confini del Servizio Sanitario Nazionale;
- il paziente può entrare in competizione con l'azienda sanitaria per l'appropriazione del valore generato;
- esistono molteplici momenti in cui paziente e azienda sanitaria possono creare valore.

Tali elementi rappresentano, ovviamente, solo le possibili basi su cui andare a fondare una prospettiva che sia diretta a considerare il paziente nodo focale delle attività del Servizio Sanitario Nazionale.

La possibile implementazione di una strategia di co-creazione del valore, infatti, deve considerare i molteplici ruoli che il paziente può assumere nell'interazione con l'azienda sanitaria e nella partecipazione al servizio sanitario¹⁴⁰. Essa deve tracciare le possibili

¹³⁸ Adattamento da Prahalad C.K., Ramaswamy V. (2002). The co-creation connection. *Strategy and Business*, 50-61, p. 54.

¹³⁹ In tale accezione emerge con forza la locuzione secondo cui l'utente è "the real strategic resource for the enterprise, despite the new economy more and more sophisticated formulas and rules: thus, the business ability to acquire, create loyalty and enhance the value of customers is a primary critical success factor of a business organisation, but it has to be managed necessarily in a (chrono)logical projection towards the capacity of producing income, profit, cash and created value".

Metallo G., Cuomo M.T., Festa G. (2007). Relationship management in the business of quality and communication. *Total Quality Management and Business Excellence*, 18(1-2), 119-133, p. 122.

¹⁴⁰ In proposito Bitner et al. identificano tre ruoli possibili:

- (1) "the customer as productive resource;
- (2) the customer as contributor to quality, satisfaction and value; and
- (3) the customer as competitor to the service organization.

These roles are not mutually exclusive, meaning an individual's co-productive behaviours in a specific situation may apply to more than one of the three roles".

Bitner M.J., Faranda W.T., Hubbert A.R., Zeithaml V.A. (1997). Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service Industry Management*, 8(3), 193-205, p. 195.

implicazioni che la partecipazione del paziente può generare in termini di efficienza e costo dell'erogazione¹⁴¹.

Essa, infine, deve basarsi sulla creazione di costellazioni di risorse e di sistemi di servizio che si basano sull'inclusione del paziente per la creazione di valore¹⁴².

Le finalità che deve perseguire un ipotetico modello per la co-creazione di valore in sanità risultano, dunque, molteplici e la necessità di assicurarne la convivenza rappresenta un problema di non semplice risoluzione per i ricercatori e per i policy maker che, in più riprese, hanno cercato di delineare un possibile percorso orientato ad acquisire le informazioni necessarie alla definizione dell'auspicato approccio. In proposito, Crawford et al. nel 2002, basandosi su una approfondita analisi della letteratura, hanno identificato 42 articoli di ricerca diretti ad individuare possibili modelli per la co-creazione di valore in sanità e hanno evidenziato come tutti si basino sull'applicazione di approcci etnografici diretti ad acquisire il maggior numero di informazioni direttamente dal paziente¹⁴³.

Tali approcci sono stati molto utilizzati in psicologia e si caratterizzano per la potenzialità di acquisire informazioni dal paziente senza comprometterne il significato. Il forte ricorso ad indagini di tipo etnografico in sanità evidenzia l'esistenza di una consapevolezza circa la rilevanza delle informazioni possedute dall'utente e l'incapacità dei tradizionali strumenti

¹⁴¹ Sul tema Martin et al., a seguito di un'accurata indagine empirica, affermano che "realistic assessment of patients' knowledge and understanding of the regimen, and their belief in it, will enable a more effective targeting of the potential for adherence problems. Many of the factors necessary to carry out such assessment are the very elements that foster communication and partnership in the medical visit. Patients need to be given the opportunity to tell their story (Mishler 1984; Smith and Hoppe 1991; Roter and Hall 1992; Roter 2000; Haidet and Paterniti 2003) and to present their point of view to the physician. From this, much information about patients' beliefs, attitudes, subjective norms, cultural contexts, social supports, and emotional health challenges (particularly depression) can be learned. These elements are central to the establishment of adherence intentions, and must be explored and discussed in the therapeutic relationship. Perfect agreement will not always be reached, and in fact may not be desirable. Some degree of conflict between the views of physician and patient may be necessary if truly adult collaboration is to take place and a variety of therapeutic options, and ways to adhere to them, jointly considered (Katz 1984; Wolf 1988). The acknowledgment of differences is an important part of building respectful and trusting relationships between physicians and their patients".

Martin L.R., Williams S.L., Haskard K.B., Di Matteo M.R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199, p. 196.

¹⁴² Specificatamente, "in the chain model, value is added by different suppliers in a sequential process, whilst in the constellation model value is co-produced by different actors in a non-linear set of activities and interactions. Users are involved in the value creation system in the way they use 'offerin'".

Freire K., Sangiorgi D. (2010). Service design and healthcare innovation: From consumption to coproduction and co-creation. In *2nd Nordic Conference on Service Design and Service Innovation*, Linköping, Sweden. Retrieved July, Vol. 5, p. 2011.

¹⁴³ Crawford M.J., Rutter D., Manley C., Weaver T., Bhui K., Fulop N., Tyrer P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, 325(7375), 1263-1268.

di analisi di interpretarne il significato. Ciò che si può dedurre dagli studi sul tema e dall'orientamento prevalente negli indirizzi dei policy maker, in altre parole, è la consapevolezza dell'esistenza di una divergenza nei modelli interpretativi adottati dall'azienda sanitaria rispetto a quelli prevalentemente utilizzati dagli utenti.

Tale divergenza trova le sue più evidenti dimostrazioni nell'asimmetria informativa e nella distanza cognitiva tra erogatore e utente del servizio sanitario che si traduce nell'impossibilità di comunicare efficacemente e, conseguentemente, nella difficoltà di implementare modelli che siano realmente orientati all'inclusione del paziente e alla co-creazione di valore.

Riconoscendo che l'implementazione di un percorso di co-creazione del valore in sanità debba fondarsi sulla relazione tra sanità e utenza e che tale relazione diviene possibile solamente in presenza di un'efficiente comunicazione e scambio di informazione tra le parti, si palesa la necessità di meglio indagare i fenomeni dell'asimmetria informativa e della distanza cognitiva in sanità al fine di comprenderne l'impatto sui modelli di gestione in sanità e di individuare possibili percorsi in grado di colmare il 'divario' esistente tra erogatore e utente del servizio sanitario.



Capitolo III

Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità: una possibile interpretazione

3.1 Systematic Literature Review

Come evidenziato nei capitoli precedenti lo sviluppo di un possibile approccio relazionale in sanità e la conseguente opportunità di far convergere gli attuali modelli di governance e di management della sanità verso logiche di co-creazione del valore basate sulla partecipazione e sul coinvolgimento dell'utente/paziente richiedono un preventivo investimento volto ad assicurare che vi siano le condizioni minime necessarie affinché gli attori coinvolti possano funzionalmente interagire.

Tali condizioni riguardano, principalmente, l'esistenza di un livello informativo minimo comune agli attori coinvolti tale da assicurare la reciproca comprensione e, quindi, l'emersione di possibili punti di contatto su cui fondare strategie comuni e condivise¹⁴⁴.

La letteratura (non solo economica) offre numerosi stimoli di riflessione utili a consentire una più accurata comprensione della rilevanza detenuta da tali aspetti in termini di potenziale implementazione di strategie di collaborazione e, quindi, di co-creazione ma

¹⁴⁴ In proposito, seppur con un'accezione più ampia, Stampacchia e Colurcio propongono "un concetto di valore d'uso basato su quattro elementi fondamentali:

- l'accesso all'uso e l'uso stesso comportano per l'utente l'impiego di determinati insiemi di risorse elementari (tempo, lavoro, conoscenze, pathos, relazioni, fiducia, denaro, ecc.) e determinano, però, contemporaneamente, la generazione di risorse elementari delle stesse categorie e tipologie, ma in mix differenti;
- l'impiego e la generazione di risorse rappresentano sacrifici o benefici e dimensioni di questi maggiori o minori per gli utenti, soprattutto in base al sistema di valori che orienta il comportamento di questi;
- lo stesso bilancio è influenzato, però, dalle conoscenze/competenze e dalle altre risorse disponibili che gli utenti impiegano nel processo di uso, ivi compresa la loro capacità/volontà di percepire il segno e la dimensione del bilancio conseguito;
- la generazione di valore d'uso, pertanto, è un flusso di risorse elementari connesso ad un processo di co-creazione che si svolge nella sfera dell'utente ed al quale l'impresa stessa partecipa a seconda della combinazione di beni e servizi di cui si compone la sua offerta ed è, comunque, variabile nel tempo per il variare sia del flusso di risorse elementari, sia per il valore (segno e peso) che l'utente attribuisce alle diverse risorse elementari generate/impiegate e, quindi, al bilancio di risorse via via generato".

Stampacchia P., Colurcio M. (2013). La manifattura nelle imprese orientate al valore d'uso. In *Atti del XXVI Convegno annuale di Sinergie*. Università di Cassino e del Lazio Meridionale, 13-14 novembre, pp. 98-99.

pochi sembrano essere i contributi che offrono indicazioni sulle implicazioni di tali concettualizzazioni nel campo della sanità.

3.1.1 Conoscenza, asimmetria informativa e distanza cognitiva in sanità

Al fine di procedere nel rispetto dei principi del falsificazionismo Popperiano¹⁴⁵ ad una rilettura quanto più puntuale e oggettiva possibile del contributo offerto dalla letteratura in tema di gestione della conoscenza, asimmetria informativa e disallineamento cognitivo nel settore della sanità si è ritenuto utile procedere con una *Systematic Literature Review* strutturata su tre macro-livelli:

- un primo livello comprende i journal internazionali,
- un secondo livello riguarda i journal nazionali,
- un terzo livello comprende libri e manuali.

Specificatamente, la Systematic Literature Review può essere definita come “a means of identifying, evaluating and interpreting all available research relevant to a particular research question, or topic area, or phenomenon of interest”¹⁴⁶.

Nel rispetto di tali indicazioni, e al fine di contestualizzarle allo specifico campo di interesse esplorato, l'analisi della letteratura si basa sulla preventiva identificazione di un quesito di ricerca rispetto al quale investigare il potenziale contributo interpretativo offerto

¹⁴⁵ L'approccio falsificazionista viene sviluppato dallo studioso austriaco Karl Popper che, partendo dalle riflessioni di Hume ed Ernst Mach, “giunge alla proposta di una revisione radicale dell'identità della scienza e del modo di costruire le teorie scientifiche. Egli, anzitutto, pone in seria discussione l'idea di oggettività scientifica e la concezione tradizionale e consolidata di scienza che cumula e progredisce unidirezionalmente e avvia una ridefinizione sostanziale del concetto di teoria [in cui si...] impedisce che intervenga l'elemento emotivo di attaccamento all'ipotesi producendo distorsioni interpretative dei fatti. Elemento quest'ultimo, noto ai ricercatori, e che in molti casi ha prodotto significative forzature sia nella rilevazione dei dati sia nell'interpretazione dei risultati”.

Barile S., Sancetta G., Saviano M. (2015). *Management. Vol. I, Il modello sistemico e le decisioni manageriali*. Giappichelli, Torino.

¹⁴⁶ Ryan G. (2010). *Guidance notes on planning a systematic review*. James Hardiman Library, p. 1.

Tale metodologia di analisi della letteratura presenta numerosi vantaggi tra cui:

- “Well-defined methodology makes it less likely that the results of the literature will be biased (*does not protect against publication bias in the primary studies).
- Can provide information about the effects of some phenomenon across a wide range of settings and empirical methods. If studies give consistent results, systematic reviews provide evidence that the phenomenon is robust and transferable. If the studies give inconsistent results, sources of variation can be studied.
- With quantitative studies, it is possible to combine data using meta-analytic techniques, increasing the likelihood of detecting real effects that individual smaller studies are unable to detect”.

Ibidem, p. 1.

dalla letteratura: *Come il disallineamento informativo e la distanza cognitiva influenzano le relazioni in sanità?*

Successivamente, sono stati individuati i criteri di selezione dei contributi da assoggettare ad analisi per ciascuno dei tre macro-livelli identificati. Specificatamente:

- Per il *primo macro-livello* si è deciso di avviare l'indagine basandola sul *Journal Quality List* del 23 maggio 2015¹⁴⁷ e di selezionare due diversi cluster di analisi:

- un primo cluster comprende i journal direttamente interessati al tema della sanità, individuati utilizzando come parametro la presenza della parola 'Health' nella denominazione. Tale cluster si compone di 6 journal¹⁴⁸.
- un secondo cluster comprende i journal che trattano i temi di interesse seppur non direttamente applicati al settore della sanità. Tali journal sono stati individuati utilizzando come parametro la presenza delle parole 'Knowledge' e 'Information' nella denominazione. Tale cluster si compone di 42 journal¹⁴⁹.

- Per il *secondo macro-livello* si è deciso di avviare l'analisi basandola sull'elenco dei Journal riconosciuti dall'AIDEA (Accademia Italiana di Economia Aziendale) e di selezionare tutti i journal che presentano nella denominazione almeno una delle seguenti parole chiave: 'San*'; 'Conoscenza'; 'Serviz*'; 'Informazione'; 'Public*'. Adottando tali criteri il secondo macro-livello è risultato composto da 4 journal¹⁵⁰.

¹⁴⁷ www.harzing.com/jql.htm

¹⁴⁸ I journal selezionati sono: American Journal of Public Health; Journal of Health Economics; Health Economics; Health Care Management Science; Stress and Health; Health and Social Care in the Community.

¹⁴⁹ I journal selezionati sono: Science Communication (formerly Knowledge); Information Economics & Policy; International Journal of Accounting Information System; Information and Organization; Information Processing Letters; Behaviour and Information Technology; Journal of Information Science; Data & Knowledge Engineering; Information Society (The); Journal of Information Technology; International Journal of Information Management; Information Systems; Information Processing & Management; Information & Management; Journal of Management Information Systems; Journal of Computer Information Systems; Journal of Information Systems; Information and Software Technology; Knowledge Based Systems; Journal of Enterprise Information Management; Information Technology and People; European Journal of Information Systems; The Journal of Strategic Information Systems; Australian Journal of Information Systems; Information Resources Management Journal; IEEE Transactions on Knowledge & Data Engineering; ACM Transactions on Information Systems; Information Systems Research; Journal of Information Systems Education; Information Systems Management; Journal of Global Information Management; Journal of Global Information Technology Management; Information Systems Journal; Journal of Knowledge Management; Knowledge Management; Information Technology and Management; World Wide Web - Internet and Web Information Systems; Information Systems Frontiers; Journal of Research and Practice in Information Technology; Journal of the Am. Soc. for Information Science and Technology; Journal of the Association for Information Systems; Knowledge and Process Management.

¹⁵⁰ I journal selezionati sono: Azienda pubblica; Economia dei servizi. Mercati, istituzioni, management; Economia e diritto del terziario; Mecosan.

- Per il *terzo macro-livello*, partendo dal database offerto da Google Books e dal Catalogo di Ateneo dell'Università degli Studi di Salerno, sono stati selezionati tutti i libri e i manuali che presentano nel titolo almeno una delle seguenti parole chiave: 'Health & Knowledge'; 'Health & Information'; 'Conoscenza & Sanit*'; 'Informazione & Sanit*'. Adottando tali criteri il terzo macro-livello è risultato composto da 31 lavori.

Dopo aver individuato i journal, i libri e i manuali, con specifico riferimento ai primi due macro-livelli, il percorso di ricerca ha previsto la definizione dei criteri da utilizzare per la selezione dei singoli articoli da analizzare. In particolare:

- Con riferimento al primo macro-livello sono stati scelti criteri diversi per ciascuno dei due cluster individuati al fine di massimizzare la raccolta di informazioni utili alla comprensione del topic investigato. In particolare:

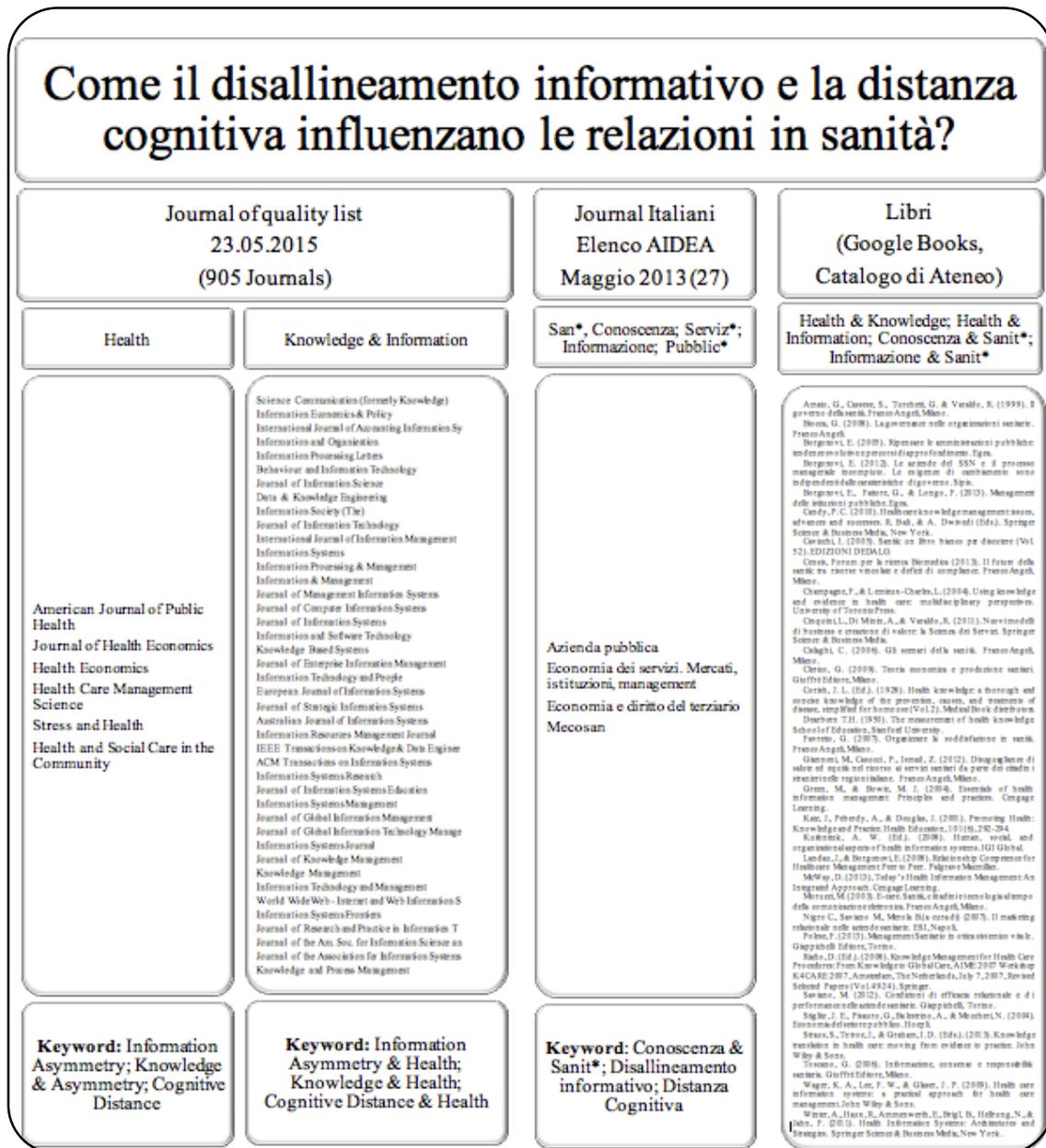
- per il primo cluster si è deciso di selezionare tutti i lavori che presentano nel titolo, nell'abstract e/o nelle keywords almeno una delle seguenti parole chiave: 'Information Asymmetry'; 'Knowledge & Asymmetry'; 'Cognitive Distance'. La scelta è motivata dalla volontà di restringere il focus di osservazione individuando nel campo di interesse dei journal (Sanità) tutti i lavori che trattano i temi della conoscenza, dell'asimmetria informativa e della distanza cognitiva.

- Per il secondo cluster si è deciso di selezionare tutti i lavori che presentano nel titolo, nell'abstract e/o nelle keywords almeno una delle seguenti parole chiave: 'Information Asymmetry & Health'; 'Knowledge & Health'; 'Cognitive Distance & Health'. La scelta è motivata dalla volontà di restringere il focus di osservazione individuando nel campo di interesse dei journal (Conoscenza e Informazione) tutti i lavori che analizzano i temi della conoscenza, dell'asimmetria informativa e della distanza cognitiva nello specifico settore della sanità.

- Con riferimento al secondo macro-livello si è deciso di selezionare tutti i lavori che presentano nel titolo, nell'abstract e/o nelle keywords almeno una delle seguenti parole chiave: 'Conoscenza & Sanit*'; 'Disallineamento informativo'; 'Distanza Cognitiva'. La scelta è motivata dalla volontà di includere nell'analisi tutti i lavori che nei journal selezionati hanno affrontato i temi della conoscenza, dell'asimmetria informativa e della distanza cognitiva nello specifico settore della sanità.

Il percorso di ricerca seguito per l'implementazione della Systematic Literature Review è sintetizzato nella seguente Figura 3.1.

Figura 3.1 – Il percorso di ricerca seguito nell'implementazione della Systematic Literature Review



Fonte: Elaborazione personale.

Dopo aver selezionato le fonti da analizzare e definito i criteri per l'individuazione dei singoli lavori il percorso di ricerca ha previsto un processo di scrematura su 4 fasi:

- *Estrazione*, in cui sono stati identificati i lavori rispondenti ai criteri individuati per ciascun macro-livello. Dopo questa prima fase sono stati individuati 7.300 lavori.
- *Coerenza di I livello*, in cui a seguito della lettura del titolo e dell'abstract del lavoro è stato stabilito se il lavoro potesse offrire un contributo interpretativo con riferimento alla domanda di ricerca formulata. In questa fase per i lavori in cui vi erano dubbi sul potenziale

contributo si è deciso di conservarne la presenza nel database. Al termine della seconda fase il database è risultato essere composto da 672 lavori con un'incidenza del 9,21% rispetto ai lavori individuati nella prima fase.

- *Coerenza di II livello*, in cui a seguito della lettura dell'intero lavoro sono stati selezionati i contributi che si è ritenuto offrirono elementi utili all'interpretazione e risoluzione del quesito di ricerca. Al termine di questa fase il database è risultato composto da 406 lavori con un'incidenza 60,42% rispetto ai lavori individuati nella seconda fase.

- *Afferenza*, in cui si è proceduto a verificare la presenza di eventuali duplicati nel database. In questa fase per i contributi selezionati con riferimento a più criteri si è deciso di procedere adottando un'attribuzione per rilevanza ossia il lavoro è stato conservato con riferimento al cluster rispondente al criterio rispetto al quale si è ritenuto che il contributo fosse maggiormente interessante. Al termine di questa fase il database è risultato composto da 388 lavori con un'incidenza del 90,87% rispetto ai lavori individuati nella terza fase.

Nella seguente tabella 3.1 è riportato il dettaglio delle singole fasi con l'esplicitazione della progressiva scrematura dei lavori selezionati per i singoli macro-livelli di analisi.

Tabella 3.1 – *Risultati della Systematic Literature Review per fasi*

Journal	Keywords	Estratti	Coerenti (dopo lettura titolo e abstract)	Coerenti (dopo lettura testo)	Afferenti (dopo eliminazione e duplicati)	Tot.
Health						
<i>American Journal of Public Health</i>	Information Asymmetry	2	1	1	1	5
	Knowledge & Asymmetry	3	1	0	0	
	Cognitive Distance	6	5	4	4	
<i>Journal of Health Economics</i>	Information Asymmetry	127	42	36	36	54
	Knowledge & Asymmetry	62	23	12	10	
	Cognitive Distance	30	17	13	8	
<i>Health Economics</i>	Information Asymmetry	110	15	9	9	9
	Knowledge & Asymmetry	0	0	0	0	
	Cognitive Distance	0	0	0	0	
<i>Health Care Management Science</i>	Information Asymmetry	12	12	12	10	19
	Knowledge & Asymmetry	9	7	5	1	
	Cognitive Distance	12	10	10	8	
<i>Stress and Health</i>	Information Asymmetry	5	3	3	1	1
	Knowledge & Asymmetry	0	0	0	0	
	Cognitive Distance	92	3	0	0	
<i>Health and Social Care in the Community</i>	Information Asymmetry	8	8	8	8	16
	Knowledge & Asymmetry	0	0	0	0	
	Cognitive Distance	64	12	8	8	

Knowledge and Information						
<i>Science Communication (formerly Knowledge)</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	12	7	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	9	4	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	7	3	0	0	
<i>Information Economics & Policy</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	4	3	1	1	11
	“Knowledge” & “Health”	45	12	10	10	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>International Journal of Accounting Information Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	6	4	2	2	9
	“Knowledge” & “Health”	41	23	7	7	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information and Organization</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	4	3	3	3	19
	“Knowledge” & “Health”	82	22	21	16	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information Processing Letters</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	2
	“Knowledge” & “Health”	2	2	2	2	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Information Science</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	4	3	2	2	7
	“Knowledge” & “Health”	383	12	5	5	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Data & Knowledge Engineering</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	6
	“Knowledge” & “Health”	184	12	6	6	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information Society (The)</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	0	0	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Information Technology</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	0	0	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>International Journal of Information Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	3	2	2	2	13
	“Knowledge” & “Health”	384	15	10	10	
	“Cognitive Distance” & “Health”	1	1	1	1	
<i>Information Systems Journal</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	9	7	6	6	11
	“Knowledge” & “Health”	143	12	5	5	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	

<i>Information Processing & Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	6	4	2	2	8
	“Knowledge” & “Health”	343	18	6	6	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information & Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	10	7	6	5	16
	“Knowledge” & “Health”	288	21	11	11	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Management Information Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	22	16	2	2	6
	“Knowledge” & “Health”	121	19	4	4	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Computer Information Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	5	0	0	0	4
	“Knowledge” & “Health”	74	7	4	4	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Information Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	4	2	0	0	4
	“Knowledge” & “Health”	49	7	4	4	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information and Software Technology</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	1	1	1	1	7
	“Knowledge” & “Health”	153	12	7	6	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Knowledge Based Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	6
	“Knowledge” & “Health”	237	8	6	6	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Enterprise Information Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	5
	“Knowledge” & “Health”	110	9	5	5	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information Technology and People</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	1	1	1	1	8
	“Knowledge” & “Health”	174	12	7	7	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>European Journal of Information Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	0	0	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>The Journal of Strategic Information Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	4	3	2	2	7
	“Knowledge” & “Health”	127	17	5	5	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Australian Journal of</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	2

<i>Information Systems</i>	“Knowledge” & “Health”	2	2	2	2	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information Resources Management Journal</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	0	0	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>IEEE Transactions on Knowledge & Data Enginee</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	3	2	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	2	1	0	0	
<i>ACM Transactions on Information Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	1
	“Knowledge” & “Health”	52	3	1	1	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information Systems Research</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	30	5	4	4	13
	“Knowledge” & “Health”	157	12	8	6	
	“Cognitive Distance” & “Health”	21	8	7	3	
<i>Journal of Information Systems Education</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	4	2	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	3	1	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	1	0	0	0	
<i>Information Systems Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	0	0	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Global Information Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	1	1	0	0	3
	“Knowledge” & “Health”	2	2	2	2	
	“Cognitive Distance” & “Health”	1	1	1	1	
<i>Journal of Global Information Technology Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	1	1	1	1	2
	“Knowledge” & “Health”	53	7	2	1	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information Systems Journal</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	6
	“Knowledge” & “Health”	87	12	6	6	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Knowledge Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	2	2	2	2	11
	“Knowledge” & “Health”	181	13	7	7	
	“Cognitive Distance” & “Health”	2	2	2	2	
<i>Knowledge Management review</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	0	0	0	0	1
	“Knowledge” & “Health”	16	3	1	1	

	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information Technology and Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	6	3	1	1	4
	“Knowledge” & “Health”	74	6	3	3	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Information Systems Frontiers</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	9	3	1	1	5
	“Knowledge” & “Health”	182	6	4	4	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Journal of Research and Practice in Information Technology</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	12	4	0	0	0
	“Knowledge” & “Health”	7	0	0	0	
	“Cognitive Distance” & “Health”	5	2	0	0	
<i>Journal of the Association for Information Science and Technology</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	2	2	2	2	11
	“Knowledge” & “Health”	1485	12	6	6	
	“Cognitive Distance” & “Health”	3	3	3	3	
<i>Journal of the Association for Information Systems</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	4	4	4	4	10
	“Knowledge” & “Health”	85	9	6	6	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
<i>Knowledge and Process Management</i>	“Information Asymmetry” & “Health”	1	1	1	1	5
	“Knowledge” & “Health”	101	7	4	4	
	“Cognitive Distance” & “Health”	0	0	0	0	
Journal italiani						
<i>Azienda pubblica</i>	“Conoscenza” & “Sanit*”	11	1	1	1	2
	“Disallineamento informativo”	1	1	1	1	
	“Distanza Cognitiva”	0	0	0	0	
<i>Economia dei servizi. Mercati, istituzioni, manangement</i>	“Conoscenza” & “Sanit*”	0	0	0	0	0
	“Disallineamento informativo”	0	0		0	
	“Distanza Cognitiva”	0	0	0	0	
<i>Economia e diritto del terziario</i>	“Conoscenza” & “Sanit*”	33	6	4	4	5
	“Disallineamento informativo”	0	0	0	0	
	“Distanza Cognitiva”	1	1	1	1	
<i>Mecosan</i>	“Conoscenza” & “Sanit*”	30	7	4	4	4
	“Disallineamento informativo”	0	0	0	0	
	“Distanza Cognitiva”	0	0	0	0	
Books/Libri						
<i>Books/Libri</i>	Health & Knowledge	470	21	7	7	31
	Health & Information	315	12	6	6	
	Conoscenza & Sanit*	129	13	9	9	

	Informazione & Sanit*	137	16	9	9	
Totale						
		7300	672	406	369	
Percentuale di lavori conservati						
		100%	9,21%	60,42%	90,89%	

Fonte: Elaborazione personale.

3.1.2 Possibili derivazioni dall'analisi della letteratura

L'analisi della letteratura condotta ha consentito di delineare un quadro che, seppur non in modo esaustivo, permette di tracciare i confini del fenomeno investigato contribuendo ad una più approfondita comprensione degli approcci di ricerca prevalenti in letteratura.

In tale direzione è possibile, infatti, notare come i contributi individuati siano riconducibili in massima parte a quattro approcci sintetizzabili nelle seguenti macro-categorie:

- *Incentrata sul mercato*, in cui il disallineamento cognitivo e l'asimmetria informativa sono considerati elementi imprescindibili dell'interazione venditore/erogatore – cliente/utente e in cui la conoscenza viene oggettivizzata al pari di qualsiasi altra risorsa di mercato. Esemplificativa in proposito è la posizione di Stephen e Rachel Kaplan che, nel tentativo di sviluppare un modello concettuale in grado di spiegare le relazioni tra fattori ambientali e comportamenti umani (*Reasonable Person Model*), evidenziano che “many exchanges among people do not fare well; incivility knows all too many forms. It is hardly a big leap to propose that unreasonableness undermines trust among people. However, the RPM addresses more than such social patterns. It also links human behavior with environmental factors. It is useful, then, to explore what qualities encourage people to be more reasonable with each other, with themselves, and with the places they depend upon”¹⁵¹.

Nella stessa direzione sembrano muoversi Dannenberg et al. che nel 2003, affrontando il tema della salute pubblica, identificano una serie di fattori ambientali (Social Capital, Environmental Justice and Social Equity, Crosscutting Issue, ...) a cui ricondurre il problema dell'asimmetria informativa e tracciano possibili linee di intervento al fine di indirizzare il governo di tali ‘elementi’ in modo da consentire una più agevole acquisizione della risorsa conoscenza¹⁵².

¹⁵¹ Kaplan S., Kaplan R. (2014). Health, Supportive Environments, and the Reasonable Person Model. *American Journal of Public Health*, 104(12), 12-22, p. 12.

¹⁵² Cfr. Dannenberg A.L., Jackson R.J., Frumkin H., Schieber R.A., Pratt M., Kochtitzky C., Tilson H.H. (2003). The Impact of Community Design and Land-Use Choices on Public Health: A Scientific Research Agenda. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1500-1508.

Con specifico riferimento all'erogazione di servizi sanitari Chou nel 2002, analizzando la differenza nei livelli di qualità del servizio erogato tra ospedalizzazione e domiciliarizzazione, evidenzia l'esistenza di una forte influenza delle componenti di contesto sul modo in cui la prestazione viene percepita e valutata dai pazienti e dai familiari e giunge ad affermare che “the effect of nonprofit versus for-profit status on the quality of care is larger when asymmetric information exists between nursing homes and residents. I found no significant differences between for-profit and nonprofit homes when the residents have family members to monitor the quality of care”¹⁵³.

- *Transazionale*, in cui asimmetria informativa e disallineamento cognitivo vengono ricondotte alle specifiche posizioni degli attori coinvolti nell'interazione e la conoscenza assurge a fattore competitivo preordinato in grado di assicurare il successo di un attore a discapito degli altri. Rappresentativa di tale approccio è la posizione di Lightfoot e Wisniewski che, con riferimento ai processi di monitoraggio nelle organizzazioni e sulle organizzazioni, affermano che “the scope of governmental untargeted surveillance suggests that many, if not most, people may be unwilling and unknowing participants in this particular exercise of data gathering. The massive imbalance in knowledge between those who possess the data and the subjects of the data is what makes the concept of information asymmetry so important”¹⁵⁴ evidenziando come “economics also commonly takes many phenomena (such as informational asymmetry) as pre-determined, without reflecting on their origins. This approach does allow greater analytical clarity but attracts objections from those who only see the limitations in a reductive approach”¹⁵⁵.

In tale approccio si riconosce che la conoscenza viene generata nelle trame del rapporto tra gli attori ma essa viene considerata un elemento non governabile direttamente dalle organizzazioni come evidenziato da Lightfoot e Wisniewski che, approfondendo il tema dell'esternalizzazione, sottolineano che la transazione “may be highly asset specific if it cannot readily be used by other organizations because of its site specificity (location), physical asset specificity (degree of customization of the product or service), or human asset specificity (the degree of specialized knowledge required to produce the transaction). Asset specificity may be non-specific (highly standardized), idiosyncratic (highly customized to

¹⁵³ Chou S.Y. (2002). Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes. *Journal of Health Economics*, 21(2), 293-311, p. 294.

¹⁵⁴ Lightfoot G., Wisniewski T.P. (2014). Information asymmetry and power in a surveillance society. *Information and Organization*, 24(4), 214-235, p. 216.

¹⁵⁵ *Ibidem*, p. 216.

a specific organization), or mixed (some aspects of the transaction are standard while others are customized)¹⁵⁶.

Nello specifico contesto della sanità risulta rilevante la posizione di Williams che, nel tentativo di integrare approcci di gestione della conoscenza e logiche di welfare, manifesta una spiccata tendenza transazionale nell'affermare che “learning and KM objectives were not explicit drivers of integration, and that interviewees’ awareness and understanding of their multi-faceted nature was limited. There was a tendency to view them narrowly as synonymous with training and development. There were no planned strategies; rather there were a series of largely opportunistic interventions and activities, which collectively contributed to learning and KM. The primary mechanisms for these occurred at three levels – individual, group and organisational – and in two forms – formal and informal”¹⁵⁷.

- *Relazionale*, nel quale l’asimmetria informativa e il disallineamento cognitivo emergono quali fattori derivanti dall’interazione tra gli attori e la gestione della conoscenza assume le vesti di potenziale strategia a disposizione delle organizzazioni per comprendere le tendenze di mercato ed assicurare risposte ‘pronte e soddisfacenti’ ai propri interlocutori¹⁵⁸. L’approccio relazionale ai temi analizzati risulta evidente nel lavoro di Shy e Stenbacka che, nell’analizzare l’impatto della disponibilità di informazioni e dei sottostanti processi di acquisizione da parte delle organizzazioni sul benessere dei consumatori, giungono alla conclusione che “only one potential market failure in which firms invest in information when the cost is low. Under such circumstances the loss to consumers out- weighs the gains

¹⁵⁶ Lacity M.C., Willcocks L.P. (1995). Interpreting information technology sourcing decisions from a transaction cost perspective: Findings and critique. *Accounting, Management and Information Technologies*, 5(3-4), 203-244, p. 205.

¹⁵⁷ Williams P.M. (2012). Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health & Social Care in the Community*, 20(5), 550-560, p. 555.

Il riferimento è indubbiamente al concetto di *learning organization* che “presuppone [...] un clima e una cultura organizzativa orientata costantemente al cambiamento e all’innovazione [...] laddove] l’effettivo apprendimento organizzativo presuppone un ripensamento ed, eventualmente, la correzione di criteri e procedure adottate (apprendimento a circuito doppio o generativo), al di là di modificazioni di comportamenti ed operazioni in deroga alle consuete procedure operative (apprendimento a circuito singolo o adattivo)”.

Siano A. (2001). *Competenze e comunicazione del sistema d’impresa: il vantaggio competitivo tra ambiguità e trasparenza*. Giuffrè, Milano, p. 25.

¹⁵⁸ Coerentemente con tale necessità Taselli et al. evidenziano che “more recently, cognitive bias research has been connected to other relevant outcomes, such as learning and finding a new job (see Brands, 2013, for a review). Individuals who have developed a cognitive schema based on prior experience with networks that exhibit structural holes are quicker to learn brokerage opportunities relevant to building coalitions in the workplace (Janicik & Larrick, 2005). Thus, having cognitive expectations regarding the likelihood of seeing structural holes actually facilitates the outcomes that individuals can reap in bridging across those holes”.

Tasselli S., Kilduff M., Menges J.I. (2015). The Microfoundations of Organizational Social Networks: A Review and an Agenda for Future Research. *Journal of Management*, 41(5), 1361-1387, p. 1370.

in industry profits. However, this result by itself seems insufficient to warrant restrictions on information acquisition, because firms may have to reward consumers for revealing information about themselves. Rewards can be granted in the form of points or discounts on future purchases”¹⁵⁹.

In tale approccio il clima organizzativo, quale complesso di elementi che impattano sulla percezione e sulla partecipazione degli attori, diviene fondamentale come evidenziato da Hammami, Amara e Landry che, nel tentare di spiegarne l'influenza sui processi di trasferimento della conoscenza attraverso la predisposizione di un modello di equazioni strutturali basato sulle interviste a 301 professionisti nel settore della sanità, evidenziano la rilevanza che esso ha nei processi di trasferimento della conoscenza in termini di¹⁶⁰: (1) facilitatore del comportamento strategico in quanto consente alle organizzazioni di creare rapporti collaborativi grazie ai quali è possibile consentire l'emersione di nuova conoscenza condivisa; (2) intermediario nella risoluzione di problemi comuni a più attori coinvolti nei processi di generazione e trasferimento attraverso l'incentivazione all'esplicitazione della propria posizione rispetto al contesto di riferimento; (3) livellatore delle motivazioni in quanto il clima organizzativo influenza direttamente l'orientamento e i comportamenti individuali; (4) supporto all'organizzazione in quanto consente un allineamento spontaneo dei comportamenti che non richiede attività di controllo e/o di indirizzo¹⁶¹.

- *Incentrata sugli attori*, ove asimmetria informativa e disallineamento cognitivo assurgono ad elementi caratterizzanti il continuo processo di evoluzione del mercato e in cui la gestione della conoscenza è l'unico percorso riconosciuto per assicurare la sopravvivenza delle organizzazioni e la soddisfazione di tutti gli attori coinvolti. In tale approccio si acquisisce piena consapevolezza che una “greater knowledge about the business domain and understanding of business users' needs are required to better integrate

¹⁵⁹ Shy O., Stenbacka R. (2013). Investment in customer recognition and information exchange. *Information Economics and Policy*, 25(2), 92-106, p. 105.

¹⁶⁰ Hammami, H., Amara, N., Landry, R. (2013). Organizational climate and its influence on brokers' knowledge transfer activities: A structural equation modeling. *International Journal of Information Management*, 33(1), 105-118.

¹⁶¹ In proposito, concordato con quanto scritto da Riccardo Resciniti, è possibile affermare che “tra gli innumerevoli tentativi di revisione, o spesso di mera ridenominazione, del marketing, due sono i casi in cui le proposte sembrano dimostrare un'effettiva consistenza sul piano dei contenuti, non solo come specifiche applicazioni (marketing dei servizi, business marketing, marketing distributivo, ecc.): il marketing relazione e il marketing esperienziale”

Resciniti R. (2008). Introduzione. Il marketing e l'esperienza del consumatore. *Mercati e competitività*, 4, 13-15, p. 13.

technical functionalities into business processes”¹⁶². In tale direzione, si evidenzia che “the ontology represents perceived reality and thus reflects human cognitive structures, but provides a best tenuous argument for that claim. This problem of the ‘missing link’ between the chosen ontology and the set of cognitive concepts shows the need for cognitive theories”¹⁶³ e che, nello specifico contesto della sanità, “the expectations of these various customers for service are also different; the dilemma that efficiency in information exchange poses, as opposed to safeguarding confidentiality of patient data, is the clear manifestation of the divergence of opinion”¹⁶⁴.

Tale approccio propone rilevanti elementi di riflessione con riferimento al settore della sanità. In particolare consente di evidenziare che¹⁶⁵: (1) solitamente le organizzazioni sono caratterizzate da una rigida struttura gerarchica in cui i flussi di informazione vanno dal basso verso l’alto e in cui i livelli superiori sono restii a fornire informazioni ai livelli inferiori; (2) generalmente c’è una forte resistenza sia individuale che di gruppo ai cambiamenti; (3) le fasi di lavoro sono organizzate per specializzazione e non per aree di interesse; (4) l’acquisizione di conoscenze è strettamente legata all’erogazione del servizio al paziente; (5) i processi di formazione e di apprendimento sono fortemente specializzati lasciano poco spazio a possibili interazioni tra specializzazioni diverse; (6) i processi di erogazione sono molto rigidi e fortemente formalizzati al fine da ridurre al minimo costi e inefficienze¹⁶⁶.

Tali elementi resi costituiscono dei limiti notevoli alla potenziale implementazione di un approccio relazionale e di una visione basata sulla co-creazione di valore in sanità. Essi sono prevalentemente riconducibili alle dinamiche proprie dell’asimmetria informativa e del disallineamento cognitivo e si pongono come fonti potenziali di una insoddisfazione condivisa in sanità considerando che l’implementazione di un possibile percorso di co-

¹⁶² Deng, X., Wang, T., Galliers, R. D. (2015). More than providing ‘solutions’: towards an understanding of customer-oriented citizenship behaviours of IS professionals. *Information Systems Journal*, 25(5), 489-530, p. 490.

¹⁶³ Evermann, J. (2005). Towards a cognitive foundation for knowledge representation. *Information Systems Journal*, 15(2), 147-178, p. 151.

¹⁶⁴ Pouloudi A. (1999). Information technology for collaborative advantage in healthcare revisited. *Information & Management*, 35(6), 345-356, p. 350.

¹⁶⁵ Beveren J.V. (2003). Does health care for knowledge management? *Journal of Knowledge Management*, 7(1), 90-95.

¹⁶⁶ Con riferimento a quest’ultimo punto profonde riflessioni andrebbero sviluppate con riferimento al concetto di dimensione ottima massima (DOM) infatti, “quanto più alto è l’aggravio dei costi medi per operare al di sotto della DOM tanto maggiori saranno gli effetti delle economie di scala sulle strutture [di erogazione]” Panati G., Golinelli G. (1992). *Tecnica economica industriale e commerciale. Imprese, strategie e management, Volume secondo*. Nuova Italia Scientifica, Roma, p. 557.

creazione del valore in sanità rappresenta un gioco di equilibri in cui occorre opportunamente bilanciare i diversi trade-off esistenti tra coinvolgimento dell'utente e stabilità dei processi di erogazione.

Si tratta di un aspetto particolarmente rilevante se si considera che normalmente i “consumers can respond to unsatisfactory treatment in one of two ways: by “exiting”, or switching to another provider of services, or through “voice”, by expressing their dissatisfaction with their current provider”¹⁶⁷ e che, nello specifico settore della sanità entrambi i ‘sentieri’ risultano allo stato attuale difficilmente percorribili.

Tabella 3.2 – *Una possibile classificazione dei contributi della letteratura*

Approccio	Focus	Strategia prevalente	Limiti
Incentrato sul mercato	Accondiscendenza nei confronti delle regole di mercato	<i>Passiva</i> Organizzazioni e attori subiscono i cambiamenti di mercato ritenendo di non poterli influenzare.	Mancata consapevolezza tanto delle organizzazioni quanto degli utenti del contributo potenziale che potrebbero offrire al miglioramento delle condizioni di mercato.
Transazionale	Scambio di risorse	<i>Attiva-Passiva</i> Le organizzazioni dettano le regole di funzionamento del mercato costringendo gli utenti ai quali si rivolgono ad ‘incanalarsi’ in percorsi definiti ex ante.	Gli utenti subiscono passivamente le indicazioni delle organizzazioni quindi non sono consapevoli del loro valore in termini di potenziale miglioramento delle condizioni di mercato.
Relazione	Sviluppo di relazioni	<i>Passiva- Attiva</i> Gli utenti impongono le proprie esigenze alle organizzazioni costringendole a	Nel tentativo di assecondare le richieste e le istanze provenienti dagli utenti le organizzazioni perdono

¹⁶⁷ Schlesinger M., Mitchell S., Elbel B. (2002). Voices Unheard: Barriers to Expressing Dissatisfaction to Health Plans. *Milbank Quarterly*, 80(4), 709-755, p. 709.

		<p>‘riconfigurarsi’ continuamente nel tentativo di assecondare le richieste del mercato per poter sopravvivere.</p>	<p>stabilità e sono impossibilitate a definire programmi di medio-lungo termine con effetti negativi sullo sviluppo complessivo del mercato.</p>
<p>Incentrato sugli attori</p>	<p>Soddisfazione</p>	<p><i>Attiva-Attiva</i> Tanto le organizzazioni quanto gli utenti sono consapevoli delle proprie necessità e del proprio ‘potere contrattuale’ pertanto tentano di imporre la propria posizione alla controparte.</p>	<p>Gli attori tentano di imporre la propria posizione e non riescono a comprendere la posizione ‘altrui’ in quanto vi sono difficoltà di comunicazione e di reciproca comprensione. L’effetto di tale approccio è l’insoddisfazione di tutte le parti coinvolte.</p>

Fonte: Elaborazione personale.

Da quanto evidenziato sembra evidente che l’approccio più evoluto alla gestione delle relazioni in sanità, nella prospettiva della co-creazione del valore, è quello incentrato sugli attori. Tuttavia, tale approccio non può considerarsi sufficiente considerando che la persistente difficoltà di comunicazione, l’asimmetria informativa tra le parti, la distanza cognitiva tra gli attori e l’approccio ancora ‘strumentale’ alla gestione della conoscenza sono fonti di un’insoddisfazione diffusa che mina la possibile emersione di un modello di governance basato sui principi della co-creazione di valore¹⁶⁸.

La sfida da affrontare e superare diviene quindi la definizione di strumenti in grado di agevolare un’interazione efficiente, efficace e sostenibile tra le parti ma per fare ciò è necessario preventivamente meglio comprendere quali sono le cause dell’insoddisfazione

¹⁶⁸ In proposito risulta utile, infatti, ricordare che “se da un lato risulta difficile misurare la percezione del cittadino nei riguardi dell’efficacia tecnica, ossia se il servizio è stato erogato in modo appropriato a causa dell’asimmetria informativa, tramite le indagini è possibile rilevare la percezione di come il servizio è stato erogato e se il paziente è stato considerato protagonista del proprio percorso di cura. Sulla base di queste evidenze le organizzazioni sanitarie possono quindi avere spunti importanti per riorientare la loro attività in modo che il cittadino sia sempre più protagonista e partecipe del proprio processo di cura”. Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010). Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana. *Mecosan*, 74(83), 3-18. p. 4.

in sanità e come le stesse impattano sul funzionamento degli attuali modelli¹⁶⁹. Solo in questo modo è infatti possibile ipotizzare, nella prospettiva dell'autore, di tracciare le linee di un possibile modello di sintesi per la comprensione e la prevenzione del disallineamento in sanità.

3.2 Focus sull'insoddisfazione in sanità nella prospettiva relazionale

I temi dell'asimmetria informativa, del disallineamento cognitivo e della gestione della conoscenza in sanità, come evidenziato nelle pagine precedenti, sembrano suscitare una notevole attenzione. Le diverse prospettive di osservazione con le quali, nel corso del tempo, sono stati osservati e analizzati tali temi sembrano, tuttavia, mostrare una crescente insoddisfazione verso gli approcci esistenti.

La diffusa consapevolezza circa la necessità di dover sviluppare modelli, tecniche e strumenti in grado di assicurare la soddisfazione dell'utenza in sanità spinge, infatti, i diversi attori ad interrogarsi su quali siano le cause dell'insoddisfazione in sanità e su come sia possibile implementare approcci in grado di assicurare la soddisfazione di tutti gli attori coinvolti nei processi di erogazione¹⁷⁰.

¹⁶⁹ In una prima approssimazione, è possibile evidenziare che “cultural diversity can be a cause of increased intra-firm complexity at several levels, for at least two main reasons. First, when a firm operates in multiple, culturally diverse markets, this requires it to tailor itself to numerous foreign national cultures, creating complexities in dealing with different beliefs, behaviours and perceptions (Barkema, H.G. & Vermeulen, F. 1998).

Second, complexities are further expected to arise through differing firm-level characteristics, such as conflict management, decision-making, and leadership styles (de Jong and van Houten, 2014)”.
Matarazzo M., Biele A., Resciniti R. (2015). The influence of the cultural distance on cross-border acquisitions of Italian firms. In *International Marketing Trends Conference 2015*, Paris, January 23-24, p. 5.

¹⁷⁰ In tale direzione, Vanzetta e Vallicella nell'analizzare il punto di vista dell'utente in sanità al fine di tracciare possibili livelli di intervento e strategie per implementare la soddisfazione dei pazienti evidenziano alcune responsabilità individuali:

- “Al livello strategico va ricondotta la responsabilità di:
 - o implementare momenti strutturati di analisi e di discussione trasversale dei dati con il livello operativo;
 - o promuovere il confronto e la concertazione di strategie tra i diversi professionisti. La soddisfazione/insoddisfazione del cliente/utente attiene la qualità del servizio e non solo o non sempre, la performance del singolo professionista;
 - o coinvolgere - attraverso i Servizi infermieristici - la professione infermieristica nella definizione degli obiettivi strategici e delle linee direttive attinenti la soddisfazione dell'utente, in quanto strategia aziendale.
- Agli infermieri dirigenti e agli infermieri coordinatori, quella di:
 - o motivare e coinvolgere gli infermieri nella declinazione degli obiettivi specifici, nella definizione di logiche operative e nella costruzione degli strumenti di misurazione e valutazione del punto di vista dell'utente;

In tale prospettiva, adottando le lenti interpretative offerte dall'Approccio Sistemico Vitale e dalla Logica di Servizio, è possibile individuare quale causa dell'insoddisfazione in sanità la persistenza di schemi interpretative, prospettive e modelli interpretativi divergenti tra gli attori coinvolti nell'articolato novero del Servizio Sanitario Nazionale.

Come evidenziato dall'analisi degli approcci prevalenti nella gestione della sanità in Italia¹⁷¹, infatti, mentre i soggetti di governo e gli attori deputati all'erogazione del servizio sanitario siano sempre più orientati ad una riduzione dei costi e ad un incremento dell'efficienza dei processi, di contro gli utenti, sempre più consapevoli delle loro esigenze e necessità, richiedono una maggiore qualità dei servizi erogati e la personalizzazione degli stessi in funzione delle specifiche patologie esperite¹⁷².

Tale divergenza trova nel disallineamento cognitivo, quale costruito secondo cui soggetti diversi attribuiscono un significato differente ai fenomeni osservati in funzione del loro

-
- o promuovere l'implementazione di incontri strutturati tra i membri dell'équipe assistenziale di ogni unità operativa/servizio e tra realtà omogenee finalizzati alla analisi e alla discussione delle informazioni ottenute, indipendentemente dalla metodologia impiegata.
 - È, infine, degli infermieri la responsabilità di:
 - o pretendere e assumere un ruolo attivo nella definizione di obiettivi specifici e di modalità operative, nella scelta e nell'impiego degli strumenti di misurazione e di valutazione della soddisfazione dell'utente, concertandoli con gli altri professionisti componenti l'équipe assistenziale;
 - o discutere la costruzione e l'adozione degli strumenti di misurazione e valutazione se motivatamente ritenuti non adeguati, o poco, agli obiettivi definiti".

Vanzetta M., Vallicella F. (2000). Il punto di vista dell'utente: come si misura e quanto costa misurarlo. *Management Infermieristico*, 4, 13-18, p. 18.

¹⁷¹ *Supra* par. 2.2.1

¹⁷² Esemplicitativa in proposito è la posizione di Leonardis il quale evidenzia che "là dove si è sviluppato, il welfare state ha costituito negli ultimi cinquant'anni una forza attiva di messa in forma delle relazioni sociali, un enorme fattore di ristrutturazione che ha generato norme e valori, linguaggi e conflitti, organizzazioni, culture e pratiche sociali; che ha istituito un decisivo campo della discussione collettiva sul futuro, su quale società si voleva costruire. Esso ha rappresentato un modello di riferimento condiviso, pur nella varietà di gradi e formule in cui si è concretizzato e malgrado (o forse grazie a) le contraddizioni che lo hanno attraversato; il suo sviluppo scarso o deviato è stato interpretato come un segno di modernizzazione incompiuta (in particolare in Italia) o decisamente di arretratezza, soprattutto de associato a democrazie deboli ed economie indipendenti (come nei paesi del Sul nel mondo)".

De Leonardis O. (2002). *In un diverso welfare: sogni e incubi*. Feltrinelli, Milano, pp. 12-13.

La rilevanza di tale processo è evidente anche nelle parole di Barberis secondo cui "tali cambiamenti vedono anche una redistribuzione di autorità e un incremento degli attori legittimati, che portano ad un crescente bisogno di coordinamento: il modello burocratico-gerarchico – travolto da una concezione delle competenze e delle sfere di responsabilità non più rispondente a tali cambiamenti – viene frequentemente sostituito con altri negoziali, indiretti, deliberativi, che implicano capacità di adattamento e di relazionare diverse risorse e competenze. Il coordinamento diventa allora una preoccupazione comune volta a individuare adeguati raccordi istituzionali e soluzioni ai conflitti; diventa sia una funzione in sé, sia un tema trasversale, che richiede un'azione riflessiva di secondo livello – di metagovernance".

Barberis E. (2010). Rapporti territoriali e coordinamento. Una contestualizzazione della governance sociale in Italia. *La rivista delle politiche sociali*, 1, 79-101, p. 80.

background e del contesto di appartenenza¹⁷³, la sua più evidente spiegazione e nell'asimmetria informativa un potenziale percorso interpretativo. Si ritiene, infatti, che la differente dotazione di informazioni rispetto all'erogazione dei processi sanitari provochi l'emersione di conflitti e contrapposizioni tra gli attori coinvolti provocando condizioni di insoddisfazione.

Tale condizione discende dall'approccio che, tanto l'erogatore quanto il destinatario, hanno nei confronti del processo sanitario. Si tratta, infatti, di un approccio in cui i singoli attori mirano a realizzare uno 'scambio di risorse' finalizzato alla soddisfazione dei soli interessi individuali¹⁷⁴.

Continuare ad assecondare un approccio disgiunto tra erogatore e utente, significa, dunque, assecondare una crescente divergenza i cui rischi e i cui costi possono essere, allo stato attuale delle conoscenze, solamente stimati e intuiti.

3.2.1 Rischi e costi dell'insoddisfazione in sanità

Il tema dell'insoddisfazione in sanità, negli ultimi anni, ha riscosso un crescente interesse da parte di tutti coloro i quali a vario titolo sono coinvolti nella pianificazione, definizione ed erogazione del servizio sanitario.

Molteplici sono state le proposte di modelli atti a valutare lo stato attuale dell'insoddisfazione rispetto all'erogazione dei servizi sanitari al fine di fornire utili indicazioni ai policy maker circa le iniziative da intraprendere¹⁷⁵.

¹⁷³ Sul tema Nooteboom precisa che "Understanding goes further: it entails that a person can make sense of the mapping from domain to range (categorization) that another performs. In other words, forms of thought of the one are mapped into the other's cognitive domain. Thus, people can understand each other at a cognitive distance: they can make sense of each other's mental mappings without having the same ones".

Nooteboom B. (2000). *Learning and Innovation in Organizations and Economies*. Oxford, Cambridge, p. 156.

¹⁷⁴ Più dettagliatamente, tale approccio "postula l'indifferenza culturale e relazionale come requisito per la gestione della diversità, ed esclude qualsiasi possibilità di convergenza delle differenze socio-culturali su una visione condivisa del bene comune. Ribadisce, invece, il principio caro al liberalismo secondo cui ideali morali alternativi sono necessariamente incommensurabili, e talvolta destinati ad entrare in conflitto".

Ferrucci F. (2010). *Capitale sociale e partnership tra pubblico, privato e terzo settore. Vol. II Il caso delle fondazioni di comunità*. Franco Angeli, Milano, p. 19.

¹⁷⁵ L'attenzione rispetto a tale tematica è evidente anche nelle azioni intraprese dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali che nel 2008, avendo riscontrato l'inesistenza di rapporti dettagliati sullo stato di adozione di meccanismi di valutazione della qualità nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, ha condotto un'indagine dalla quale è emerso che "il 67,9% delle Aziende che hanno risposto al questionario (235/346 Aziende) ha adottato, nel periodo compreso tra il 2000 ed il 2007, un Sistema di Gestione per la Qualità secondo le norme ISO 9000:2000 e, in particolare, 222 Aziende risultano avere in essere la certificazione in uno o più settori alla data di rilevazione; rispetto alle Aziende che hanno dichiarato di aver

Nonostante lo sforzo profuso, tuttavia, sembra che esista ancora un alone di incertezza sulle cause dell'insoddisfazione in sanità e sui costi e i rischi che la stessa può provocare in termini di funzionamento complessivo del SSN nel nostro Paese.

Analizzando il fenomeno, in particolare, è possibile agevolmente identificare perché vi siano tante difficoltà nella comprensione e gestione dell'insoddisfazione in sanità. Essa, infatti, sembra essere presente ai diversi livelli dei processi di pianificazione ed erogazione del servizio sanitario e sembra coinvolgere tanto l'erogatore che i pazienti in una sorta di circolo vizioso le cui cause differiscono a seconda dell'attore considerato e i cui effetti possono essere solamente intuitivamente stimati¹⁷⁶.

Una sintesi di tale situazione può essere facilmente ottenuta anche solamente focalizzando l'attenzione sulle due categorie di attori direttamente coinvolte nell'erogazione del servizio sanitario: i medici e i pazienti.

Nella prospettiva dei medici, infatti, l'attuale configurazione del servizio sanitario impatta negativamente sull'efficienza e sull'efficacia dell'erogazione della prestazione. In proposito, come evidenziato dall'indagine Anaa Assomed-SWG, su 502 medici intervistati il 25% dichiara di essere insoddisfatto del Servizio Sanitario in Italia e il 27% dichiara di essere insoddisfatto degli ospedali.

adottato un Sistema di valutazione esterna della qualità, nel 92,9% dei casi è stato riportato il sistema ISO (235/253).

Al secondo posto, con una percentuale significativamente più bassa, troviamo l'Accreditamento tra pari con una percentuale dell'11,8% (41 Aziende), mentre l'Accreditamento all'eccellenza della Joint Commission International raggiunge una percentuale del 2,3% (8 Aziende). Il modello EFQM e il sistema CCHSA risultano essere diffusi in una percentuale rispettivamente del 3,2% (11 Aziende) e dello 0,6% (2 Aziende). La voce "Altro", che raggiunge una percentuale del 26,3%, è stata riportata da 91 aziende che hanno indicato altri Sistemi di valutazione esterna della Qualità non riconducibili a quelli specificati nel questionario"

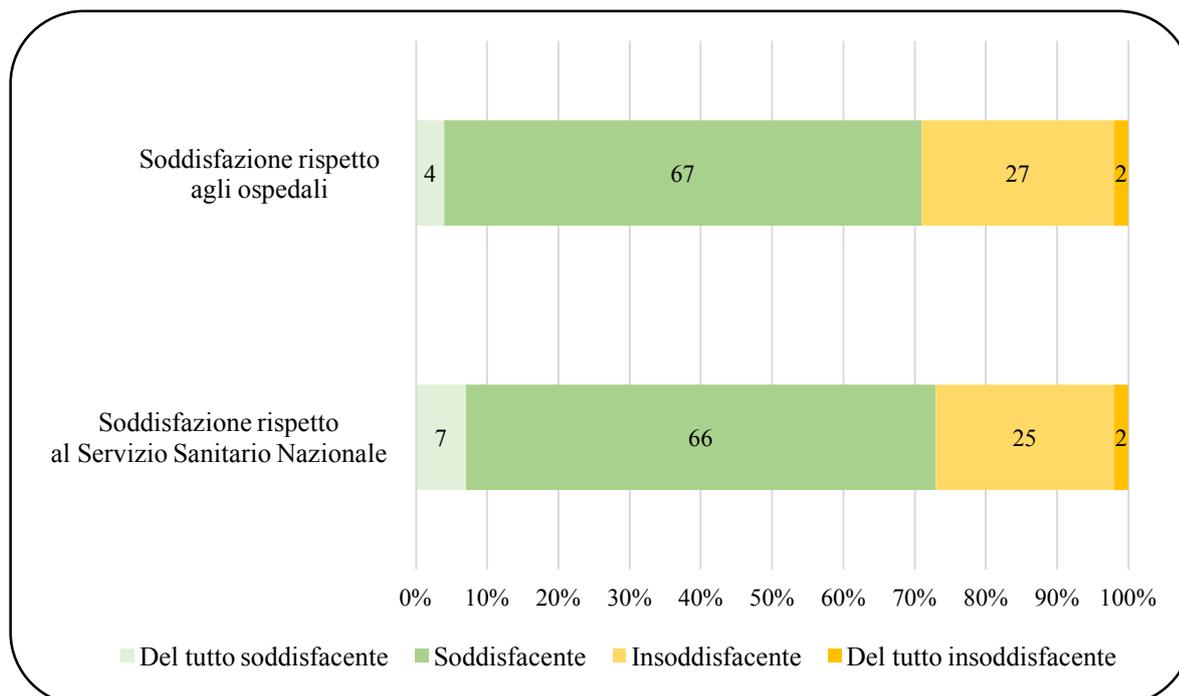
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009). *Rapporto sulla rilevazione nazionale dei sistemi di valutazione esterna della qualità nelle aziende sanitarie del SSN*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1106_allegato.pdf, pp. 14-15.

¹⁷⁶ In tale configurazione, emerge con forza l'accezione di servizio nel suo significato più 'moderno' che "implies an activity (or series of activities) in which various resources are utilised by a supplier in interaction with a customer in order to develop a solution to certain needs (Gronroos 2003; Alter 2008). In accordance with this view, Vargo and Lusch (2006, p. 283) define service as: ...the application of specialized competences (operant resources – knowledge and skills) through deeds, processes, and performances for the benefit of another entity or the entity itself.

It is thus apparent that the notion of "service" implies the existence of both a provider and a client who seek to provide value by finding a solution to need (Lusch et al. 2009). The relationship between the provider and the customer can be viewed as a simple service system – that is, a systematic interaction of parts that functions to perform a service. The smallest service system is a single person; the largest is the global economy".

Mele C., Polese F. (2011). Key dimensions of service systems in value-creating networks. In Demirkan H., Spohrer J.C., Krishna V. (eds.), *The science of service systems* (pp. 37-59). Springer, New York, p. 38.

Figura 3.1 – La soddisfazione dei medici rispetto al Servizio Sanitario Nazionale e agli ospedali italiani

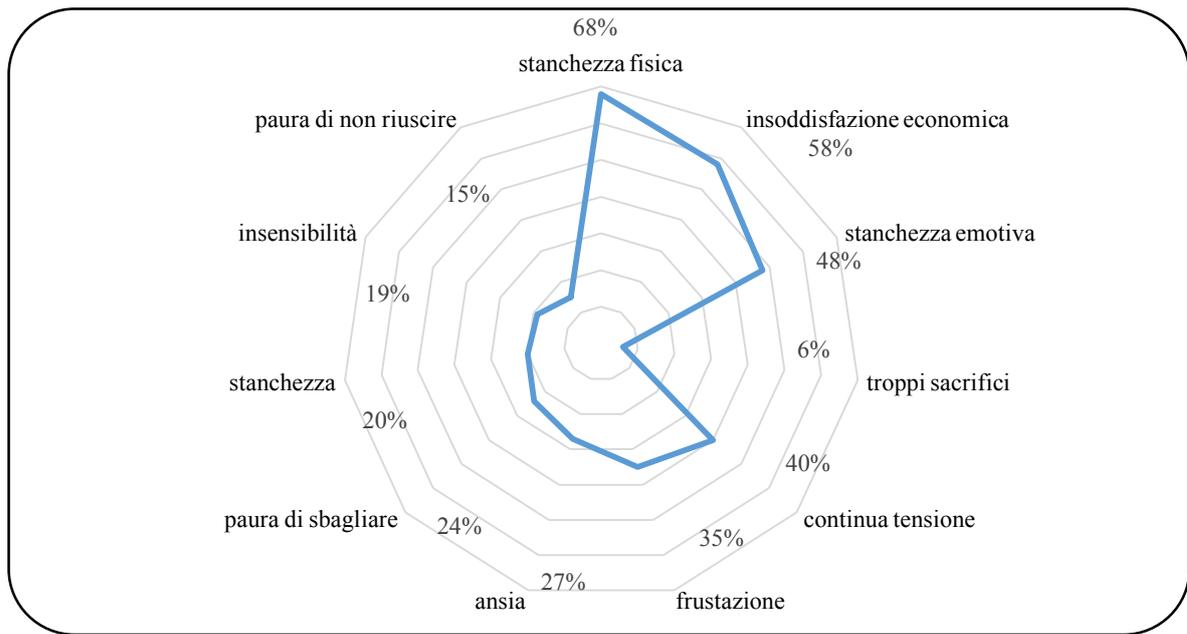


Fonte: Elaborazione su Anaa Assomed-SWG (2014). *Il lavoro dei medici ospedalieri oggi. Criticità e aspettative*, p. 10.

Tali valutazioni si ripercuotono anche sulla valutazione che gli intervistati danno alla professione medica ove la stessa indagine riporta che il 45% degli intervistati la ritiene faticosa e che il 49% ritiene peggiorata la qualità dei servizi sanitari erogati soprattutto a causa di eccessivi carichi di lavoro (59%), scarsi investimenti nelle strutture (36%), crescita dei contenziosi (34%).

Tali elementi pur essendo riconosciuti come causa del peggioramento in corso nell'erogazione dei servizi sanitari continuano ad essere problemi non risolti se si considera che gli stessi intervistati dichiarano che, su una scala da 1-10, la crescita dei contenziosi impatta negativamente sulla qualità delle erogazioni con un valore di 8.2, gli eccessivi carichi di lavoro incidono con un valore di 8.1 e gli scarsi investimenti incidono con un valore di 7.5. Il risultato di tali aspetti è un generale incremento del livello di stress dei medici che incide negativamente sull'attenzione destinata all'erogazione del servizio, sulla 'passione' che stimola la crescita personale e professionale, sulle relazioni istaurate con i colleghi e con i pazienti e sull'attenzione nella gestione (economica e professionale) delle singole fasi che compongono il processo di erogazione del servizio sanitario.

Figura 3.2 – Le cause di insoddisfazione dei medici in Italia



Fonte: Elaborazione su Anaa Assomed-SWG (2014). *Il lavoro dei medici ospedalieri oggi. Criticità e aspettative*, p. 38.

I rischi di tutto ciò sono sintetizzabili nel consolidamento di approcci alla gestione della professione medica di tipo transazionale in cui il medico si spoglia di tutti gli elementi che dovrebbero caratterizzare lo svolgimento di un'attività di fondamentale rilevanza sociale per comportarsi al pari di un qualsiasi dipendente che, avendo maturato sensazioni di avversione per il proprio lavoro e per il proprio 'datore di lavoro', adotta comportamenti free-rider che danneggiano il sistema in cui è inserito compromettendone la sopravvivenza¹⁷⁷.

Il costo di tale processo è ovviamente non calcolabile e non compensabile in quanto il processo di 'implosione' descritto, se non interrotto, avrà come unico effetto possibile il crescente spreco di risorse e il continuo peggioramento della qualità con una conseguente emersione di un vuoto di mercato in uno dei settori chiave per la sopravvivenza prima e lo sviluppo poi del nostro Paese.

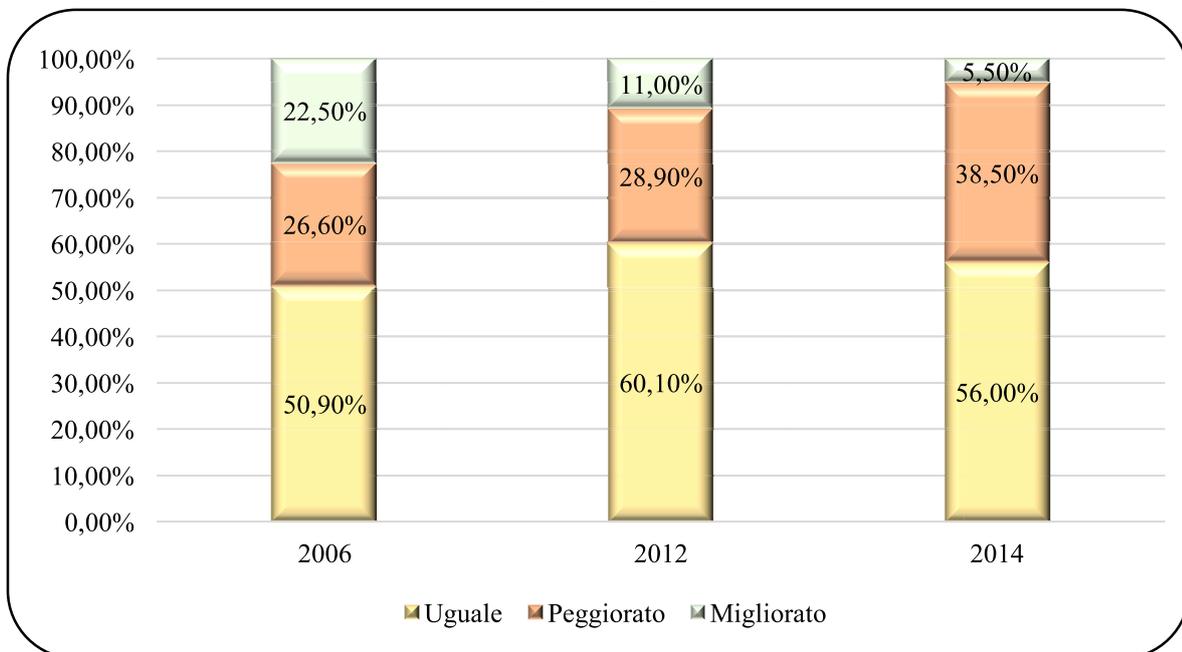
¹⁷⁷ Il riferimento concettuale è alle riflessioni di secondo cui "the cooperative practice at its heart is unstable and vulnerable to free riders. The benefits generated by epistemic communism accrue to community members regardless of whether or not they evaluate the epistemic procedures of their fellows. However, there is a cost associated with identifying and evaluating the epistemic procedures that other people use. It is, therefore, rational for each agent to accept the benefits of epistemic communism without paying its costs. In order to prevent free riding there must be some mechanism that motivates agents to evaluate the epistemic practices of others".

Tebben N., Waterman J. (2015). Epistemic Free Riders and Reasons to Trust Testimony. *Social Epistemology*, 29(3), 270-279, p. 271.

Spostando il focus sull'altra prospettiva da considerare ai fini delle riflessioni fin qui presentate, quella del paziente, è invece possibile osservare come le iniziative recentemente intraprese al fine di incrementare l'efficienza nell'erogazione dei servizi sanitari hanno provocato un generale malcontento sulla qualità e sulle modalità di erogazione delle prestazioni ricevute da parte dell'utenza¹⁷⁸.

Studi recenti sulla soddisfazione e sull'empowerment dell'utente nell'ambito dei processi di erogazione dei servizi sanitari evidenziano, infatti, numerose fonti di insoddisfazione e un generale malessere dell'utenza. In particolare, i dati dell'*Euro Health Consumer Index del 2014* evidenziano che la soddisfazione dei cittadini in termini di assistenza sanitaria è in continua discesa e che l'Italia si colloca al 21^{mo} posto in Europa peggiorando il già deludente risultato del 2013 che la vedeva al 20^{mo} posto¹⁷⁹. Tale risultato è spiegabile in termini di approcci differenziati sviluppati nel corso degli ultimi anni con riferimento alla gestione della sanità. Approcci che nel corso del tempo sono stati caratterizzati da continui cambiamenti di regole, norme e usi che hanno impattato negativamente sulla capacità dell'utente di comprendere quanto stesse accadendo aumentandone l'insoddisfazione.

Figura 3.3 – Livello di soddisfazione dei pazienti per i servizi sanitari in Italia



Fonte: Elaborazione su indagine Fbm-Censis (2014). *Informati e insoddisfatti: verso una sanità minimale?* Censis, Roma, p. 18.

¹⁷⁸ *Infra* sub. 2.2.1

¹⁷⁹ Cfr. Björnberg A. (2015). *Euro Health Consumer Index Report 2014*. Health Consumer Powerhouse, http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf.

Osservando le principali cause di insoddisfazione degli utenti (disuguaglianza nell'erogazione dei servizi tra aree geografiche, eccessiva lunghezza dei tempi di attesa, scarsità di informazioni sulle alternative possibili, scambio di informazioni lacunoso tra medici e pazienti)¹⁸⁰, infatti, è agevole notare che esse sono strettamente collegate alla mancata implementazione di un processo di comunicazione funzionale diretto a metterli al corrente delle problematiche in essere nell'ambito dei processi di erogazione dei servizi sanitari al fine di coinvolgerli nella definizione di soluzioni ritenute soddisfacenti anche da loro. Tale mancanza ha, nei fatti, accentuato la distanza cognitiva tra strutture del servizio sanitario e pazienti spingendo questi ultimi a pensare che l'attuale modello di gestione è semplicemente frutto di una scarsa attenzione nei loro confronti. Il risultato, anche in questo caso così come è stato osservato per i medici, è stato l'adozione di un approccio free-rider da parte dell'utenza diretto ad assicurarsi l'acquisizione di quante più risorse possibili anche a discapito della collettività e a danno di un sistema già in declino.

Proporre una possibile soluzione ai problemi evidenziati è indubbiamente un compito arduo che richiede un profondo momento di riflessione e, probabilmente, un radicale ripensamento delle logiche fino ad oggi rispettate. La principale difficoltà nell'identificare una soluzione efficiente, efficace e sostenibile è probabilmente legata alla necessità di individuare un percorso che, senza sconvolgere gli equilibri dei singoli attori coinvolti, possa assicurare una progressiva maggiore comprensione reciproca.

In tale direzione si ritiene che l'unica strada percorribile sia quella di implementare un approccio relazionale che, agevolando e migliorando l'interazione tra paziente e strutture del Servizio Sanitario Nazionale, possa assicurare un progressivo avvicinamento dei rispettivi modelli interpretativi e background informativi al fine di superare i problemi dell'asimmetria informativa e della distanza cognitiva. Solo in questo modo, infatti, si ritiene possibile l'avvio di una possibile strategia di gestione del servizio sanitario basata sull'efficiente gestione della conoscenza e sulla co-creazione di valore tra tutti gli attori¹⁸¹.

¹⁸⁰ Cfr. Censis (2015). *Quarantunesimo Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2015*. Franco Angeli, Milano.

¹⁸¹ La volontà è di proporre un approccio in cui l'utente "è visto come il prodotto finale dei processi di trasformazione delle imprese, poiché la fruizione dei beni che consuma ne modella aspettative e desideri". Varaldo R., Guido G. (1997). Il consumatore come prodotto: customer satisfaction come qualità del cliente. *Micro & Macro Marketing*, 6(1), 9-40, p. 10.

3.2.2 Un modello di sintesi per la comprensione e la prevenzione del disallineamento cognitivo in sanità

Avendo identificato nell'approccio relazionale un possibile percorso utile ad offrire risposte valide per la risoluzione di alcune delle principali problematiche che affliggono la gestione del Servizio Sanitario Nazionale, occorre definire in che modo tale approccio può essere fattivamente implementato e quali sono gli aspetti sui quali intervenire prioritariamente.

In una prima accezione, è possibile affermare che l'implementazione di un approccio relazionale in sanità è configurabile come innovazione incrementale in quanto agisce su elementi già esistenti configurandone le interdipendenze e le interconnessioni in modo diverso al fine di produrre risultati più 'performanti'¹⁸². In tale prospettiva particolarmente rilevante è la posizione di Möller, Rajala e Westerlund che, analizzando modalità e percorsi di implementazione dell'innovazione di servizio, evidenziano come le possibilità di incrementare il valore generato, a parità di altri elementi, dalla stessa struttura dipende dalla capacità e della volontà dell'erogatore e dell'utente di comunicare efficientemente allineando le rispettive strategie¹⁸³.

¹⁸² Occorre precisare, in proposito, che definire compiutamente il concetto di innovazione "non è un'operazione banale, poiché essa può avere contenuti, modalità di sviluppo e moventi assolutamente variabili, al punto che la dottrina economico-aziendale ha da tempo introdotto una nutrita serie di specificazioni e distinzioni di rilevante implicazione concettuale, quali le categorie dell'innovazione di prodotto, di processo, pionieristica, imitativa, tecnologica, gestionale, primaria o di base, secondaria o incrementale, ecc.

Inoltre, l'innovazione è una nozione intimamente legata all'idea, decisamente ampia ed indeterminata, della novità, che presenta un sostrato inevitabilmente soggettivo e percettivo".

Sansone M. (2002). L'innovazione di format e di concept nella distribuzione commerciale al dettaglio. In *Congresso Internazionale Francia-Italia "Le tendenze del marketing in Europa"*. Università Ca' Foscari di Venezia, 25-26 gennaio.

Il significato attribuito in questa sede al concetto di innovazione è molto vicino a quello di creatività laddove "le strade che conducono alla realizzazione di performance creative sono di vario tipo, poiché le espressioni creative seguono percorsi differenti in relazione alle conoscenze, esperienze, carattere ed attitudini delle persone che vi si cimentano. E in azienda risulta utile cogliere la natura delle tipologie di approccio creativo che i singoli possiedono, in quanto, al di là della situazione tipica dell'artigiano che svolge tutta la sua attività in forme individuali, di norma, la creatività scaturisce dalla confluenza in un unico progetto di diversi contributi individuali che incidono variamente sul risultato finale. Contributi che non possono essere omologati pena la dispersione di gran parte dell'energia creativa dei singoli soggetti".

Baccarani C. (2004). Sui sentieri della creatività. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 64-65, 347-360, pp. 349-350.

¹⁸³ Più precisamente, gli autori affermano che "service innovation can be described in terms of value creation through established service offerings, creation of value added through incremental service innovations, and the creation of future value through radically new service innovations. Identification of these generic service innovation strategies provides several important insights. One is that the more emergent the service concept, the more complex the interface between the client and service provider. Similarly, the required competences of the client and service provider become more complex when moving on from established

Ne deriva che lo sforzo profuso nel miglioramento della qualità nell'erogazione dei servizi sanitari potrebbe non produrre i risultati attesi se lo stesso non è preventivamente condiviso e compreso dai destinatari¹⁸⁴. L'investimento in tecnologie informatiche avanzate, l'apertura di nuovi reparti, l'avvio di processi di sensibilizzazione verso la tutela della salute, per quanto iniziative degne di apprezzamento, in tale prospettiva, non producono alcun risultato se non emergono come risultato di un preventivo allineamento tra erogatore e utente. L'orientamento ad un incremento nella quantità dei servizi offerti (*approccio incrementale*) da parte dell'erogatore potrebbe, infatti, scontrarsi con la volontà dell'utenza di mantenere stabile lo status quo (*approccio conservativo*) o addirittura con un'avversione dell'utenza rispetto a nuove offerte percepite come ridondanti e poco funzionali rispetto al bisogno percepito che, per essere soddisfatto, richiederebbe, invece, di ripensare completamente la proposta esistente. Di contro una eccessiva proattività dell'utente nei processi sanitari in termini di richiesta di sconvolgimento dell'offerta esistente (*approccio radicale*) potrebbe confliggere con la necessità dell'erogatore di mantenere stabili i processi di erogazione al fine di renderne possibile la gestione oppure scontrarsi con la prospettiva dell'erogatore secondo cui le esigenze dell'utenza possono essere soddisfatte attraverso il semplice inserimento di nuovi servizi nel portfolio delle attività proposte¹⁸⁵.

Da tali osservazioni, confrontando l'approccio dell'erogatore con l'approccio dell'utente nel contesto della sanità è possibile derivare 9 possibili scenari di cui solo 3 sono rappresentativi di una condizione di equilibrio in cui vi è il pieno allineamento tra le due

services toward radical service innovations. Ideally, value creation is most productive when both the client and the provider pursue a similar strategy”.

Möller K., Rajala R., Westerlund M. (2008). Service innovation myopia? A new recipe for client-provider value creation. *California Management Review*, 50(3), 31-48, p. 35.

¹⁸⁴ In tale prospettiva si potrebbe, tuttavia, affermare, che “gli errori sono parte del gioco. Mettono in moto, secondo Frauenfelder, quel processo di scoperta che apre a nuove idee e a nuovi modi di lavorare”.

Micelli S. (2011). *Futuro artigiano: l'innovazione nelle mani degli italiani*. Marsilio Editori, Venezia, p. 27.

¹⁸⁵ Al fine di prevenire l'emersione di questi e altri conflitti tra erogatore e utente la letteratura propone l'adozione del sistema premiante che “copre pressoché tutta la scala dei bisogni la cui gratificazione sta alla base della motivazione umana: bisogni fisiologici e di sicurezza, compresa quella del posto di lavoro e dello sviluppo garantito della propria carriera, nonché di sicurezza della solidità economico-finanziaria dell'organizzazione in cui si opera; di appartenenza a una categoria professionale, a una disciplina scientifica e a una comunità medica locale da cui non si vuole essere isolati; di rispetto, successo, reputazione, prestigio, posizione sociale, fama, stima e autostima; di autorealizzazione.

Il sistema premiante può agire su tutte queste potenti leve, ed è dunque cruciale ai fini dell'adozione di un determinato comportamento il grado di coerenza del sistema premiante connesso con l'obiettivo desiderato”.

Sghedoni D. (1998). *Linee guida cliniche: conoscenze, etica e interessi. Avvertenze per l'uso*. Franco Angeli, Milano, pp. 47-48.

categorie considerate e la conseguente possibilità che le iniziative intraprese si trasformino in valore effettivo per tutti. Di contro i restanti 6 scenari sono riassumibili in tre macro-categorie in cui si assiste rispettivamente:

- Al *prevalere dell'erogatore rispetto all'utente* in quanto l'offerta del primo eccede le richieste del secondo il quale, pur non ricevendo alcun beneficio dall'ulteriore proposta, la accetta passivamente non essendovi costi e/o sacrifici da sostenere per accedervi. In tale situazione è verosimile che l'erogatore, nel tentativo di incrementare la qualità percepita dall'utenza, effettui considerevoli investimenti (non solo monetari) che non si trasformano in utilità per il mercato. L'esito di tali ipotesi è sintetizzabile nell'insoddisfazione del soggetto erogatore, il quale non vede premiati i propri sforzi, e nello spreco di risorse.
- Al *prevalere dell'utente rispetto all'erogatore* in quanto l'utente, sempre più consapevole delle proprie necessità, chiede all'erogatore di incrementare costantemente qualità e quantità dei servizi erogati personalizzandone contenuti e modalità di fruizione in funzione delle proprie esigenze. In tali situazioni è plausibile riscontrare una generale insoddisfazione dell'utente il quale vede continuamente disattese le proprie aspettative e una crescente incapacità dell'erogatore di gestire in modo efficiente i processi sanitari a causa della crescita esponenziale delle variabili coinvolte.
- All'*emersione di una relazione conflittuale* in cui il completo disallineamento tra proposta dell'erogatore e attese dell'utente spinge entrambe le categorie di attori a rifiutare qualsiasi tipologia di confronto. L'esito di tali situazioni è sintetizzabile nel progressivo accrescimento del disallineamento cognitivo tra le parti con conseguenze nefaste per la sopravvivenza del sistema¹⁸⁶.

¹⁸⁶ Da tale visione emerge chiaramente come la sopravvivenza sia “fortemente connessa sia alla compatibilità strutturale del sistema impresa con i suoi sovra e sub-sistemi sia ad altri fattori. Diviene pertanto necessario e centrale per chi gestisce e governa l'impresa essere in grado di soddisfare le aspettative e le esigenze espresse dai sovra e sub-sistemi e condividerne gli obiettivi”.

Miglietta N., Battisti E. (2012). Decisioni manageriali, distorsioni comportamentali e fattori emozionali: introduzione a un approccio cognitivo al governo dell'impresa. In Pironti M. (a cura di), *Economia e gestione delle imprese e dei sistemi competitivi* (pp. 87-114). Webster, Padova, p. 89.

Figura 3.4 – Un confronto tra approccio dell'erogatore e approccio dell'utente nel contesto della sanità

		Approccio dell'erogatore		
		Conservativo	Incrementale	Radicale
Approccio dell'utente	Conservativo	Equilibrio	La relazione è indirizzata dall'erogatore	La relazione è conflittuale
	Incrementale	La relazione è indirizzata dall'utente	Equilibrio	La relazione è indirizzata dall'erogatore
	Radicale	La relazione è conflittuale	La relazione è indirizzata dall'utente	Equilibrio

Fonte: Elaborazione su Möller K., Rajala R., Westerlund M. (2008). Service Innovation Myopia? A New Recipe for Client-Provider Value Creation. *California Management Review*, 50(3), 31-48, p. 41.

La necessità di implementare un allineamento tra le prospettive degli attori coinvolti nei processi sanitari, più volte evidenziata nella presente stesura, acquisisce in tale accezione evidenza tangibile in quanto solo laddove tutti gli attori sono allineati nella stessa prospettiva è possibile ipotizzare condizioni di equilibrio tali da consentire alle iniziative intraprese di ripercuotersi positivamente sulla qualità complessiva del servizio sanitario.

La vera sfida per la sopravvivenza e il miglioramento della qualità del servizio sanitario diviene, quindi, capire come allineare le diverse prospettive analizzate. Il vero avanzamento degli approcci di management in sanità va ricercato, dunque, nella definizione di un percorso sostenibile di crescente relazione e interazione tra le parti affinché si possa concretizzare l'auspicato livellamento di prospettive e obiettivi.

Un primo passo in tale direzione richiede di meglio comprendere le aspettative dell'utenza e i vincoli di gestione dell'erogatore al fine di tracciare possibili percorsi in cui intervenire per favorire l'emersione dell'allineamento ricercato. I due parametri da considerare diventano quindi:

- Il *livello di aspettative dell'utente* in termini di qualità e quantità di servizio che lo stesso si aspetta di ricevere per la risoluzione del problema esperito. In funzione delle aspettative dell'utente è possibile distinguere tra:

o *Prevenzione*, tipicamente presente nei casi in cui l'utente è sensibile rispetto a determinate problematiche di salute ma non le ha esperite direttamente o le stesse non hanno coinvolto persone a lui vicine. In questo caso il livello di aspettativa dell'utente è tendenzialmente basso e si manifesta nella richiesta di informazioni o nella garanzia da parte del soggetto erogatore di soluzioni efficaci nel caso in cui dovesse verificarsi il problema.

o *Riabilitazione*, che si verifica nel caso in cui l'utente abbia da poco esperito problemi di salute che sono stati risolti ma che, per ripristinare le normali condizioni di benessere psico-fisico, richiedono un processo di accompagnamento da parte del soggetto erogatore e la predisposizione di specifici servizi integrativi rispetto a quelli della cura in senso stretto. In questo caso il livello di aspettativa può essere considerato di media intensità e progressivamente decrescente in funzione del decorrere del tempo e dell'erogazione dei servizi riabilitativi.

o *Cura*, in cui l'utente 'vive' personalmente la condizione di malessere fisico e psicologico. Si tratta dell'ipotesi più delicata in quanto l'utente percepisce come fondamentale il ruolo dei servizi erogati in termini di risoluzione dei problemi esperiti pertanto le aspettative sono molto alte e proporzionali alla gravità che l'utente percepisce rispetto al suo stato di salute.

- L'*intensità dei processi di erogazione sanitaria* in termini di risorse (in senso lato) che l'erogatore può destinare. Tale valore può essere determinato come rapporto tra l'Indicatore Giornate Effettive (IGE)¹⁸⁷ e l'Indicatore Giornate di Cura (IGC)¹⁸⁸ e consente di distinguere le prestazioni sanitarie in:

o *Prestazioni a basso livello di intensità*, caratterizzate da una bassa erogazione di risorse da parte del Servizio Sanitario Nazionale in quanto si ritiene che il bisogno dell'utenza possa essere facilmente risolto in tempi brevi. Tali prestazioni sono

¹⁸⁷ Tale indicatore è dato dal "numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore".

Ministero della Salute (2012). *Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)*. Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), Roma, p. 21.

¹⁸⁸ Tale indicatore è dato dal "numero di giorni trascorsi dalla Data presa in carico alla Data di Conclusione, al netto dei periodi di sospensione".

Ibidem, p. 23.

tipicamente erogate nella fase conclusiva di un processo di riabilitazione o in condizioni di necessità sporadica da parte dell'utenza non caratterizzata da un elevato livello di complessità¹⁸⁹.

○ *Prestazioni a medio livello di intensità*, caratterizzate da una più considerevole erogazione di risorse da parte del Servizio Sanitario Nazionale in quanto, tipicamente, prevedono tempi di applicazione più lunghi rispetto alle prestazioni a basso livello di intensità. Tali prestazioni vengono erogate solitamente in presenza di patologie che impongono attività di degenza o di monitoraggio di medio termine ma la cui complessità è tendenzialmente limitata.

○ *Prestazioni ad alto livello di intensità*, in cui vi è una considerevole erogazione di risorse da parte del Servizio Sanitario Nazionale in quanto la patologia dell'utente richiede tempi di intervento, riabilitazione e/o monitoraggio medio-lunghi ed è caratterizzata da un elevato livello di complessità.

Combinando le due dimensioni individuate nel rispetto delle 'gradazioni' indicate è possibile costruire una matrice basata su 9 possibili scenari di cui, ancora una volta, solo 3 sono caratterizzati da condizioni di equilibrio tra la prospettiva dell'utente (livello di aspettative) e la prospettiva dell'erogatore (intensità dei processi di erogazione sanitaria).

Specificatamente i 6 scenari caratterizzati da una mancata convergenza tra livello di aspettative dell'utente e intensità dei processi di erogazione sanitaria possono essere ricondotti alle seguenti 3 macro-classi interpretative:

¹⁸⁹ Per complessità in questa sede si intende il numero di professionisti, conoscenze e tecnologie necessarie per poter gestire una particolare tipologia di patologia.

Più specificatamente secondo Romano et al. "nel variegato mondo della Sanità già si possono individuare due distinti livelli di complessità: una intrinseca al sistema ed una di contesto che, pur rispondendo alle stesse logiche, risultano profondamente diverse. Per fornire un'immagine d'insieme dei livelli di complessità intrinseca al Sistema sanitario ed esterna ad esso (o di contesto)" (p. 3) quindi "nei modelli riconducibili alla complessità, una visione multidimensionale permette di costruire un'immagine finale a "tutto tondo" del problema che rappresenta un risultato molto diverso dalla semplice somma dei diversi punti di vista, che nel processo di integrazione, interferendo tra loro, si modificano definendo nuove forme e diverse profondità all'immagine complessiva del problema" (p. 7).

Romano D., Tardivo S., Pascu D., Mantovani W. (2012). Introduzione alla complessità in sanità. In Dedalo, *Approccio sistemico alla complessità*, <http://www.retededalo97.it/approccio-sistemico-in-sanita.html>, 1-73.

In una più ampia prospettiva, invece, adottando le lenti dell'Approccio Sistemico Vitale, occorre precisare che "nothing can be defined as objectively complex and absolute. The attribute «complex» can only refer to the incapacity on the part of observers to submit their own interpretation models to the phenomenon or objective event of observation".

Barile S., Saviano M. (2010). A new perspective of systems complexity in service science. *Impresa, Ambiente, Management*, 4(3), 375-414, p. 386.

- *Sopravalutazione da parte dell'erogatore*, in cui le prestazioni erogate sono superiori rispetto alle aspettative dell'utente. In questo caso l'investimento in risorse da parte dell'erogatore non si traduce (almeno nell'immediato) in valore per l'utenza e in un aumento dei livelli di soddisfazione rispetto al servizio sanitario (es. riabilitazione ospedaliera e prevenzione a medio livello assistenziale). Tale ipotesi è giustificabile laddove, in una prospettiva di lungo termine, i policy maker hanno effettuato investimenti che si ritiene possano essere fondamentali per la salute e il benessere della collettività nei periodi successivi. Ciò nonostante tale situazione necessita di approfondite riflessioni da parte dei soggetti decisorii in quanto un investimento capace di produrre effetti nel medio-lungo termine è da considerarsi razionale esclusivamente nelle ipotesi in cui si abbia una compiuta conoscenza delle aspettative dell'utenza tale da giustificare proiezioni su un'eventuale evoluzione e/o laddove si abbia la certezza circa il verificarsi di un evento futuro che per essere gestito in modo efficiente richiede investimenti preventivi. In tutti i casi in cui non ricorrano tali ipotesi è necessario un ripensamento delle strategie adottate al fine di svincolare risorse improduttive per destinarle a piani di intervento maggiormente in linea con le esigenze dell'utenza.

- *Sottovalutazione da parte dell'erogatore*, tipica nelle situazioni in cui l'erogatore decide di destinare meno risorse di quelle ritenute necessarie dall'utente per la specifica patologia considerata. Tale ipotesi è tipicamente riconducibile al caso in cui l'erogatore abbia valutato la prestazione esclusivamente in una prospettiva funzionale non considerando variabili (quali ad esempio la componente emotiva) che influenzano il processo di valutazione dell'utente (es. riabilitazione distrettuale) oppure è riconducibile al caso in cui l'erogatore nel tentativo di rispettare stringenti vincoli di bilancio abbia deciso di ridurre le risorse destinate a specifici processi sanitari nella speranza di riuscire comunque a rimanere al di sopra della soglia di accettabilità dell'utente (es. cure domiciliari complesse). Si tratta di una situazione giustificabile esclusivamente laddove la riduzione delle risorse erogate è limitata ad un breve arco temporale e limitatamente all'ipotesi in cui vi sia stata una preventiva comunicazione all'utente circa le decisioni prese e la durata della contrazione (qualitativa) nell'erogazione del servizio. In tutte le altre ipotesi tale situazione potrebbe rappresentare l'anticamera di un processo di free-riding da parte dell'utente che potrebbe provocare il progressivo indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale fino a comprometterne la sopravvivenza.

- *Relazione conflittuale*, in cui la prospettiva dell'utente e quella dell'erogatore possono essere considerate in completa contrapposizione con la conseguente impossibilità di trovare

(almeno nel breve termine) percorsi di riconciliazione. Tale ipotesi si presenta tipicamente quando:

- L'erogatore ha previsto una elevata intensità dei processi di erogazione sanitaria nonostante vi sia un basso livello di aspettative dell'utente (es. prevenzione ad alto livello di assistenza). L'errata valutazione compiuta dal soggetto erogatore o il repentino cambio nel livello di aspettative dell'utente, in questo caso, hanno generato la destinazione di considerevole risorse in attività difficilmente riconfigurabili nel breve termine e per le quali è richiesto un percorso di ristrutturazione di medio-lungo termine.
- L'erogatore ha pianificato una bassa intensità dei processi di erogazione sanitaria a fronte di un alto livello di aspettative dell'utenza (es. cura distrettuale). In questa ipotesi l'errata interpretazione dei bisogni dell'utente da parte dell'erogatore o la non funzionale comunicazione dei propri bisogni da parte dell'utente hanno provocato la mancata destinazione di risorse ad ambiti in cui sarebbero state necessarie. Considerando che gli attuali vincoli di bilancio non consentono di individuare agevolmente nuove risorse da destinare ai processi sanitari, tale ipotesi conflittuale non può essere risolta nel breve termine ma richiede un periodo di aggiustamento medio-lungo in cui far 'transitare' le risorse disponibili da aree in cui non sono necessarie ad aree in cui sono richieste.

Come si può facilmente intuire in tutte e 4 le macro-classi interpretative il ricorso alla definizione e all'implementazione di un approccio relazionale tra erogatore e utente può offrire un utile contributo al miglioramento complessivo del Servizio Sanitario Nazionale in quanto:

- In caso di *convergenza*, l'adozione di un approccio relazionale consente di mantenere un efficiente flusso informativo tra le parti tale da consentire a ciascuna di essa di comprendere in tempi utili eventuali variazioni nella prospettiva dell'altra favorendo l'attivazione di processi di adattamento progressivo ed evitando, quindi, l'emersione di condizioni di asimmetria informativa e/o di distanza cognitiva.
- In caso di *sopravvalutazione da parte dell'erogatore*, l'implementazione di un approccio relazionale potrebbe consentire all'erogatore di comprendere perché l'utente ritiene superflue le risorse destinate ad alcune attività e/o di fare comprendere all'utente l'utilità delle risorse destinate a determinate attività. In entrambi i casi la migliore comprensione reciproca consente di abbattere la distanza cognitiva e l'asimmetria informativa tra le parti consentendo di avvicinare le rispettive prospettive e di ottenere indicazioni utili al miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale.

- In caso di *sottovalutazione da parte dell'erogatore*, il ricorso ad un approccio relazionale è indispensabile per consentire all'erogatore di individuare quali variabili non precedentemente considerate influenzano il processo percettivo e valutativo dell'utente e/o di coinvolgere l'utente nella gestione delle problematiche esperite affinché egli possa essere più flessibile rispetto alla riduzione del livello di servizi ricevuto avendone compreso la motivazione e le logiche.
- In caso di *relazione conflittuale*, l'approccio relazionale si presenta come unica strada possibile per cercare di intraprendere un percorso in cui le parti possano progressivamente abolire il rispettivo isolamento spinte dalla necessità di comprendere le istanze altrui per soddisfare le proprie necessità.

Figura 3.5 – *Matrice di convergenza tra aspettative dell'utente e intensità dei processi di erogazione sanitaria*

		<i>Intensità dei processi di erogazione sanitaria</i>		
		Bassa	Media	Alta
<i>Livello di aspettative dell'utente</i>	Basso <i>Prevenzione</i>	Convergenza	Sopravvalutazione da parte dell'erogatore	Relazione conflittuale
	Medio <i>Riabilitazione</i>	Sottovalutazione da parte dell'erogatore	Convergenza	Sopravvalutazione da parte dell'erogatore
	Alto <i>Cura</i>	Relazione conflittuale	Sottovalutazione da parte dell'erogatore	Convergenza

Fonte: Elaborazione su Saviano M. (2012). *Condizioni di efficacia relazionale e di performance nelle aziende sanitarie*. Giappichelli, Torino, p. 94. Presente anche in Saviano M. (2004). Un modello di rappresentazione delle relazioni tra azienda sanitaria e utenza: la matrice dei Livelli Assistenziali. *Esperienze d'impresa*, 2(4), 93-130 e in Saviano M. (2007). Un modello di analisi delle relazioni tra azienda sanitaria e utenza: la Matrice delle Prestazioni Sanitarie. In Nigro C., Saviano M., Merola B. (a cura di). *Il marketing relazionale nelle aziende sanitarie* (pp. 51-91). ESI, Napoli.

Chiarita la rilevanza dell'approccio relazionale nella gestione dei possibili scenari che possono emergere dall'interazione tra erogatore e utente nell'articolato contesto della sanità

un nuovo possibile percorso ricco di insidie e di opportunità si apre con riferimento agli studi di management in quanto nuovi strumenti e percorsi devono essere individuati al fine di consentire uno slittamento delle aree di sopravvalutazione e sottovalutazione, nel breve termine, e di relazione conflittuale, nel medio termine, verso condizioni di convergenza.

L'obiettivo deve essere quello di coinvolgere tutti gli attori della sanità facendoli sentire parte di un comune percorso dal quale dipende anche la soddisfazione dei bisogni individuali. Solo in questo modo, infatti, potrà emergere, nella prospettiva dell'autore, un ecosistema fondato sulla co-creazione di valore in cui i confini tra necessità individuali e bisogni collettivi svaniscono per lasciare spazio, come vedremo nel seguente paragrafo, alla comune finalità del benessere psico-fisico dei cittadini¹⁹⁰.

3.3. Verso la co-creazione di valore in sanità: il contributo del Service Management

La capacità del Servizio Sanitario Nazionale di sopravvivere incrementando la propria capacità di soddisfare le istanze dei diversi attori a vario titolo interessati ai processi sanitari è strettamente legata alla capacità e alla possibilità di implementare modelli di management in grado di comprendere l'esistenza dell'asimmetria informativa e della distanza cognitiva tra i diversi attori e di farne convergere i comportamenti verso un potenziale allineamento.

In tale direzione, la sfida da affrontare per quanti sono coinvolti nella comprensione e nella gestione dei processi sanitari è individuare possibili percorsi tali da favorire la realizzazione di un background comune ai diversi interlocutori e capaci di favorire l'interazione, la reciproca comprensione e, quindi, la collaborazione diretta al perseguimento di obiettivi comuni¹⁹¹.

¹⁹⁰ In tale accezione è possibile affermare che “il processo di co-creazione del valore si compie quando c'è compatibilità strategica tra le imprese e il territorio e, nello specifico, quando in modo autonomo ogni soggetto sceglie lo stesso percorso di generazione del valore”.

Sansone M., Moretta Tartaglione A., Bruni R. (2014). Co-creazione di valore nelle relazioni impresa-territorio: determinanti innovative ed osservazione di casi. In *Atti del XXVI Convegno annuale di Sinergie “Manifattura: quale futuro?”*. Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale, 13-14 novembre.

¹⁹¹ In altre parole “the initial service idea must be made more concrete so that it can be presented as a developed concept, or even rough prototype, to customers and employees. Roles and responsibilities of customers and service providers must be clarified. Required are detailed descriptions of the service process with respect to equipment, quality, and cost factors. It is at this stage that differing opinions as to just how the idea should be translated into an actual service often emerge. A key to success at this point is the ability to describe service process characteristics and depict them so that employees, customers, and managers alike can know in concrete terms what the service involves and understand their respective roles in its delivery or co-creation”

Bitner M.J.O., Amy L., Morgan F.N. (2007). *Service Blueprinting- A Practical Technique for Service Innovation*. Center for Services Leadership, Arizona State University Working Paper, p. 5.

La finalità dei modelli di management deve, pertanto, essere quella di orientare l'emersione di un contesto organizzativo in cui si dissolvono i confini e scompaiono le distanze tra i singoli attori e in cui si passa dall'erogazione del servizio sanitario basata su una logica transazionale di interesse individuale all'integrazione dell'utente nel servizio sanitario attraverso l'adozione della prospettiva relazione e di una visione in cui il processo sanitario è frutto dall'interazione tra le parti e in cui l'utente non è semplicemente destinatario ma co-creatore del valore¹⁹².

L'esito di un tale indirizzo deve essere l'emersione di un service ecosystem¹⁹³ dinamicamente cangiante in funzione delle aspettative e delle necessità individuali basate sulla continua riconfigurazione attraverso la valorizzazione e il corretto utilizzo delle risorse individualmente possedute dagli attori coinvolti e dinamicamente emergente dall'interazione tra di essi¹⁹⁴.

Solo attraverso la creazione di un modello organizzativo basato sul pieno coinvolgimento e sulla totale soddisfazione delle parti, infatti, è possibile ipotizzare di realizzare, nella prospettiva dell'autore, i percorsi di aggiustamento evidenziati nel paragrafo precedente e a cui è legata la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale¹⁹⁵.

La logica di fondo è che “a service ecosystem is constantly evolving over time, as new services emerging, existing services perishing, and services dynamic collaborating with each other”.

Huang K., Fan Y., Tan W. (2014). Recommendation in an evolving service ecosystem based on network prediction. *Automation Science and Engineering*, 11(3), 906-920, p. 906.

¹⁹² L'idea di fondo è che “you change because you are part of a larger and interrelated system, a sort of ecosystem, in which you live and operate, which suggests that you react to your actions and expect decisions to modify previous decisions to create a different future in accordance with the logic of co-evolution”.

Barile S., Carrubbo L., Iandolo F., Caputo F. (2013). From 'EGO' to 'ECO' in B2B relationships. *Journal of Business Market Management*, 6(4), 228-253, p. 242.

¹⁹³ Ove per service ecosystem si intende un complesso di “heterogeneous entities, interacting with each other to achieve shared goals. Businesses, firms, and customers are hence all viewed as socio-economic actors who connect through value propositions within “complex service systems” and perform actions aimed at reaching desired outcomes, such as mutual value creation through co-created solutions and experiences”.

Wieland H., Polese F., Vargo S.L., Lusch, R.F. (2012). Toward a Service (Eco) Systems Perspective on Value Creation. *International Journal of Service Science, Management, Engineering and Technology*, 3(3), 12-25, p. 17.

¹⁹⁴ Il principio di fondo su cui si basa tale considerazione è che “effectual actors decide what they can do in the constrained and unpredictable world they experience and in so doing they shape their context; other actors do the same and thus they collectively create their environment or the service ecosystem”.

Lusch R.F., Nambisan S. (2015). Service innovation: A service-dominant logic perspective. *Mis Quarterly*, 39(1), 155-175, p. 161.

¹⁹⁵ Risulta, infatti, evidente che “in an interaction oriented approach, the firm's ability to interact within its individual customer and to obtain advantages from the customer emerges through successive interactions. Thus, we can deduce that actors in service ecosystems are conditioned (or positively influenced) by many systemic elements (like external, technological, economic, political and social influences).

Adottare tale prospettiva significa, tra le altre cose, guardare al servizio come essenza dei processi sanitari e, in tale prospettiva, governarne le diverse dimensioni in una nuova e più ampia prospettiva data dalla combinazione delle istanze individuali armonicamente composte. Più specificatamente, è possibile comprendere che¹⁹⁶:

- Le componenti del *servizio sanitario* possono essere: (1) divisibili, laddove vi è la possibilità di scindere il processo di erogazione da quello di utilizzo come, ad esempio, avviene per la programmazione di un processo di riabilitazione, oppure (2) indivisibili, ove è impossibile dividere l'erogazione dall'utilizzo della prestazione come nel caso di una visita specialistica.
- Il *beneficio* associato al servizio sanitario dall'utente può essere: (1) centrale, se intimamente legato alla soddisfazione dei bisogni del paziente come avviene nel caso della diagnosi per una patologia oppure (2) accessorio, se arricchisce il valore che l'utente percepisce del servizio pur non essendone il fulcro come ad esempio può essere considerata la possibilità di una più 'intima' interazione tra medico e paziente.

Combinando queste due dimensioni è possibile individuare 4 possibili percorsi strategici da perseguire per incrementare la possibilità del Servizio Sanitario Nazionale di includere i diversi attori, e in primo luogo i pazienti, nella progettazione, gestione ed erogazione del servizio sanitario:

- *Migliorare la qualità dei flussi di comunicazione.* In caso di componenti divisibili del servizio sanitario a cui è associato un beneficio ritenuto centrale per il paziente occorre migliorare i flussi di comunicazione affinché il paziente possa essere consapevole del valore di ciò che sta ricevendo e, al tempo stesso, possa comprendere il valore della singola componente del servizio ai fini della soddisfazione del suo bisogno. Si pensi in proposito alla raccolta di informazioni sensibili da parte del medico o degli operatori sanitari ai fini dello sviluppo di una cura. Il paziente attribuisce un'importanza centrale alla capacità del medico di conoscere la sua storia clinica ma fornirà informazioni reali e puntuali solo se gli viene opportunamente spiegato il contributo di quell'attività alla risoluzione dei suoi problemi.

Polese F., Russo G., Carrubbo L. (2009). Service Logic, value co-creation and networks: three dimensions fostering inter-organisational relationships: competitiveness in the boating industry. In *Proceedings of the 12th QMOD and Toulon-Verona Conference, Verona, August 27-29, Verona*, pp. 1-21, p. 3..

¹⁹⁶ Nella stessa direzione, ma con riferimento alla capacità della service innovation di creare nuovi mercati, Berry et al. affermano che "Service innovations that create new markets differ from each other along two primary dimensions: the type of benefit offered and the degree of service separability"

Berry L., Shankar V., Turner J., Cadwallader S., Dotzel T. (2006). Creating New Markets Through Service Innovation. *Mit Sloan. Management Review*, 47(3), 56-63, p. 57.

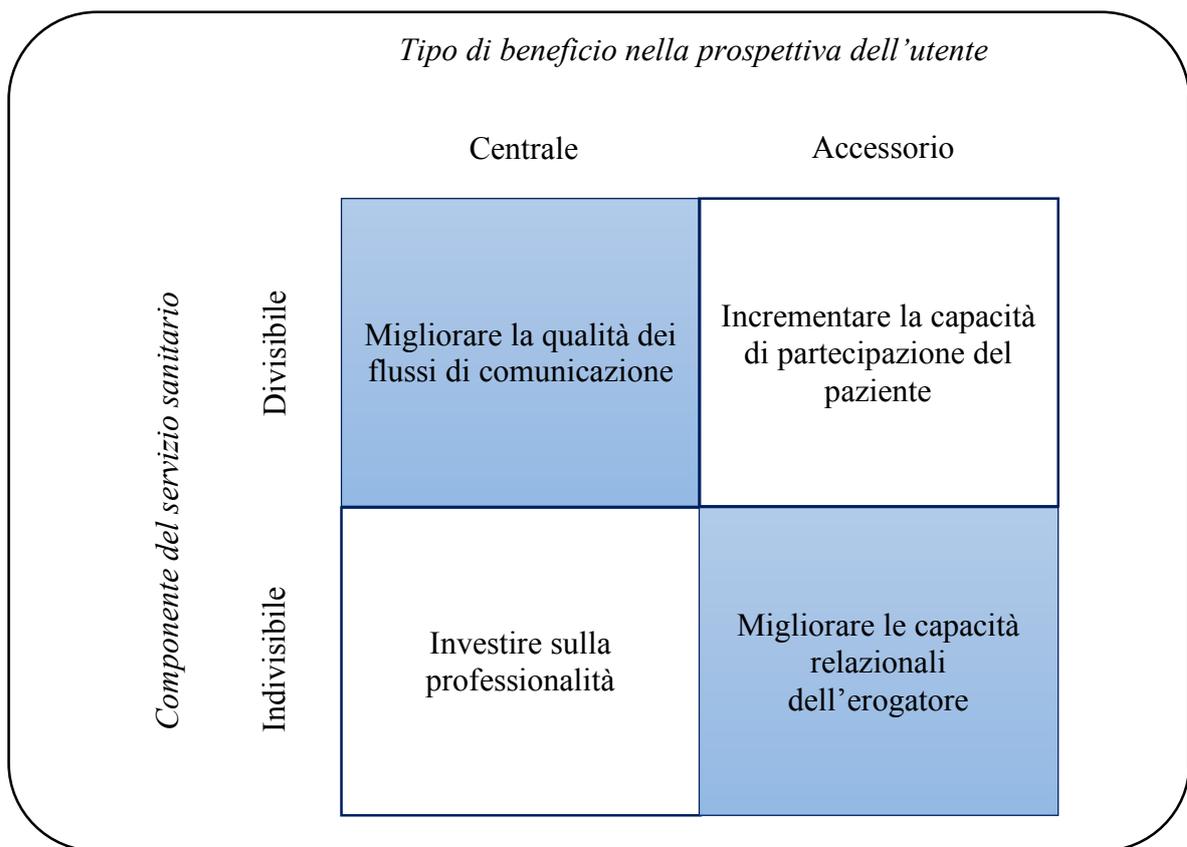
- *Investire sulla professionalità dell'erogatore.* In caso di componenti del servizio sanitario indivisibili a cui il paziente associa un beneficio centrale occorre massimizzare la professionalità e le competenze del medico e degli operatori sanitari affinché l'utente possa percepire un'elevata qualità nel servizio che sta ricevendo. Occorre, pertanto, agire non solo sulle singole risorse ma sul modo in cui esse interagiscono tra di loro affinché competenze diverse possano sinergicamente combinarsi assicurando una risposta rapida, precisa ed efficiente alle richieste del paziente. Si pensi, in proposito, all'erogazione di una prestazione sanitaria in regime di day hospital. In tale circostanza la soddisfazione dell'utente e la qualità attribuita dallo stesso al servizio ricevuto non è imputabile ad una sola fase ma al modo in cui le singole fasi e i singoli attori hanno interagito tra di loro e con il paziente nel generare un qualcosa che per l'utente ha valore nel suo complesso.

- *Incrementare la capacità di partecipazione del paziente.* Se si è in presenza di una componente del servizio sanitario divisibile e se alla stessa è associato un beneficio accessorio dal paziente occorre aumentare la dotazione di informazioni, conoscenze e competenze del paziente affinché quest'ultimo possa progressivamente essere reso capace di gestire in autonomia quella fase del processo sentendosi maggiormente partecipe e, al tempo stesso, riducendo il carico di lavoro e l'impiego di risorse del Servizio Sanitario Nazionale. Si pensi in proposito ai processi di riabilitazione effettuati presso il domicilio del paziente e al guadagno, in termini di costo e di efficienza, che il Servizio Sanitario potrebbe ottenere se, dopo una prima fase di affiancamento, il paziente fosse in grado di svolgere gli esercizi di riabilitazione in autonomia avendo necessità solo di un'attività di controllo sporadica.

- *Migliorare le capacità relazionali dell'erogatore.* In presenza di una componente del servizio indivisibile a cui il paziente associa un beneficio accessorio occorre migliorare la qualità della relazione tra erogatore e utente affinché si possa creare un rapporto collaborativo in funzione del quale il paziente potrebbe essere maggiormente propenso a ridurre la quantità di interazioni a fronte di una maggiore qualità. Si pensi in proposito alle code cui spesso siamo abituati a partecipare per usufruire di una visita del Medico di Medicina Generale e a quanto incidono sul quel disservizio gli utenti che si recano quotidianamente in visita pur senza averne un effettivo bisogno. In questi casi agire sulle capacità relazionali dell'erogatore significherebbe fare in modo che tali pazienti siano disposti a ridurre il numero di visite perché il professionista divenuto 'amico' gli ha spiegato che in questo modo è più facile assicurare un'elevata qualità della prestazione per tutti.

Tali percorsi ovviamente non sono da considerarsi escludibili in quanto solo dalla loro sinergica attuazione può derivare, nella prospettiva dell'Autore, un Ecosistema del Servizio Sanitario inteso come “spontaneously sensing and responding spatial and temporal structure of largely loosely coupled value proposing social and economic actors interacting through institutions and technology, to: (1) coproduce service offerings, (2) exchange service offerings and (3) cocreate value. A supply chain is nested in the service ecosystem”¹⁹⁷.

Figura 3.6 – Possibili percorsi per favorire l'inclusione e la co-creazione di valore in sanità



Fonte: Elaborazione personale.

Un tale percorso è chiaramente non semplice e sicuramente non può essere realizzato guardando al Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso ma necessita di un progressivo processo di aggiustamento che, partendo da singole componenti e processi, possa pervadere, nel medio termine, l'intero sistema della sanità. Una possibile strada da percorrere, in attuazione del quadro delineato, può basarsi sull'individuazione di ambiti di sperimentazione, possibilmente collocati a margine delle attività considerate centrali nei

¹⁹⁷ Lusch R.F. (2011). Reframing supply chain management: a service-dominant logic perspective. *Journal of Supply Chain Management*, 47(1), 14-18, p. 15.

processi sanitari, al fine di verificare se e in che modo l'approccio relazionale e la logica di co-creazione del valore possono effettivamente essere implementate, quali sono i costi potenziali di una loro realizzazione e quali i potenziali benefici che gli attori coinvolti ne potrebbero derivare senza tuttavia sconvolgere gli equilibri di un sistema che, seppur con molteplici inefficienze, continua a produrre risultati positivi.

Riflettendo sui quattro percorsi individuati al fine di favorire l'emersione di un Service Ecosystem della sanità si ritiene, nella prospettiva dell'Autore, che una possibile e, al tempo stesso, rilevante area di sperimentazione possa essere individuata nell'Assistenza Domiciliare Integrata come percorso che, pur essendo stato creato per ridurre i costi della sanità, potrebbe rivelarsi, nella prospettiva della presente stesura, particolarmente stimolante in quanto fondato su una intensa relazione tra erogatore del servizio sanitario e paziente in una prospettiva che vede quest'ultimo (e i suoi familiari) parte essenziale di un percorso che, senza la loro collaborazione, resterebbe una pura utopia.

Capitolo IV

Un ambito di recupero della relazionalità e di implementazione della co-creazione di valore in sanità: l'Assistenza Domiciliare Integrata

4.1 Il Servizio Sanitario Nazionale tra prevenzione, riabilitazione e cura

Il Servizio Sanitario Nazionale è un fenomeno degno di attenzione tanto per la rilevanza detenuta ai fini dello sviluppo sostenibile del sistema Paese quanto per i molteplici eventi che ne hanno caratterizzato l'evoluzione e l'adeguamento alle mutate e mutevoli connotazioni politico-sociali.

Osservandone la mutevole configurazione nel corso degli anni è possibile notare come dalla Legge Crispi del 1890 fino alle Legge 328 del 2000 molteplici sono stati gli interventi normativi che hanno avuto come obiettivo prioritario la definizione di una struttura organizzativa capace di garantire l'accuratezza degli interventi sanitari 'utilizzando' le risorse umane coinvolte (medici, farmacisti, informatori, ricercatori, pazienti, ...) come pezzi di un puzzle da combinare opportunamente affinché il disegno complessivo risultasse sufficientemente definito¹⁹⁸.

In tale scenario la componente relazionale è stata considerata un'anomalia della progettazione, un elemento che nessuno aveva introdotto¹⁹⁹. Ciò nonostante, osservando le dinamiche su cui si fonda il Servizio Sanitario Nazionale è possibile notare come, nonostante l'assenza di un governo centralizzato, l'esistenza di un approccio relazionale,

¹⁹⁸ Tale visione è riconducibile all'approccio meccanicistico dell'organizzazione tipico del pensiero Taylorista che "impovertiva sia l'operaio, visto come forza bruta e pigra, sia il management, avente funzioni di controllo e sanzione di ispirazione militare".

Capozzi R (2006). Analisi cognitivo-relazionale delle risorse umane. *Intercoscenza, Rivista di psicologia, psicoterapia e scienze cognitive*, 4(2-3), 4-199, p. 16.

¹⁹⁹ Sul tema rileva osservare che "dall'interconnettersi dei processi organizzativi può prendere corpo un'insieme di movimenti casuali ed imprevisi ("informali") che si innestano nella struttura prevista ("formale") dell'organizzazione. Occorre essere, in particolare, grati a Barnard e agli studiosi delle relazioni umane (Roethlisberger, Dickson, Mayo, fino ad Argyris) per avere descritto l'esistenza di un tessuto "informale" (non voluto) che nasce dall'interazione — specie tra persone — e rende ambiguo il tessuto "formale" (voluto) dell'organizzazione. Di fatto, essi ci hanno insegnato che la nozione di complessità si deve estendere dalla "natura" del sistema alla "gestione" del sistema, per l'intrecciarsi di struttura e processi, di aspetti formali e aspetti informali, di tendenze alla conservazio- ne e tendenze al cambiamento".

Cafferata R. (2005). *Organizzazione e direzione aziendale*. Aracne, Roma, p. 8.

seppur non formalizzato, assicura l'esistenza di un flusso di comunicazione trasparente e bidirezionale tra medico e paziente tale da garantire ad entrambi di assolvere compiutamente al rispettivo ruolo in condizioni di soddisfazione e di appagamento²⁰⁰.

Con l'avvio del processo noto come "aziendalizzazione del sistema sanitario" introdotto con il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 al fine di ridurre i costi del Servizio Sanitario Nazionale in quanto ritenuti 'sproporzionati' rispetto al tasso di crescita e di sviluppo del nostro sistema paese questo equilibrio sembra aver perso la propria stabilità in quanto la crescente rilevanza attribuita ai parametri contabili e alle condizioni di equilibrio economico ha spostato l'attenzione dei 'professionisti' della sanità su variabili che poco interessano alla generalità dell'utenza sottraendo tempo e risorse a quelle dimensioni cognitivo-affettive cui invece il paziente era profondamente legato²⁰¹.

Alla luce di tali considerazioni è possibile rileggere, e probabilmente meglio comprendere, i tre pilastri che tradizionalmente costituiscono il Servizio Sanitario Nazionale:

- La *Prevenzione*, diretta a "individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale"²⁰².
- La *Riabilitazione*, intesa come complesso di attività dirette a supportare il paziente nella comprensione, gestione e risoluzione di problematiche connesse al suo stato di salute.

²⁰⁰ In proposito risulta interessante la posizione di Donati secondo cui "fenomeni come il ritorno dallo stato al mercato, la psicologizzazione dei rapporti sociali, la medicalizzazione della vita, e altri ancora, che rappresentano soluzioni del tutto insoddisfacenti, frustranti e inefficaci (fondamentalmente perché 'non relazionali') [mostrano che...] la società relazionale è un bisogno, un'aspirazione, un'esigenza, se si vuole un'aspettativa, prima ancora che un'idea chiara o una struttura o un processo, insomma un'organizzazione reale in atto".

Donati P. (1994). *La famiglia nella società relazionale. Nuove reti e nuove regole*. Franco Angeli, Milano, p. 16.

²⁰¹ Per una trattazione compiuta degli effetti prodotti dal processo di aziendalizzazione della sanità in termini di soddisfazione dell'utenza si rimanda al Capitolo II della presente stesura.

Ciò che è ritenuto opportuno richiamare qui è che "le aziende sanitarie, hanno oggi implementato e stanno ancora perfezionando gli strumenti tipicamente aziendali di gestione delle risorse umane, in senso manageriale, che valorizzano gli aspetti della pianificazione e controllo della produttività, dell'appropriatezza e qualità degli interventi, della valutazione delle prestazioni, della valutazione delle professionalità e ancora dell'analisi dei fabbisogni formativi e del controllo dei costi di budget ecc." comportandosi sempre più marcatamente come attori interessati a vendere qualcosa ad un mercato piuttosto che come operatori impegnati nella tutela e nella salvaguardia della salute.

Marra F. (2010). *Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Aspetti contrattuali e management*. Franco Angeli, Milano, p. 12.

²⁰² Art. 7 bis, comma 2 del Decreto Legislativo n° 229 del 19 giugno 1999, *Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*,

- La *Cura*, quale processo che, attraverso la combinazione di competenze, capacità e infrastrutture, consente di individuare la soluzione ad uno specifico problema di salute del paziente e di ripristinarne, ove possibile, le normali funzioni.

Figura 4.1 – *I pilastri del Servizio Sanitario Nazionale*



Fonte: Elaborazione personale.

Specificatamente, tali pilastri sono stati progressivamente considerati autonomamente con l'affermarsi di una logica di stampo economico il cui obiettivo prioritario era di assicurare condizioni di equilibrio e quindi abolire qualsiasi tipo di struttura che non consentisse una chiara imputazione dei costi sostenuti e conseguentemente la definizione di modelli di gestione centralizzati basati sulla definizione di linee guida atte ad eliminare o ridurre tutte le voci di spesa considerate 'superflue'.

A seguito dell'attuazione di tale approccio, il Servizio Sanitario Nazionale ha progressivamente perso la propria capacità di comprendere e soddisfare le istanze provenienti dai cittadini. Sempre più spesso le prestazioni sanitarie sono state considerate semplici transazioni in cui massimizzare l'efficienza con l'occhio fisso sulla dimensione economica.

I pilastri della prevenzione e della riabilitazione sono stati considerati quasi superflui, le risorse ad essi destinate sono state drasticamente ridotte e la loro gestione è stata, talvolta, affidata a soggetti terzi al pari di qualsiasi attività di scarso rilievo strategico.

Nel 'nuovo' regime, il paziente è stato spostato sempre più in secondo piano e tutti i bisogni, che non fossero direttamente riconducibili ad una patologia, sono stati ignorati. La componente relazionale tra erogatore e utente del servizio sanitario si è progressivamente ridotta in quanto gli operatori sanitari sono stati messi in condizione tale da non avere più né il tempo né l'energia psico-fisica per l'interazione con i pazienti oltre le soglie del minimo necessario all'erogazione della prestazione²⁰³.

Nonostante tutto ciò, sembra che i policy maker abbiano in parte compreso che la strada intrapresa non è quella più giusta e che un profondo ripensamento è necessario affinché il Servizio Sanitario Nazionale possa continuare ad operare non solo in condizioni di efficienza ma anche di efficacia e di sostenibilità²⁰⁴. Un esempio di tale cambio di direzione può essere, ad esempio, rintracciato nel ripensamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

4.1.1 Verso una nuova visione dei Livelli Essenziali di Assistenza e dell'Assistenza Domiciliare Integrata

La consapevolezza circa l'inappropriatezza del percorso intrapreso nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale risulta oggi evidente soprattutto alla luce delle crescenti manifestazioni di insoddisfazione provenienti tanto dai pazienti tanto dagli operatori della sanità²⁰⁵.

²⁰³ Gli effetti negativi di tale 'evoluzione' sono chiari anche nella prospettiva degli stessi operatori sanitari i quali evidenziano che "l'esperienza emotiva è inscindibile dalla relazione con gli altri. Appurato ciò è abbastanza logico comprendere che un Infermiere debba sapere cosa sia un'emozione poiché la nostra Professione, oltre che di carattere tecnico ed educativo, è anche relazionale e la relazione sulla base delle emozioni può creare dei presupposti organizzativi e operativi migliori.

È un dovere dell'operatore sanitario:

- conoscere le nostre emozioni e quelle di chi abbiamo di fronte;
- individuare le dinamiche che possono essere alla base di tutte le esperienze emotive e dei comportamenti;
- comprendere il contesto in cui esse si sviluppano".

Di Sauro R., Alvaro R. (2008). *Processi relazionali e istituzioni sanitarie*. Aracne, Roma, pp. 11-12

²⁰⁴ Un indizio in tal senso è riscontrabile anche nella modifica della nomenclatura utilizzata in sanità. Come sottolineano De Mei et al., infatti, "oggi lo stesso termine 'paziente' è quasi scomparso dal testo del nuovo Codice deontologico dei medici [...], colui che 'sofferta pazientemente', diventa colui che 'soffre'. Nel testo viene fatto esplicito riferimento al termine 'malato', 'persona', 'cittadino'. Ciò sposta l'attenzione dall' 'organo malato' alla 'persona malata', rendendo, pertanto, necessario che il rapporto tra operatore sanitario e utente assuma le caratteristiche di una relazione individualizzata, personalizzata, globale".

De Mei B., Luzi A.M., Gallo P. (1998). Proposta di un percorso formativo sul counselling integrato. *Annali-Istituto Superiore di Sanità*, 34(4), 529-539, p. 529.

²⁰⁵ In altre parole, "nel nostro paese e nel contesto internazionale si assiste oggi ad un rinnovato interesse per il tema della sicurezza e della qualità delle prestazioni sanitarie. Si tratta di un fenomeno che merita di essere attentamente valutato attraverso un'analisi che affronti la questione a partire dal modo con cui si sono evolute le priorità strategiche dei sistemi sanitari in questo ultimo decennio. Le prospettive di

La necessità di ripensare le logiche fondanti dei processi di erogazione sanitaria è oggi un'evidenza e alcune iniziative sono state intraprese nel tentativo di porre rimedio ai danni provocanti da una eccessiva quanto paradossale attenzione alle componenti economiche che, per assicurare la sopravvivenza funzionale del Servizio Sanitario Nazionale, sembra ne stia danneggiando le fondamenta compromettendone la ragion d'essere.

In tale prospettiva, i Livelli Essenziali di Assistenza, intesi quali “prestazioni e servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket)”²⁰⁶, rappresentano un'interessante campo di riflessione. Essi, infatti, impongono la tutela della salute come finalità prioritaria travalicando la prospettiva economica ed evidenziando un'acquisizione di responsabilità da parte del soggetto pubblico nei confronti della collettività²⁰⁷.

Con la riforma costituzionale del 2001 tale volontà è stata meglio formalizzata laddove nell'art. 117 della Costituzione è stato precisato che “lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: [...] determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Tale precisazione acquisisce particolare rilevanza nella prospettiva adottata ai fini della presente stesura in quanto se da un lato potrebbe essere interpretata come limitazione al principio di collaborazione tra livelli dell'ordinamento pubblico, dall'altro lato essa rappresenta un'assunzione di responsabilità da parte dei livelli di governo centrali i quali si impegnano direttamente nella gestione della materia.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, i LEA sono divenuti a tutti gli effetti vincolo e pilastro per il funzionamento del SSN in quanto è stato sancito che “le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle riconducibili ai seguenti Livelli Essenziali di Assistenza”: (1)

aumento della produttività e di recupero dell'efficienza, che avevano guidato l'attenzione dei decisori istituzionali e delle aziende dalla fine degli anni Ottanta (in Italia, in particolare, con il processo di aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, SSN), stanno lasciando il posto ai temi legati alla “qualità”, alla ricerca di un equilibrio possibile tra la domanda di cittadini-consumatori sempre più esigenti e dinamiche economico-finanziarie non più affrontabili con misure miopi di mero contenimento o di razionalizzazione della spesa pubblica”.

Cosmi L., Del Vecchio M. (2004). Lo sviluppo della funzione risk management nelle aziende sanitarie: una prospettiva economico aziendale. *Difesa sociale*, 1, 7-18, p. 7.

²⁰⁶ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea

²⁰⁷ In tale accezione trova pienamente conferma la visione sociale delle organizzazioni secondo cui “la loro funzione [...] non può limitarsi a produrre beni e servizi utili per una certa collettività di consumatori, ma deve necessariamente estendersi al miglioramento della qualità della vita nel contesto in cui operano”.

Sciarelli S. (2011). *La gestione dell'impresa*. Cedam, Padova, p. 21.

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; (2) Assistenza distrettuale; (3) Assistenza ospedaliera²⁰⁸. Con tale disposizione vengono, nei fatti, incluse tra le responsabilità del soggetto pubblico alcune erogazioni sanitarie (secondo alcuni troppe)²⁰⁹ ritenute necessarie ai fini di assicurare la tutela e la conservazione della salute collettiva.

Tabella 4.1 – *La classificazione dei LEA secondo il DPCM del 29 novembre 2001*

<p>1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</p> <p><i>A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie</i></p> <p><i>B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali</i></p> <p><i>C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro</i></p> <p><i>D. Sanità pubblica veterinaria</i></p> <p><i>E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale</i></p> <p><i>F. Attività di prevenzione rivolte alla persona</i></p> <ul style="list-style-type: none">- vaccinazioni obbligatorie e raccomandate- programmi di diagnosi precoce <p><i>G. Servizio medico-legale</i></p>
<p>2. Assistenza distrettuale</p> <p><i>A. Assistenza sanitaria di base</i></p> <ul style="list-style-type: none">- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare- continuità assistenziale notturna e festiva- guardia medica turistica (su determinazione della Regione) <p><i>B. Attività di emergenza sanitaria territoriale</i></p> <p><i>C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali</i></p> <ul style="list-style-type: none">- fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del decreto legge 18 settembre 2001, n.347

²⁰⁸ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002.

²⁰⁹ In tale direzione e al fine di anticipare una potenziale riduzione nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Ferruccio Fazio, Ministro della Salute del Governo Berlusconi IV dal 2009 al 2011, nella Seduta n. 147 del 9 febbraio 2010 della 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) evidenziava che "aspetto di centrale importanza è legato alla definizione dei costi standard, definizione che presuppone che nelle Regioni siano sviluppati sistemi di controllo e di contabilità analitica, superando carenze di dati sui flussi di produzione e dei sistemi regionali. La fase attuativa della legge sul federalismo fiscale, n. 42 del 2009, vedrà il Governo e le Regioni impegnati in tavoli tecnici per l'esatta definizione dei costi standard, in modo da considerare i fabbisogni finanziari delle varie Regioni. In particolare, si tratta di incoraggiare buone pratiche per l'uso efficiente dei fattori di produzione dei servizi sanitari e per l'appropriatezza dei percorsi di cura".

12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 147 del 9 febbraio 2010 (pom.). *Audizione, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, del Ministro della salute, in relazione all'affare assegnato relativo al contributo propositivo per lo sviluppo e l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e Regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei Diagnosis-related group (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS)*, <http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=16&id=454463>.

- fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate

D. Assistenza integrativa

- fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
- fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

- prestazioni terapeutiche e riabilitative
- diagnostica strumentale e di laboratorio

F. Assistenza protesica

- fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

- assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

I. Assistenza termale

- cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

3. Assistenza ospedaliera

A. pronto soccorso

B. degenza ordinaria

C. day hospital

D. day surgery

E. interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni)

F. riabilitazione

G. lungodegenza

H. raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali

I. attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti

Fonte: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002.

L'assunzione di responsabilità da parte del soggetto pubblico con particolare riferimento al tema della salute collettiva ha avuto indubbiamente effetti positivi tanto sull'incremento della soddisfazione dei pazienti che, richiamando la figura 3.6, si sono visti riconoscere, talvolta, benefici accessori non precedentemente considerati tanto sul miglioramento della salute collettiva.

A seguito di tale assunzione di responsabilità molteplici sono state le nuove erogazioni sanitarie che hanno gravato sul Bilancio dello Stato rendendo necessario, al primo segno di recessione, una contrazione delle spese. Il legislatore si è visto, quindi, costretto ad intervenire con il Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012 al fine di procedere ad “una organica revisione della definizione dei Livelli essenziali di assistenza e delle correlate prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”²¹⁰ che consentisse una più ‘efficiente’ gestione finanziaria delle erogazioni sanitarie.

Tale intervento si è tradotto in una progressiva (e probabilmente poco strategica) riduzione di risorse destinate all'attuazione dei LEA con conseguente emersione di condizioni di malessere da parte dei pazienti che, in condizioni di asimmetria informativa, si sono visti negare servizi che in precedenza gli erano stati riconosciuti, e degli operatori sanitari che sono stati progressivamente ostacolati nell'esercizio efficiente della loro professione dalla limitatezza delle risorse disponibili²¹¹.

Pur riconoscendo la necessità di procedere ad una razionalizzazione delle voci di costo in sanità a fronte della riduzione delle risorse disponibili registratasi negli ultimi anni, ciò che probabilmente occorre evidenziare è che il taglio di spesa ha seguito, in alcuni casi, logiche indiscriminate che hanno accentuato il malessere normalmente associato alla riduzione dei servizi erogati. È evidente, in altri termini, che ad una minore, o quantomeno più parsimoniosa, erogazione di servizi sanitari corrisponda una riduzione del grado di soddisfazione ma, probabilmente, tale effetto sarebbe potuto essere più ridotto se

²¹⁰ Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012. *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*. Pubblicato sul n. 23 della Gazzetta Ufficiale Serie Generale del 28 gennaio 2013 - Supplemento Ordinario n. 8.

²¹¹ In proposito è interessante la posizione di Costa che, analizzando gli interventi pubblici in materia di riduzione delle spese, evidenzia che “l'attuale governo del sistema del welfare pare [...] contraddistinto da una stanca interazione dei modelli di sempre; tenere molto basse le soglie di accesso ai servizi e molto alta la selettività; ridurre così gli interventi e, quindi, contenere le spese. Tutto questo lasciando ai soggetti privati, quali la famiglia e il volontariato, il compito di farsi carico della riduzione dell'intervento pubblico.”
Costa G. (2012). *Diritti in costruzione. Presupposti per una definizione efficace dei livelli essenziali di assistenza sociale*. Bruno Mondadori, Milano, p. 4.

accompagnato da strategie dirette a migliorare la componente relazionale del rapporto utente-sanità nel rispetto delle logiche enucleate nel precedente Capitolo della presente stesura.

Sarebbe stato necessario, in altri termini, cercare di ridurre la 'quantità' di servizio erogato agendo sulla componente relazionale affinché il paziente potesse percepire gli elementi positivi della nuova offerta e non solo la riduzione della stessa rispetto alla precedente condizioni. Si tratta, indubbiamente, di un processo non semplice ma osservando la classificazione dei LEA un possibile percorso è già disponibile e attende solamente di essere opportunamente valorizzato. Il riferimento è alle voci dell'Assistenza distrettuale e alla possibilità di far transitare alcuni processi di erogazione dall'Assistenza ospedaliera, cui sono tipicamente associati elevati costi di gestione²¹², ad approcci di erogazione più efficienti dal punto di vista economico e, probabilmente, più efficaci dal punto di vista relazionale in quanto, come evidenziato nella figura 3.5, consentono di porre rimedio ad eventuali asimmetrie tra la prospettiva dell'utente e quella dell'erogatore²¹³.

In realtà alcuni passi in questa direzione sono già stati compiuti anche se ispirati prevalentemente dalla logica di riduzione della spesa. Si tratta dei programmi di Assistenza Domiciliare Integrata che alcune aree territoriali hanno implementato o stanno implementando. Pur essendo fondamentalmente diretti a ridurre gli elevati costi di degenza in caso di patologie potenzialmente 'gestibili' anche in regime di deospedalizzazione, tali percorsi, infatti, possono rappresentare una possibile strada per recuperare le condizioni di

²¹² Coerentemente con tale impostazione il Ministero della Sanità evidenzia, in proposito, che "se si considera l'attuale sviluppo tecnologico ospedaliero con il conseguente incremento vertiginoso dei costi, in particolare della diagnostica per immagine, e l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, emerge la necessità di concentrare l'offerta ospedaliera in strutture dislocate strategicamente sul territorio. Questi ospedali devono rappresentare lo snodo regionale ed interregionale di un sistema integrato di rete che consenta il collegamento con presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini". Ministero della Salute (2006). *Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf, p. 33.

²¹³ Con riferimento all'erogazione dei servizi sanitari si apre la possibilità, in tale direzione, di identificare "un ruolo assai specifico e soprattutto innovativo svolto da questo concetto, il quale non starebbe ad individuare semplicemente una soglia standard, tecnicamente raggiungibile e soprattutto garantibile grazie ad una determinata dotazione di risorse finanziarie e di struttura organizzativa, bensì esprimerebbe uno strumento per conseguire obiettivi di uguaglianza sostanziale, e dunque per rimuovere situazioni di impedimento all'esercizio dei diritti in generale".

Balboni, E. (2001). Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali. *Istituzioni del federalismo: rivista di studi giuridici e politici*, 6, 1103-1111, p. 1103.

allineamento informativo e per ridurre la distanza cognitiva in sanità agendo sulla dimensione relazionale del rapporto tra erogatore e utente.

4.2 Rischi e opportunità dell'Assistenza Domiciliare Integrata nella prospettiva relazionale

Obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è “la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo [...] nel rispetto della libertà della persona [attraverso ...] il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali”²¹⁴. A tal fine esso “garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio denominati “cure domiciliari” consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune di residenza della persona”²¹⁵.

Il processo di pianificazione ed erogazione dell'assistenza domiciliare può variare notevolmente a seconda del soggetto incaricato della gestione nonché dell'aria territoriale di riferimento. In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento si distinguono le seguenti tipologie di assistenza:

- Assistenza domiciliare programmata (ADP),
- Assistenza domiciliare integrata (ADI),
- Ospedalizzazione domiciliare.

Tabella 4.1 – *La classificazione dei LEA secondo il DPCM del 29 novembre 2001*

“L'assistenza domiciliare programmata di cui all'art. 39, comma 1, lettera b), è svolta assicurando, al domicilio personale del non ambulabile, la presenza effettiva periodica settimanale o quindicinale o mensile del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
- controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;

²¹⁴ Art. 1 del Decreto Legislativo 19 giugno 1997, n. 218. *Disposizioni in materia di accertamento con adesione e di conciliazione giudiziale*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.165 del 17 luglio 1997 n. 165.

²¹⁵ Art. 1 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992 - Suppl. Ordinario n. 137.

<ul style="list-style-type: none">▪ indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;▪ indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;▪ indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;▪ collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;▪ predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;▪ attivazione degli interventi riabilitativi;▪ tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno" (Fonte: Art 1- allegato G, Decreto del Presidente della Repubblica, 28 luglio 2000).
<p>"L'assistenza domiciliare integrata di cui all'art. 39, comma 1, lettera a), è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ di medicina generale;▪ di medicina specialistica;▪ infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;▪ di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;▪ di assistenza sociale. <p>Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero". (Fonte: Art. 1 – Allegato H, Decreto del Presidente della Repubblica, 28 luglio 2000).</p>
<p>"Un programma di cure domiciliari a sofferenti affetti da patologia altamente invalidante può essere messo in opera in modo occasionale (per periodi più o meno brevi) o in modo continuativo, e può essere rivolto solo agli aspetti di tipo sociale o presentare contenuti solo medici. L'assistenza sanitaria potrà risultare generica o specialistica, e potrà essere rivolta ad alcuni aspetti della malattia o a tutti i suoi aspetti, distinguendosi così in assistenza settoriale o globale. Quando questa assistenza viene effettuata con intendimenti globali e con modalità e tecnologie proprie di un ospedale si può definire programma di ospedalizzazione domiciliare" (Fonte: Comitato Ospedalizzazione Domiciliare (2002), <i>Documento conclusivo del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare: "Caratterizzazione dei Servizi di Cure Domiciliari"</i>, Roma, 30 settembre, p. 4).</p>

Fonte: Elaborazione personale.

Nell'ampio scenario costituente l'ambito dell'Assistenza Domiciliare, ai fini delle riflessioni presentate, particolarmente rilevante è il caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) quale complesso di attività che, facendo leva sull'integrazione e l'interazione delle prestazioni erogate dai diversi 'professionisti' costituenti la filiera della salute, consente di offrire al paziente un servizio dall'elevato livello professionale, di ridurre i costi complessivi della prestazione per il SSN e di massimizzare il valore cognitivo della stessa per il paziente che può beneficiarne comodamente da casa svincolandosi dal disagio

(mancanza di privacy, timidezza, impossibilità di vivere tranquillamente le proprie abitudini, ...) talvolta connesso al ricovero presso strutture di degenza.

Più specificatamente, l'ADI mira ad ottenere un "miglioramento delle condizioni di economicità dell'erogazione delle prestazioni per il SSN, attraverso un incremento dei livelli di efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse disponibili nel sistema delle cure primarie, a cui si accompagna una decompressione della domanda di assistenza ospedaliera che viene ad essere riservata alle patologie acute o ad elevata complessità diagnostica"²¹⁶.

La rilevanza di una tale possibilità è notevole se si considera che, secondo il Rapporto 2014 "Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali" elaborato da Censis e Unipol, in "Italia gli anziani che usufruiscono di assistenza domiciliare integrata sono passati da poco più di 200mila nei primi anni 2000 a oltre 532mila nel 2012, cioè dal 2,1% della popolazione anziana (persone con 65 anni e oltre) al 4,3%. La spesa complessiva per gli anziani serviti dalla long term care è pari attualmente all'1,7% del Pil, ma nel 2050 l'incidenza potrebbe arrivare al 4%, alla luce delle proiezioni demografiche"²¹⁷.

Lo scenario di riferimento si completa, infine, se si considera che alcune indagini condotte negli ultimi anni hanno evidenziato che l'erogazione delle prestazioni in ADI consente al SSN una riduzione dei costi tra il 20 e il 60% rispetto al regime di ospedalizzazione²¹⁸ e che il livello di soddisfazione generalmente manifestato dagli utenti che hanno usufruito di tale tipologia di servizio risulta equiparabili e talvolta superiore a quello registrato nei casi di erogazione dei servizi di cura e di assistenza in regime di degenza.

Il fenomeno dell'ADI si presenta, quindi, come complesso di attività particolarmente interessanti sotto il profilo manageriale in quanto potenzialmente in grado di coniugare l'esigenza di riduzione dei costi, cui è costretto a far fronte il SSN, e la richiesta dell'utenza

²¹⁶ Merola B. (2011). *Le cure domiciliari in Italia: un confronto tra diversi modelli organizzativi*. Università degli studi, Dipartimento di scienze economico-aziendali, giuridiche, merceologiche e geografiche, Foggia, p. 27.

²¹⁷ Censis, Unipol (2014). *Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali*. Fondazione Censis, Roma, p. 27.

²¹⁸ In proposito Santo Ambrogio et al., a seguito di uno studio puntuale sulle dimensioni di costo costituenti i profili di erogazione del Servizio Sanitario Nazionale, giungono ad affermare che "L'assistenza domiciliare si presenta come una valida alternativa assistenziale per i pazienti terminali, rispetto alla degenza ospedaliera. Il costo medio giornaliero dell'Adi per i pazienti neoplastici, includendo il tempo di assistenza dedicato dai familiari, è stato stimato pari a 138,94 euro a fronte di 188,09 euro della tariffa media ospedaliera (- 35,4%). Santo Ambrogio L.G., Mapelli V., Sobbrío G. (2009). *Analisi dei costi dell'assistenza domiciliare integrata: l'esperienza della Regione Calabria*. *Mecosan*, 72, 59-74, p. 70.

di un servizio di assistenza sanitaria professionale capace di valorizzare la componente relazionale e la dimensione cognitiva dell'interazione con i professionisti della salute.

In tale accezione, indagando l'articolato novero che costituisce l'offerta sanitaria nonché le variabili che determinano la soddisfazione dei pazienti, è possibile rilevare che l'ADI si propone come possibile soluzione tramite cui ridurre i costi del servizio sanitario attraverso l'erogazione di prestazioni che assicurano un elevato livello professionale, costano meno alla collettività e consentono di recepire al meglio istanze e necessità del territorio in una prospettiva che guarda al paziente e al territorio non come semplici destinatari di un servizio ma come attori chiave con cui costruire una comune soddisfazione e grazie ai quali raggiungere un obiettivo comune: il benessere del paziente.

La peculiarità delle tipologie di prestazioni erogate cui fa riferimento e la specificità dei processi di erogazione, infatti, richiedono che le attività costituenti la filiera dell'ADI non si limitino ai soli professionisti della salute ma coinvolgano un ampio spettro di attori del territorio che sono chiamati a contribuire attivamente per la corretta implementazione della procedura.

In proposito è esemplificativo il riferimento al “*Referente Familiare o Care Giver*, cioè a colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, essendo più frequentemente in ‘contatto’ con lui. In genere è un familiare o comunque un soggetto convivente con l'assistito stesso; in qualche caso può essere un amico o un vicino di casa o un volontario. Svolge quindi una funzione di assistenza diretta, provvedendo ad aiutare l'assistito. È importante che, in sede di stesura del Progetto Personalizzato, si individui la persona che svolge questo ruolo e se ne valutino capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto costituisce una risorsa operativa preziosa, contribuendo all'efficacia del Progetto Personalizzato”²¹⁹.

Tale soggetto insieme alle figure professionali che si occupano direttamente dell'erogazione del servizio ha un ruolo fondamentale nell'assicurare la corretta erogazione della prestazione sanitaria e conseguentemente la soddisfazione dell'utenza.

L'ADI riesce, in altri termini, ad assicurare un più funzionale avvicinamento al paziente facendo leva sulle dimensioni (persone conosciute, familiarità della residenza, confidenza con le procedure e con il personale medico e sanitario) che ne qualificano la soddisfazione in una prospettiva che sembra voler recuperare quella dimensione umana che dovrebbe,

²¹⁹ Ministero della Salute (2006). *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*. Roma, Italia, p. 18.

almeno teoricamente, caratterizzare il rapporto sanità-utenza assicurando, al tempo stesso, il raggiungimento di quell'obiettivo di riduzione dei costi atteso e imposto dai sovrasistemi politici e istituzionali.

Tali obiettivi e i connessi risultati sono resi possibili da quella dimensione umana rappresentata dai diversi attori coinvolti nelle procedure tecniche e a cui sembra che, negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale non abbia attribuito la giusta rilevanza preferendo una visione che, nascondendosi dietro la maschera dei tecnicismi, ha consentito di ottenere risultati nel breve termine ma che, probabilmente, rischia di compromettere l'equilibrio complessivo del sistema nel lungo termine.

In altri termini, l'ADI, nella prospettiva adottata ai fini della presente stesura sembra essere un percorso agevolmente percorribile per implementare quell'approccio relazionale basato sulla co-creazione di valore che, dal punto di vista teorico, promette di offrire utili indicazioni ai fini della sopravvivenza e del successo del Servizio Sanitario Nazionale.

4.1 Un focus sull'Assistenza Domiciliare Integrata in Campania

Coerentemente con quanto definito nel quadro Strategico Nazionale 2007-2013, che stabilisce per le Regioni del Mezzogiorno di aumentare i servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari, la Regione Campania nel Dicembre del 2010 ha approvato le Linee Guida Regionali per il Sistema dei servizi domiciliari al fine di fornire chiare indicazioni circa le attività, le procedure e le terminologie utilizzate dagli attori coinvolti nell'erogazione o nell'utilizzo dei Servizi di Assistenza Domiciliare.

Tale documento ha inteso definire puntualmente la caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio tracciando percorsi, procedure e caratteristiche delle diverse tipologie di servizi erogabili.

Tabella 4.1 – *La caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*

<p>Le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare. Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata.</p>
--

Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura sanitaria.

La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un mix all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale.

Le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche

Fonte: Regione Campania (2010). Il sistema dei servizi domiciliari in Campania. Linee guida regionali. *Bollettino Ufficiale della Regione Campania*, numero 84 del 30/12/2010, pp. 6-7.

Con la definizione delle Linee Guida Regionale si è compiuto un'importante avanzamento del percorso di attuazione dell'articolato processo costituente l'Assistenza Domiciliare Integrata tanto in riferimento alla comprensione dei principi cardine su cui esso dovrebbe fondarsi tanto in riferimento alla gestione dei servizi di assistenza domiciliare in termini di professionalità richieste agli operatori di settore e di requisiti che deve possedere il paziente per l'attivazione della procedura.

Analizzando la normativa di settore e i passi fino ad oggi compiuti è evidente che definizione, implementazione e monitoraggio dei processi di Assistenza domiciliare rappresentano un compito arduo che, seppur promette un contenimento dei costi, richiede un consistente investimento in termini di analisi preliminari e formazione delle risorse umane che graverebbe considerevolmente sul Bilancio della Regione Campania.

Per rispondere a tali problematiche la normativa nazionale prevede la possibilità che la Regione attribuisca il compito di erogare il servizio a soggetti terzi dotati di specifici requisiti e caratteristiche.

In attuazione di tale disposizione la Regione Campania con il Decreto Commissariale n. 1 del 7 gennaio 2013 oltre a stabilire il “Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari” fissa i requisiti che i soggetti erogatori devono rispettare demandando alle ASL delle singole province il compito di individuare attori in grado di assolvere alle funzioni previste dalla normativa nazionale e regionale.

Tabella 4.2 – *Requisiti di struttura e organizzativi richiesti ai soggetti erogatori di servizi di Assistenza Domiciliare*

Requisiti di struttura e tecnologie:

- Sede adeguata all'attività da svolgere, facilmente raggiungibile;
- Disponibilità di una sede facilmente raggiungibile nel territorio della AA.SS.LL. per favorire le attività di coordinamento e di comunicazione
- Spazi per centrale operativa, per archivio documentale;
- Spazi per eventuali colloqui con l'utente/familiari;
- Spazi per farmaci e ausili;
- Il personale infermieristico è dotato di una borsa contenente adeguato materiale: farmaci da somministrare, guanti, sfigmomanometro, siringhe, sticks per la determinazione della glicemia, provette, contenitori sterili lacci emostatici, garze, cotone idrofilo, disinfettanti, soluzioni per la detersione delle mani, set sterili di medicazioni;

Presso la sede sono presenti i presidi e i farmaci utili al personale.

Requisiti organizzativi:

Personale

- Adeguata dotazione di personale, come richiesto dal servizio affidato;
- Apertura della centrale operativa in relazione al livello assistenziale richiesto;
- Reperibilità degli infermieri.

Coordinamento:

- È garantita la funzione di coordinamento del personale in relazione alla realizzazione dei progetti individualizzati;

Informatizzazione:

- Presso la sede operativa vi è un software per l'organizzazione dell'assistenza;
- Obbligo di mantenimento di cartelle domiciliari;
- Obbligo di conferimento dati sulle prestazioni erogate coerentemente con i sistemi informativi in uso presso la A.S.L. nei tempi e nei modi previsti dalla normativa regionale vigente.

Gestione degli utenti

- Il personale del servizio è tenuto all'informazione tempestiva delle mutate condizioni dell'utente al case manager e/o medico responsabile;
- Partecipa ai momenti di valutazione multidimensionale periodica,
- Aggiorna il piano esecutivo del progetto individualizzato e registra eventuali variazioni;
- Il personale del servizio partecipa alla redazione del pai.

Formazione

- Obbligo di formazione ed aggiornamento in merito alle tecniche e agli ausili;

- Obbligo di formazione per l'orientamento al colloquio e all'approccio relazionale con l'utente e la famiglia.

Sicurezza

- Rispetto delle normative in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro e dei lavoratori;
- Copertura assicurativa
- Prevenzione dei rischi e dell'infortunistica;

Formazione del personale sull'individuazione, prevenzione e gestione dei rischi.

Fonte: Regione Campania (2010). Il sistema dei servizi domiciliari in Campania. Linee guida regionali. *Bollettino Ufficiale della Regione Campania*, numero 84 del 30/12/2010, pp. 30-31.

Conformemente, con quanto stabilito da tale procedura, la ASL di Salerno con la Deliberazione 788 del 5 agosto 2014 ha affidato la gestione delle “prestazioni infermieristiche, riabilitative e di aiuto infermieristico e sanitarie per il servizio delle cure domiciliari” alla R.T.I. Medicasa Italia S.p.a. di Milano e alla Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

Si tratta di un'operazione rilevante che dovrebbe consentire alla ASL un risparmio considerevole in termini di costi per l'erogazione del servizio ma che ha generato molteplici dubbi circa gli effetti della stessa sulla soddisfazione dei pazienti.

Con l'obiettivo di approfondire il tema e al fine di verificare se l'ADI consenta effettivamente di associare ad una riduzione dei costi per il SSN anche un adeguato livello di soddisfazione dell'utenza in quel che segue si propone un'indagine esplorativa sul livello di soddisfazione dei pazienti in regime di ADI nella provincia di Salerno con l'obiettivo di fornire informazioni utili ad una più ampia comprensione del fenomeno indagato.

4.3 Indagine esplorativa sulla percezione della soddisfazione in regime di Assistenza Domiciliare nella provincia di Salerno

Tracciati i potenziali ambiti di intervento che i policy maker potrebbero intraprendere e individuato nell'ADI un possibile percorso attuativo per la diffusione dell'approccio relazionale basato sulla co-creazione di valore in sanità, si ritiene utile procedere con alcune 'valutazioni' di carattere empirico dirette a meglio comprendere confini e sfumature dell'ADI in riferimento al tema della soddisfazione dell'utente.

In tale prospettiva essendo stati rinvenuti scarsi contributi in letteratura sul tema si è ritenuto opportuno procedere per fasi successive al fine di condurre una preliminare indagine esplorativa sul fenomeno su cui fondare osservazioni e derivazioni di ricerca.

L'ambito territoriale scelto per la conduzione dell'indagine è la provincia di Salerno in quanto area in cui il servizio di Assistenza Domiciliare Integrato è stato avviato ad opera di un soggetto non pubblico solamente nel 2015. Si è ritenuto, in particolare, che tale circostanza potesse essere utile ai fini dell'osservazione empirica in quanto permette di osservare il fenomeno fin dai suoi primi momenti di formalizzazione derivandone indicazioni in termini di difficoltà attuative e modifiche necessarie.

4.3.1 Metodologia e percorso di ricerca

Individuare un percorso di ricerca compiuto in un campo di indagine ove pochi risultano essere i contributi esistenti è risultato particolarmente arduo. Tentare di comprendere un fenomeno non avendo dati di partenza ha richiesto una profonda riflessione su quale potesse essere il percorso di ricerca più idoneo e su quali metodologie potessero essere più opportune al fine di ottimizzare il rapporto costo-risultato dell'indagine.

In funzione di tali riflessioni e al fine di tracciare un percorso di ricerca quanto più aderente possibile ai dettami nazionali e internazionali sul tema si è deciso di procedere con un'analisi a due fasi contestuali basata sulla raccolta ed elaborazione di dati primari e secondari. L'obiettivo è stato di massimizzare il contenuto di informazioni derivato da ciascun dato assicurando, al tempo stesso, di non creare ridondanze nel percorso di ricerca e di rispettare il bisogno di privacy tipicamente associato all'erogazione di servizi sanitari.

Al fine di perseguire l'obiettivo di indagare la percezione di soddisfazione dei pazienti in regime di Assistenza Domiciliare Integrata nella provincia di Salerno si è deciso di:

- *Utilizzare un'indagine telefonica* per raccogliere le valutazioni di tutti i pazienti (o Referenti Familiari, nel caso in cui il paziente non fossero stati in grado di esprimere una valutazione) destinatari di servizi di Assistenza Domiciliare Integrata da parte della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

Al fine di massimizzare il ritorno di informazioni l'indagine è stata estesa a tutta la popolazione e la stessa misurazione è stata effettuata ogni trimestre per quattro trimestri con l'obiettivo di 'osservare' come la soddisfazione del singolo paziente (o Referente Familiare) cambia nel tempo.

L'intervista telefonica ha avuto come obiettivo la raccolta di dati primari sul fenomeno indagato. Essa ha avuto una durata media di 8 minuti al fine di poter sfruttare al massimo il livello di attenzione dell'intervistato ed è stata articolata in quattro quesiti a risposta chiusa

rispetto ai quali è stato richiesto di attribuire una valutazione in base ad una scala a quattro punti.

La struttura dell'intervista è ispirata al modello del SERVQUAL²²⁰ opportunamente esemplificato in considerazione della specificità del campo di indagine e contestualizzato in funzione delle variabili ritenute rilevanti in letteratura ai fini della valutazione della soddisfazione in sanità. Specificatamente, tra i lavori e le prospettive offerte dalla letteratura si è ritenuto particolarmente utile il contributo di Ware et al. nel quale, combinando analisi della letteratura e osservazioni empiriche, vengono individuate 8 variabili:

- *Art of care*, riguardante “provider characteristics as concern, consideration, friendless, patience, and sincerity”²²¹.
- *Technical Quality of care*, che “focuses on the competence of providers and their adherence to high standards of diagnosis and treatment”²²².
- *Accessibility/convenience*, che riguarda “all of the factors involved in arranging to receive medical care”²²³.
- *Finance*, riguardante l’”ability to pay for services or to arrange for payment [...] in the receipt of care”²²⁴.
- *Physical Environment*, relativa al “physical environment in which care is delivered”²²⁵
- *Availability*, diretta a valutare “on whether there are enough physicians, nurses, and other providers, and such facilitates as clinics and hospital in the area”²²⁶.
- *Continuity of care*, definita “in terms of regularity of care from the same facility, location, or provider”²²⁷

²²⁰ Specificatamente il SERVQUAL è “a multiple- item scale designed to measure consumers’ expectations and perceptions concerning a service encounter”.

Parasuraman A., Zeithaml, V.A., Berry L.L. (1988). Servqual. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40, p. 22.

Le dimensioni su cui si fonda discendono da un’indagine esplorativa condotta da Parasuraman, Zeithaml, and Berry nel 1985 che “revealed that the criteria used by consumers in assessing service quality fit 10 potentially overlapping dimensions. These dimensions were tangibles, reliability, responsiveness, communication, credibility, security, competence, courtesy, understanding/knowing the customer, and access”.

Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 41-50, p. 47

²²¹ Ware J.E., Davies-Avery A., Stewart A.L. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature*. Rand Corporation, Santa Monica, California, p. 4.

²²² *Ibidem*, p. 4.

²²³ *Ibidem*, p. 5.

²²⁴ *Ibidem*, p. 5.

²²⁵ *Ibidem*, p. 5.

²²⁶ *Ibidem*, p. 6.

²²⁷ *Ibidem*, p. 6.

- *Efficiency/Outcomes of care*, “measured in term of perceptions regarding the usefulness or helpfulness of medical care providers and specific treatment regimens in improving or maintaining health status”²²⁸.

Partendo da tali variabili si è deciso di focalizzare l’attenzione esclusivamente sugli elementi riguardanti *Continuity*, *Physical Environment*, *Art of care* e *Technical quality* in quanto, per il fenomeno indagato, gli altri elementi esulano dal campo d’indagine prefissato. A seguito di tale scrematura si è deciso di formalizzare meglio le variabili rendendole più facilmente comprensibili agli intervistati, quindi:

- *Continuity of care* è stata formalizzata in *Puntualità dell’operatore*.
- *Physical Environment* è stata formalizzata in *Igiene e Ordine*.
- *Art of care* è stato formalizzato in *Cortesìa*.
- *Technical quality* è stata formalizza in *Competenza e professionalità*.

Tabella 4.3 – *Variabili indagate per la misurazione della soddisfazione degli utenti rispetto all’ADI nella Provincia di Salerno*

<p>1) Puntualità dell’operatore</p> <p>A. Completamente insoddisfatto</p> <p>B. Insoddisfatto</p> <p>C. Soddisfatto</p> <p>D. Completamente soddisfatto</p> <p>2) Igiene e ordine</p> <p>A. Completamente insoddisfatto</p> <p>B. Insoddisfatto</p> <p>C. Soddisfatto</p> <p>D. Completamente soddisfatto</p>	<p>3) Cortesìa</p> <p>A. Completamente insoddisfatto</p> <p>B. Insoddisfatto</p> <p>C. Soddisfatto</p> <p>D. Completamente soddisfatto</p> <p>4) Competenza professionalità</p> <p>A. Completamente insoddisfatto</p> <p>B. Insoddisfatto</p> <p>C. Soddisfatto</p> <p>D. Completamente soddisfatto</p>
---	---

Fonte: Elaborazione personale su dati della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

Successivamente, basandosi sulle linee guida del SERVQUAL si è deciso di misurare il livello di soddisfazione rispetto alla variabile identificate esclusivamente al termine di ciascun trimestre in quanto dai colloqui con alcuni pazienti, nella fase iniziale dell’indagine, è emersa la quasi totale inconsapevolezza rispetto ai servizi che stavano per ricevere e conseguentemente la completa incapacità di valutarne le singole componenti. Si è deciso, inoltre, di ridurre la scala dai 7 punti previsti dal modello a soli 4 punti in quanto, trattandosi

²²⁸ *Ibidem*, p. 6.

di un'intervista telefonica, è risultato più semplice per l'utente identificare un valore chiaro di giudizio su una scala a 4 punti. Infine, si è deciso di non ricorrere all'utilizzo di specifici items da assoggettare a valutazione per le singole variabili in quanto l'obiettivo di questa fase era di raccogliere prime informazioni circa la valutazione generale delle componenti chiavi della soddisfazione dell'utenza in sanità. La raccolta dei dati è stata condotta in collaborazione con il personale della Magaldi Life S.r.l. quali soggetti responsabili per l'erogazione del servizio e dotati di un più ampio background informativo sulla caratterizzazione del fenomeno nel contesto indagato.

La scelta di utilizzare come metodologia di raccolta dei dati l'intervista telefonica è motivata dalla volontà di

- Ridurre al minimo l'invasione nella sfera privata del paziente. Trattandosi, solitamente, di intervistati in regime di degenza si è infatti preferito evitare l'intervista diretta in modo da evitare che l'intervistato si sentisse 'minacciato' compromettendo in questo modo la veridicità delle informazioni fornite in quanto orientato a ridurre al minimo il tempo dell'interazione.
- Minimizzare i costi dell'indagine. Trattandosi di un'intervista diretta a raccogliere informazioni da pazienti dislocati su un'area geografica molto ampia (4.923 Km²), al fine di massimizzare il rapporto costo-risultato si è ritenuto che il contatto telefonico fosse la strada da preferire.

In questa fase di indagine si è dovuto gestire il problema connesso al cambiamento della popolazione nel corso del periodo della ricerca. Nel corso dell'anno, infatti, nuovi pazienti hanno iniziato a usufruire dell'Assistenza Domiciliare Integrate mentre altri pazienti hanno smesso di usufruirne. Ritenendo la fonte informativa necessaria ai fini dell'indagine tanto con riferimento al dato complessivo quanto in relazione al dato di sintesi sul singolo paziente, questa fase è stata scissa in due sub-fasi:

- Raccolta ed elaborazione dei dati con riferimento all'intera popolazione, indipendentemente dai cambiamenti registrati nella sua composizione, con cadenza trimestrale per quattro trimestri al fine di avere informazioni sulla valutazione complessiva della qualità percepita durante l'intero periodo di indagine.
- Raccolta ed elaborazione dei dati con esclusivo riferimento ai componenti costituenti la popolazione indagata al termine del I trimestre con cadenza trimestrale per quattro trimestri al fine di avere informazioni sul cambiamento delle condizioni di soddisfazione nel corso del tempo.

- *Utilizzare un modello di equazioni strutturali²²⁹ al fine di determinare quali fattori influenzano il livello di soddisfazione dell'utente. Tale fase dell'indagine è stata condotta con riferimento ai soli componenti della popolazione indagata al termine del I trimestre ed è stata ripetuta per ciascun trimestre indagato con l'obiettivo di acquisire informazioni utili per l'ottimizzazione e la personalizzazione dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata. Il modello è costruito basandosi sulle informazioni disponibili nelle cartelle cliniche dei pazienti e le ipotesi di partenza su cui è stata fondata questa fase della ricerca sono le seguenti:*

- *H1a. La soddisfazione per l'item "puntualità" è influenzata dal tipo di Figura Professionale che eroga il servizio.*

- *H1b. La soddisfazione per l'item "puntualità" è influenzata dall'operatore che eroga il servizio.*

- *H1c. La soddisfazione per l'item "puntualità" è influenzata dal luogo in cui l'utente risiede.*

- *H2a. La soddisfazione per l'item "igiene e ordine" è influenzata dal sesso dell'utente.*

- *H3a. La soddisfazione per l'item "cortesia" è influenzata dall'età dell'utente.*

- *H3b. La soddisfazione per l'item "cortesia" è influenzata dalla patologia prevalente che affligge l'utente.*

- *H4a. La soddisfazione per l'item "competenza professionali" è influenzata dal livello di assistenza che erogato all'utente.*

²²⁹ La validità e il contributo dei modelli di equazioni strutturali alla prospettiva di osservazione adottata sono ben sintetizzate nelle parole di Barbaranelli e Ingoglia secondo cui essi "costituiscono una delle tecniche più utilizzate per l'analisi dei dati nelle discipline psicologico-sociali. Storicamente essi nascono dall'integrazione di differenti tradizioni di ricerca tra loro relativamente indipendenti: quella psicometrica, quella econometrica e quella biometrica. Gli studiosi che hanno operato nel campo psicometrico hanno sviluppato e approfondito concetti come quelli di variabili latenti e variabili misurate con errore (Spearman, 1904). I ricercatori che hanno invece lavorato nell'ambito dell'econometria hanno esaminato le influenze simultanee di alcune variabili su altre variabili e i percorsi che da tali complesse influenze possono risultare, elaborando i cosiddetti modelli di equazioni simultanee tra variabili osservate (Schultz, 1938). Un'ulteriore linea di ricerca si è sviluppata nel campo della biometria, ad opera di Sewall Wright (1934), dove sono stati utilizzati modelli di equazioni simultanee, con variabili osservate, per analizzare particolari schemi di rappresentazione dei nessi di influenza tra le variabili e di stima dei parametri, noti come path analysis.

Queste tradizioni di ricerca sono rimaste sostanzialmente indipendenti fino agli anni '60 dello scorso secolo, quando metodologi delle scienze sociali, come Blalock (1961, 1963), Boudon (1965) e Duncan (1966) hanno cominciato a sottolineare i vantaggi derivanti dalla possibilità di combinare la semplicità di rappresentare nessi di influenza tra le variabili tramite i diagrammi tipici della path analysis, con il rigore derivante dallo specificare equazioni simultanee, che comprendessero sia variabili osservate sia variabili latenti".

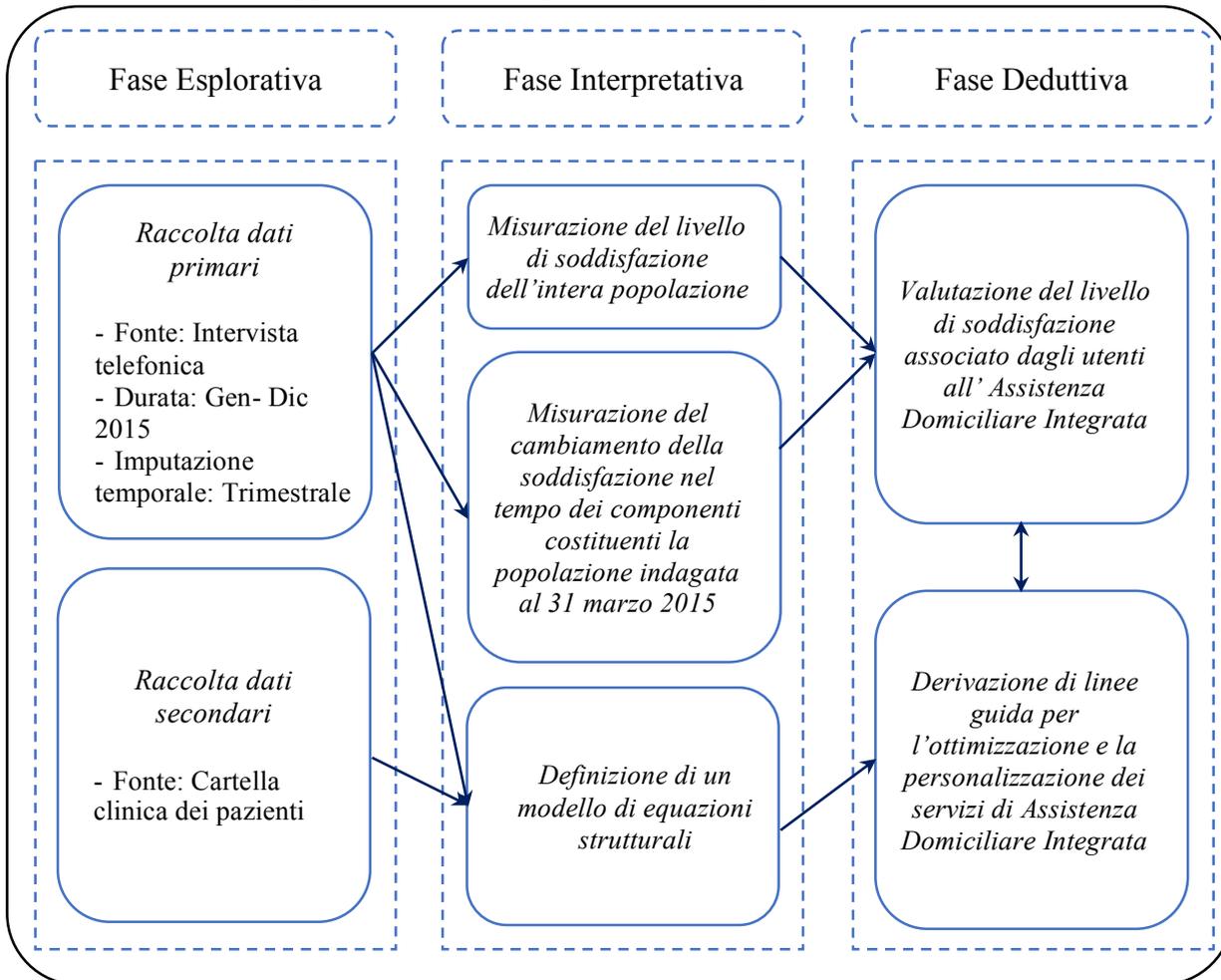
Barbaranelli C., Ingoglia S. (2013). *I modelli di equazioni strutturali. Temi e Prospettive. Edizioni Universitarie di Lettere Economia e Diritto*, Milano, p. 7.

- *H4b. La soddisfazione per l'item "competenza professionali" è influenzata dalla soddisfazione per l'item "cortesia".*
- *H4c. La soddisfazione per l'item "competenza professionali" è influenzata dalla soddisfazione per l'item "puntualità".*
- *H5a. La soddisfazione per l'item "igiene e ordine" è influenzata dalla soddisfazione per l'item "competenza professionali".*

Provando a sintetizzare il percorso di ricerca è possibile ricondurlo a tre fasi:

- *Fase esplorativa* in cui si è proceduto alla:
 - o Raccolta dei dati primari attraverso le interviste telefoniche. L'arco di tempo assoggettato ad indagine va da Gennaio a Dicembre del 2015 e la raccolta dei dati è stata effettuata al termine di ciascun trimestre.
 - o Raccolta dei dati secondari, condotta con la supervisione del personale della Magaldi S.r.l. e a seguito di esplicita autorizzazione dei pazienti in funzione della riservatezza delle informazioni trattate.
- *Fase Interpretativa*, in cui i dati sono stati elaborati al fine di:
 - o Misurare il livello di soddisfazione dell'intera popolazione nelle quattro fasi di raccolta dei dati (al termine di ciascun trimestre).
 - o Misurazione del cambiamento della soddisfazione nel tempo per i pazienti costituenti la popolazione al 31 marzo 2015.
 - o Elaborazione di un modello di equazioni strutturali diretto a verificare l'esistenza di eventuali correlazione tra elementi distintivi dei pazienti costituenti la popolazione al 31 Marzo 2015 e livello di soddisfazione manifestato nell'indagine.
- *Fase deduttiva*, in cui, basandosi sui dati raccolti ed elaborati sono state delineate alcune:
 - o Valutazioni sulla capacità dell'Assistenza Domiciliare Integrata di assicurare un adeguato livello di soddisfazione agli utenti alla luce delle premesse derivate dall'attuazione di un approccio relazionale orientato alla co-creazione di valore in sanità.
 - o Alcune linee guida dirette ad orientare la pianificazione e l'erogazione dei servizi sanitari in regime di Assistenza Domiciliare Integrata verso una maggiore personalizzazione che, tenendo conto delle istanze dei singoli utenti, possa impattare positivamente sul livello di soddisfazione complessivo al fine di creare le premesse per la co-creazione di valore in sanità.

Figura 4.2 – Una rappresentazione del percorso d'indagine



Fonte: Elaborazione personale.

4.3.2 Raccolta ed elaborazione dei dati primari

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata è caratterizzato da una forte influenza delle risorse umane addette all'erogazione del servizio sulla soddisfazione dell'utenza. Ciò rende necessario, al fine di comprendere se l'attivazione del processo nella provincia di Salerno abbia generato oltre che una riduzione dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale anche un 'adeguato' livello qualitativo nell'erogazione del servizio, indagare il livello di soddisfazione dell'utenza rispetto al personale di contatto.

In tale prospettiva, l'indagine esplorativa ha avuto come obiettivo quello di verificare la soddisfazione dell'utenza rispetto a quattro variabili identificate come determinanti nella generazione della soddisfazione per il servizio (competenza professionale, cortesia, igiene e ordine, puntualità) e di verificare l'evoluzione nel tempo del grado di soddisfazione tanto con riferimento alla popolazione nel suo complesso quanto con riferimento ai componenti

della popolazione rilevati al primo censimento, ossia al termine del primo trimestre di erogazione del servizio.

Data la finalità di questo primo step dell'indagine si è proceduto in un primo momento, a rilevare e misurare l'evoluzione del 'gradimento' dell'intera popolazione nel corso del 2015 attraverso quattro rilevazioni trimestrale dirette a raccogliere informazioni sia dagli utenti già in cura sia dai nuovi utenti.

Al fine di rendere quanto più intellegibili possibili i dati raccolti per ogni rilevazione si è proceduto con un 'censimento' della popolazione al fine di tracciarne l'evoluzione nel corso del tempo.

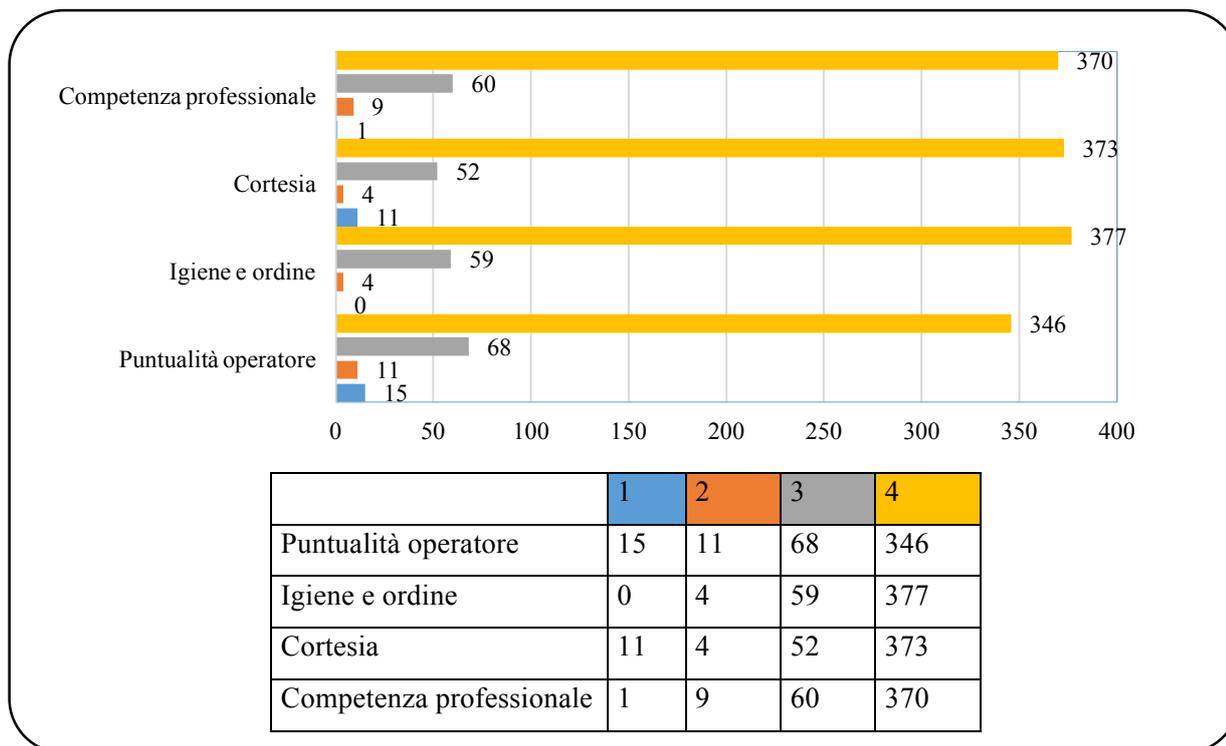
Tabella 4.4 – *Popolazione dei pazienti che hanno usufruito dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per trimestre (Anno di riferimento: 2015)*

Tipologia di servizio erogato	Numero di pazienti serviti			
	I trimestre 2015	II trimestre 2015	III trimestre 2015	IV trimestre 2015
Cure domiciliari di I Livello	92	103	135	193
Cure domiciliari di II livello	195	184	249	309
Cure domiciliari di III livello	65	69	86	111
Cure palliative terminali	22	43	51	334
Cure prestazionali	66	196	211	28
Totale pazienti serviti	440	595	732	975
di cui:				
di Sesso maschile	181	234	270	376
di Sesso femminile	259	361	462	599

Fonte: Elaborazione personale su dati della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

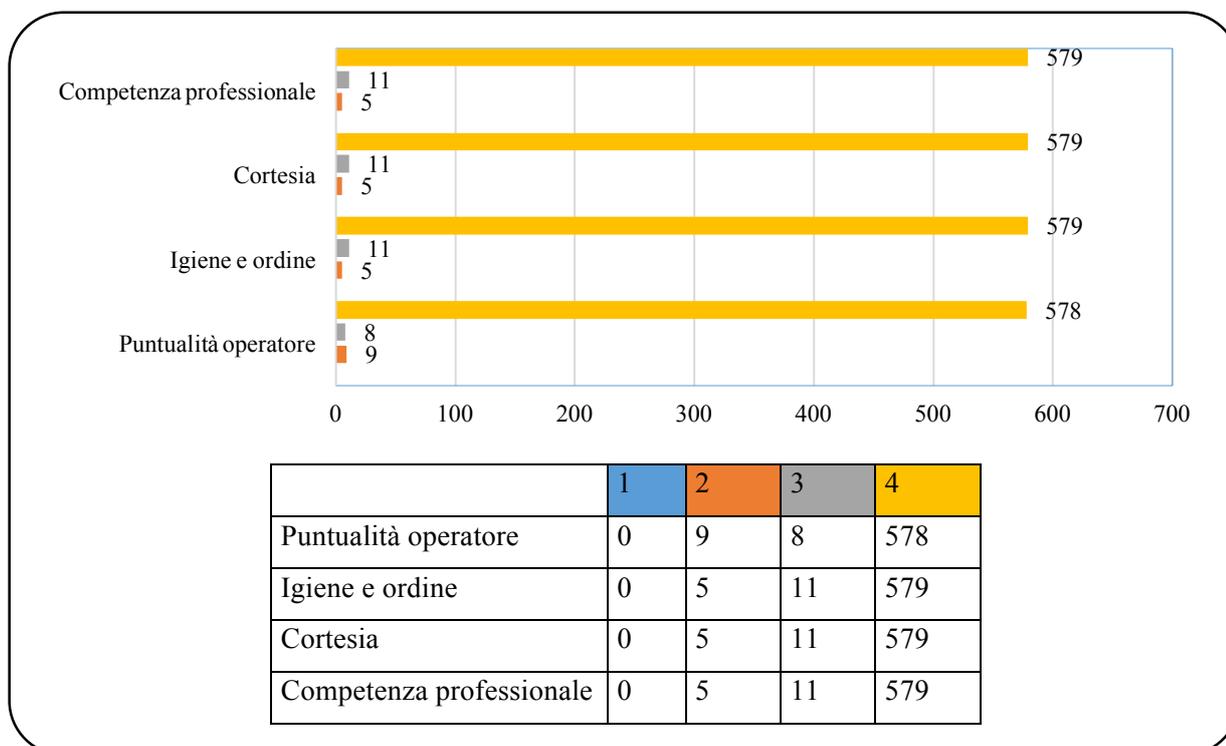
La metodologia d'indagine sviluppata, al fine di consentire una comprensione del fenomeno in termini di evoluzione nel tempo, ha previsto che l'intervista telefonica venisse condotta in momenti diversi per ciascun trimestre e i dati raccolti sono stati elaborati separatamente per ciascun periodo al fine di ridurre al minimo eventuali rischi di dispersione delle informazioni. I risultati sono riportati nelle seguenti Tabelle.

Tabella 4.5 – Risultati dell'intervista telefonica sulla soddisfazione dei pazienti in ADI nella Provincia di Salerno – I trimestre 2015



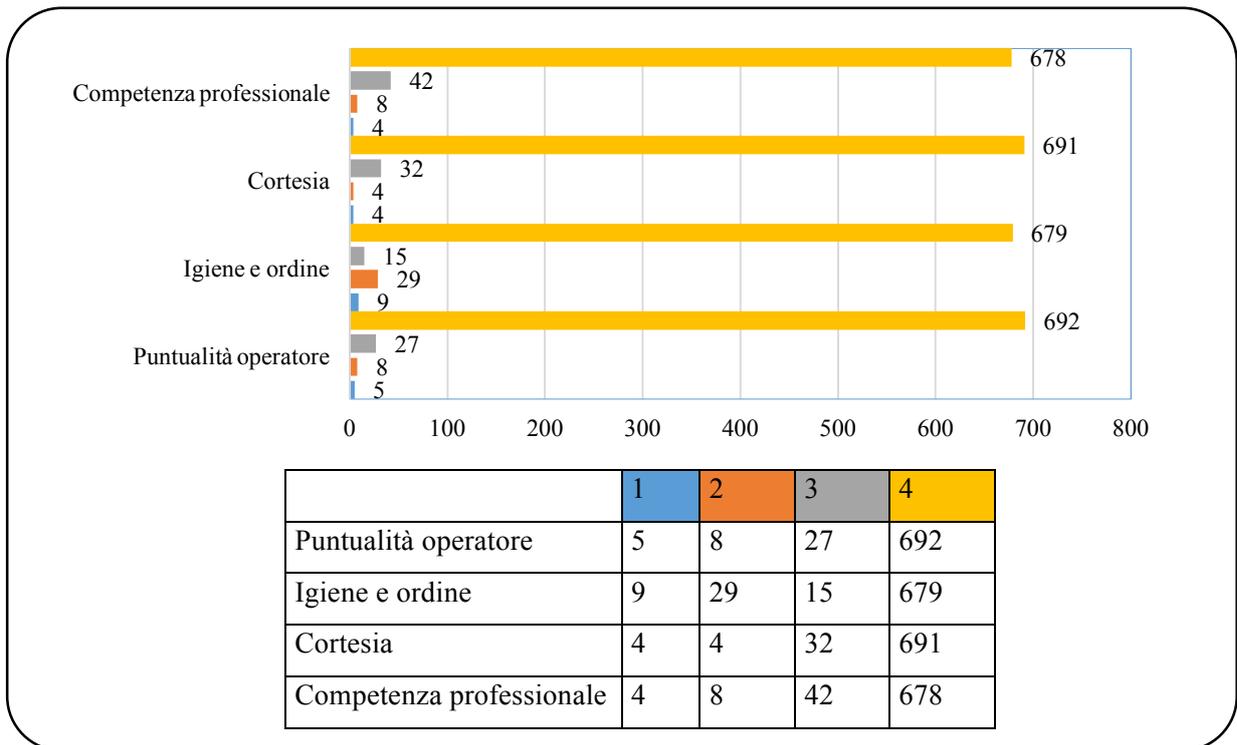
Fonte: Elaborazione personale su dati della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

Tabella 4.6 – Risultati dell'intervista telefonica sulla soddisfazione dei pazienti in ADI nella Provincia di Salerno – II trimestre 2015



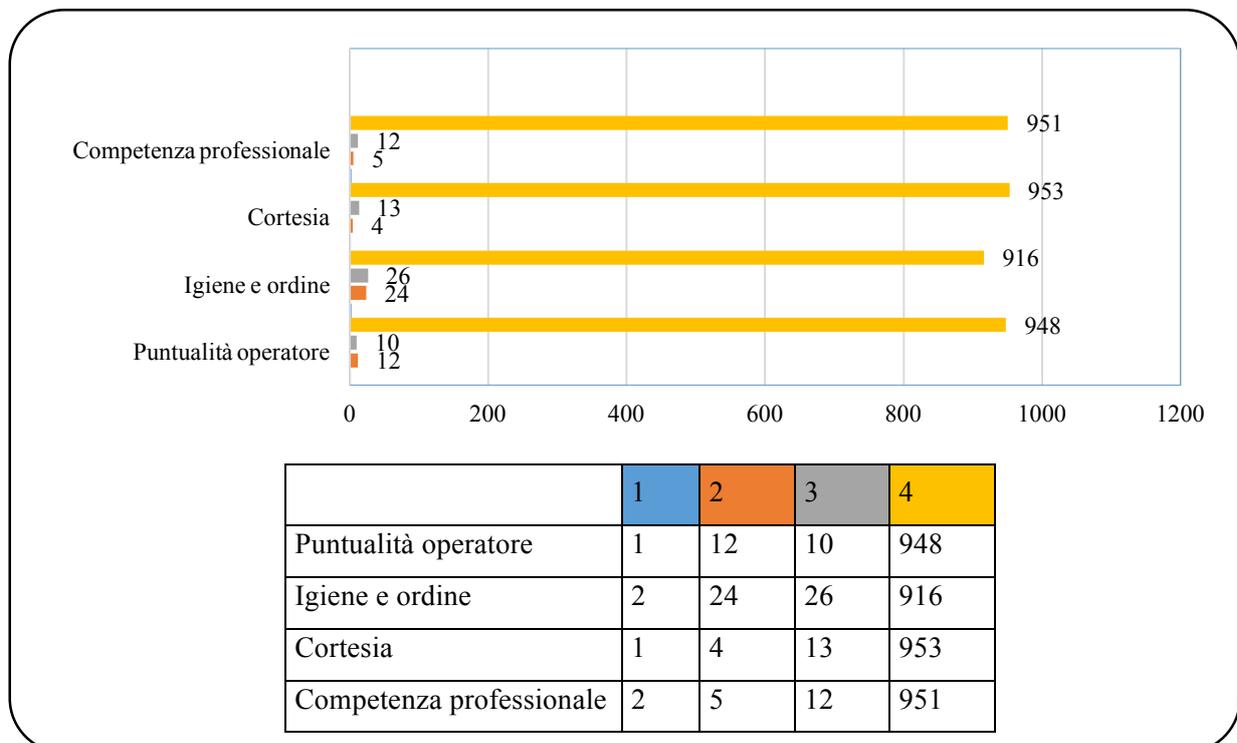
Fonte: Elaborazione personale su dati della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

Tabella 4.5 – Risultati dell'intervista telefonica sulla soddisfazione dei pazienti in ADI nella Provincia di Salerno – III trimestre 2015



Fonte: Elaborazione personale su dati della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

Tabella 4.6 – Risultati dell'intervista telefonica sulla soddisfazione dei pazienti in ADI nella Provincia di Salerno – IV trimestre 2015

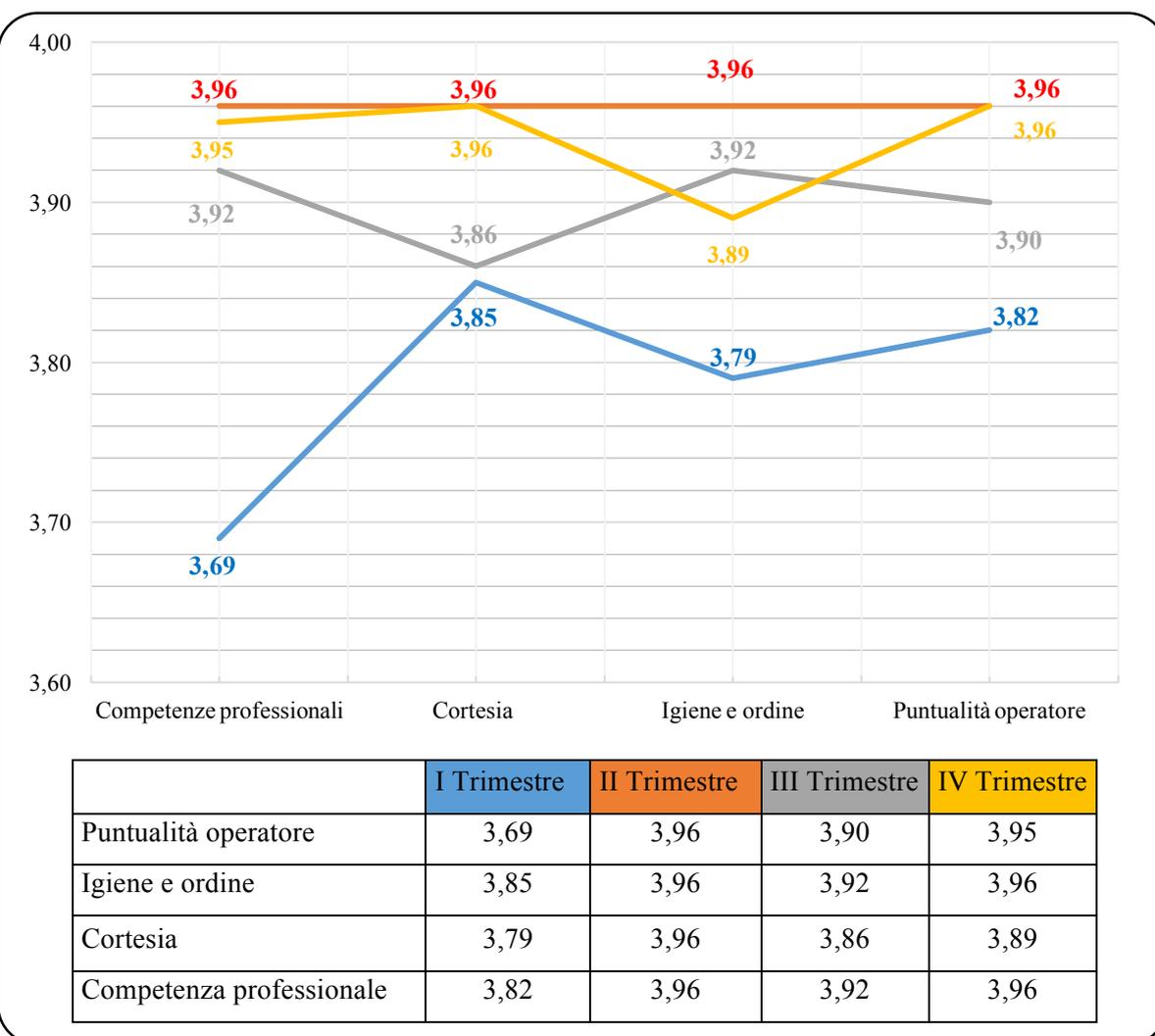


Fonte: Elaborazione personale su dati della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

Osservando il quadro sintetico riportato nelle precedenti Tabella si evince chiaramente che la soddisfazione dell'utenza rispetto al servizio ricevuto in Assistenza Domiciliare Integrata si colloca ad un livello medio alto (tra i 3,5 e i 4 punti) per ognuno dei trimestri indagati e con riferimento a ciascuna delle popolazioni osservate.

In particolare, dopo l'aumento del livello di soddisfazione registrato tra il I e il II trimestre, rileva osservare una leggera riduzione del livello di soddisfazione nel III trimestre dovuta, probabilmente, allo stabilizzarsi della percezione degli utenti rispetto al servizio ricevuto. Tale interpretazione è confermata dai risultati registrati nel IV trimestre che in cui si assiste ad un nuovo incremento di soddisfazione che, per tutti gli item indagati, sfiora i massimi livelli.

Tabella 4.7 – *Punteggio medio ponderato attribuito dai pazienti al servizio di ADI nella Provincia di Salerno (Anno di riferimento: 2015).*



Fonte: Elaborazione personale su dati della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

La rilevazione prolungata dei dati nel corso del tempo ha consentito, inoltre, di evidenziare come i livelli di soddisfazione abbiano seguito un trend crescente nel corso del tempo. I dati raccolti, ovviamente, non consentono di spiegare il motivo dell'incremento del livello di soddisfazione media degli utenti ma consentono di tracciare due possibili motivazioni:

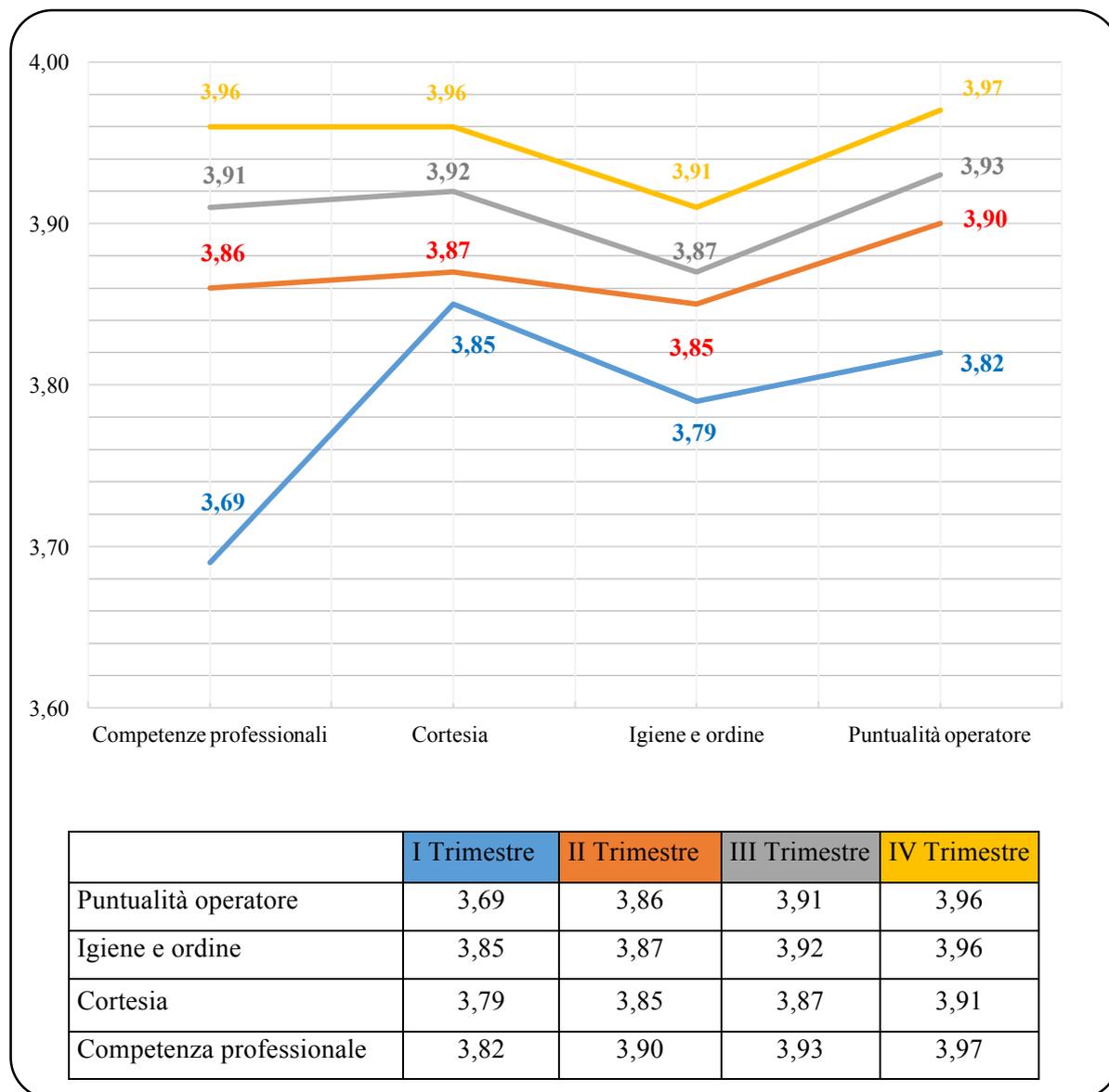
- nel tempo il livello di soddisfazione degli utenti già serviti è progressivamente aumentato mentre il livello di soddisfazione dei nuovi utenti nei confronti del servizio di nuova ricezione è stato sostanzialmente stabile con il conseguente impatto positivo sul livello di soddisfazione medio rivelato con riferimento all'intera popolazione.
- nel tempo il livello di soddisfazione degli utenti già serviti è rimasto stabile mentre il livello di soddisfazione dei nuovi utenti nei confronti del servizio di nuova ricezione è divenuto più elevato con il conseguente impatto positivo sul livello di soddisfazione medio rivelato con riferimento all'intera popolazione.

Per poter comprendere quale delle due ipotesi meglio descrive la realtà del fenomeno l'indagine, come anticipato, ha previsto un ulteriore momento di analisi e interpretazione dei dati raccolti con riferimento ai soli utenti che risultavano comporre la popolazione al termine del primo trimestre di rilevazione.

Obiettivo di questa fase dell'indagine è di verificare in che modo la valutazione degli stessi utenti è cambiata nel corso del tempo al fine di: (1) fornire una spiegazione compiuta del trend complessivo rilevato con riferimento alla valutazione di tutti gli utenti che nel corso del 2015 hanno usufruito del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata nella provincia di Salerno; (2) verificare se a fronte di una riduzione dei costi nell'erogazione del servizio²³⁰ il modello dell'Assistenza Domiciliare Integrata, come ipotizzato, sia realmente una strada possibile per assicurare un elevato livello di soddisfazione in sanità facendo leva sulla componente relazionale.

²³⁰ In proposito, pur non essendo il focus del presente lavoro, rileva precisare che dai dati disponibili l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata da parte di un soggetto privato in sostituzione del regime assistenziale tradizionale ha consentito al Servizio Sanitario Nazionale un risparmio del 57% nel I Semestre del 2015 equivalente a 4 24.011 €

Tabella 4.8 – Punteggio medio ponderato attribuito dai 440 utenti costituenti la popolazione indagata fin dalla prima rilevazione al servizio di ADI nella Provincia di Salerno (Anno di riferimento: 2015).



Fonte: Elaborazione personale su dati della Magaldi Life S.r.l. di Salerno.

Tale secondo momento di interpretazione ha consentito di comprendere puntualmente come il grado di soddisfazione dei singoli utenti è evoluto nel corso del tempo evidenziando un progressivo innalzamento del livello di soddisfazione e quindi l'efficacia dei percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata nel recupero delle condizioni di soddisfazione in sanità. La realizzazione di tali condizioni, in particolare, sembra essere stata resa possibile intervenendo sulla componente relazionale del rapporto tra professionisti della salute e utenza quale strada privilegiata tramite cui abbattere le barriere generate dall'asimmetria

informativa e dalla distanza cognitiva consentendo agli attori coinvolti di 'traslare' verso quelle condizioni di convergenza rappresentate dalla diagonale della Figura 3.5.

4.3.3 Raccolta ed elaborazione dei dati secondari

Il percorso di indagine tracciato, come anticipato nelle pagine precedenti, è strutturato in modo da acquisire il maggior numero di informazioni possibili sul livello di soddisfazione che il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata è in grado di generare negli utenti. A tal fine, nonostante la rilevazione ed elaborazione dei dati primari abbia offerto considerevoli evidenze sull'elevato livello di soddisfazione che gli utenti associano al servizio nella provincia di Salerno, si è deciso di meglio dettagliare tale informazione al fine di offrire possibile stimoli di riflessione a coloro i quali sono coinvolti nella programmazione e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale.

L'ulteriore step di indagine, panificato a tal fine, ha previsto l'elaborazione di un modello di equazioni strutturali per verificare se, dall'indagine di correlazione tra le caratteristiche socio-sanitarie dei 440 utenti che hanno usufruito del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata dal gennaio del 2015 nella Provincia di Salerno e i livelli di soddisfazione dichiarati²³¹, è possibile estrapolare informazioni utili al miglioramento e ad una maggiore comprensione dell'ADI.

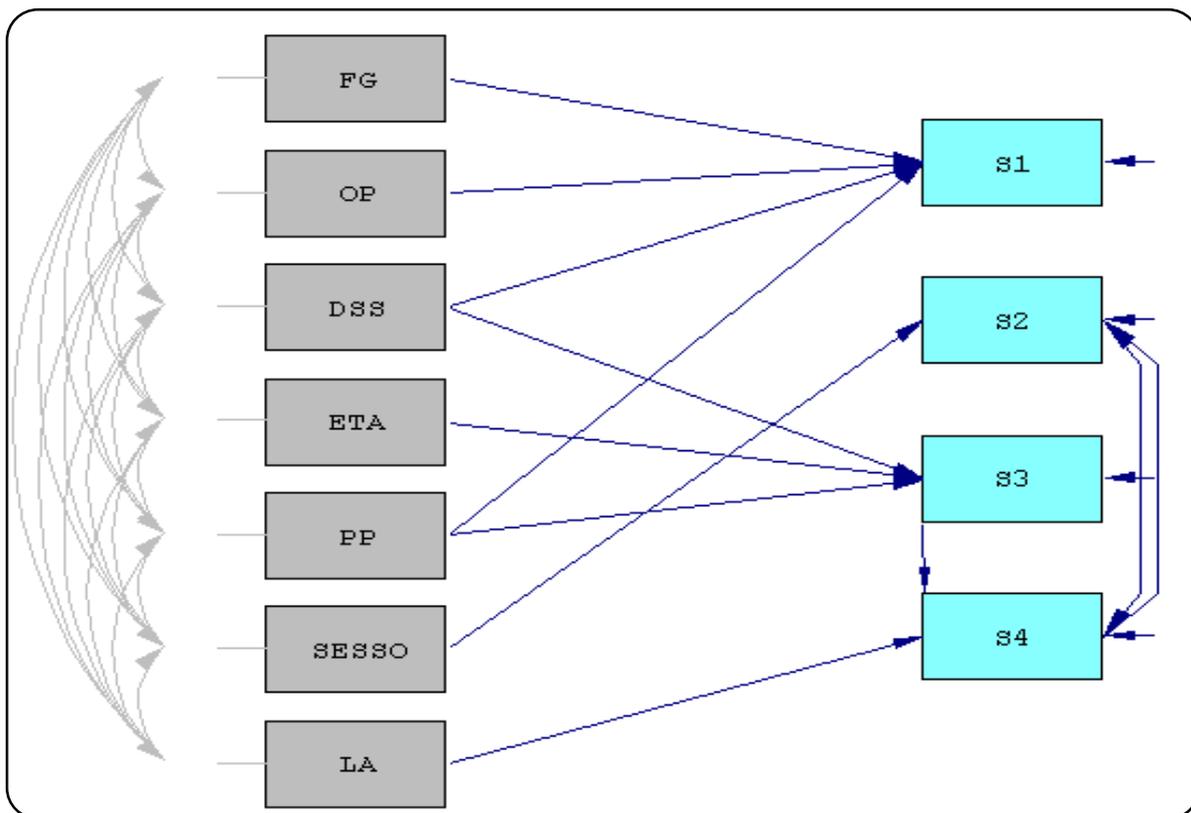
In particolare il modello, basandosi sull'analisi della letteratura, mira a verificare la correttezza delle seguenti ipotesi con riferimento a tutti e 4 i trimestri indagati:

- *H1a. La soddisfazione per l'item "puntualità" è influenzata dal tipo di Figura Professionale che eroga il servizio.*
- *H1b. La soddisfazione per l'item "puntualità" è influenzata dall'operatore che eroga il servizio.*
- *H1c. La soddisfazione per l'item "puntualità" è influenzata dal luogo in cui l'utente risiede.*
- *H1d. La soddisfazione per l'item "puntualità" è influenzata dalla patologia prevalente del paziente.*
- *H2a. La soddisfazione per l'item "igiene e ordine" è influenzata dal sesso dell'utente.*
- *H3a. La soddisfazione per l'item "cortesia" è influenzata dall'età dell'utente.*

²³¹ Il dettaglio dei dati utilizzati e della relativa legenda è riportato nell'Appendice 2 della presente stesura.

- H3b. La soddisfazione per l'item "cortesia" è influenzata dalla patologia prevalente che affligge l'utente.
- H3c. La soddisfazione per l'item "cortesia" è influenzata dal luogo in cui l'utente risiede.
- H4a. La soddisfazione per l'item "competenza professionali" è influenzata dal livello di assistenza erogato.
- H4b. La soddisfazione per l'item "competenza professionali" è influenzata dalla soddisfazione per l'item "cortesia".
- H4c. La soddisfazione per l'item "competenza professionali" è influenzata dalla soddisfazione per l'item "puntualità".
- H5a. La soddisfazione per l'item "igiene e ordine" è influenzata dalla soddisfazione per l'item "competenza professionali".

Figura 4.2 – Diagramma concettuale del modello di equazioni strutturali²³²



Fonte: Elaborazione personale con LISREL

²³² Gli acronimi utilizzati per l'elaborazione del modello sono da da leggere come di seguito indicato: FG=Figura Professionale; OP=Operatore; DSS=Distretto Sanitario di residenza; ETÀ=ETA'; PP=Patologia Prevalente; LA=Livello di Assistenza; S1=Soddisfazione per l'item "Puntualità"; S2=Soddisfazione per l'item "Igiene e ordine"; S3=Soddisfazione per l'item "cortesia"; S4=Soddisfazione per l'item "Competenze Professionali".

Per ognuno dei singoli trimestri indagati si è proceduto con la conversione dei dati qualitativi (Figura Professionale, Operatore, Distretto Sanitario, Patologia Prevalente, Sesso, Livello di Assistenza) in dati quantitativi come dettagliato nella Legenda riportata nell'Appendice 2 della presente stesura. Con riferimento a ciascun trimestre, inoltre, si è proceduto ad aggiornare la variabile età in considerazione del trascorrere del tempo e si è proceduto con l'eliminazione dal database dei dati riguardanti gli utenti che hanno cessato di usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata nel periodo considerato.

Di seguito si riporta il dettaglio dei modelli per singolo trimestre e le relative elaborazioni grafiche.

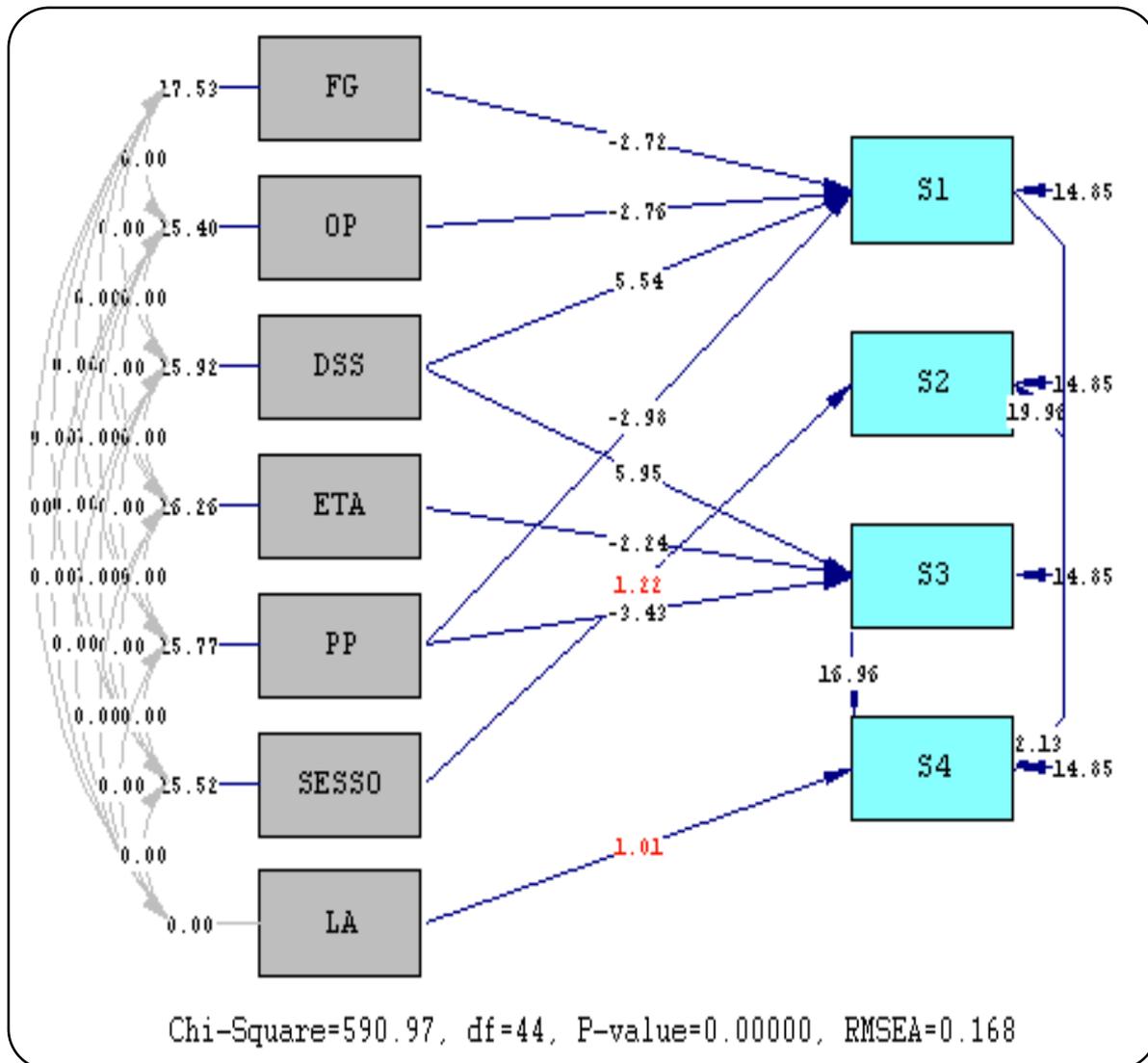
Figura 4.3 – *Modello di equazioni strutturali per il I Semestre dell'Anno 2015*

```

DA NI=11 NO=440 MA=KM
KM
1
0.015 1
-.010 0.098 1
-.112 -.039 -.129 1
0.019 -0.020 -.103 -.190 1
0.062 -0.129 0.034 -.130 0.095 1
-.364 -0.064 0.151 -.056 0.025 -.005 1
-.129 -0.099 0.254 -.063 -0.160 0.118 0.121 1
-.126 -0.015 0.143 -.036 -0.145 0.079 0.083 0.706 1
-.113 -0.042 0.300 -.108 -0.166 0.114 0.108 0.796 0.725 1
-.123 -0.032 0.142 -.076 -0.143 0.054 0.110 0.560 0.702 0.667 1
LA
FG OP DSS ETA PP SESSO LA S1 S2 S3 S4
SE
S1 S2 S3 S4 FG OP DSS ETA PP SESSO LA
MO NY=4 NX=7 BE=FU,FI GA=FU,FI LX=FU,FR LY=FU,FI TD=FU,FI PH=FU,FI
FR GA(1,1) GA(1,2) GA(1,3) GA(1,5)
FR GA(2,6)
FR GA(3,3) GA(3,4) GA(3,5)
FR GA(4,7)
FR BE(4,3) BE(2,4) BE(4,1)
FR PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(4,4) PH(5,5) PH(6,6)
PD
OU ALL
DA NI=11 NO=440 MA=KM
    
```

Fonte: Elaborazione personale con LISREL

Figura 4.4 – Elaborazione grafica dei risultati del modello di equazioni strutturali per il I Semestre dell'Anno 2015



Fonte: Elaborazione personale con LISREL

Con riferimento al primo trimestre del 2015 è possibile notare che il modello è da ritenersi non falsificato in quanto, nonostante il P-value sia pari a 0, esso presenta valori positivi con riferimento a tutti gli indicatori di valutazione come sintetizzato di seguito.

Figura 4.4 – Indicatori di bontà del modello di equazioni strutturali per il I Semestre dell'Anno 2015

Goodness of Fit Statistics	
Degrees of Freedom for (C1)-(C2)	44
Maximum Likelihood Ratio Chi-Square (C1)	590.956 (P = 0.0000)
Browne's (1984) ADF Chi-Square (C2_MT)	476.381 (P = 0.0000)
Estimated Non-centrality Parameter (MCP)	546.956
90 Percent Confidence Interval for MCP	(472.176 ; 629.196)
Minimum Fit Function Value	1.343
Population Discrepancy Function Value (F0)	1.243
90 Percent Confidence Interval for F0	(1.073 ; 1.430)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.156
90 Percent Confidence Interval for RMSEA	(0.156 ; 0.180)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05)	0.000
Expected Cross-Validation Index (ECVI)	1.443
90 Percent Confidence Interval for ECVI	(1.273 ; 1.630)
ECVI for Saturated Model	0.300
ECVI for Independence Model	3.725
Chi-Square for Independence Model (55 df)	1616.949
Normed Fit Index (NFI)	0.634
Non-Normed Fit Index (NNFI)	0.561
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.507
Comparative Fit Index (CFI)	0.649
Incremental Fit Index (IFI)	0.651
Relative Fit Index (RFI)	0.542
Critical N (CN)	52.041
Root Mean Square Residual (RMR)	0.137
Standardized RMR	0.139
Goodness of Fit Index (GFI)	0.836
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.753
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0.557
DA NI=11 NO=440 MA=KM	

Fonte: Elaborazione personale con LISREL

Dall'analisi dei risultati emerge che, con riferimento all'intervallo di tempo considerato:

- L'ipotesi 1a. è confermata.
- L'ipotesi 1b. è confermata.
- L'ipotesi 1c. è confermata.
- L'ipotesi 1d. è confermata.
- L'ipotesi 2a. non è confermata.

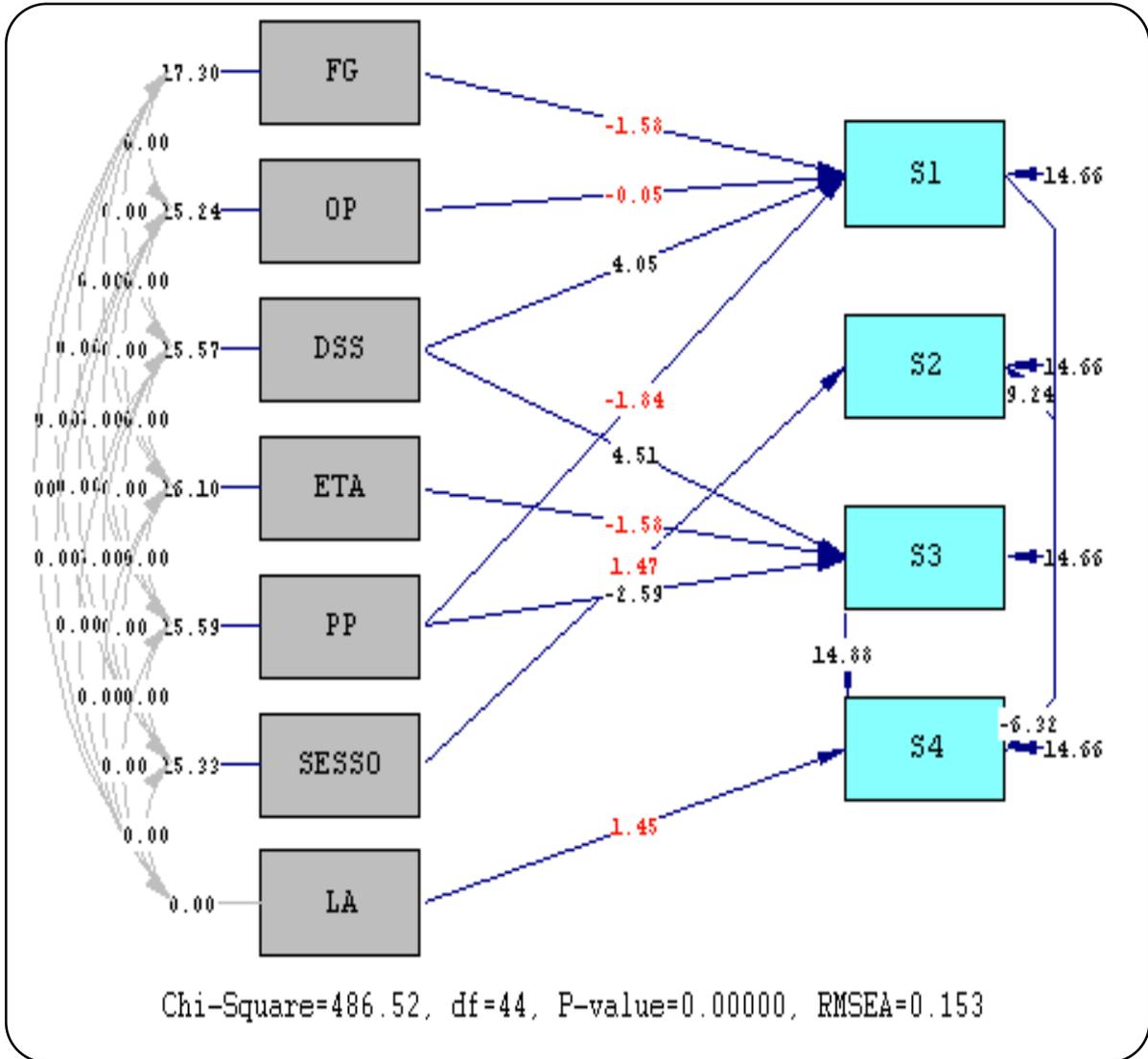
- L'ipotesi 3a. è confermata.
- L'ipotesi 3b. è confermata.
- L'ipotesi 3c. è confermata.
- L'ipotesi 4a. non è confermata.
- L'ipotesi 4b. è confermata.
- L'ipotesi 4c. è confermata.
- L'ipotesi 5a. è confermata.

Figura 4.5 – Modello di equazioni strutturali per il II Semestre dell'Anno 2015

```
DA NI=11 NO=429 MA=KM
KM
1
0.009 1
0.002 0.113 1
-.119 -.032 -.109 1
0.015 -.029 -.084 -.208 1
0.069 -.126 0.028 -.136 0.091 1
-.361 -.062 0.139 -.044 0.028 -.016 1
-.075 0.021 0.199 -.075 -.104 0.071 0.058 1
-.106 0.024 0.101 -.027 -.126 0.062 0.066 0.480 1
-.085 0.018 0.231 -.073 -.126 0.106 0.081 0.545 0.772 1
-.090 -.004 0.048 -.029 -.111 -.009 0.094 0.077 0.382 0.475 1
LA
FG OP DSS ETA PP SESSO LA S1 S2 S3 S4
SE
S1 S2 S3 S4 FG OP DSS ETA PP SESSO LA
MO NY=4 MX=7 BE=FU,FI GA=FU,FI LX=FU,FR LY=FU,FI TD=FU,FI PH=FU,FI
FR GA(1,1) GA(1,2) GA(1,3) GA(1,5)
FR GA(2,6)
FR GA(3,3) GA(3,4) GA(3,5)
FR GA(4,7)
FR BE(4,3) BE(2,4) BE(4,1)
FR PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(4,4) PH(5,5) PH(6,6)
PD
OU ALL
```

Fonte: Elaborazione personale con LISREL

Figura 4.6 – Elaborazione grafica dei risultati del modello di equazioni strutturali per il II Semestre dell'Anno 2015



Fonte: Elaborazione personale con LISREL.

Con riferimento al secondo trimestre del 2015 è possibile notare che il modello è da ritenersi non falsificato in quanto, nonostante il P-value sia pari a 0, esso presenta valori positivi con riferimento a tutti gli indicatori di valutazione come sintetizzato di seguito.

Figura 4.7 – *Indicatori di bontà del modello di equazioni strutturali per il II Semestre dell'Anno 2015*

Goodness of Fit Statistics	
Degrees of Freedom for (C1)-(C2)	44
Maximum Likelihood Ratio Chi-Square (C1)	485.521 (P = 0.0000)
Browne's (1984) ADF Chi-Square (C2_NT)	443.749 (P = 0.0000)
Estimated Non-centrality Parameter (NCP)	442.521
90 Percent Confidence Interval for NCP	(375.302 ; 517.191)
Minimum Fit Function Value	1.134
Population Discrepancy Function Value (F0)	1.032
90 Percent Confidence Interval for F0	(0.875 ; 1.205)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.153
90 Percent Confidence Interval for RMSEA	(0.141 ; 0.155)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05)	0.000
Expected Cross-Validation Index (ECVI)	1.237
90 Percent Confidence Interval for ECVI	(1.080 ; 1.411)
ECVI for Saturated Model	0.308
ECVI for Independence Model	2.098
Chi-Square for Independence Model (55 df)	877.989
Normed Fit Index (NFI)	0.445
Non-Normed Fit Index (NNFI)	0.325
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.356
Comparative Fit Index (CFI)	0.451
Incremental Fit Index (IFI)	0.458
Relative Fit Index (RFI)	0.305
Critical N (CN)	51.445
Root Mean Square Residual (RMR)	0.127
Standardised RMR	0.125
Goodness of Fit Index (GFI)	0.842
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.753
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0.551
DA NI=11 NO=429 MA=KM	

Fonte: Elaborazione personale con LISREL.

Dall'analisi dei risultati emerge che, con riferimento all'intervallo di tempo considerato:

- *L'ipotesi 1a. non è confermata.*
- *L'ipotesi 1b. non è confermata.*
- *L'ipotesi 1c. è confermata.*
- *L'ipotesi 1d. non è confermata.*

- L'ipotesi 2a. non è confermata.
- L'ipotesi 3a. non è confermata.
- L'ipotesi 3b. non è confermata.
- L'ipotesi 3c. è confermata.
- L'ipotesi 4a. non è confermata.
- L'ipotesi 4b. è confermata.
- L'ipotesi 4c. è confermata.
- L'ipotesi 5a. è confermata.

Figura 4.8 – Modello di equazioni strutturali per il III Semestre dell'Anno 2015

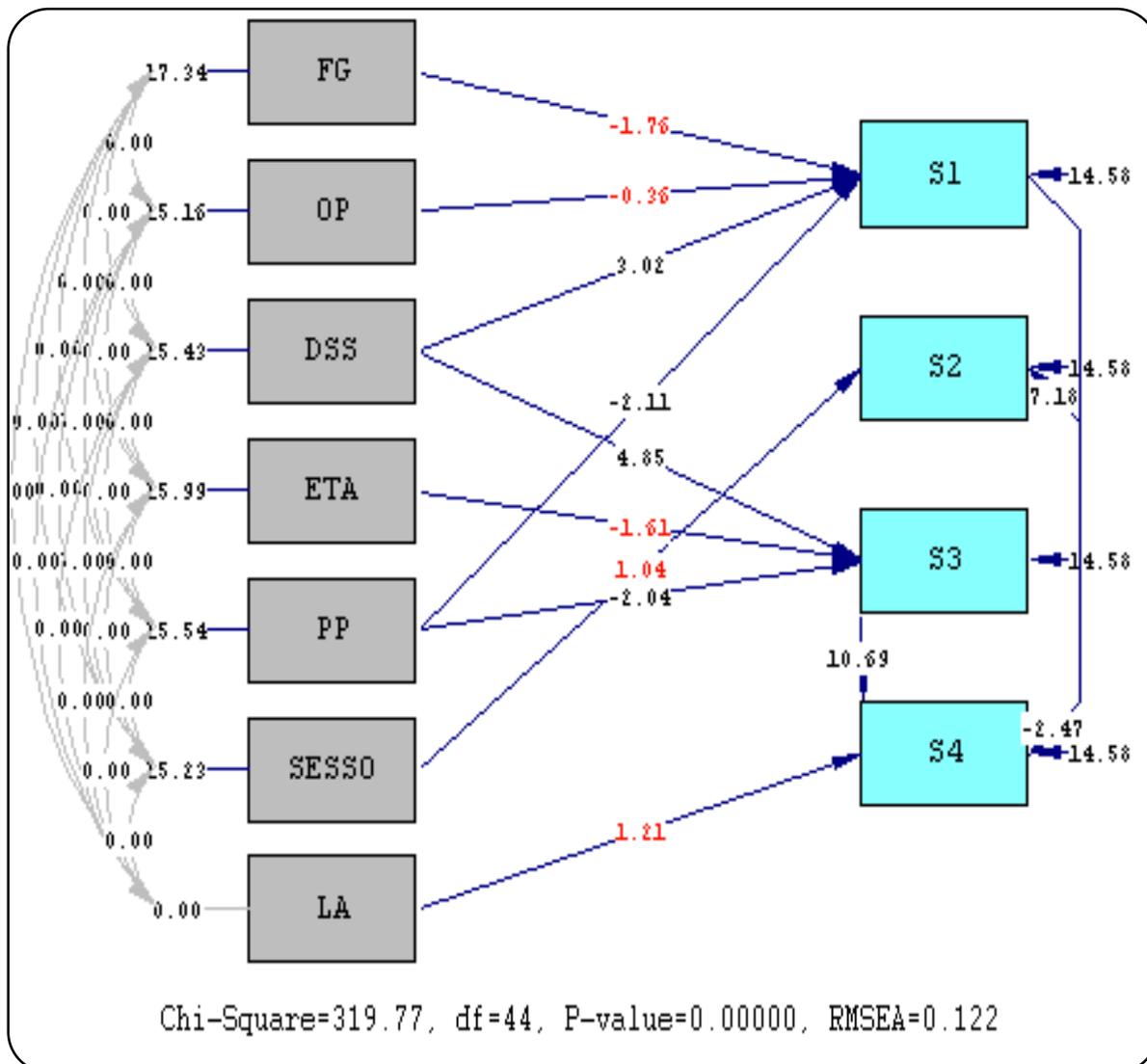
```

DA NI=11 NO=424 MA=KM
KM
1
0.002 1
0.001 0.112 1
-.118 -.027 -.102 1
0.014 -.031 -.081 -.213 1
0.058 -.129 0.019 -.131 0.100 1
-.370 -.055 0.135 -.045 0.028 -0.012 1
-.085 0.002 0.151 -.054 -.113 0.018 0.058 1
-.055 0.052 0.095 -.030 -.089 0.034 0.034 0.330 1
-.077 0.049 0.245 -.080 -.100 0.072 0.082 0.450 0.575 1
-.056 0.033 0.070 -.015 -.139 -.043 0.084 0.106 0.321 0.423 1
LA
FG OP DSS ETA PP SESSO LA S1 S2 S3 S4
SE
S1 S2 S3 S4 FG OP DSS ETA PP SESSO LA
MO NY=4 NX=7 BE=FU,FI GA=FU,FI LX=FU,FR LY=FU,FI TD=FU,FI PH=FU,FI
FR GA(1,1) GA(1,2) GA(1,3) GA(1,5)
FR GA(2,5)
FR GA(3,3) GA(3,4) GA(3,5)
FR GA(4,7)
FR BE(4,3) BE(2,4) BE(4,1)
FR PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(4,4) PH(5,5) PH(6,6)
PD
OU ALL

DA NI=11 NO=424 MA=KM
    
```

Fonte: Elaborazione personale con LISREL.

Figura 4.9 – Elaborazione grafica dei risultati del modello di equazioni strutturali per il III Semestre dell'Anno 2015



Fonte: Elaborazione personale con LISREL.

Con riferimento al terzo trimestre del 2015 è possibile notare che il modello è da ritenersi non falsificato in quanto, nonostante il P-value sia pari a 0, esso presenta valori positivi con riferimento a tutti gli indicatori di valutazione come sintetizzato di seguito.

Figura 4.10 – Indicatori di bontà del modello di equazioni strutturali per il III Semestre dell'Anno 2015

Goodness of Fit Statistics	
Degrees of Freedom for (C1)-(C2)	44
Maximum Likelihood Ratio Chi-Square (C1)	319.766 (P = 0.0000)
Browne's (1984) &DF Chi-Square (C2_NT)	298.413 (P = 0.0000)
Estimated Non-centrality Parameter (NCP)	275.766
90 Percent Confidence Interval for NCP	(222.694 ; 336.325)
Minimum Fit Function Value	0.754
Population Discrepancy Function Value (F0)	0.650
90 Percent Confidence Interval for F0	(0.525 ; 0.793)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.122
90 Percent Confidence Interval for RMSEA	(0.109 ; 0.134)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05)	0.000
Expected Cross-Validation Index (ECVI)	0.858
90 Percent Confidence Interval for ECVI	(0.733 ; 1.001)
ECVI for Saturated Model	0.311
ECVI for Independence Model	1.629
Chi-Square for Independence Model (55 df)	668.604
Normed Fit Index (NFI)	0.521
Non-Normed Fit Index (NNFI)	0.437
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.416
Comparative Fit Index (CFI)	0.549
Incremental Fit Index (IFI)	0.557
Relative Fit Index (RFI)	0.401
Critical N (CN)	91.893
Root Mean Square Residual (RMR)	0.101
Standardized RMR	0.100
Goodness of Fit Index (GFI)	0.887
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.830
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0.591
DA NI=11 NO=424 MA=KM	

Fonte: Elaborazione personale con LISREL.

Dall'analisi dei risultati emerge che, con riferimento all'intervallo di tempo considerato:

- L'ipotesi 1a. non è confermata.
- L'ipotesi 1b. non è confermata.
- L'ipotesi 1c. è confermata.
- L'ipotesi 1d. è confermata.
- L'ipotesi 2a. non è confermata.

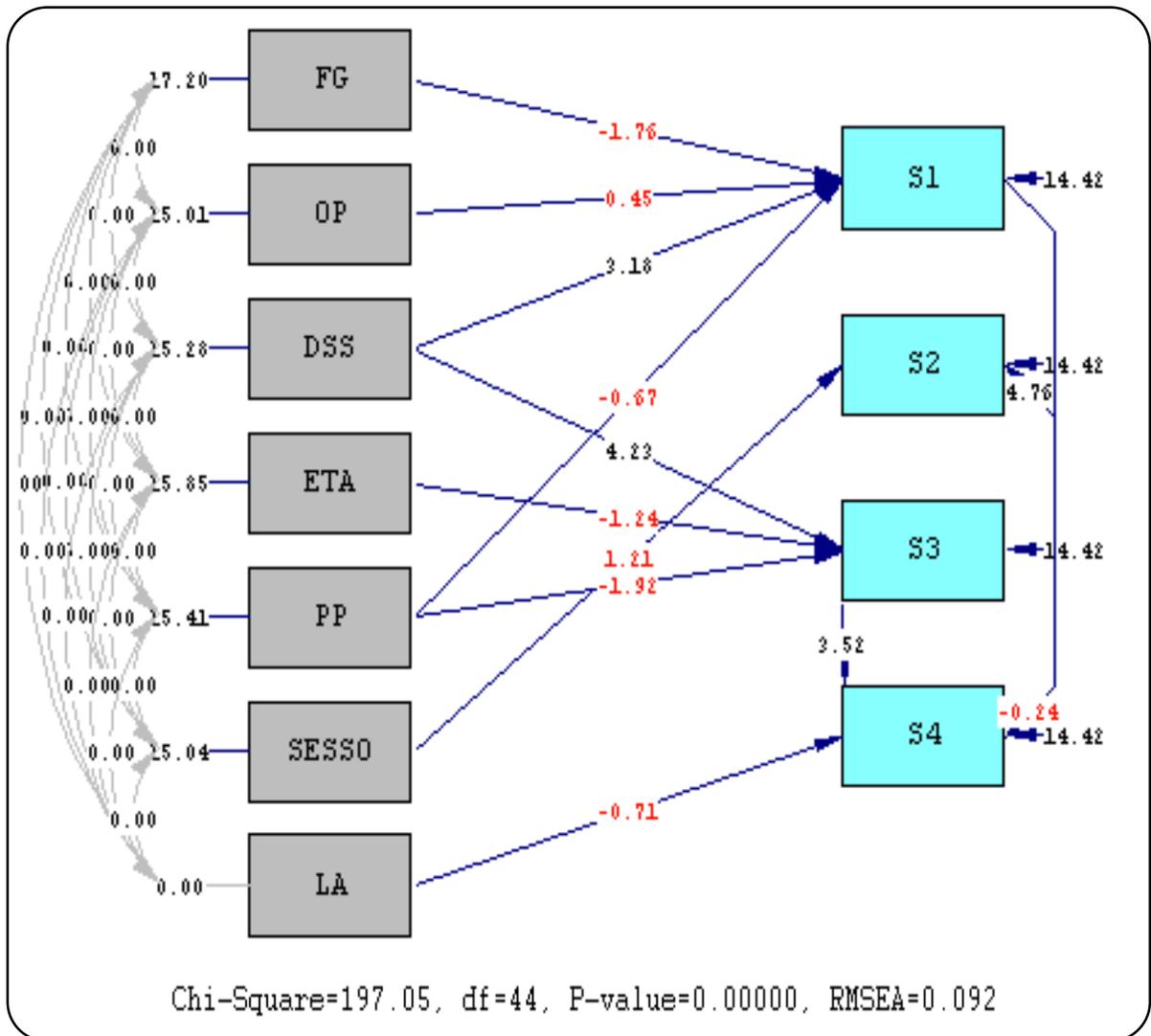
- L'ipotesi 3a. non è confermata.
- L'ipotesi 3b. è confermata.
- L'ipotesi 3c. è confermata.
- L'ipotesi 4a. non è confermata.
- L'ipotesi 4b. è confermata.
- L'ipotesi 4c. è confermata.
- L'ipotesi 5a. è confermata.

Figura 4.8 – Modello di equazioni strutturali per il IV Semestre dell'Anno 2015

```
DA NI=11 NO=415 MA=EM
EM
1
0.011 1
0.013 0.112 1
-.123 -.030 -.097 1
0.013 -.029 -.088 -.218 1
0.074 -.131 0.008 -.130 0.083 1
-.370 -.068 0.133 -.039 0.041 -.007 1
-.083 0.039 0.159 -.054 -.048 -.031 0.078 1
-.068 0.087 0.141 -.010 -.092 0.039 0.028 0.080 1
-.073 0.094 0.218 -.060 -.099 0.057 0.089 0.271 0.564 1
-.021 -.002 0.083 -.030 -.103 -.083 -.020 0.032 0.222 0.164 1
LA
FG OP DSS ETA PP SESSO LA S1 S2 S3 S4
SE
S1 S2 S3 S4 FG OP DSS ETA PP SESSO LA
MO NY=4 MX=7 BE=FU,FI GA=FU,FI LX=FU,FR LY=FU,FI TD=FU,FI PH=FU,FI
FR GA(1,1) GA(1,2) GA(1,3) GA(1,5)
FR GA(2,6)
FR GA(3,3) GA(3,4) GA(3,5)
FR GA(4,7)
FR BE(4,3) BE(2,4) BE(4,1)
FR PH(1,1) PH(2,2) PH(3,3) PH(4,4) PH (5,5) PH(6,6)
PD
OU ALL
```

Fonte: Elaborazione personale con LISREL.

Figura 4.9 – Elaborazione grafica dei risultati del modello di equazioni strutturali per il IV Semestre dell'Anno 2015



Fonte: Elaborazione personale con LISREL.

Con riferimento al quarto trimestre del 2015 è possibile notare che il modello è da ritenersi non falsificato in quanto, nonostante il P-value sia pari a 0, esso presenta valori positivi con riferimento a tutti gli indicatori di valutazione come sintetizzato di seguito.

Figura 4.10 – *Indicatori di bontà del modello di equazioni strutturali per il IV Semestre dell'Anno 2015*

Goodness of Fit Statistics	
Degrees of Freedom for (C1)-(C2)	44
Maximum Likelihood Ratio Chi-Square (C1)	197.047 (P = 0.0000)
Browne's (1984) ADF Chi-Square (C2_NT)	172.256 (P = 0.0000)
Estimated Non-centrality Parameter (NCP)	153.047
90 Percent Confidence Interval for NCP	(113.238 ; 200.405)
Minimum Fit Function Value	0.475
Population Discrepancy Function Value (F0)	0.369
90 Percent Confidence Interval for F0	(0.273 ; 0.483)
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0.0916
90 Percent Confidence Interval for RMSEA	(0.0787 ; 0.105)
P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05)	0.000
Expected Cross-Validation Index (ECVI)	0.581
90 Percent Confidence Interval for ECVI	(0.485 ; 0.695)
ECVI for Saturated Model	0.318
ECVI for Independence Model	1.033
Chi-Square for Independence Model (55 df)	406.673
Normed Fit Index (NFI)	0.514
Non-Normed Fit Index (NNFI)	0.454
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.411
Comparative Fit Index (CFI)	0.564
Incremental Fit Index (IFI)	0.577
Relative Fit Index (RFI)	0.393
Critical N (CN)	145.362
Root Mean Square Residual (RMR)	0.0801
Standardized RMR	0.0800
Goodness of Fit Index (GFI)	0.930
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0.895
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0.620
DA NI=11 NO=415 MA=EM	

Fonte: Elaborazione personale con LISREL.

Dall'analisi dei risultati emerge che, con riferimento all'intervallo di tempo considerato:

- *L'ipotesi 1a. non è confermata.*
- *L'ipotesi 1b. non è confermata.*
- *L'ipotesi 1c. è confermata.*
- *L'ipotesi 1d. non è confermata.*

- *L'ipotesi 2a. non è confermata.*
- *L'ipotesi 3a. è confermata.*
- *L'ipotesi 3b. non è confermata.*
- *L'ipotesi 4a. non è confermata.*
- *L'ipotesi 4b. è confermata.*
- *L'ipotesi 4c. è confermata.*
- *L'ipotesi 5a. non è confermata.*

4.3.4 Discussione dei risultati

La raccolta e l'elaborazione dei dati primari e secondari mostra chiaramente l'esistenza di forti potenzialità connesse all'implementazione di un efficace ed efficiente modello di Assistenza Domiciliare Integrata.

Specificatamente i dati primari, raccolti tramite intervista diretta agli utenti del servizio, mostrano una valutazione positiva degli aspetti indagati che migliora progressivamente nel tempo. Stesso indirizzo può essere rilevato con riferimento alla variazione dei livelli di soddisfazione di un campione di soggetti che, intervistati per quattro volte nel corso del 2015, hanno mostrato una crescente soddisfazione per il servizio ricevuto.

Tali informazioni sono, nella prospettiva adottata ai fini della presente stesura, particolarmente rilevanti in quanto evidenziano la possibilità di influenzare il livello di soddisfazione dell'utenza in sanità agendo su componenti precedentemente sottovalutate.

Se da un lato, infatti, livelli di soddisfazione elevati mostrano l'efficienza di un modello di erogazione del servizio sanitario alternativo rispetto ai percorsi tradizionale, la tendenza del livello di soddisfazione ad aumentare nel tempo, dall'altro lato, può essere interpretata come effetto di un progressivo allineamento tra operatori sanitari e utenti. Si potrebbe affermare, in altri termini, che gli attori considerati, attraverso un'interazione costante nel tempo, hanno superato i limiti prodotti da condizioni di asimmetria informativa e di disallineamento cognitivo riuscendo ad apprezzare il valore di un servizio sanitario realmente fondato sulle esigenze dell'utente e che rende il paziente fulcro di un nuovo approccio al SSN.

Tali evidenze, combinate con la possibilità di ottenere indicazioni chiare in merito alla soddisfazione prodotta dal servizio di Assistenza Domiciliare Integrato con riferimento alle patologie prevalenti esperite dal soggetto o a caratteristiche socio-demografiche degli utenti, come evidenziato dall'applicazione di un modello di equazioni strutturali, rende l'ADI una

strada perseguibile per modificare (e migliorare) drasticamente connotazioni e caratterizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale. Osservando i risultati dell'indagine sui dati secondari, infatti, è possibile notare come, mentre nella fase iniziale di ricezione del servizio l'utente manifesta livelli di soddisfazione cui è possibile chiaramente ricondurre legami di influenza con variabili socio-demografiche e con la caratterizzazione della patologia prevalente, con il trascorrere del tempo tali legami, seppur in presenza di un incremento generalizzato della soddisfazione, perdono significatività. Gli unici elementi rispetto ai quali permane un livello di influenza apprezzabile riguardano la componente "cortesia" che altro non è che una dimensione dell'aspetto relazionale. Tale risultato, apparentemente immotivato dal punto di vista razionale, rileva, secondo l'autore, la fondamentale rilevanza dell'approccio relazione e della collaborazione con l'utente ai fini della soddisfazione percepita da quest'ultimo in sanità.

I risultati dell'indagine mostrano, infatti, che in presenza di un'interazione prolungata nel tempo cui l'utente associa un notevole significato emotivo-cognitivo (elevato livello di soddisfazione per l'item cortesia) la sua percezione di soddisfazione si svincola progressivamente dalla valutazione delle componenti razionali (professionalità, igiene e ordine, puntualità) per legarsi ad elementi di natura più intima²³³. L'utente passa dall'essere un semplice destinatario del servizio al considerarsi parte essenziale dello stesso attribuendo rilevanza crescente alle componenti positive e tralasciando le componenti negative per le quali (nei casi più estremi) tende addirittura ad assumersi la responsabilità.

4.3.5 Limiti della ricerca e implicazioni manageriali

I dati riportati nelle pagine precedenti offrono un'evidenza, seppur parziale, di come l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrato possa garantire oltre che un risparmio in termini di costi per il Servizio Sanitario anche un elevato livello di soddisfazione dell'utenza.

²³³ Riprendendo gli indirizzi interpretativi offerti dall'Approccio Sistemico Vitale e dalla Logica di Servizio è possibile affermare che quanto evidenziato rappresenta la tangibilizzazione di un'evoluzione paradigmatica in cui "dal tradizionale concetto di valore di scambio, si perviene, quindi, ad una accezione di valore d'uso di contesto dove risulta fondamentale il concetto di soluzione concertata".

Barile S., Saviano M. (2012). Oltre la partnership: un cambiamento di prospettiva. In De Falco Esposito S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni* (pp. 62-88). Franco Angeli, Milano, p. 69.

Le evidenze riportate non sono ovviamente da considerarsi come rappresentative dell'intero fenomeno indagato ma rappresentano esclusivamente una fotografia dello stato dell'arte in una particolare provincia del territorio nazionale e con riferimento al servizio erogato da una specifica azienda dopo un anno dall'attribuzione dell'incarico ma consentono sicuramente di maturare prime riflessioni di carattere manageriale da assoggettare a verifica tramite implementazione di un'indagine a più ampio spettro tanto in termini di area territoriale indagata quanto con riferimento agli item analizzati.

Quanto emerso in questa prima fase di ricerca evidenzia una forte potenzialità per il Servizio Sanitario Nazionale per il quale si dischiude l'opportunità di 'modificare' l'assetto tradizionale di erogazione di alcuni tipi di servizi beneficiando di una riduzione dei costi e avendo l'opportunità, tramite un contatto più diretto con l'utenza reso possibile dagli operatori, di recuperare quelle condizioni relazionali con il territorio che, come è stato sottolineato nelle pagine precedenti, l'eccessiva attenzione ai vincoli di bilancio ha compromesso.

In tale prospettiva risulta chiara la necessità di un profondo ripensamento tanto delle strategie adottate quanto degli obiettivi perseguiti. Un ripensamento che andrebbe avviato riconsiderando, innanzitutto, le logiche su cui si fonda la filiera della salute in Italia i cui meccanismi di governo non possono e non devono più limitarsi ad un approccio top-down diretto ad applicare a livello locale principi e scelte che non tengono adeguatamente in considerazione le specificità del territorio.

Si tratta di ripensare i rapporti tra utenza e SSN al fine di meglio comprendere le istanze provenienti dalla prima in una prospettiva di umanizzazione del servizio²³⁴. In tale

²³⁴ Riprendendo le parole di Rassa et al. sul tema occorre rilevare che "il principio sul quale dovremmo costruire tutto per umanizzare i servizi sanitari è semplice ed allo stesso tempo rivoluzionario. In modo sintetico si tratta di riportare il malato/cittadino al centro del sistema sanitario nella sua globalità di essere umano perché tutto quello che viene fatto deve essere finalizzato al malato/cittadino. Dobbiamo pensare al malato, a quello che il malato aspetta e deve ricevere, a quello di cui ha bisogno, dobbiamo pensare come l'ammalato. Se questo principio venisse applicato produrrebbe un vero terremoto nella realtà sanitaria. Infatti se il malato venisse messo al centro delle nostre attenzioni non troveremo cameroni nei reparti di degenza con quattro, sei ed anche otto malati senza alcun rispetto della privacy e, negli stessi ospedali, piani interi dedicati invece a "studi medici". Se il malato fosse al centro delle nostre attenzioni non troveremo, in estate, cameroni affollati di persone senza condizionamento ambientale, malati anziani che spesso muoiono per le impossibili condizioni climatiche e, nella stessa azienda sanitaria, spaziosi e luminosi uffici per impiegati con una perfetta climatizzazione. L'assurdità umana ha costruito realtà beffarde e la nostra intelligenza dovrebbe farci insorgere contro queste ingiustizie.

Fortunatamente la crescita culturale della popolazione si sta accompagnando a una maggiore percezione della inadeguatezza della risposta che riceve ai problemi di salute".

Rassa S., Manca M.G., Pintus S., Cigni A. (2001). L'umanizzazione dei servizi sanitari. *Caleidoscopio*, (147), 1-88. p. 9.

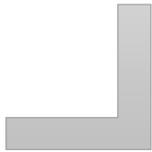
accezione, occorre combinare le due prospettive di osservazione laddove “il punto di vista dell'azienda sanitaria è espresso tenendo conto, data la valutazione di appropriatezza della prestazione (e del conseguente rischio di inappropriata), dei dominanti obiettivi di riduzione della spesa, che fanno sì che l'azienda sanitaria si preoccupi particolarmente dell'“onerosità della prestazione” [e] il punto di vista dell'utenza è espresso considerando che le relative attese variano al variare dell'intensità del bisogno assistenziale”²³⁵.

Tale sforzo consentirebbe tanto al management quanto agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale di individuare possibili aree di convergenza tra i bisogni e le aspettative dell'utenza e le necessità di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse delle strutture sanitarie. Tale convergenza trova, dunque, nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata una possibile strada di realizzazione ove in molti casi la prevenzione ad alta intensità assistenziale e la riabilitazione ospedaliera, generalmente effettuate presso le strutture sanitarie con il sostenimento di elevati costi di gestione, potrebbero essere realizzate presso il domicilio del paziente con la collaborazione dei familiari e un considerevole risparmio di risorse per le casse dello Stato.

Indirizzare gli sforzi degli operatori sanitari verso un coinvolgimento dei familiari del paziente nell'erogazione della prestazione presso il domicilio di quest'ultimo rappresenta quindi una strada percorribile le cui potenzialità sono tutte da valorizzare e il cui potenziamento deve richiamare l'attenzione tanto dei decision maker quanto dei diversi attori interessati a vario titolo alla filiera della salute.

Il lavoro presentato offre, in estrema sintesi, alcune evidenze che richiedono di essere confermate attraverso l'elaborazione di indagini a più ampio spettro con metodologie di raccolta ed elaborazione dei dati che consentano di meglio comprendere i driver di soddisfazione dell'utenza al fine di indirizzare opportunamente la formalizzazione di processi di erogazione del servizio sanitario che realmente siano incentrati sui bisogni del paziente.

²³⁵ Barile S., Saviano M., Renzi A. (2014). Paradigmi dominanti nel processo di aziendalizzazione della sanità. Un'interpretazione sistemica della responsabilità dell'azienda sanitaria. In Aleo S., De Matteis R., Vecchio G. (a cura di), *La responsabilità in ambito sanitario*, Cedam, Padova, pp. 1195-1232, p. 1227.



Conclusioni

Il tema della soddisfazione dei pazienti in sanità, come evidenziato nella presente stesura, è divenuto, negli ultimi anni, centrale nei molteplici contesti coinvolti nella definizione di linee guida e strategie sostenibili per la gestione dell'offerta sanitaria nel prossimo futuro.

Tale argomento, seppur riscuota unanime approvazione circa la necessità di indirizzare gli sforzi profusi verso un recupero delle condizioni di umanizzazione del servizio sanitario, si scontra con la sempre più ingombrante necessità di dover far fronte alla riduzione delle risorse disponibili e quindi all'impossibilità di investire per migliorare la soddisfazione dei pazienti.

Da tali premesse discende la necessità di individuare percorsi di 'sviluppo' alternativi che, agendo su variabili precedentemente sottovalutate consentano di ottenere i risultati auspicati pur nel rispetto dei limiti esistenti. In tale direzione, la presente stesura ha voluto focalizzare l'attenzione sull'approccio relazionale e sulla logica di co-creazione del valore quali strade perseguibili per individuare nuovi percorsi nella gestione della sanità.

Il principio fondato le riflessioni presentate evidenzia che per indirizzare i modelli di management della sanità verso logiche evolute occorre superare i confini tradizionalmente imposti da una prospettiva riduzionistica per aprire il campo di osservazione a nuove variabili e a nuovi attori che, agendo sinergicamente, possono produrre risultati inimmaginabili e inspiegabili per gli approcci tradizionali.

In tale direzione, il percorso di ricerca proposto ha voluto indagare quali sono la causa e i costi dell'insoddisfazione in sanità individuando nell'asimmetria informativa e nel disallineamento cognitivo due possibili elementi interpretativi. Tali elementi, evidenziando come la percezione individuale impatti sulle aspettative e sul livello di soddisfazione per un servizio ricevuto, aprono a possibili nuove spiegazioni in cui il crescente malcontento verso le strategie adottate in sanità può essere interpretato come progressivo allottamento dei modelli interpretativi degli attori coinvolti. Si tratta di un'ipotesi esplicativa che sembra, almeno intuitivamente, spiegare i fenomeni in atto nella sanità e che trova nella gestione della conoscenza importanti indicazioni su come migliorare la capacità degli attori coinvolti

di indirizzarsi verso modelli interpretativi in grado di valorizzare le competenze e le risorse individuali per la soddisfazione congiunta dei diversi bisogni.

Tale allineamento ovviamente non può essere imposto dall'alto ma deve emergere progressivamente dal basso come effetto di un percorso graduale che consenta agli attori di comprendersi a vicenda. Si tratta di un percorso articolato che, data la molteplicità di attori e di bisogni costituente il contesto della sanità, richiede di essere opportunamente indirizzato affinché gli sforzi profusi possano produrre i risultati desiderati.

La necessità evidenziata, dunque, è di investire nell'implementazione di un approccio relazionale diretto a consentire ai singoli attori di meglio comprendere le rispettive istanze al fine di evitare che strategie teoricamente in grado di incrementare la soddisfazione dei pazienti non producano gli effetti auspicati in quanto non agiscono sulle variabili ritenute rilevanti dagli utenti. Agendo in tale direzione, infatti, è possibile ridurre (se non eliminare) le aree di divergenza esistenti tra erogatore e utente del servizio sanitario che, nonostante l'impegno di entrambe le parti, continuano a provocare distrazioni di risorse dai percorsi che potrebbero realmente incrementare la soddisfazione generata dai processi di erogazione dei servizi sanitari.

L'obiettivo dei decision maker diventa, quindi, di incentivare il contatto, l'interazione e lo scambio di informazione tra erogatore e utente del servizio sanitario affinché possano emergere condizioni di reciproca comprensione tali da spingerli verso quelle aree di convergenza in cui è possibile ipotizzare la realizzazione di strategie basate sulla collaborazione e sulla co-creazione e in cui i risultati generati sono percepiti da tutti gli attori come rispondenti alle aspettative maturate. Si tratta, indubbiamente, di un obiettivo ambizioso la cui realizzazione richiede di procedere per piccoli passi agendo in modo da evitare di compromettere gli equilibri di un sistema che, seppur con molteplici inefficienze, continua a soddisfare opportunamente le esigenze della collettività. Occorre individuare prime embrionali aree di sperimentazione in cui validare l'efficacia del nuovo approccio e in cui testare le possibili soluzioni attuative.

In tale direzione, l'Assistenza Domiciliare Integrata è risultata essere un interessante primo bacino di sperimentazione in quanto percorso avviato con l'obiettivo di ridurre i costi nell'erogazione dei servizi sanitari ma che, agendo sulla relazione tra personale sanitario e utenze, può offrire evidenze circa la validità dell'approccio proposto. Validità che è stata verificata attraverso la progettazione e realizzazione di un'indagine empirica nella provincia di Salerno e dalla quale è emerso che l'ADI, opportunamente gestita, può generare un

elevato livello di soddisfazione che tende ad aumentare nel tempo, probabilmente, per effetto dell'interazione prolungata tra erogatore e utente.

Tali evidenze non sono da considerarsi esaustive, come precisato nella stesura, ma esse rappresentano solo il primo passo di un lungo percorso di ricerca che richiede di indagare perché attori diversi interagendo nel tempo riescono a comprendersi meglio e come questa migliore comprensione può essere tradotta in effettive possibilità di co-creazione del valore in sanità. Occorre, in altri termini, verificare se tale 'avvicinamento' si verifica sempre o se vi sono ulteriori cause ostative al fine di determinare un possibile modello di misurazione in grado di includere le diverse variabili in una comune rappresentazione tramite cui valutare se e quali sono le possibilità di reciproca comprensione tra erogatore e utente in sanità e quali sono le potenzialità in termini di co-creazione di valore di tale reciproca comprensione²³⁶.

In tale direzione, alcuni importanti passi sono stati compiuti e tra questi rileva osservare l'esistenza di una prima proposta di modello di misurazione nell'ambito del filone di studi dell'Approccio Sistemico Vitale. Tale proposta, applicando al campo delle scienze sociali principi e regole delle scienze esatte, ha proposto come elementi di riferimento i concetti di consonanza e risonanza²³⁷. In particolare definendo la consonanza (C) come "compatibilità strutturale tra sistemi, atta a consentire che essi possano rapportarsi raccordandosi"²³⁸ e la

²³⁶ In linea con il percorso tracciato si potrebbe affermare che "the decision makers to carefully evaluate the conditions of consonance (relational harmony) and resonance (value outcome) within the whole context and accordingly define appropriate strategies to improve efficiency, effectiveness and sustainability of the system as a fundamental requirement for its viability. On this basis, appropriate health care value propositions should be defined directing all involved actors towards the sharing of the ultimate finality of population's health care by harmonizing their specific goals through their progressive alignment". Saviano M., Parida R., Caputo F., Datta, S.K. (2014). Health care as a worldwide concern. Insights on the Italian and Indian health care systems and PPPs from a VSA perspective, *EuroMed Journal of Business*, 9(2), 198-220, p. 204.

Ne deriva con estrema chiarezza che, in una realtà caratterizzata da crescenti livelli di complessità, la capacità di assumere decisioni consapevoli sempre più spesso da opportunità si traduce in necessità. Infatti, non è più sufficiente, per la sopravvivenza di un sistema vitale, ricorrere a modelli decisionali che, fondandosi su logiche di ottimizzazione finiscono, il più delle volte, per non analizzare il riverbero che una decisione ha sul contesto di riferimento. La presenza di una fitta rete di relazioni di influenza, con sovrasistemi da cui i destini di un'organizzazione sono strettamente influenzati, richiede strumenti che, ampliando gli orizzonti percettivi del decisore, ne rafforzano la sua consapevolezza".

Merola B. (2012). La consonanza in sanità con riferimento all'assistenza domiciliare integrata. In De Falco Esposito S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni* (pp. 261-332). Franco Angeli, Milano, p. 330.

²³⁷ Da intendersi come grandezze vettoriali.

²³⁸ Golinelli G.M. (2005). *L'approccio sistemico al governo dell'impresa. L'impresa sistema vitale*, Cedam, Padova, p. 209.

Più specificatamente "la consonanza è la necessaria attitudine a ricercare e conseguire legittimazione

risonanza (\mathfrak{R}) come “variazione della consonanza nel corso del tempo in conseguenza della frequenza di attivazione delle relazioni e della quantità dello scambio informativo”²³⁹, l’Approccio Sistemico Vitale, partendo dalla considerazione che qualsiasi Sistema Vitale può essere osservato e rappresentato in termini di Varietà Informativa, da intendersi come composizione di Unità Informative (U), Schemi Interpretativi (S_{int}) e Categorie Valoriali (C_{val})²⁴⁰, propone di misurare la ‘vicinanza’ tra attori diversi in termini di potenzialità delle diverse Varietà Informative di ‘allinearsi’²⁴¹ per effetto dell’avvicinarsi delle rispettive Unità Informative, ossia²⁴²:

$$C = \lim_{U_1 \rightarrow U_2} \frac{V_1 - V_2}{U_1 - U_2}$$

Da tale rappresentazione si può derivare che la Risonanza, agendo sui livelli di consonanza, rappresenta il modo in cui un Sistema Vitale percepisce gli altri attori del contesto in cui opera e, quindi, può essere intesa come rappresentazione della possibilità che emergano percorsi di collaborazione e di co-creazione di valore tra erogatore e utente in sanità. Tutto ciò matematicamente può essere sintetizzato come segue²⁴³:

sociale; è la tappa obbligata affinché l’impresa possa riacquisire quella centralità che l’ha qualificata, nel divenire del tempo, istituzione fondante del progresso economico, sociale e scientifico”.

Golinelli G.M. (2009). L’approccio sistemico vitale: nuovi orizzonti di ricerca per il governo dell’impresa. *Sinergie Italian Journal of Management*, 80, IX-XXII, p. XII.

²³⁹ Golinelli G.M. (2005). *L’approccio sistemico al governo dell’impresa. L’impresa sistema vitale*, Cedam, Padova, p. 211.

²⁴⁰ Tali concetti sono stati introdotti nel Capitolo II della presente stesura al quale si rimanda per approfondimenti sul tema.

²⁴¹ Più dettagliatamente, secondo l’Approccio Sistemico Vitale “the movement of a given informative variety is influenced by the level of adequacy that the ‘form’ of incoming information reaches. The configuration, the ‘form’, turns into a factor which can modify the speed of the variety of the dynamics regarding informative variety.

It is reasonable to keep in mind that when information is perceived, the action of this perception turns into a clash which is proportional to the variety of variety which opposes against. So this action either resists or favours the process of comprehension. The structure of interpretation during this action is a fundamental factor, which we will indicate with the formula and depends on the phase of interpretation and assimilation adopted by the decision-maker”.

Barile S. (2009). The dynamic of informative varieties in the processes of decision making. In *The 3rd International Conference on Knowledge Generation, Communication and Management*, July, 10-13. Orlando, Florida.

²⁴² Barile S., Sancetta G., Saviano M. (2015). *Management. Vol I, Il modello sistemico e le decisioni manageriali*. Giappichelli, Torino, p.222.

²⁴³ *Ibidem*, p. 225

$$\mathfrak{R} = \lim_{U_1 \rightarrow U_2} \frac{C_1 - C_2}{U_1 - U_2}$$

Il modello evidenzia le implicazioni che un'interazione prolungata tra attori (sistemi vitali) influenzati da categorie valoriali compatibili può produrre in termini di potenziale allineamento derivandone che la consonanza finale ($C_{\text{ons finale}}$), a seguito dell'interazione, può essere misurata come²⁴⁴:

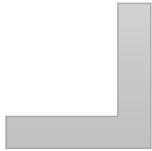
$$C_{\text{ons finale}} = \frac{C_{\text{val1}} * C_{\text{ons1}} + C_{\text{val2}} * C_{\text{ons2}}}{C_{\text{val1}} + C_{\text{val2}}}$$

Tale modello offre un importante contributo di indirizzo al perseguimento dell'obiettivo delineato e rappresenta una prima evidenza della possibilità di giungere alla formulazione compiuta di rappresentazioni capaci di offrire indicazioni tangibili sulla possibilità di implementare modelli di collaborazione tra erogatore e utente in sanità nonché indirizzi sulle strategie da attuare per favorire l'emersione di percorsi di co-creazione del valore in sanità²⁴⁵.

La strada è ancora tutta in salita ma un primo possibile sentiero sembra delinearsi e, nonostante gli sforzi richiesti per percorrerlo, occorre accettare la sfida e dotarsi della dotazione necessaria per affrontarla nel migliore dei modi perché solo da una sua corretta gestione può derivare la 'risurrezione' di un Servizio Sanitario Nazionale più efficace, più efficiente e più sostenibile capace di porre realmente al centro delle proprie strategie l'utente finale pur rispettando i numerosi e stringenti vincoli imposti dalle condizioni di contesto.

²⁴⁴ Barile S., Calabrese M. (2012). Introduzione ad una possibile misura della consonanza in un contesto di sistemi vitali. In De Falco Esposito S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni* (pp. 154-202). Franco Angeli, Milano, p. 193.

²⁴⁵ Obiettivo di tale indicatore è di supportare i decision maker nella definizione di "una graduatoria tra gli investimenti relazioni idonei a implementare quella capacità di consonanza propedeutica all'effettiva istaurazione del rapporto e al soddisfacimento di aspettative e istanza sub e sovra sistemiche", De Falco Esposito S., Gatti C. (2012). In Introduzione. In De Falco Esposito S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni* (pp. 9-15). Franco Angeli, Milano, p. 11.



Riferimenti Bibliografici

- Adinolfi P. (2014). Barriers to reforming healthcare: The Italian case. *Health Care Analysis*, 22(1), 36-58.
- Adinolfi P. (2014). Philosophy, medicine and healthcare: Insights from the Italian experience. *Health Care Analysis*, 22(3), 223-244.
- Aristotele, *Metafisica* (trad. it. di Giovanni Reale (2014), Torino, Bompiani).
- Armeni P., Ferrè F. (2014). La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione. In Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI* (141-181). Cergas, Milano.
- Baccarani C. (2004). Sui sentieri della creatività. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 64-65, 347-360.
- Baccarani C. (2010). Complessità e intelligenza manageriale. *Sinergie Italian Journal of Management*, 81, 97-111.
- Balboni, E. (2001). Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali. *Istituzioni del federalismo: rivista di studi giuridici e politici*, 6, 1103-1111.
- Barbaranelli C., Ingoglia S. (2013). *I modelli di equazioni strutturali. Temi e Prospettive. Edizioni Universitarie di Lettere Economia e Diritto*, Milano.
- Barberis E. (2010). Rapporti territoriali e coordinamento. Una contestualizzazione della governance sociale in Italia. *La rivista delle politiche sociali*, 1, 79-101.
- Barile S. (2009). The dynamic of informative varieties in the processes of decision making. In *The 3rd International Conference on Knowledge Generation, Communication and Management*, July, 10-13. Orlando, Florida.
- Barile S. (2009). Verso la qualificazione del concetto di complessità sistemica. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 79, 47-76.
- Barile S. (2011). L'Approccio Sistemico Vitale per lo sviluppo del territorio. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 84, 47-87.
- Barile S. (2011). *Management sistemico vitale. Decisioni e scelte in contesti complessi*. International Printing, Avellino.
- Barile S., Calabrese M. (2012). Introduzione ad una possibile misura della consonanza in un contesto di sistemi vitali. In De Falco Esposito S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza*

- nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni* (pp. 154-202). Franco Angeli, Milano.
- Barile S., Carrubbo L., Iandolo F., Caputo F. (2013). From 'EGO' to 'ECO' in B2B relationships. *Journal of Business Market Management*, 6(4), 228-253.
- Barile S., Gatti M. (2007). Corporate governance e creazione di valore nella prospettiva sistemico-vitale. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 73-74. 149-168.
- Barile S., Pels J., Polese F., Saviano, M. (2012). An introduction to the viable systems approach and its contribution to marketing. *Journal of Business Market Management*, 5(2), 54-78.
- Barile S., Polese F. (2009). Service Dominant Logic and Service Science: a contribute deriving from network theories In Gummesson E., Mele C., Polese F. (a cura di), *Service Science, SD logic and network theory*, Giannini Editore, Napoli.
- Barile S., Polese F. (2010). Smart service systems and viable service systems: Applying systems theory to service science. *Service Science*, 2(1-2), 21-40.
- Barile S., Polese F., Antonucci E. (2014). Al confine dell'innovazione tecnologica in sanità: la medicina traslazionale. In Aleo S., De Metteis R., Vecchio G. (a cura di). *Le responsabilità in ambito sanitario* (1233-1267). Cedam, Padova.
- Barile S., Sancetta G., Saviano M. (2015). *Management. Vol. I, Il modello sistemico e le decisioni manageriali*. Giappichelli, Torino.
- Barile S., Sancetta G., Simone C. (2013). *Business management*. Cedam, Padova.
- Barile S., Saviano M. (2010). A new perspective of systems complexity in service science. *Impresa, Ambiente, Management*, 4(3), 375-414.
- Barile S., Saviano M. (2012). Oltre la partnership: un cambiamento di prospettiva. In De Falco Esposito S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni* (pp. 62-88). Franco Angeli, Milano.
- Barile S., Saviano M., Polese F., Di Nauta P. (2013). Il rapporto impresa-territorio tra efficienza locale, efficacia di contesto e sostenibilità ambientale. *Sinergie Italian Journal of Management*, 90, 25-49.
- Barile S., Saviano M., Renzi A. (2014). Paradigmi dominanti nel processo di aziendalizzazione della sanità. Un'interpretazione sistemica della responsabilità dell'azienda sanitaria. In Aleo S., De Matteis R., Vecchio G. (a cura di), *La responsabilità in ambito sanitario*, Cedam, Padova, pp. 1195-1232.
- Barnard C. (1938). *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

- Beer S. (1959). What has cybernetics to do with operational research? *Operational Research Quarterly*, 10(1), 1–21.
- Beer S. (1984). The viable system model: Its provenance, development, methodology and pathology. *Journal of the operational research society*, 7-25.
- Bergamaschi M. (2009). *Creazione del valore e organizzazione in sanità*. McGraw-Hill, Milano.
- Berkeley I.S. (1997). *Some myths of connectionism*. University of Louisiana.
- Berkowitz S.D. (2013). *An Introduction to Structural Analysis: The Network Approach to Social Research*. Butterworths, Toronto.
- Berry L., Shankar V., Turner J., Cadwallader S., Dotzel T. (2006). Creating New Markets Through Service Innovation. *Mit Sloan. Management Review*, 47(3), 56-63.
- Beveren J.V. (2003). Does health care for knowledge management? *Journal of Knowledge Management*, 7(1), 90-95.
- Bigoni M. (2012). *Programmazione e controllo dei gruppi pubblici locali. Dagli strumenti esistenti alle soluzioni innovative per la governance*. Giuffrè Editore, Milano.
- Bitner M.J., Faranda W.T., Hubbert A.R., Zeithaml V.A. (1997). Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service Industry Management*, 8(3), 193-205.
- Bitner M.J.O., Amy L., Morgan F.N. (2007). *Service Blueprinting- A Practical Technique for Service Innovation*. Center for Services Leadership, Arizona State University Working Paper.
- Björnberg A. (2015). *Euro Health Consumer Index Report 2014*. Health Consumer Powerhouse,
http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf.
- Bogdanov A. (1988). *Saggi di scienza dell'organizzazione*. Theoria, Roma.
- Bonazzi, G. (2007). *Storia del pensiero organizzativo*, Vol. 2. Franco Angeli, Milano.
- Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (2013, a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche*. III Ed. Egea, Milano.
- Bottinelli L. (2004). La nascita e lo sviluppo del marketing relazionale. *Quaderno di ricerca*, 5, 3-28.
- Bruzzi S. (2006). *La Gestione dell'azienda sanitaria: innovazione e scelte strategiche per un nuovo scenario competitivo*. Giuffrè Editore, Milano.
- Buckley W. (1958). Social stratification and the functional theory of social differentiation. *American Sociological Review*, 23(4), 369-375.

- Cafferata R. (2005). *Organizzazione e direzione aziendale*. Aracne, Roma.
- Calabrese M. (2014). *Il Management nell'era della conoscenza*. Rirea, Roma.
- Capozzi R (2006). Analisi cognitivo-relazionale delle risorse umane. *Intercoscienza, Rivista di psicologia, psicoterapia e scienze cognitive*, 4(2-3), 4-199.
- Capra F. (2008). *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*. Feltrinelli, Milano.
- Cariola A., Lanza A. (2002). L'approccio sistemico di Gaetano M. Golinelli al governo dell'impresa. Riflessioni di sintesi. *Sinergie*, 59, 267-287.
- Cartabellotta A. (2013). Ridurre gli sprechi per aumentare la sostenibilità del SSN: quale ruolo per le evidenze scientifiche? *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione*, 2(5), 5-10.
- Caselli S. (2010). Governance and strategy within the financial system: tradition and innovation. *Journal of Management & Governance*, (14)3, 241-271.
- Cavicchi I. (2005). *Sanità: un libro bianco per discutere*. Edizioni Dedalo, Bari.
- Ceccanti G. (1996). *Corso di tecnica imprenditoriale. Vol. I. Radici culturali. Rappresentazioni e analisi delle strutture d'impresa*. Cedam, Padova.
- Censis (2015). *Quarantunesimo Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2015*. Franco Angeli, Milano.
- Censis, Unipol (2014). *Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali*. Fondazione Censis, Roma.
- Cepiku D., Ferrari D., Greco A. (2006). Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie. *Mecosan: Management ed economia sanitaria*, 57, 17-36.
- Chou S.Y. (2002). Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes. *Journal of Health Economics*, 21(2), 293-311.
- Cinotti R., Cipolla C. (2003). *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*. Franco Angeli, Milano.
- Coltorti F., Resciniti R., Tunisini A., Varaldo R. (2013, eds.). *Mid-sized Manufacturing Companies: The New Driver of Italian Competitiveness*. Springer Science & Business Media, New York.
- Copeland M.T. (1923). Relation of consumers' buying habits to marketing methods. *Harvard business review*, 1(3), 282-289.
- Corposanto C. (2006). La valutazione della qualità in sanità. Alcune riflessioni teoriche. *Difesa Sociale*, 85(1-2), 11-32.
- Cosmi L., Del Vecchio M. (2004). Lo sviluppo della funzione risk management nelle aziende sanitarie: una prospettiva economico aziendale. *Difesa sociale*, 1, 7-18.

- Costa G. (2012). *Diritti in costruzione. Presupposti per una definizione efficace dei livelli essenziali di assistenza sociale*. Bruno Mondadori, Milano.
- Crawford M.J., Rutter D., Manley C., Weaver T., Bhui K., Fulop N., Tyrer P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal*, 325(7375), 1263-1268.
- Croce B. (1950). *Poesia antica e moderna. Interpretazioni*. Gius. Laterza & Figli, Bari.
- Crozier M. (1964). *The bureaucratic Phenomenon*. University of Chicago Press, Chicago.
- Dannenberg A.L., Jackson R.J., Frumkin H., Schieber R.A., Pratt M., Kochtitzky C., Tilson H.H. (2003). The Impact of Community Design and Land-Use Choices on Public Health: A Scientific Research Agenda. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1500-1508.
- Davies W. (2009). *Reinventing the firm*. Demos, Londra.
- De Falco Esposito S., Gatti C. (2012). In Introduzione. In De Falco Esposito S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni* (pp. 9-15). Franco Angeli, Milano.
- De Leonardis O. (2002). *In un diverso welfare: sogni e incubi*. Feltrinelli, Milano.
- De Mei B., Luzi A.M., Gallo P. (1998). Proposta di un percorso formativo sul counselling integrato. *Annali-Istituto Superiore di Sanita*, 34(4), 529-539.
- De Simone M., Simoncini D. (2012). Conflitto vs. identità relazionale nel change management. *Sviluppo & Organizzazione*, 248, 46-57.
- Deng, X., Wang, T., Galliers, R. D. (2015). More than providing 'solutions': towards an understanding of customer-oriented citizenship behaviours of IS professionals. *Information Systems Journal*, 25(5), 489-530.
- Di Sauro R., Alvaro R. (2008). *Processi relazionali e istituzioni sanitarie*. Aracne, Roma.
- Donabedian A. (1990). The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*, 121, 1145-1150.
- Donati P. (1994). *La famiglia nella società relazionale. Nuove reti e nuove regole*. Franco Angeli, Milano.
- Drucker P.F. (1986). *Manuale del Management*. Etas Libri, Milano.
- Egidi R. (2011). Il servizio sanitario nazionale italiano. *Dereito*, 20(2), 43-63.
- Emery F.E., Trist E. (1965). The causal texture of organizational environments. *Human relations*, 18(1), 12-32.
- Evermann, J. (2005). Towards a cognitive foundation for knowledge representation. *Information Systems Journal*, 15(2), 147-178.

- Ferrucci F. (2010). *Capitale sociale e partnership tra pubblico, privato e terzo settore. Vol. II Il caso delle fondazioni di comunità*. Franco Angeli, Milano.
- Fiocca R., Tunisini A. (2012). Stato dell'arte e possibili sviluppi della disciplina di Business Marketing. *Micro & Macro Marketing*, 11(2), 203-216.
- Fondazione Farmafactoring (2009). *Il Sistema Sanitario in controluce*. Franco Angeli, Milano.
- Formisano V., Russo G., Lombardi R. (2014). Il framework dei profili emergenti del contratto di rete in Italia. Prime evidenze empiriche dalla provincia di Frosinone. In *Atti del XXVI Convegno annuale di Sinergie* (pp. 643-656), 13-14 Novembre, Cassino.
- Fraquelli G. (2000). *L'attesa della privatizzazione una minaccia credibile per il manager?*. Ceris-Cnr.
- Franco M. (2005). Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento. In Capasso A., Pascarella G. (a cura di), *La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento* (61-99). Franco Angeli, Milano.
- Freire K., Sangiorgi D. (2010). Service design and healthcare innovation: From consumption to coproduction and co-creation. In *2nd Nordic Conference on Service Design and Service Innovation*, Linköping, Sweden. Retrieved July, Vol. 5.
- Golinelli G.M. (2005). *L'approccio sistemico al governo dell'impresa. L'impresa sistema vitale*, Cedam, Padova.
- Golinelli G.M. (2009). L'approccio sistemico vitale: nuovi orizzonti di ricerca per il governo dell'impresa. *Sinergie Italian Journal of Management*, 80, IX-XXII.
- Golinelli, G. M. (2010). *Viable systems approach (VSA): Governing business dynamics*. Cedam, Padova.
- Golinelli G.M., Barile S., Spohrer J., Bassano C. (2010). The evolving dynamics of service co-creation in a viable systems perspective. In *The 13th Toulon-Verona Conference*, Coimbra - Portugal, September 2-4.
- Golinelli G.M., Pastore A., Gatti M., Massaroni E., Vagnani G. (2002). The firm as a viable system: managing inter-organisational relationships. *Sinergie Italian Journal of Management*, (58), 65-98.
- Golinelli G.M., Volpe L. (2012). *Consonanza, valore, sostenibilità: verso l'impresa sostenibile*. Cedam, Padova.
- Gouldner A.W. (1954). *Patterns of industrial bureaucracy*. Free Press, New York.

- Granovetter M.S. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 1360-1380.
- Hakansson H. (1982). *International Marketing and Purchasing of Industrial Goods*. John Wiley & Sons, Chichester, U.K, p. 31.
- Hakansson H., Wootz B. (1979). A Framework of Industrial Buying and Selling. *Industrial Marketing Management*, 8, 23-39.
- Hammami, H., Amara, N., Landry, R. (2013). Organizational climate and its influence on brokers' knowledge transfer activities: A structural equation modeling. *International Journal of Information Management*, 33(1), 105-118.
- Hannan M.T., Freeman J. (1977). The population ecology of organizations. *American journal of sociology*, 929-964.
- Heide J.B. (1994). Interorganizational governance in marketing channels. *The Journal of Marketing*, 58(1), 71-85.
- Hinterhuber H.H., Friedrich S.A., Handlbauer G., Stuhec U. (1996). The company as a cognitive system of core competences and strategic business units. *Strategic change*, 5(4), 223-238.
- Hood C. (1991). A public management for all seasons. *Public administration*, 69(1), 3-19.
- Huang K., Fan Y., Tan W. (2014). Recommendation in an evolving service ecosystem based on network prediction. *Automation Science and Engineering*, 11(3), 906-920.
- Iandolo F., Calabrese M., Antonucci E., Caputo F. (2013). Towards a value co-creation based healthcare system. In Gummeson E., Polese F., Mele C. (eds.), *The 2013 Naples Forum on Service. Service Dominant Logic, Networks & Systems Theory and Service Science: Integrating three Perspectives for a new Service Agenda*, Giannini, Napoli.
- Izzo F., Ricciardi A. (2006). *Relazioni di cooperazione e reti di imprese: il caso della Campania*. Franco Angeli, Milano.
- Jensen M.C., Meckling W.H. (1976). Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics (JFE)*, 3(4), 305-360.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1995). Putting the balanced scorecard to work. In Schneier C.E., Shaw D.G., Beatty R.W., Baird L.S. (eds.) *Performance measurement, management, and appraisal sourcebook*. Human Resource Development, Batavia, 66-79.
- Kaplan S., Kaplan R. (2014). Health, Supportive Environments, and the Reasonable Person Model. *American Journal of Public Health*, 104(12), 12-22.
- Kaynak, H. (2003). The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance. *Journal of operations management*, 21(4), 405-435.

- Kotler P., Armstrong G., Saunders J., Wong V. (2005). *Principi di Marketing*. Isedi, Torino.
- Lacity M.C., Willcocks L.P. (1995). Interpreting information technology sourcing decisions from a transaction cost perspective: Findings and critique. *Accounting, Management and Information Technologies*, 5(3-4), 203-244.
- Lakatos I. (1970, ed.). *Criticism and the Growth of Knowledge*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Larson A. (1992). Network dyads in entrepreneurial settings: A study of the governance of exchange relationships. *Administrative science quarterly*, 76-104.
- Levitt T. (1960). Marketing myopia. *Harvard business review*, 38(4), 24-47.
- Lightfoot G., Wisniewski T.P. (2014). Information asymmetry and power in a surveillance society. *Information and Organization*, 24(4), 214-235.
- Longo F. (2012). I sistemi di governance allargati. In Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (127-137). III Ed. Egea, Milano.
- Longo F. (2012). Il gruppo pubblico locale: governance e processi decisionali. In Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (113-126). III Ed. Egea, Milano.
- Luhmann N. (1988). The Unity of the Legal System. In Gunther, T. (Ed.). *Autopoietic Law: A New Approach to Law and Society* (12-35), Walter de Gruyter, Berlin.
- Lusch R.F. (2011). Reframing supply chain management: a service-dominant logic perspective. *Journal of Supply Chain Management*, 47(1), 14-18.
- Lusch R.F., Nambisan S. (2015). Service innovation: A service-dominant logic perspective. *Mis Quarterly*, 39(1), 155-175.
- Lusch R.F., Vargo S.L. (2006). Service-dominant logic: reactions, reflections and refinements. *Marketing theory*, 6(3), 281-288.
- Lusch R.F., Vargo S.L. (2014). *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*. Routledge, London.
- Maglio P.P., Spohrer J. (2008). Fundamentals of service science. *Journal of Academy Marketing Science*, 36(1), 18-20.
- Marcacci L., Nuti S., Seghieri C. (2010). Migliorare la soddisfazione in Pronto Soccorso: metodi per definire le strategie di intervento in Toscana. *Mecosan*, 74(83), 3-18.
- Marino V., Gallucci C., Bellelli P. (2013). The conceptual framework of Placescape. A new Service Marketing perspective for the territory system. In Gummesson E., Polese F., Mele C. (eds.). *Service Dominant Logic, network & system theory and service science. Integrating three perspectives for a new service agenda*. Giannini, Napoli.

- Marra F. (2010). *Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Aspetti contrattuali e management*. Franco Angeli, Milano.
- Martin L.R., Williams S.L., Haskard K.B., Di Matteo M.R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 1(3), 189-199.
- Massaroni E., Ricotta F. (2009). Dal sistema impresa ai sistemi di imprese. Suggestioni e limiti delle reti d'impresa. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 80, 3-29.
- Matarazzo M., Biele A., Resciniti R. (2015). The influence of the cultural distance on cross-border acquisitions of Italian firms. In *International Marketing Trends Conference 2015*, Paris, January 23-24.
- Mele C., Polese F. (2011). Key dimensions of service systems in value-creating networks. In Demirkan H., Spohrer J.C., Krishna V. (eds.), *The science of service systems* (pp. 37-59). Springer, New York.
- Mele R., Triassi M. (2008, a cura di). *Management e gestione delle aziende sanitarie*. Cedam, Padova.
- Mele V. (2012). New Public Management e il passaggio da government a governance. In Borgonovi E., Fattore G., Longo F. (a cura di). *Management delle istituzioni pubbliche* (69-79). III Ed. Egea, Milano.
- Merola B. (2011). *Le cure domiciliari in Italia: un confronto tra diversi modelli organizzativi*. Università degli studi, Dipartimento di scienze economico-aziendali, giuridiche, merceologiche e geografiche, Foggia.
- Merola B. (2012). La consonanza in sanità con riferimento all'assistenza domiciliare integrata. In De Falco Esposito S., Gatti C. (a cura di), *La consonanza nel governo d'impresa. Profili teorici e applicazioni* (pp. 261-332). Franco Angeli, Milano, p. 330.
- Merton R.K. (1949). *Social Theory and Social Structure*. Free Press, New York.
- Metallo G., Cuomo M.T., Festa G. (2007). Relationship management in the business of quality and communication. *Total Quality Management and Business Excellence*, 18(1-2), 119-133.
- Micelli S. (2011). *Futuro artigiano: l'innovazione nelle mani degli italiani*. Marsilio Editori, Venezia.
- Miglietta N., Battisti E. (2012). Decisioni manageriali, distorsioni comportamentali e fattori emozionali: introduzione a un approccio cognitivo al governo dell'impresa. In Pironti M. (a cura di), *Economia e gestione delle imprese e dei sistemi competitivi* (pp. 87-114). Webster, Padova.

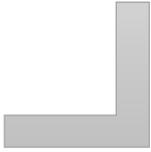
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009). *Rapporto sulla rilevazione nazionale dei sistemi di valutazione esterna della qualità nelle aziende sanitarie del SSN*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1106_allegato.pdf, pp. 14-15.
- Ministero della Salute (2010). *Sistema di misurazione e valutazione della performance del Ministero della Salute*. Allegato al Decreto Ministeriale del 30 dicembre 2010, p. 5
- Ministero della Salute (2006). *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*. Roma, Italia.
- Ministero della Salute (2006). *Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf, p. 33.
- Ministero della Salute (2012). *Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)*. Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), Roma.
- Ministero della Salute (2014). *Atto di indirizzo 2014*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2308_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2015). *Atto di indirizzo per l'anno 2016*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2406_allegato.pdf.
- Möller K., Rajala R., Westerlund M. (2008). Service innovation myopia? A new recipe for client-provider value creation. *California Management Review*, 50(3), 31-48, p. 35.
- Morgan R.M., Hunt S.D. (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58(2), 30-38.
- Nardone G., Sisto R., Lopolito A. (2005). Partenariato locale e capitale relazionale “potenziale” in provincia di Foggia. *Quaderno riprodotto dal Dipartimento di Scienze Economiche, Matematiche e Statistiche, Università degli Studi di Foggia*, 1-18.
- Narver J.C., Slater S.F. (1990). The effect of a market orientation on business profitability. *The Journal of Marketing*, 54(4), 20-35.
- Nooteboom B. (2000). *Learning and Innovation in Organizations and Economies*. Oxford, Cambridge.
- Normann R., Ramirez R. (1993). Designing interactive strategy. *Harvard business review*, 71(4), 65-77.
- Panati G., Golinelli G. (1992). *Tecnica economica industriale e commerciale. Imprese, strategie e management, Volume primo*. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Panati G., Golinelli G. (1992). *Tecnica economica industriale e commerciale. Imprese, strategie e management, Volume secondo*. Nuova Italia Scientifica, Roma.

- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman A., Zeithaml, V.A., Berry L.L. (1988). Servqual. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40.
- Parente R., Petrone M. (2010). Strategie di co-evoluzione nei sistemi locali innovativi. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 83, 31-52.
- Parsons T. (2013). *Social System*. Routledge, London.
- Pastore A., Giraldi, A. (2010). Etnocentrismo e consumer behavior. Uno studio sui consumatori italiani. In *Atti del 9th International Congress Marketing Trends*. Venezia, 20-22 Gennaio.
- Pellicano M., Ciasullo M.V. (2010, a cura di). *La visione strategica dell'impresa*. Giappichelli, Torino.
- Pencarelli T., Cioppi M. (2009). La comunicazione di marketing nelle piccole imprese: alcune evidenze empiriche. *Piccola Impresa/Small Business*, 1, 71-98.
- Polese F. (2013). *Management Sanitario in ottica sistemico vitale*. Giappichelli, Torino.
- Polese F., Carrubbo L., Russo G. (2011). Managing Business Relationships: between Service Culture and a Viable Systems Approach. *Esperienze d'Impresa*, 2, 135-158.
- Polese F., Di Nauta P. (2013). A Viable Systems Approach to Relationship Management in S-D Logic and Service Science. *Business Administration Review, Schäffer-Poeschel*, (73)2, 113-129.
- Polese F., Russo G., Carrubbo L. (2009). Service Logic, value co-creation and networks: three dimensions fostering inter-organisational relationships: competitiveness in the boating industry. In *Proceedings of the 12th QMOD and Toulon-Verona Conference, Verona, August 27-29, Verona*, pp. 1-21.
- Pouloudi A. (1999). Information technology for collaborative advantage in healthcare revisited. *Information & Management*, 35(6), 345-356.
- Prahalad C.K., Ramaswamy V. (2002). The co-creation connection. *Strategy and Business*, 50-61.
- Rassu S., Manca M.G., Pintus S., Cigni A. (2001). L'umanizzazione dei servizi sanitari. *Caleidoscopio*, (147), 1-88.
- Resciniti R. (2008). Introduzione. Il marketing e l'esperienza del consumatore. *Mercati e competitività*, 4, 13-15.

- Resciniti R., Fortuna D. (2012). Le strategie internazionali delle medie imprese tra standardizzazione e adattamento dell'offerta. *Sinergie Italian Journal of Management*, (85), 119-139.
- Resciniti, R. (2001). Coordinamento, fiducia e potere nella logistica tra industria e distribuzione. *Industria & Distribuzione*, 2, 39-53.
- Romano D., Tardivo S., Pascu D., Mantovani W. (2012). Introduzione alla complessità in sanità. In Dedalo, *Approccio sistemico alla complessità*, <http://www.retededalo97.it/approccio-sistemico-in-sanita.html>.
- Rullani E. (2008). *Economia della conoscenza. Creatività e valore nel capitalismo delle reti*. Carrocci Editore, Roma.
- Ryan G. (2010). *Guidance notes on planning a systematic review*. James Hardiman Library.
- Sansone M. (2002). L'innovazione di format e di concept nella distribuzione commerciale al dettaglio. In *Congresso Internazionale Francia-Italia "Le tendenze del marketing in Europa"*. Università Ca' Foscari di Venezia, 25-26 gennaio.
- Sansone M. (2006). Nuovi ambiti di ricerca nei moderni sistemi di scambio: focus sul marketing esperienziale. In *Atti del convegno internazionale di Marketing*. Università Ca' Foscari, Venezia, 20 gennaio.
- Sansone M., Tartaglione Moretta A., Bruni R. (2012). How do companies achieve their marketing goals with Social Networks? *Chinese Business Review*, 11(11), 970-980.
- Sansone M., Tartaglione Moretta A., Bruni R. (2014). Co-creazione di valore nelle relazioni impresa-territorio: determinanti innovative ed osservazione di casi. In *Atti del XXVI Convegno annuale di Sinergie "Manifattura: quale futuro?"*. Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale, 13-14 novembre.
- Santo Ambrogio L.G., Mapelli V., Sobbrìo G. (2009). Analisi dei costi dell'assistenza domiciliare integrata: l'esperienza della Regione Calabria. *Mecosan*, 72, 59-74.
- Saviano M. (1999). La strategia come scelta emergente dal dinamismo ambientale. Una rilettura del tema alla luce della visione sistemica. *Esperienze d'impresa*, 1, 107-128.
- Saviano M. (2004). Un modello di rappresentazione delle relazioni tra azienda sanitaria e utenza: la matrice dei Livelli Assistenziali. *Esperienze d'impresa*, 2(4), 93-130.
- Saviano M. (2007). Un modello di analisi delle relazioni tra azienda sanitaria e utenza: la Matrice delle Prestazioni Sanitarie. In Nigro C., Saviano M., Merola B. (a cura di). *Il marketing relazionale nelle aziende sanitarie* (pp. 51-91). ESI, Napoli.
- Saviano M. (2012). *Condizioni di efficacia relazionale e di performance nelle aziende sanitarie*. Giappichelli, Torino.

- Saviano M., Iorio G. (2010). How far from participatory governance? A survey on e-democracy in Italian municipalities. *PRAGYAA - Journal of Management - Faculty of Management Studies, Mody Institute of Technology & Science*, I(II), 1-18.
- Saviano M., Caputo F. (2013). Managerial Choices between Systems, Knowledge and Viability. In Barile S. (Ed.), *Contributions to Theoretical and Practical Advances in Management. A Viable Systems Approach (VSA)* (pp. 219-242). Aracne, Roma, Vol. II.
- Saviano M., Parida R., Caputo F., Datta, S.K. (2014). Health care as a worldwide concern. Insights on the Italian and Indian health care systems and PPPs from a VSA perspective, *EuroMed Journal of Business*, 9(2), 198-220.
- Schlesinger M., Mitchell S., Elbel B. (2002). Voices Unheard: Barriers to Expressing Dissatisfaction to Health Plans. *Milbank Quarterly*, 80(4), 709-755.
- Sciarelli S. (2003). Il governo dell'impresa in una società complessa: la ricerca di un equilibrio tra economia ed etica. *Sinergie rivista di studi e ricerche*, 61-62, 97-115.
- Sciarelli S. (2011). *La gestione dell'impresa*. Cedam, Padova.
- Sghedoni D. (1998). *Linee guida cliniche: conoscenze, etica e interessi. Avvertenze per l'uso*. Franco Angeli, Milano.
- Shy O., Stenbacka R. (2013). Investment in customer recognition and information exchange. *Information Economics and Policy*, 25(2), 92-106.
- Siano A. (2001). *Competenze e comunicazione del sistema d'impresa: il vantaggio competitivo tra ambiguità e trasparenza*. Giuffrè, Milano.
- Siano A., Vollero A. (2012). Il processo di management della corporate communication: un framework. *Sinergie Italian Journal of Management*, 88, 73-92.
- Siano A., Vollero A., Confetto M.G. (2005). CRM e scelte di comunicazione d'impresa. *Esperienze d'impresa*, S3, 53-88.
- Sotte V. (2014), I piani di rientro, *Osservatorio di Diritto sanitario*, 0, <http://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?artid=24116>
- Stampacchia P., Colurcio M. (2013). La manifattura nelle imprese orientate al valore d'uso. In *Atti del XXVI Convegno annuale di Sinergie*. Università di Cassino e del Lazio Meridionale, 13-14 novembre.
- Tasselli S., Kilduff M., Menges J.I. (2015). The Microfoundations of Organizational Social Networks: A Review and an Agenda for Future Research. *Journal of Management*, 41(5), 1361-1387.
- Taylor F.W. (1911). *The Principles of Scientific Management and Testimony Before the Special House Committee*. Harper & Row, New York.

- Tebben N., Waterman J. (2015). Epistemic Free Riders and Reasons to Trust Testimony. *Social Epistemology*, 29(3), 270-279.
- Tomasi di Lampedusa G. (1958). *Il Gattopardo*. Feltrinelli, Milano.
- Valdani E., Busacca B. (2001). Customer based view: dai principi alle azioni. *Micro & Macro Marketing*, 10(1), 7-32.
- Vanara F. (2008, a cura di). *Il governo dell'azienda sanitaria*. Il Mulino, Bologna.
- Vanzetta M., Vallicella F. (2000). Il punto di vista dell'utente: come si misura e quanto costa misurarlo. *Management Infermieristico*, 4, 13-18.
- Varaldo R., Guido G. (1997). Il consumatore come prodotto: customer satisfaction come qualità del cliente. *Micro & Macro Marketing*, 6(1), 9-40.
- Varela F.J. (1981). Autonomy and autopoiesis. *Self-organizing systems*, 14-23.
- Vargo S.L., Lusch R.F. (2004). The four service marketing myths remnants of a goods-based, manufacturing model. *Journal of service research*, 6(4), 324-335.
- Vargo S.L., Maglio P.P., Akaka M.A. (2008). On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European management journal*, 26(3), 145-152.
- von Bertalanffy L. (1968). *Organismic psychology and systems theory*. Clark University Press, Worcester.
- von Bertalanffy L. (1973). *General system theory: Foundations, development, applications*, Braziller, New York.
- Walker B., Holling C.S., Carpenter S.R., Kinzig A. (2004). Resilience, adaptability and transformability in social--ecological systems. *Ecology and society*, 9(2), 1-9.
- Ware J.E., Davies-Avery A., Stewart A.L. (1977). *The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature*. Rand Corporation, Santa Monica, California.
- Wayne Taylor, D. (2000). Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance. *International Journal of Public Sector Management*, 13(2), 108-124.
- Weber M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden*. Mohr Siebeck, München.
- Weber M. (1961). *Economia e Società*. Edizioni di Comunità, Milano.
- Wieland H., Polese F., Vargo S.L., Lusch, R.F. (2012). Toward a Service (Eco) Systems Perspective on Value Creation. *International Journal of Service Science, Management, Engineering and Technology*, 3(3), 12-25.
- Williams P.M. (2012). Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health & Social Care in the Community*, 20(5), 550-560.
- Wilson W. (1941). The study of Administration. *Political Science Quarterly*, 2, 481-506.



Riferimenti Normativi

- 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 147 del 9 febbraio 2010 (pom.).
Audizione, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, del Ministro della salute, in relazione all'affare assegnato relativo al contributo propositivo per lo sviluppo e l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e Regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei Diagnosis-related group (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - AGENAS),
<http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=16&id=454463>.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002.
- Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502. *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 1992 n. 305 - Supplemento Ordinario n. 137.
- Decreto Legislativo del 7 dicembre 1993, n. 517. *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 15 dicembre 1993 n. 293 - Supplemento Ordinario n. 113.
- Decreto Legislativo del 19 giugno 1997, n. 218. *Disposizioni in materia di accertamento con adesione e di conciliazione giudiziale*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.165 del 17 luglio 1997 n. 165.
- Decreto Legislativo del 19 giugno 1999, n. 229. *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 16 luglio 1999 n. 165 - Supplemento Ordinario n. 132/L.

Decreto Legislativo del 17 agosto 1999, n. 299. Trasformazione in titoli del trattamento di fine rapporto a norma dell'articolo 71, commi 1 e 2, della legge 17 maggio 1999, n. 144. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 28 agosto 1999 n. 202.

Decreto Ministeriale del 18 ottobre 2012. *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*. Pubblicato sul n. 23 della Gazzetta Ufficiale Serie Generale del 28 gennaio 2013 - Supplemento Ordinario n. 8.

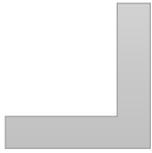
Legge del 17 luglio 1890, n. 6972 (Legge Crispi). *Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*. Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della 22 luglio 1890, n. 171.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del servizio sanitario nazionale*. Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28-12-1978.

Legge dell'8 novembre 2000, n. 328. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 13 novembre 2000 n. 265 - Supplemento ordinario n. 186.

Linee Guida N. 2/95. *Attuazione della Carta dei servizi nel sistema sanitario nazionale*. Pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n. 203 del 31 agosto 1995. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_602_allegato.pdf.

Proposta di Legge “Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e altre disposizioni in materia di governo delle attività cliniche - A.C. 799”. XVI Legislatura.



Sitografia

www.accademiaaidea.it

www.asvsa.org

www.cergas.unibocconi.it

www.harzing.com/jql.htm

www.osservasalute.it

www.osservatoriosanita.it

www.salute.gov.it

www.treccani.it

www.istat.it



Appendici

A.1 – Articoli selezionati nella Systematic Literature Review²⁴⁶

ISSN/Keywords	Journal/Papers
	Health
0090-0036	American Journal of Public Health
Information Asymmetry	Moja L., Kwag K.H., Lytras T., Bertizzolo L., Brandt L., Pecoraro V., Ruggiero F., Mangia M., Iorio A., Kunnamo I., Bonovas S. (2014). Effectiveness of computerized decision support systems linked to electronic health records: a systematic review and meta-analysis. <i>American journal of public health</i> , 104(12), e12-e22.
Cognitive Distance	Billie Giles-Corti, Donovan R.J. (2003). Relative Influences of Individual, Social Environmental, and Physical Environmental Correlates of Walking. <i>American Journal of Public Health</i> , 93(9), 1583-1589.
	Hugh H.T. (2003). The Impact of Community Design and Land-Use Choices on Public Health- A Scientific Research Agenda. <i>American Journal of Public Health</i> , 93(9), 1500-1508.
	Everett Jones S., Brener N.D., McManus T. (2003). Prevalence of school policies, programs, and facilities that promote a healthy physical school environment. <i>American Journal of Public Health</i> , 93(9), 1570-1575.
	Kaplan S., Kaplan R. (2014). Health, Supportive Environments, and the Reasonable Person Model. <i>American Journal of Public Health</i> , 104(12), 12-22.
0167-6296	Journal of Health Economics
Information Asymmetry	Attema A.E., Brouwer W., L'Haridon O., Pinto-Prades J.L. (2014). Estimating sign-dependent societal preferences for quality of life. <i>Journal of Health Economics</i> .
	Basu A. (2015). Welfare implications of learning through solicitation versus diversification in health care. <i>Journal of Health Economics</i> , 42, 165-173.
	Beitia A. (2003). Hospital quality choice and market structure in a regulated duopoly. <i>Journal of Health Economics</i> , 22(6), 1011-1036.
	Belot M., James J. (2011). Healthy school meals and educational outcomes. <i>Journal of Health Economics</i> , 30(3), 489-504.
	Buchmueller T.C., Fiebig D.G., Jones G., Savage E. (2013). Preference heterogeneity and selection in private health insurance: the case of Australia. <i>Journal of health economics</i> , 32(5), 757-767.
	Capacci S., Mazzocchi M. (2011). Five-a-day, a price to pay: An evaluation of the UK program impact accounting for market forces. <i>Journal of Health Economics</i> , 30(1), 87-98.
	Chou S.Y. (2002). Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes. <i>Journal of Health Economics</i> , 21(2), 293-311.
	Courbage C., Eeckhoudt L. (2012). On insuring and caring for parents' long-term care needs. <i>Journal of Health Economics</i> , 31(6), 842-850.

²⁴⁶ La presente appendice riporta esclusivamente i lavori ritenuti coerenti con la finalità d'indagine al termine della Systematic Literature Review.

Cutler D., Lincoln B., Zeckhauser R. (2010). Selection stories: Understanding movement across health plans. <i>Journal of health economics</i> , 29(6), 821-838.
David G., Neuman M.D. (2011). Physician division of labor and patient selection for outpatient procedures. <i>Journal of Health Economics</i> , 30(2), 381-391.
De Fraja G. (2000). Contracts for health care and asymmetric information. <i>Journal of Health Economics</i> , 19(5), 663-677.
Duarte F. (2012). Price elasticity of expenditure across health care services. <i>Journal of Health Economics</i> , 31(6), 824-841.
Échevin D., Fortin B. (2014). Physician payment mechanisms, hospital length of stay and risk of readmission: Evidence from a natural experiment. <i>Journal of Health Economics</i> 36, 112-124.
Eisenberg, D., Golberstein, E., & Whitlock, J. L. (2014). Peer effects on risky behaviors: New evidence from college roommate assignments. <i>Journal of health economics</i> , 33, 126-138.
Fenn P., Rickman N., McGuire A. (1994). Contracts and supply assurance in the UK health care market. <i>Journal of Health Economics</i> , 13(2), 125-144.
Forder J. (1997). Contracts and purchaser-provider relationships in community care. <i>Journal of Health Economics</i> , 16(5), 517-542.
Fortin B, Yazbeck M. (2015). Peer effects, fast food consumption and adolescent weight gain. <i>Journal of Health Economics</i> , 42, 125-138.
Frank R.G., Glazer J., McGuire T.G. (2000). Measuring adverse selection in managed health care. <i>Journal of Health Economics</i> , 19(6), 829-854.
Jones P.R., Cullis J.G. (1996). Decision making in quasi-markets: A pedagogic analysis. <i>Journal of Health Economics</i> , 15(2), 187-208.
Kann I.C., Biørn E., Lurås H. (2010). Competition in general practice: prescriptions to the elderly in a list patient system. <i>Journal of health economics</i> , 29(5), 751-764.
Kjellsson G., Clarke P., Gerdtham U. G. (2014). Forgetting to remember or remembering to forget: A study of the recall period length in health care survey questions. <i>Journal of health economics</i> , 35, 34-46.
Kuhn M., Nuscheler R. (2011). Optimal public provision of nursing homes and the role of information. <i>Journal of Health Economics</i> , 30(4), 795-810.
McCarthy T.R. (1985). The competitive nature of the primary-care physician services market. <i>Journal of Health Economics</i> , 4(2), 93-117.
McCombs J. S. (1984). Physician treatment decisions in a multiple treatment model: The effect of physician supply. <i>Journal of Health Economics</i> , 3(2), 155-171.
McGuire T.G., Newhouse J.P., Normand S.L., Shi J., Zuvekas S. (2014). Assessing incentives for service-level selection in private health insurance exchanges. <i>Journal of health economics</i> , 35, 47-63.
Mooney G., Ryan M. (1993). Agency in health care: Getting beyond first principles. <i>Journal of Health Economics</i> , 12(2), 125-135.
Sapelli C., Vial B. (2003). Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. <i>Journal of Health Economics</i> , 22(3), 459-476.
Schut F.T., Hassink W.H.J. (2002). Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance. <i>Journal of Health Economics</i> , 21(6), 1009-1029.
Sharma R., Stano M., Haas M. (2004). Adjusting to changes in health: implications for cost-effectiveness analysis. <i>Journal of health economics</i> , 23(2), 335-351.
Shigeoka H., Fushimi K. (2014). Supplier-induced demand for newborn treatment: Evidence from Japan. <i>Journal of Health Economics</i> , 35, 162-178.
Spenkuch J.L. (2012). Moral hazard and selection among the poor: Evidence from a randomized experiment. <i>Journal of Health Economics</i> , 31(1), 72-85.

	<p>Van de Poel E., Van Doorslaer E., O'Donnell O. (2012). Measurement of inequity in health care with heterogeneous response of use to need. <i>Journal of health economics</i>, 31(4), 676-689.</p>
	<p>van Zon A., Muysken J. (2001). Health and endogenous growth. <i>Journal of Health Economics</i>, 20(2), 169-185.</p>
	<p>Vick S., Scott A. (1998). Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. <i>Journal of Health Economics</i>, 17(5), 587-605.</p>
	<p>Wagstaff A., Culyer A.J. (2012). Four decades of health economics through a bibliometric lens. <i>Journal of Health Economics</i>, 31(2), 406-439.</p>
	<p>Werner R.M., Norton E.C., Konetzka R.T., Polsky D. (2012). Do consumers respond to publicly reported quality information? Evidence from nursing homes. <i>Journal of health economics</i>, 31(1), 50-61.</p>
Knowledge & Asymmetry	<p>Basu A. (2011). Economics of individualization in comparative effectiveness research and a basis for a patient-centered health care. <i>Journal of Health Economics</i>, 30(3), 549-559.</p>
	<p>Basu, A. (2015). Welfare implications of learning through solicitation versus diversification in health care. <i>Journal of Health Economics</i>, 42, 165-173.</p>
	<p>Courbage C., Rey B. (2012). Priority setting in health care and higher order degree change in risk. <i>Journal of Health Economics</i>, 31(3), 484-489.</p>
	<p>Dardanoni V., Wagstaff A. (1990). Uncertainty and the demand for medical care. <i>Journal of Health Economics</i>, 9(1), 23-38.</p>
	<p>de Frutos M.A., Ornaghi C., Siotis G. (2013). Competition in the pharmaceutical industry: How do quality differences shape advertising strategies? <i>Journal of health economics</i>, 32(1), 268-285.</p>
	<p>Frank R.G., Glazer J., McGuire T.G. (2000). Measuring adverse selection in managed health care. <i>Journal of Health Economics</i>, 19(6), 829-854.</p>
	<p>Lee C. (1995). Optimal medical treatment under asymmetric information. <i>Journal of Health Economics</i>, 14(4), 419-441.</p>
	<p>Mooney G., Ryan M. (1993). Agency in health care: Getting beyond first principles. <i>Journal of Health Economics</i>, 12(2), 125-135.</p>
	<p>Spenkuch J.L. (2012). Moral hazard and selection among the poor: Evidence from a randomized experiment. <i>Journal of Health Economics</i>, 31(1), 72-85.</p>
	<p>Vick S., Scott A. (1998). Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. <i>Journal of Health Economics</i> 17(5), 587-605.</p>
Cognitive Distance	<p>Bedard K., Kuhn P. (2015). Micro-marketing healthier choices: Effects of personalized ordering suggestions on restaurant purchases. <i>Journal of Health Economics</i>, 39, 106-122.</p>
	<p>Benítez-Silva H., Ni H. (2008). Health status and health dynamics in an empirical model of expected longevity. <i>Journal of Health Economics</i>, 27(3), 564-584.</p>
	<p>Bowblis J.R., McHone H.S. (2013). An instrumental variables approach to post-acute care nursing home quality: Is there a dime's worth of evidence that continuing care retirement communities provide higher quality? <i>Journal of Health Economics</i>, 32(5), 980-996.</p>
	<p>Busschbach J.J., McDonnell J., Essink-Bot M.L., van Hout B.A. (1999). Estimating parametric relationships between health description and health valuation with an application to the EuroQol EQ-5D. <i>Journal of health economics</i>, 18(5), 551-571.</p>
	<p>Cawley J. (2015). An economy of scales: A selective review of obesity's economic causes, consequences, and solutions. <i>Journal of health economics</i>, 43, 244-268.</p>
	<p>Eibich P. (2015). Understanding the effect of retirement on health: Mechanisms and heterogeneity. <i>Journal of Health Economics</i>, 43, 1-12.</p>

	Greve J., Nielsen L.H. (2013). Useful beautiful minds—An analysis of the relationship between schizophrenia and employment. <i>Journal of Health Economics</i> , 32(6), 1066-1076.
	Hockenberry J.M., Helmchen L.A. (2014). The nature of surgeon human capital depreciation. <i>Journal of Health Economics</i> , 37, 70-80.
	Torrance G.W. (1986). Measurement of health state utilities for economic appraisal: A review. <i>Journal of Health Economics</i> , 5(1), 1-30.
1057-9230	Health Economics
Information Asymmetry	Coast J. (2001). Citizens, their agents and health care rationing: an exploratory study using qualitative methods. <i>Health Economics</i> , 10(2), 159-174.
	Cowell A.J. (2006). The relationship between education and health behavior: some empirical evidence. <i>Health Economics</i> , 15(2), 125-146.
	France G., Taroni F., Donatini A. (2005). The Italian health-care system. <i>Health economics</i> , 14(S1), S187-S202.
	Goddard M., Mannion R. (1998). From competition to co-operation: new economic relationships in the National Health Service. <i>Health Economics</i> , 7(2), 105-119.
	Goldberg I., Roosen J., Nayga R.M. (2009). Parental response to health risk information: experimental results on willingness-to-pay for safer infant milk formula. <i>Health economics</i> , 18(5), 503-518.
	Greene W. (2004). Distinguishing between heterogeneity and inefficiency: stochastic frontier analysis of the World Health Organization's panel data on national health care systems. <i>Health Economics</i> 13(10), 959-980.
	Dijk C.E., Berg B., Verheij R.A., Spreeuwenberg P., Groenewegen P.P., Bakker D.H. (2013). Moral Hazard And Supplier-Induced Demand: Empirical Evidence In General Practice. <i>Health economics</i> , 22(3), 340-352.
	Wang J.Y., Probst J.C., Stoskopf C.H., Sanders J.M., McTigue J. F. (2011). Information asymmetry and performance tilting in hospitals: a national empirical study. <i>Health economics</i> , 20(12), 1487-1506.
Xie B., Dilts D.M., Shor, M. (2006). The physician-patient relationship: the impact of patient-obtained medical information. <i>Health economics</i> , 15(8), 813-834.	
1386-9620	Health Care Management Science
Information Asymmetry	Balasubramanian H., Biehl S., Dai L., Muriel A. (2014). Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. <i>Health care management science</i> , 17(1), 31-48.
	Bessho S.I., Ohkusa Y. (2006). When do people visit a doctor? <i>Health Care Management Science</i> , 9(1), 5-18.
	Currin I.S., Gurbaxani V., LaBelle J., Lim J. (2006). Perceptual structure of the desired functionality of internet-based health information systems. <i>Health care management science</i> , 9(2), 151-170.
	Maniadakis N., Hollingsworth B., Thanassoulis E. (1999). The impact of the internal market on hospital efficiency, productivity and service quality. <i>Health Care Management Science</i> , 2(2), 75-85.
	Gaal P., Stefka N., Nagy J. (2006). Cost accounting methodologies in price setting of acute inpatient services in Hungary. <i>Health care management science</i> , 9(3), 243-250.
	J Gönül F.F., Carter F., Wind J. (2000). What kind of patients and physicians value direct-to-consumer advertising of prescription drugs. <i>Health Care Management Science</i> , 3(3), 215-226.
	Sørensen R.J., Grytten J. (2000). Contract design for primary care physicians: Physician location and practice behaviour in small communities. <i>Health Care Management Science</i> , 3(2), 151-157.
	Wickramasinghe N., Silvers J.B. (2003). IS/IT the prescription to enable medical group practices attain their goals. <i>Health Care Management Science</i> , 6(2), 75-86.

	Montefiori M., Resta M. (2008). A computational approach for the health care market. <i>Health Care Management Science</i> , 12(4), 344-350.
	Ozen A., Balasubramanian H. (2013). The impact of case mix on timely access to appointments in a primary care group practice. <i>Health Care Management Science</i> , 16(2), 101-118.
Knowledge & Asymmetry	Ettner S.L., Hermann R.C. (2001). The role of profit status under imperfect information: evidence from the treatment patterns of elderly Medicare beneficiaries hospitalized for psychiatric diagnoses. <i>Journal of Health Economics</i> , 20(1), 23-49.
Cognitive Distance	Laine J., Linna M., Noro A., Häkkinen U. (2005). The cost efficiency and clinical quality of institutional long-term care for the elderly. <i>Health Care Management Science</i> , 8(2), 149-156.
	Ajorlou S., Shams I., Yang K. (2015). An analytics approach to designing patient centered medical homes. <i>Health care management science</i> , 18(1), 3-18.
	Côté M.J., Syam S.S., Vogel W.B., Cowper D. C. (2007). A mixed integer programming model to locate traumatic brain injury treatment units in the Department of Veterans Affairs: A case study. <i>Health care management science</i> , 10(3), 253-267.
	Cure L., Van Enk R., Tiong E. (2014). A systematic approach for the location of hand sanitizer dispensers in hospitals. <i>Health care management science</i> , 17(3), 245-258.
	Kim S.P., Gupta D., Israni A.K., Kasiske B.L. (2015). Accept/decline decision module for the liver simulated allocation model. <i>Health care management science</i> , 18(1), 35-57.
	Madden C.W., Mackay B.P., Skillman S.M., Ciol M., Diehr P.K. (2000). Risk adjusting capitation: applications in employed and disabled populations. <i>Health Care Management Science</i> , 3(2), 101-109.
	Tiemann O., Schreyogg J. (2012). Changes in hospital efficiency after privatization." <i>Health Care Management Science</i> , 15(4), 310-326.
	Silverman B.G., Holmes J., Kimmel S., Branas C., Ivins D., Weaver R., Chen Y. (2001). Modeling emotion and behavior in animated personas to facilitate human behavior change: the case of the HEART-SENSE game. <i>Health care management science</i> , 4(3), 213-228.
1532-3005	Stress and Health
Information Asymmetry	Thompson B.M., Cavallaro L. (2007). Gender, work-based support and family outcomes. <i>Stress and Health</i> , 23(2), 73-85.
0966-0410	Health and Social Care in the Community
Information Asymmetry	Manderson B. (2012). Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 20(2), 113-127.
	McCreaddie M. (2010). Harsh humour: a therapeutic discourse. <i>Health & social care in the community</i> , 18(6), 633-642.
	Myers F., MacDonald C. (1996). Power to the people? Involving users and carers in needs assessments and care planning-views from the practitioner. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 4(2), 86-95.
	Olsson E., Ingvad B. (2001). The emotional climate of care-giving in home-care services. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 9(6), 454-463.
	Schmid H. (2005). The Israeli long-term care insurance law: selected issues in providing home care services to the frail elderly. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 13(3), 191-200.
	Turnpenny A., Beadle-Brown J. (2015). Use of quality information in decision-making about health and social care services – a systematic review. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 23(4), 349-361.
	Wiles J. (2003). Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 11(3), 189-207.

	Wilson P.M. (2001). A policy analysis of the Expert Patient in the United Kingdom: self-care as an expression of pastoral power? <i>Health & Social Care in the Community</i> , 9(3), 134-142.
Cognitive Distance	Arksey H., Glendinning C. (2007). Choice in the context of informal care-giving. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 15(2), 165-175.
	Baker J.R., Harrison F., Low L.F (2015). Development of two measures of client engagement for use in home aged care. <i>Health & Social Care in the Community</i> .
	Beverley C.A., Bath P.A., Booth A. (2004). Health information needs of visually impaired people: a systematic review of the literature. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 12(1), 1-24.
	Gray B., Robinson C.A., Seddon D., Roberts A. (2009). An emotive subject: insights from social, voluntary and healthcare professionals into the feelings of family carers for people with mental health problems*. <i>Health & social care in the community</i> , 17(2), 125-132.
	Heslin K.C., Singzon T.K., Farmer M., Dobalian A., Tsao J., Hamilton A.B. (2013). Therapy or threat? Inadvertent exposure to alcohol and illicit drug cues in the neighbourhoods of sober living homes. <i>Health & social care in the community</i> , 21(5), 500-508.
	Wendt S., Tuckey M.R., Prosser B. (2011). Thriving, not just surviving, in emotionally demanding fields of practice. <i>Health & social care in the community</i> , 19(3), 317-325.
	Wilde A, Glendinning C. (2012). ‘If they’re helping me then how can I be independent?’ The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 20(6), 583-590.
	Williams P.M. (2012). Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. <i>Health & Social Care in the Community</i> , 20(5), 550-560.
Knowledge & Information	
0167-6245	Information Economics & Policy
“Information Asymmetry” & “Health”	Shy O., Stenbacka R. (2013). Investment in customer recognition and information exchange. <i>Information Economics and Policy</i> , 25(2), 92-106.
“Knowledge” & “Health”	Arnott R., Greenwald B., Stiglitz J.E. (1994). Information and economic efficiency. <i>Information Economics and Policy</i> , 6(1), 77-82.
	Baron D.P., Besanko D. (1984). Regulation and information in a continuing relationship. <i>Information Economics and Policy</i> , 1(3), 267-302.
	Cardona M., Kretschmer T., Strobel T. (2013). ICT and productivity: conclusions from the empirical literature. <i>Information Economics and Policy</i> , 25(3), 109-125.
	Drouard J. (2011). Costs or gross benefits? – What mainly drives cross-sectional variance in Internet adoption. <i>Information Economics and Policy</i> , 23(1), 127-140.
	Fairlie R.W. (2012). The effects of home access to technology on computer skills: Evidence from a field experiment. <i>Information Economics and Policy</i> , 24(3–4), 243-253.
	Gans J.S. (1989). Knowledge of growth and the growth of knowledge. <i>Information Economics and Policy</i> , 4(3), 201-224.
	Inose H. (1984). Challenges for policy of network oriented society a Japanese view. <i>Information Economics and Policy</i> , 1(4), 369-379.
	Madureira A., den Hartog F., Bouwman H., Baken N. (2013). Empirical validation of Metcalfe’s law: How Internet usage patterns have changed over time. <i>Information Economics and Policy</i> , 25(4), 246-256.
	Sappington D.E.M., Weisman D.L. (1996). Revenue sharing in incentive regulation plans. <i>Information Economics and Policy</i> , 8(3), 229-248.
	Voge J. (1983). The political economics of complexity: From the information economy to the ‘complexity’ economy. <i>Information Economics and Policy</i> , 1(2), 97-114.

1467-0895	International Journal of Accounting Information Systems
“Information Asymmetry” & “Health”	Hunton J.E., Libby D., Libby J., Mauldin E., Wheeler P. (2010). Continuous monitoring and the status quo effect. <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 11(3), 239-252.
	Konchitchki Y., O’Leary D.E. (2011). Event study methodologies in information systems research. <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 12(2), 99-115.
“Knowledge” & “Health”	Ali S., Green P., Robb A. (2015). Information technology investment governance: What is it and does it matter? <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 18, 1-25.
	Bradford M., Earp J.B., Grabski S. (2014). Centralized end-to-end identity and access management and ERP systems: A multi-case analysis using the Technology Organization Environment framework. <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 15(2), 149-165.
	Debreceeny R.S., Gray G.L. (2010). Data mining journal entries for fraud detection: An exploratory study. <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 11(3), 157-181.
	Havelka D., Merhout J.W. (2013). Internal information technology audit process quality: Theory development using structured group processes. <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 14(3), 165-192.
	McKnight D.H. (2011). Good science, bad science: Preventing paradigm paralysis and method-bias malaise. <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 12(2), 84-89.
	Stoel D., Havelka D., Merhout J.W. (2012). An analysis of attributes that impact information technology audit quality: A study of IT and financial audit practitioners. <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 13(1), 60-79.
	Sy A., Tinker T. (2010). Labor processing labor: A new critical literature for information systems research. <i>International Journal of Accounting Information Systems</i> , 11(2), 120-133.
1471-7727	Information and Organization
“Information Asymmetry” & “Health”	Lightfoot G., Wisniewski T.P. (2014). Information asymmetry and power in a surveillance society. <i>Information and Organization</i> , 24(4), 214-235.
	Wareham J. (2002). Anthropologies of information costs: expanding the neo-institutional view. <i>Information and Organization</i> , 12(4), 219-248.
Knowledge” & “Health”	Avery G.C., Baker E. (2002). Reframing the infomated household-workplace. <i>Information and Organization</i> , 12(2), 109-134.
	Bygstad B. (2010). <i>Generative mechanisms for innovation in information infrastructures</i> . <i>Information and Organization</i> , 20(3-4), 156-168.
	Chiasson M.W., Davidson E. (2004). Pushing the contextual envelope: developing and diffusing IS theory for health information systems research. <i>Information and Organization</i> , 14(3), 155-188.
	Constantinides P. (2013). The communicative constitution of IT innovation. <i>Information and Organization</i> , 23(4), 215-232.
	Corea S. (2006). Mounting effective IT based customer service operations under emergent conditions: Deconstructing myth as a basis of understanding. <i>Information and Organization</i> , 16(2), 109-142.
	Currie W.L. (2004). The organizing vision of application service provision: a process-oriented analysis. <i>Information and Organization</i> , 14(4), 237-267.
	Ellingsen G., Monteiro E. (2003). Mechanisms for producing a working knowledge: Enacting, orchestrating and organizing. <i>Information and Organization</i> , 13(3), 203-229.
	Hayes N. (2001). Boundless and bounded interactions in the knowledge work process: the role of groupware technologies. <i>Information and Organization</i> , 11(2), 79-101.

	Hayes N., Walsham, G. (2001). Participation in groupware-mediated communities of practice: a socio-political analysis of knowledge working. <i>Information and Organization</i> , 11(4), 263-288.
	Holmström J., Stalder, F. (2001). Drifting technologies and multi-purpose networks: the case of the Swedish cashcard. <i>Information and Organization</i> , 11(3), 187-206.
	Jackson S. (2011). Organizational culture and information systems adoption: A three-perspective approach. <i>Information and Organization</i> , 21(2), 57-83.
	Khoo M., Hall C. (2013). Managing metadata: Networks of practice, technological frames, and metadata work in a digital library. <i>Information and Organization</i> , 23(2), 81-106.
	Lengwiler M. (2003). Technologies of trust: actuarial theory, insurance sciences, and the establishment of the welfare state in Germany and Switzerland around 1900. <i>Information and Organization</i> , 13(2), 131-150.
	Nicholson B., Sahay, S. (2004). Embedded knowledge and offshore software development. <i>Information and Organization</i> , 14(4), 329-365.
	Wastell D., Kawalek P., Langmead-Jones P., Ormerod, R. (2004). Information systems and partnership in multi-agency networks: an action research project in crime reduction. <i>Information and Organization</i> , 14(3), 189-210.
	Winter S., Berente N., Howison J., Butler B. (2014). Beyond the organizational 'container': Conceptualizing 21st century sociotechnical work. <i>Information and Organization</i> , 24(4), 250-269.
0020-0190	Information Processing Letters
"Knowledge" & "Health"	Duszak Z., Koczkodaj W.W. (1994). Generalization of a new definition of consistency for pairwise comparisons. <i>Information Processing Letters</i> , 52(5), 273-276.
	Ghandeharizadeh S., Ierardi D., Zimmermann R. (1996). An on-line algorithm to optimize file layout in a dynamic environment. <i>Information Processing Letters</i> , 57(2), 75-81.
0165-5515	Journal of Information Science
"Information Asymmetry" & "Health"	Adam L., Wood F. (1999). An investigation of the impact of information and communication technologies in sub-Saharan Africa. <i>Journal of Information Science</i> , 25(4), 307-318.
	Hayward T., Preston, J. (1999). Chaos theory, economics and information: the implications for strategic decision-making. <i>Journal of Information Science</i> , 25(3), 173-182.
"Knowledge" & "Health"	Bath P.A. (2008). Health informatics: current issues and challenges. <i>Journal of Information Science</i> , 13.
	Bawden D. (2002). The three worlds of health information. <i>Journal of Information Science</i> , 28(1), 51-62.
	Frické M. (2009). The knowledge pyramid: a critique of the DIKW hierarchy. <i>Journal of Information Science</i> , 35(2), 131-142.
	Lewis R.A., Urquhart C.J., Rolinson J. (1998). Health professionals' attitudes towards evidence-based medicine and the role of the information professional in exploitation of the research evidence. <i>Journal of Information Science</i> , 24(5), 281-290.
	Widén-Wulff G., Ginman M. (2004). Explaining knowledge sharing in organizations through the dimensions of social capital. <i>Journal of Information Science</i> , 30(5), 448-458.
0169-023X	Data & Knowledge Engineering
"Knowledge" & "Health"	Brazhnik O. (2007). Databases and the geometry of knowledge. <i>Data & Knowledge Engineering</i> , 61(2), 207-227.
	Butler K.A., Bahrami A., Esposito C., Hebron R. (2000). Conceptual models for coordinating the design of user work with the design of information systems. <i>Data & Knowledge Engineering</i> , 33(2), 191-198.

	<p>Lenz R., Reichert M. (2007). IT support for healthcare processes – premises, challenges, perspectives. <i>Data & Knowledge Engineering</i>, 61(1), 39-58.</p> <p>Rahayu J.W., Chang E., Dillon T.S., Taniar D. (2001). Performance evaluation of the object-relational transformation methodology. <i>Data & Knowledge Engineering</i>, 38(3), 265-300.</p> <p>Semenova T. (2004). Discovering patterns of medical practice in large administrative health databases. <i>Data & Knowledge Engineering</i>, 51(2), 149-160.</p> <p>Seshasai S., Gupta A., Kumar A. (2005). An integrated and collaborative framework for business design: A knowledge engineering approach. <i>Data & Knowledge Engineering</i>, 52(1), 157-179.</p>
0268-4012	International Journal of Information Management
“Information Asymmetry” & “Health”	<p>Feijóo C., Gómez-Barroso J.L., Voigt P. (2014). Exploring the economic value of personal information from firms’ financial statements. <i>International Journal of Information Management</i>, 34(2), 248-256.</p> <p>Huerta T.R., Thompson M.A., Ford E.W., Ford W.F. (2013). Implementing electronic lab order entry management in hospitals: Incremental strategies lead to better productivity outcomes. <i>International Journal of Information Management</i>, 33(1), 40-47.</p>
“Knowledge” & “Health”	<p>Cegarra-Navarro J.G., Cepeda-Carrion G., Eldridge S. (2011). Balancing technology and physician–patient knowledge through an unlearning context. <i>International Journal of Information Management</i>, 31(5), 420-427.</p> <p>Choo C.W. (2013). Information culture and organizational effectiveness. <i>International Journal of Information Management</i>, 33(5), 775-779.</p> <p>Gagnon M.P., Payne-Gagnon J., Fortin J.P., Paré G., Côté J., Courcy F. (2015). A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study. <i>International Journal of Information Management</i>, 35(5), 636-642.</p> <p>Hajli M.N. (2014). Developing online health communities through digital media. <i>International Journal of Information Management</i>, 34(2), 311-314.</p> <p>Paagman A., Tate M., Furtmueller E., de Bloom J. (2015). An integrative literature review and empirical validation of motives for introducing shared services in government organizations. <i>International Journal of Information Management</i>, 35(1), 110-123.</p> <p>Ranerup A., Norén L. (2015). How are citizens’ public service choices supported in quasi-markets? <i>International Journal of Information Management</i>, 35(5), 527-537.</p> <p>Shaw N. (2014). The role of the professional association: A grounded theory study of Electronic Medical Records usage in Ontario, Canada. <i>International Journal of Information Management</i>, 34(2), 200-209.</p> <p>Sultan N. (2015). Reflective thoughts on the potential and challenges of wearable technology for healthcare provision and medical education. <i>International Journal of Information Management</i>, 35(5), 521-526.</p> <p>Udo G.J., Bagchi K.K., Kirs P.J. (2010). An assessment of customers’ e-service quality perception, satisfaction and intention. <i>International Journal of Information Management</i>, 30(6), 481-492.</p> <p>Yang C.W., Fang S.C., Lin J.L. (2010). Organisational knowledge creation strategies: A conceptual framework. <i>International Journal of Information Management</i>, 30(3), 231-238.</p>
“Cognitive Distance” & “Health”	<p>Hammami H., Amara N., Landry R. (2013). Organizational climate and its influence on brokers’ knowledge transfer activities: A structural equation modeling. <i>International Journal of Information Management</i>, 33(1), 105-118.</p>
0306-4379	Information Systems Journal
“Information Asymmetry” & “Health”	<p>Baskerville R.L., Myers M.D. (2015). Design ethnography in information systems. <i>Information Systems Journal</i>, 25(1), 23-46.</p> <p>Greenaway K.E., Chan Y.E., Crossler R.E. (2015). Company information privacy orientation: a conceptual framework. <i>Information Systems Journal</i>, 25(6), 579-606.</p>

	<p>Hsu M.H., Chang C.M. (2014). Examining interpersonal trust as a facilitator and uncertainty as an inhibitor of intra-organisational knowledge sharing. <i>Information Systems Journal</i>, 24(2), 119-142.</p> <p>Hussain Z.I., Cornelius N. (2009). The use of domination and legitimation in information systems implementation. <i>Information Systems Journal</i>, 19(2), 197-224.</p> <p>O'HEocha C., Wang X., Conboy K. (2012). The use of focus groups in complex and pressurised IS studies and evaluation using Klein & Myers principles for interpretive research. <i>Information Systems Journal</i>, 22(3), 235-256.</p> <p>Sandeep M.S., Ravishankar M.N. (2015). Impact sourcing ventures and local communities: a frame alignment perspective. <i>Information Systems Journal</i>.</p>
"Knowledge" & "Health"	<p>Boonstra A., Van Offenbeek M. (2010). Towards consistent modes of e-health implementation: structural analysis of a telecare programme's limited success. <i>Information Systems Journal</i>, 20(6), 537-561.</p> <p>Deng X., Wang T., Galliers R.D. (2015). More than providing 'solutions': towards an understanding of customer-oriented citizenship behaviours of IS professionals. <i>Information Systems Journal</i>, 25(5), 489-530.</p> <p>Doolin B. (2004). Power and resistance in the implementation of a medical management information system. <i>Information Systems Journal</i>, 14(4), 343-362.</p> <p>Evermann J. (2005). Towards a cognitive foundation for knowledge representation. <i>Information Systems Journal</i>, 15(2), 147-178.</p> <p>Hsu M.H., Chang C.M. (2014). Examining interpersonal trust as a facilitator and uncertainty as an inhibitor of intra-organisational knowledge sharing. <i>Information Systems Journal</i>, 24(2), 119-142.</p>
0306-4573	Information Processing & Management
"Information Asymmetry" & "Health"	<p>Cooper R.B. (1988). Review of management information systems research: A management support emphasis. <i>Information Processing & Management</i>, 24(1), 73-102.</p> <p>Mutshewa A. (2010). The use of information by environmental planners: A qualitative study using Grounded Theory methodology. <i>Information Processing & Management</i>, 46(2), 212-232.</p>
"Knowledge" & "Health"	<p>Cross G.R., deBessonnet C.G. (1985). Representation of legal knowledge for conceptual retrieval. <i>Information Processing & Management</i>, 21(1), 35-44.</p> <p>David Johnson J. (2014). Health-related information seeking: Is it worth it? <i>Information Processing & Management</i>, 50(5), 708-717.</p> <p>Ford N., Ford R. (1993). Towards a cognitive theory of information accessing: An empirical study. <i>Information Processing & Management</i>, 29(5), 569-585.</p> <p>Kim C., Kim S.D. (1977). Consensus vs frequency: An empirical investigation of the theories for identifying descriptors in designing retrieval thesauri. <i>Information Processing & Management</i>, 13(4), 253-258.</p> <p>McCay-Peet L., Toms E.G., Kelloway E.K. (2015). Examination of relationships among serendipity, the environment, and individual differences. <i>Information Processing & Management</i>, 51(4), 391-412.</p> <p>Woudstra L., van den Hooff B., Schouten A.P. (2012). Dimensions of quality and accessibility: Selection of human information sources from a social capital perspective. <i>Information Processing & Management</i>, 48(4), 618-630.</p>
0378-7206	Information & Management
"Information Asymmetry" & "Health"	<p>Che T., Peng Z., Lim K.H., Hua Z. (2015). Antecedents of consumers' intention to revisit an online group-buying website: A transaction cost perspective. <i>Information & Management</i>, 52(5), 588-598.</p> <p>Huang A.S. (1995). System development effectiveness: An agency theory perspective. <i>Information & Management</i>, 28(5), 283-291.</p> <p>Lesca N., Caron-Fasan M.L., Falcu, S. (2012). How managers interpret scanning information. <i>Information & Management</i>, 49(2), 126-134.</p> <p>Mavlanova T., Benbunan-Fich R., Koufaris M. (2012). Signaling theory and information asymmetry in online commerce. <i>Information & Management</i>, 49(5), 240-247.</p>

"Knowledge" & "Health"	Shin M. (2004). A framework for evaluating economics of knowledge management systems. <i>Information & Management</i> , 42(1), 179-196.
	Wang S.C., Wu J.H. (2014). Proactive privacy practices in transition: Toward ubiquitous services. <i>Information & Management</i> , 51(1), 93-103.
	Chau P.Y.K., Hu P.J.H. (2002). Investigating healthcare professionals' decisions to accept telemedicine technology: an empirical test of competing theories. <i>Information & Management</i> , 39(4), 297-311.
	Connell N.A.D., Young T.P. (2007). Evaluating healthcare information systems through an "enterprise" perspective. <i>Information & Management</i> , 44(4), 433-440.
	Kim T.H., Lee J.N., Chun J.U., Benbasat I. (2014). Understanding the effect of knowledge management strategies on knowledge management performance: A contingency perspective. <i>Information & Management</i> , 51(4), 398-416.
	Longo M., Mura M. (2011). The effect of intellectual capital on employees' satisfaction and retention. <i>Information & Management</i> , 48(7), 278-287.
	Mak B., Schmitt B.H., Lyytinen K. (1997). User participation in knowledge update of expert systems. <i>Information & Management</i> , 32(2), 55-63.
	Miltgen C.L., Smith H.J. (2015). Exploring information privacy regulation, risks, trust, and behavior. <i>Information & Management</i> , 52(6), 741-759.
	Payton F.C. (2000). Lessons learned from three interorganizational health care information systems. <i>Information & Management</i> , 37(6), 311-321.
	Pouloudi A. (1999). Information technology for collaborative advantage in healthcare revisited. <i>Information & Management</i> , 35(6), 345-356.
	Setiono R., Thong J.Y.L., Yap C.S. (1998). Symbolic rule extraction from neural networks: An application to identifying organizations adopting IT. <i>Information & Management</i> , 34(2), 91-101.
	Teo T.S.H., Bhattacharjee A. (2014). Knowledge transfer and utilization in IT outsourcing partnerships: A preliminary model of antecedents and outcomes. <i>Information & Management</i> , 51(2), 177-186.
	Torkzadeh G., Lee J. (2003). Measures of perceived end-user computing skills. <i>Information & Management</i> , 40(7), 607-615.
0742-1222	Journal of Management Information Systems
"Information Asymmetry" & "Health"	Dawson G.S., Watson R.T., Boudreau M.C. (2010). Information asymmetry in information systems consulting: toward a theory of relationship constraints. <i>Journal of Management Information Systems</i> , 27(3), 143-178.
	Zahedi F.M., Song J. (2008). Dynamics of trust revision: using health infomediaries. <i>Journal of Management Information Systems</i> , 24(4), 225-248.
"Knowledge" & "Health"	Clemons E. K., Kauffman R.J., Weber T. A. (2009). Special section: competitive strategy, economics, and information systems. <i>Journal of Management Information Systems</i> , 26(2), 7-13.
	Ji-Ye Mao I.B. (2000). The use of explanations in knowledge-based systems: Cognitive perspectives and a process-tracing analysis. <i>Journal of Management Information Systems</i> , 17(2), 153-179.
	Kearns G.S., Sabherwal R. (2006). Strategic alignment between business and information technology: a knowledge-based view of behaviors, outcome, and consequences. <i>Journal of Management Information Systems</i> , 23(3), 129-162.
	Thatcher M.E., Clemons E.K. (2000). Managing the costs of informational privacy: Pure bundling as a strategy in the individual health insurance market. <i>Journal of Management Information Systems</i> , 17(2), 29-57.
0887-4417	The Journal of Computer Information Systems
"Knowledge" & "Health"	Palanisamy R. (2007). Organizational culture and knowledge management in ERP implementation: An empirical study. <i>The Journal of Computer Information Systems</i> , 48(2), 100-120.

	Rodger J.A., Gonzalez S.P. (2014). A study on emotion and memory in technology adoption. <i>The Journal of Computer Information Systems</i> , 54(4), 31-41.
	Song S. (2002). An internet knowledge sharing system. <i>The Journal of Computer Information Systems</i> , 42(3), 25-30.
	Tan J., Cheng W., Rogers W.J. (2002). From telemedicine to e-health: Uncovering new frontiers of biomedical research, clinical applications & public health services delivery. <i>The Journal of Computer Information Systems</i> , 42(5), 7-18.
0888-7985	Journal of Information Systems
“Knowledge” & “Health”	Chen Y., Smith A.L., Cao J., Xia W. (2014). Information Technology Capability, Internal Control Effectiveness, and Audit Fees and Delays. <i>Journal of Information Systems</i> , 28(2), 149-180.
	Elbashir M.Z., Collier P.A., Sutton S.G., Davern M.J., Leech S.A. (2013). Enhancing the Business Value of Business Intelligence: The Role of Shared Knowledge and Assimilation. <i>Journal of Information Systems</i> , 27(2), 87-105.
	Kauffman R.J., Lee Y.J., Prosch M., Steinbart P.J. (2011). A Survey of Consumer Information Privacy from the Accounting Information Systems Perspective. <i>Journal of Information Systems</i> , 25(2), 47-79.
	Wilkin C., Campbell J., Moore S., Grembergen W.V. (2013). Co-Creating Value from IT in a Contracted Public Sector Service Environment: Perspectives on COBIT and Val IT. <i>Journal of Information Systems</i> , 27(1), 283-306.
0950-5849	Information and Software Technology
“Information Asymmetry” & “Health”	Doležel M., Buchalcevoá A. (2015). Test Governance Framework for contracted IS development: Ethnographically informed action research. <i>Information and Software Technology</i> , 65, 69-94.
“Knowledge” & “Health”	Ameller D., Burgués X., Collell O., Costal D., Franch X., Papazoglou M.P. (2015). Development of service-oriented architectures using model-driven development: A mapping study. <i>Information and Software Technology</i> , 62, 42-66.
	Ashworth C.M. (1988). Structured systems analysis and design method (SSADM). <i>Information and Software Technology</i> , 30(3), 153-163.
	Christensen H.B., Hansen K.M., Kyng M., Manikas K. (2014). Analysis and design of software ecosystem architectures – Towards the 4S telemedicine ecosystem. <i>Information and Software Technology</i> , 56(11), 1476-1492.
	Jansen S. (2014). Measuring the health of open source software ecosystems: Beyond the scope of project health. <i>Information and Software Technology</i> , 56(11), 1508-1519.
	Kesh S. (1995). Evaluating the quality of entity relationship models. <i>Information and Software Technology</i> , 37(12), 681-689.
	Kosti M.V., Feldt R., Angelis L. (2014). Personality, emotional intelligence and work preferences in software engineering: An empirical study. <i>Information and Software Technology</i> , 56(8), 973-990.
0950-7051	Knowledge Based Systems
“Knowledge” & “Health”	Antoniou G., Wachsmuth I. (1994). Structuring and modules for knowledge bases: motivation for a new model. <i>Knowledge-Based Systems</i> , 7(1), 49-51.
	Bernabé-Moreno J., Tejeda-Lorente A., Porcel C., Fujita H., Herrera-Viedma E. (2015). CARESOME: A system to enrich marketing customers acquisition and retention campaigns using social media information. <i>Knowledge-Based Systems</i> , 80, 163-179.
	Chung P.W.H., Cheung L., Stader J., Jarvis P., Moore J., Macintosh A. (2003). Knowledge-based process management—an approach to handling adaptive workflow. <i>Knowledge-Based Systems</i> , 16(3), 149-160.
	Delias P., Doumpos M., Grigoroudis E., Manolitzas P., Matsatsinis N. (2015). Supporting healthcare management decisions via robust clustering of event logs. <i>Knowledge-Based Systems</i> , 84, 203-213.
	Dong H., Hussain F.K. (2011). Semantic service matchmaking for Digital Health Ecosystems. <i>Knowledge-Based Systems</i> , 24(6), 761-774.

	Ovum L. (1990). Knowledge-based systems: Markets, suppliers and products. <i>Knowledge-Based Systems</i> , 3(2), 121.
0957-6053	Journal of Enterprise Information Management
"Knowledge" & "Health"	Kamal M.M. (2012). Shared services: lessons from private sector for public sector domain. <i>Journal of Enterprise Information Management</i> , 25(5), 431-440.
	Stefanou C.J., Revanoglou A. (2006). ERP integration in a healthcare environment: a case study. <i>Journal of Enterprise Information Management</i> , 19(1), 115-130.
	Verjan C.R., Augusto V., Xie X., Buthion V. (2013). Economic comparison between Hospital at Home and traditional hospitalization using a simulation-based approach. <i>Journal of Enterprise Information Management</i> , 26(1/2), 135-153.
	Virtue A., Chausaulet T., Kelly J. (2013). Healthcare planning and its potential role increasing operational efficiency in the health sector: A viewpoint. <i>Journal of Enterprise Information Management</i> , 26(1/2), 8-20.
	Zhang J., Dawes S.S., Sarkis J. (2005). Exploring stakeholders' expectations of the benefits and barriers of e-government knowledge sharing. <i>Journal of Enterprise Information Management</i> , 18(5), 548-567.
0959-3845	Information Technology and People
"Information Asymmetry" & "Health"	Chatterjee S., Merhout J.W., Sarker S., Lee, A. S. (2013). An examination of the electronic market hypothesis in the US home mortgage industry: A deductive case study. <i>Information Technology & People</i> , 26(1), 4-27.
"Knowledge" & "Health"	Hara N., Hew K.F. (2007). Knowledge-sharing in an online community of health-care professionals. <i>Information Technology & People</i> , 20(3), 235-261.
	Jensen C.B., Winthereik B.R. (2002). Political and moralising moments: on visions of IT in Danish health care. <i>Information Technology & People</i> , 15(3), 227-241.
	Johnston A.C., Worrell J.L., Gangi P.M.D., Wasko M. (2013). Online health communities: An assessment of the influence of participation on patient empowerment outcomes. <i>Information Technology & People</i> , 26(2), 213-235.
	Lai O.K. (1994). Promoting Health and Welfare: The Challenge for Information Technology?: A Strategic Agenda for Enabling Disabled People. <i>Information Technology & People</i> , 7(1), 81-99.
	Légaré J., Douzou S. (1995). Who needs information systems in the health care sector and who will use them? An experiment. <i>Information Technology & People</i> , 8(3), 28-42.
	Wilson F. (1995). Managerial control strategies within the networked organization. <i>Information Technology & People</i> , 8(3), 57-72.
	Zheng Y., Walsham G. (2008). Inequality of what? Social exclusion in the e-society as capability deprivation. <i>Information Technology & People</i> , 21(3), 222-243.
0963-8687	The Journal of Strategic Information Systems
"Information Asymmetry" & "Health"	Hosein I., Whitley E.A. (2002). The regulation of electronic commerce: learning from the UK's RIP act. <i>The Journal of Strategic Information Systems</i> , 11(1), 31-58.
	Lacity M.C., Willcocks L.P., Khan S. (2011). Beyond Transaction Cost Economics: Towards an endogenous theory of Information Technology Outsourcing. <i>The Journal of Strategic Information Systems</i> , 20(2), 139-157.
"Knowledge" & "Health"	Gorla N., Somers T.M., Wong B. (2010). Organizational impact of system quality, information quality, and service quality. <i>The Journal of Strategic Information Systems</i> , 19(3), 207-228.
	Merali Y., Papadopoulos T., Nadkarni T. (2012). Information systems strategy: Past, present, future? <i>The Journal of Strategic Information Systems</i> , 21(2), 125-153.
	Mumford E. (1998). Problems, knowledge, solutions: solving complex problems. <i>The Journal of Strategic Information Systems</i> , 7(4), 255-269.

	<p>Scheepers R., Venkitachalam K., Gibbs M.R. (2004). Knowledge strategy in organizations: refining the model of Hansen, Nohria and Tierney. <i>The Journal of Strategic Information Systems</i>, 13(3), 201-222.</p> <p>von Krogh G., Haefliger S. (2010). Opening up design science: The challenge of designing for reuse and joint development. <i>The Journal of Strategic Information Systems</i>, 19(4), 232-241.</p>
1039-7841	Australian Journal of Information Systems
“Knowledge” & “Health”	<p>Keith Koon T.T., Corbitt B., Beekhuyzen J. (2014). A Knowledge Management Model to Improve the Development of Bushfire Communication Products. <i>Australasian Journal of Information Systems</i>, 18(3), 97-118.</p> <p>Richardson H., Peszynski K., Yoong P., Hope B. (2003). The Role of Information Systems and Technology in Case Management: a case study in health and welfare insurance. <i>Australasian Journal of Information Systems</i>, 10(2), 70-80.</p>
1046-8188	ACM Transactions on Information Systems
“Knowledge” & “Health”	White R.W., Horvitz E. (2015). Belief Dynamics and Biases in Web Search. <i>ACM Transactions on Information Systems</i> , 33(4), 1-46.
1047-7047	Information Systems Research
“Information Asymmetry” & “Health”	<p>Anderson C.L., Agarwal R. (2011). The Digitization of Healthcare: Boundary Risks, Emotion, and Consumer Willingness to Disclose Personal Health Information. <i>Information Systems Research</i>, 22(3), 469-490.</p> <p>Kane G.C., Labianca G. (2011). IS Avoidance in Health-Care Groups: A Multilevel Investigation. <i>Information Systems Research</i>, 22(3), 504-522.</p> <p>Straub D.W., Hoffman D.L., Weber B.W., Steinfield C. (2002). Toward New Metrics for Net-Enhanced Organizations. <i>Information Systems Research</i>, 13(3), 227-238.</p> <p>Tanriverdi H., Rai A., Venkatraman N. (2010). Research Commentary—Reframing the Dominant Quests of Information Systems Strategy Research for Complex Adaptive Business Systems. <i>Information Systems Research</i>, 21(4), 822-834.</p>
“Knowledge” & “Health”	<p>Agarwal R., Gao G., DesRoches C., Jha A.K. (2011). The Role of Information Systems in Healthcare: Current Research and Future Trends. <i>Information Systems Research</i>, 22(3), 419-428.</p> <p>Agarwal R., Gao G., DesRoches C., Jha A.K. (2010). Research Commentary—The Digital Transformation of Healthcare: Current Status and the Road Ahead. <i>Information Systems Research</i>, 21(4), 796-809.</p> <p>Dutta A. (2001). Business Planning for Network Services: A Systems Thinking Approach. <i>Information Systems Research</i>, 12(3), 260-283.</p> <p>Fisher C.W., Chengalur-Smith I., Ballou D.P. (2003). The Impact of Experience and Time on the Use of Data Quality Information in Decision Making. <i>Information Systems Research</i>, 14(2), 170-188.</p> <p>Sundararajan A., Provost F., Oestreicher-Singer G., Aral S. (2013). Research Commentary—Information in Digital, Economic, and Social Networks. <i>Information Systems Research</i>, 24(4), 883-905. d</p> <p>Yan L., Peng J., Tan Y. (2015). Network Dynamics: How Can We Find Patients Like Us? <i>Information Systems Research</i>, 26(3), 496-512.</p>
“Cognitive Distance” & “Health”	<p>Preston D.S., Karahanna E. (2009). Antecedents of IS Strategic Alignment: A Nomological Network. <i>Information Systems Research</i>, 20(2), 159-179.</p> <p>Racherla P., Mandviwalla M. (2013). Moving from Access to Use of the Information Infrastructure: A Multilevel Sociotechnical Framework. <i>Information Systems Research</i>, 24(3), 709-730.</p> <p>Trier M. (2008). Research Note—Towards Dynamic Visualization for Understanding Evolution of Digital Communication Networks. <i>Information Systems Research</i>, 19(3), 335-350.</p>
1062-7375	Journal of Global Information Management

“Knowledge” & “Health”	Teoh S.Y., Chen X. (2013). Towards a Strategic Process Model of Governance for Agile IT Implementation: A Healthcare Information Technology Study in China. <i>Journal of Global Information Management (JGIM)</i> , 21(4), 17-37.
	Hung W., Chang L., Lee M. (2012). Factors Influencing the Success of National Healthcare Services Information Systems: An Empirical Study in Taiwan. <i>Journal of Global Information Management (JGIM)</i> , 20(3), 84-108.
“Cognitive Distance” & “Health”	Teoh S.Y., Cai S. (2015). The Process of Strategic, Agile, Innovation Development: A Healthcare Systems Implementation Case Study. <i>Journal of Global Information Management (JGIM)</i> , 23(3), 1-22.
1097-198X	Journal of Global Information Technology Management
“Information Asymmetry” & “Health”	Carter P.E. (2010). IT service value creation in a global environment. <i>Journal of Global Information Technology Management</i> , 13(4), 4-27.
“Knowledge” & “Health”	Mistry J.J. (2005). A conceptual framework for the role of government in bridging the digital divide. <i>Journal of Global Information Technology Management</i> , 8(3), 28-46.
1350-1917	Information Systems
“Knowledge” & “Health”	Chu W.W., Cárdenas A.F., Taira R.K. (1995). KMeD: A knowledge-based multimedia medical distributed database system. <i>Information Systems</i> , 20(2), 75-96.
	Pedersen T.B., Jensen C.S., Dyreson C.E. (2001). A foundation for capturing and querying complex multidimensional data. <i>Information Systems</i> , 26(5), 383-423.
	Ralyté J., Jeusfeld M.A., Backlund P., Kühn H., Arni-Bloch N. (2008). A knowledge-based approach to manage information systems interoperability. <i>Information Systems</i> , 33(7-8), 754-784.
	Rebuge Á., Ferreira D.R. (2012). Business process analysis in healthcare environments: A methodology based on process mining. <i>Information Systems</i> , 37(2), 99-116.
	Vassiliadis, P., Bouzeghoub, M., & Quix, C. (2000). Towards quality-oriented data warehouse usage and evolution. <i>Information Systems</i> , 25(2), 89-115.
	Wilbur W.J. (1992). An information measure of retrieval performance. <i>Information Systems</i> , 17(4), 283-298.
1367-3270	Journal of Knowledge Management
“Information Asymmetry” & “Health”	Chi L., Holsapple C.W. (2005). Understanding computer-mediated interorganizational collaboration: a model and framework. <i>Journal of Knowledge Management</i> , 9(1), 53-75.
	Liew C.B.A. (2008). Strategic integration of knowledge management and customer relationship management. <i>Journal of Knowledge Management</i> , 12(4), 131-146.
“Knowledge” & “Health”	Beveren J.V. (2003). Does health care for knowledge management? <i>Journal of Knowledge Management</i> , 7(1), 90-95.
	Foos T., Schum G., Rothenberg S. (2006). Tacit knowledge transfer and the knowledge disconnect. <i>Journal of Knowledge Management</i> , 10(1), 6-18.
	Lee S., Kim Y.S., Suh E. (2014). Structural health assessment of communities of practice (CoPs). <i>Journal of Knowledge Management</i> , 18(6), 1198-1216.
	Mansell R. (2002). Constructing the knowledge base for knowledge-driven development. <i>Journal of Knowledge Management</i> , 6(4), 317-329.
	Parent R., Roy M., St-Jacques D. (2007). A systems-based dynamic knowledge transfer capacity model. <i>Journal of Knowledge Management</i> , 11(6), 81-93.
	Sindakis S., Depeige A., Anoyrkati E. (2015). Customer-centered knowledge management: challenges and implications for knowledge-based innovation in the public transport sector. <i>Journal of Knowledge Management</i> , 19(3), 559-578.
	Wiig K.M. (2007). Effective societal knowledge management. <i>Journal of Knowledge Management</i> , 11(5), 141-156.

<p>“Cognitive Distance” & “Health”</p>	<p>Di Vincenzo D., Hemphälä J., Magnusson M., Mascia D. (2012). Exploring the role of structural holes in learning: an empirical study of Swedish pharmacies. <i>Journal of Knowledge Management</i>, 16(4), 576-591.</p> <p>Harvey J.F. (2012). Managing organizational memory with intergenerational knowledge transfer. <i>Journal of Knowledge Management</i>, 16(3), 400-417.</p>
<p>1369-7633</p>	<p>Knowledge Management review</p>
<p>“Knowledge” & “Health”</p>	<p>Herschel R.T. (2000). How Knowledge Exchange Protocols Can Improve KM Performance. <i>Knowledge Management Review</i>, 12, 8.</p>
<p>1385-951X</p>	<p>Information Technology and Management</p>
<p>“Information Asymmetry” & “Health”</p>	<p>Tayi G., Srinidhi B. (2006). A synthesizing framework for technology and content choices for information exchange. <i>Information Technology and Management</i>, 7(4), 239-247.</p>
<p>“Knowledge” & “Health”</p>	<p>Chung K., Kim J.C., Park R. (2015). Knowledge-based health service considering user convenience using hybrid Wi-Fi P2P. <i>Information Technology and Management</i>, 1-14.</p> <p>Yang J., Kang U., Lee Y. (2015). Clinical decision support system in medical knowledge literature review. <i>Information Technology and Management</i>, 1-10.</p> <p>Zhao J., Ha S., Widdows R. (2015). The influence of social capital on knowledge creation in online health communities. <i>Information Technology and Management</i>, 1-11.</p>
<p>1387-3326</p>	<p>Information Systems Frontiers</p>
<p>“Information Asymmetry” & “Health”</p>	<p>Butler T., McGovern D. (2012). A conceptual model and IS framework for the design and adoption of environmental compliance management systems. <i>Information Systems Frontiers</i>, 14(2), 221-235.</p>
<p>“Knowledge” & “Health”</p>	<p>Kim M., Song J., Triche J. (2015). Toward an integrated framework for innovation in service: A resource-based view and dynamic capabilities approach. <i>Information Systems Frontiers</i>, 17(3), 533-546.</p> <p>Rush W., O’Connor P., Johnson P. (2003). Data Systems in Support of Research in Managed Care. <i>Information Systems Frontiers</i>, 5(4), 429-434.</p> <p>Sun J., Qu Z. (2015). Understanding health information technology adoption: A synthesis of literature from an activity perspective. <i>Information Systems Frontiers</i>, 17(5), 1177-1190.</p> <p>Yang H., Li W., Liu K., Zhang J. (2012). Knowledge-based clinical pathway for medical quality improvement. <i>Information Systems Frontiers</i>, 14(1), 105-117.</p>
<p>1532-2882</p>	<p>Journal of the Association for Information Science and Technology</p>
<p>“Information Asymmetry” & “Health”</p>	<p>Meso P., Datta P., Mbarika V. (2006). Moderating information and communication technologies’ influences on socioeconomic development with good governance: A study of the developing countries. <i>Journal of the American Society for Information Science and Technology</i>, 57(2), 186-197.</p> <p>Thompson E.D., Kaarst-Brown M.L. (2005). Sensitive information: A review and research agenda. <i>Journal of the American Society for Information Science and Technology</i>, 56(3), 245-257.</p>
<p>“Knowledge” & “Health”</p>	<p>Tang D.L., Bouthillier F., Pluye P., Grad R., Repchinsky, C. (2015). The value of user feedback: Healthcare professionals’ comments to the health information provider. <i>Journal of the Association for Information Science and Technology</i>, 66(2), 377-391.</p> <p>Pluye P., Grad R., Repchinsky C., Jovaisas B., Johnson-Lafleur J., Carrier M.E., Granikov V., Farrell B., Rodriguez C., Bartlett G., Loiselle C., Légaré F. (2013). Four levels of outcomes of information-seeking: A mixed methods study in primary health care. <i>Journal of the American Society for Information Science and Technology</i>, 64(1), 108-125.</p> <p>Orzano A.J., McInerney C.R., Scharf D., Tallia A.F., Crabtree B.F. (2008). A knowledge management model: Implications for enhancing quality in health care. <i>Journal of the American Society for Information Science and Technology</i>, 59(3), 489-505.</p>

	<p>Greyson D.L., Johnson J.L. (2015). The role of information in health behavior: A scoping study and discussion of major public health models. <i>Journal of the Association for Information Science and Technology</i>.</p> <p>Zhang Y. (2014). Beyond quality and accessibility: Source selection in consumer health information searching. <i>Journal of the Association for Information Science and Technology</i>, 65(5), 911-927.</p> <p>Sligo F.X., Jameson A.M. (2000). The knowledge—behavior gap in use of health information. <i>Journal of the American Society for Information Science</i>, 51(9), 858-869.</p>
“Cognitive Distance” & “Health”	<p>Rafols I., Porter A.L., Leydesdorff L. (2010). Science overlay maps: A new tool for research policy and library management. <i>Journal of the American Society for Information Science and Technology</i>, 61(9), 1871-1887.</p> <p>Newby G.B. (2001). Cognitive space and information space. <i>Journal of the American Society for Information Science and Technology</i>, 52(12), 1026-1048.</p> <p>Hew K.F., Hara N. (2007). Knowledge sharing in online environments: A qualitative case study. <i>Journal of the American Society for Information Science and Technology</i>, 58(14), 2310-2324.</p>
1536-9323	Journal of the Association for Information Systems
“Information Asymmetry” & “Health”	<p>Sherer S.A. (2014). Advocating for action design research on IT value creation in healthcare. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 5(12), 860-878.</p> <p>Park C., Im G., Keil M. (2008). Overcoming the mum effect in IT project reporting: Impacts of fault responsibility and time urgency. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 9(7), 409-431.</p> <p>Watson R.T. (2014). A Personal Perspective on a Conceptual Foundation for Information Systems. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 15(8), 514-535.</p> <p>Keil M., Smith H.J., Iacovou C.L., Thompson R.L. (2014). The Dynamics of IT Project Status Reporting: A Self-Reinforcing Cycle of Distrust. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 15(12), 879-912.</p>
“Knowledge” & “Health”	<p>Wu I.L., Hu Y.P. (2012). Examining knowledge management enabled performance for hospital professionals: A dynamic capability view and the mediating role of process capability. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 13(12), 976-999.</p> <p>Payton F.C., Pare G., Le Rouge C.M., Reddy M. (2011). Health care IT: process, people, patients and interdisciplinary considerations. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 12(2), 3-16.</p> <p>Rosenkranz C., Vranešić H., Holten R. (2014). Boundary interactions and motors of change in requirements elicitation: a dynamic perspective on knowledge sharing. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 15(6), 306-345.</p> <p>Sahay S., Monteiro E., Aanestad M. (2009). Configurable politics and asymmetric integration: Health e-infrastructures in India. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 10(5), 399-414.</p> <p>Singh R., Mathiassen L., Stachura M.E., Astapova E. V. (2011). Dynamic capabilities in home health: IT-enabled transformation of post-acute care. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 12(2), 163-188.</p> <p>Hosack B., Hall D., Paradise D., Courtney J. (2012). A Look Toward the Future: Decision Support Systems Research is Alive and Well. <i>Journal of the Association for Information Systems</i>, 13(5) 315-340.</p>
1092-4604	Knowledge and Process Management
“Information Asymmetry” & “Health”	<p>Veltri S. (2014). Do Stakeholder Expectations Shape Organizational Intellectual Capital Reports? <i>Knowledge and Process Management</i>, 21(3), 177-186.</p>
“Knowledge” & “Health”	<p>Kingston J. (2012). Choosing a knowledge dissemination approach. <i>Knowledge and Process Management</i>, 19(3), 160-170.</p>

	Guldberg K.R., Mackness J., Makriyannis E., Tait C. (2013). Knowledge Management and Value Creation in a Third Sector Organisation. <i>Knowledge and Process Management</i> , 20(3), 113-122.
	Tseng S.M., Fang Y.Y. (2015). Customer Knowledge Management Performance Index. <i>Knowledge and Process Management</i> , 22(2), 68-77.
	Guo L., Hariharan S. (2012). Patients are not cars and staff are not robots: Impact of differences between manufacturing and clinical operations on process improvement. <i>Knowledge and Process Management</i> , 19(2), 53-68.
Journal Italiani	
Azienda pubblica	
“Conoscenza” & “Sanit*”	Barretta A., Busco C. (2004). Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e del controllo nella creazione di una ‘cultura d’area vasta’. <i>Azienda Pubblica</i> , 4, 71-92.
“Disallineamento informativo”	Marcon G. (2011). L’evoluzione delle teorie sui processi decisionali delle amministrazioni pubbliche, premessa per l’interpretazione della riforma della contabilità. <i>Azienda Pubblica</i> , 24, 207-221.
Economia e diritto del terziario	
“Conoscenza” & “Sanit*”	Clerico G. (2007). Il valore economico dell’innovazione tecnologica in sanità. <i>Economia e diritto del terziario</i> , 26, 67-92.
	Gregori G.L. (2002). Aspetti evolutivi del mercato del benessere in una prospettiva internazionale: quali minacce ed opportunità per le imprese italiane? <i>Economia e diritto del terziario</i> , 3, 941-974.
	Gregori G.L., Cardinali S. (2008). Aspetti evolutivi dell’industria del benessere in Italia: quali nuovi modelli gestionali? <i>Economia e diritto del terziario</i> , 29, 261-289.
	Maggiore G., Morvillo A. (2015). L’innovazione nei servizi pubblici: un caso nel settore sanitario. <i>Economia e diritto del terziario</i> , 27, 127-153.
“Distanza Cognitiva”	Del Chiappa G. (2004). La time based competitive knowledge nello sviluppo di nuovi prodotti: la dimensione interna e interorganizzativa. <i>Economia e diritto del terziario</i> , 1, 1-32.
Mecosan	
“Conoscenza” & “Sanit*”	Di Vincenzo F., Mascia D., Numerato D., Salvatore, D. (2014). Le reti sociali ei professionisti in sanità: una review della letteratura. <i>Mecosan</i> , 89, 71-84.
	Terzi A., Tanese A., Lamanna A. (2010). L’Audit civico in sanità: una espressione della cittadinanza attiva. <i>Mecosan</i> , 74, 129-151.
	Abbafati C., Spandonaro F. (2011). Capitale sociale e qualità dei sistemi sanitari: una prima ipotesi di causazione. <i>Mecosan</i> , 78, 57-74.
	Canitano S., Ghirardini A., Migliazza M., Trincherò E. (2010). Risk management, strumenti e cultura organizzativa per il governo della patient safety: dalla teoria alla pratica. <i>Mecosan</i> , 76, 83-101.

A.2 – Dati sulla popolazione indagata

											I Trimestre				II Trimestre				III Trimestre				IV Trimestre			
Paziente	FG	OP	DSS	Età (31/03)	Età (30/06)	Età (30/09)	Età (31/12)	PP	Sesso	LA	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
P1	2	21	60	69	69	70	70	23	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P2	2	21	60	71	71	72	72	122	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P3	2	21	60	93	93	93	94	37	1	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4			
P4	2	26	60	84	84	84	84	37	1	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	4				
P5	2	39	60	80	80	80	81	122	1	2	0	2	0	2												
P6	1	30	60	68	68	69	69	49	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P7	1	30	60	79	79	79	80	37	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P8	2	46	60	82	82	82	83	11	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P9	2	39	60	83	84	84	84	124	1	2	0	2	0	2	3	3	2	3	4	3	2	3	4	3	4	4
P10	1	30	60	93	93	93	93	122	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4
P11	1	51	61	77	77	78	78	82	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P12	2	26	60	77	77	78	78	69	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P13	2	40	60	101	101	101	102	37	1	2	0	2	0	2												
P14	2	26	60	101	101	101	102	37	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P15	2	39	60	67	67	68	68	109	1	2	0	2	0	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4
P16	2	21	60	85	85	86	86	60	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P17	1	30	60	77	77	77	78	122	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P18	1	30	60	86	87	87	87	6	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P19	2	21	60	81	81	82	82	64	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4
P20	1	30	60	72	73	73	73	82	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P21	2	26	60	91	92	92	92	79	1	2	2	2	2	2	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4
P22	2	21	60	58	58	58	58	106	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P23	2	26	60	82	83	83	83	52	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Appendici

P24	1	30	60	55	55	55	56	111	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P25	2	21	60	73	73	73	74	98	2	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4
P26	2	26	60	80	80	80	81	45	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P27	2	39	60	88	88	88	88	119	2	3	0	2	0	2													
P28	2	39	60	87	87	87	87	122	2	2	0	2	0	2													
P29	2	26	60	89	89	89	90	13	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P30	2	26	60	89	89	89	90	13	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P31	2	39	60	89	89	89	90	13	1	1	0	2	0	2													
P32	2	26	60	85	86	86	86	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P33	2	39	60	75	76	76	76	39	1	2	0	2	0	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
P34	1	30	60	84	84	85	85	88	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P35	2	21	60	89	89	89	89	122	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P36	2	26	60	58	58	59	59	30	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P37	1	30	60	86	87	87	87	46	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P38	1	30	60	93	93	93	94	60	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P39	2	39	60	90	90	90	91	122	1	1	0	2	0	2													
P40	1	51	60	77	77	77	77	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P41	2	21	60	84	84	84	85	32	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P42	2	46	60	43	43	43	43	73	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P43	2	39	60	67	68	68	68	111	1	2	0	2	0	2	4	3	1	3	4	3	3	3	4	4	3	4	4
P44	2	39	60	84	84	85	85	114	1	2	0	2	0	2													
P45	2	21	60	82	82	82	82	15	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P46	2	21	60	92	92	92	92	37	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4								
P47	1	51	61	0	0	0	1	73	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P48	2	32	61	35	35	35	36	72	1	1	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P49	2	32	61	35	35	35	36	72	1	1	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P50	2	8	61	86	86	86	87	13	2	1	2	3	2	2	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4
P51	2	33	61	86	86	86	87	13	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P52	2	32	61	78	79	79	79	108	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P53	2	33	61	84	84	85	85	73	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P54	2	33	61	84	84	85	85	73	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P55	2	14	61	36	36	37	37	107	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità: il caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata

P56	2	14	61	36	36	37	37	64	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P57	1	22	61	82	82	82	82	63	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P58	2	14	61	82	82	82	82	63	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P59	1	22	61	77	77	78	78	73	1	3	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	
P60	2	36	61	86	86	87	87	122	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P61	2	36	61	86	86	87	87	122	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P62	2	36	61	50	50	50	50	30	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P63	2	60	61	93	93	93	94	29	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P64	2	32	61	66	66	67	67	120	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P65	2	60	61	64	64	64	65	86	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
P66	1	58	61	86	86	86	86	122	1	2	2	3	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	
P67	2	36	61	86	86	86	86	122	1	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P68	1	25	61	84	84	84	85	61	1	2	2	3	2	3	3	4	3	4									
P69	2	33	61	84	84	84	85	61	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4
P70	1	22	61	79	79	79	79	13	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P71	2	36	61	87	87	87	88	126	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P72	2	10	61	85	85	85	85	13	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P73	2	36	61	87	87	87	87	122	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P74	1	25	61	89	89	89	89	79	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P75	2	33	61	74	74	74	75	82	2	1	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	
P76	2	33	61	74	74	74	75	82	2	1	2	2	2	2	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	
P77	2	36	61	79	79	79	80	110	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P78	2	8	61	81	82	82	82	2	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P79	2	8	61	81	82	82	82	2	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P80	2	15	61	81	82	82	82	2	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P81	2	8	61	85	86	86	86	1	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P82	2	60	61	56	56	57	57	121	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P83	2	33	61	77	77	78	78	82	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P84	1	25	61	82	82	83	83	13	2	1	2	3	2	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	
P85	2	8	61	82	82	83	83	98	2	1	2	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	
P86	2	32	61	9	9	9	10	93	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P87	2	17	61	48	48	48	48	94	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	

Appendici

P88	2	33	61	81	81	82	82	13	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P89	1	51	61	81	81	82	82	13	1	2	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3
P90	1	51	61	81	81	82	82	13	1	2	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4
P91	2	33	61	81	81	82	82	13	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P92	1	37	61	81	81	82	82	114	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P93	2	8	61	80	80	80	80	112	2	3	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3
P94	1	51	61	72	73	73	73	95	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P95	2	14	61	72	73	73	73	95	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P96	2	10	61	92	93	93	93	13	1	1	3	2	2	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4
P97	2	10	61	92	93	93	93	13	1	1	3	2	2	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4
P98	1	22	61	84	84	84	84	7	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P99	2	14	61	84	84	84	84	7	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P100	2	32	61	93	93	94	94	122	1	2	2	3	2	2	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3
P101	2	32	61	93	93	94	94	122	1	2	2	3	2	2	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4
P102	2	14	61	93	93	94	94	122	1	2	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3
P103	2	32	61	84	84	84	84	13	1		1	2	2	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4
P104	2	14	61	74	74	74	75	103	2	4	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
P105	2	32	61	82	83	83	83	82	1	1	1	2	2	2												
P106	2	17	61	63	63	63	63	100	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P107	2	17	61	63	63	63	63	100	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P108	2	10	61	60	61	61	61	90	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P109	1	22	61	60	61	61	61	6	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P110	2	36	61	66	66	67	67	5	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P111	2	36	61	66	66	67	67	5	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P112	2	32	61	84	84	84	85	123	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P113	2	10	61	78	78	78	79	13	1	2	2	3	3	2	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4
P114	2	14	61	94	94	94	94	13	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P115	1	51	61	77	77	77	77	122	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P116	2	8	61	77	77	77	77	122	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P117	2	33	61	77	77	77	77	122	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P118	2	32	61	9	9	9	10	2	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P119	2	32	61	62	62	62	63	1	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità: il caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata

P120	2	8	61	83	84	84	84	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P121	1	51	61	83	84	84	84	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P122	2	8	61	83	84	84	84	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P123	1	51	61	83	84	84	84	79	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P124	2	36	61	84	84	84	85	102	2	2	2	3	2	3	3	4	3	4	3	4				
P125	2	15	61	89	89	89	90	13	1	1	3	3	3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4
P126	2	36	61	85	85	85	86	123	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P127	2	36	61	95	95	95	96	67	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P128	1	22	61	95	95	95	96	67	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P129	2	36	61	89	89	89	89	13	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4
P130	2	60	61	94	94	94	94	79	1	1	0	2	2	1	3	3	3	4	3	3	3	4		
P131	2	60	61	87	87	87	87	13	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P132	2	36	61	89	89	90	90	13	1	1	3	3	2	2	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4
P133	2	32	61	82	82	82	82	41	1	1	1	3	2	3										
P134	2	32	61	89	89	89	90	82	2	1	2	3	3	2	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4
P135	2	32	61	87	88	88	88	122	1	2	1	2	2	3	2	3	3	4						
P136	1	51	61	87	88	88	88	122	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P137	2	36	61	91	91	91	92	2	2		3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P138	2	36	61	91	91	91	92	2	2		3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P139	2	14	61	75	75	75	76	40	1	2	2	2	2	2	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4
P140	1	51	61	87	88	88	88	13	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P141	2	32	61	87	88	88	88	13	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P142	2	10	61	90	90	90	90	13	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P143	2	17	61	51	51	51	51	73	2	3	2	3	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
P144	2	17	61	51	51	51	51	10	2	3	2	3	2	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4
P145	2	15	61	65	65	65	66	104	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P146	2	14	61	92	92	92	93	122	1	2	2	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3
P147	1	22	61	86	86	86	86	62	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P148	2	14	61	86	86	86	86	62	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P149	2	60	61	81	81	82	82	36	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P150	2	8	61	76	76	76	77	122	2	1	2	3	2	2	3	4	3	4	3	4				
P151	2	36	61	63	63	63	63	99	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Appendici

P152	1	58	61	56	56	56	56	8	1	2	2	3	2	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4
P153	2	10	61	56	56	56	56	8	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P154	2	17	61	85	85	86	86	5	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P155	2	60	61	66	66	66	66	4	2		3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P156	2	17	61	78	78	79	79	98	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P157	2	32	61	80	80	80	81	79	2	2	3	3	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3
P158	2	32	61	80	80	80	81	79	2	2	3	3	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3
P159	2	17	61	79	79	79	79	93	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P160	2	33	61	0	0	0	1	92	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P161	2	17	61	88	88	89	89	76	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P162	2	14	61	75	75	75	75	123	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P163	2	14	61	75	75	75	75	76	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P164	1	6	63	79	79	79	79	74	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P165	2	9	63	82	82	82	83	101	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4
P166	2	35	63	82	82	82	83	101	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3
P167	2	9	63	86	86	87	87	36	1	3	2	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	4			
P168	2	35	63	86	86	87	87	67	1	3	2	2	2	2	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3
P169	2	48	63	87	87	87	87	65	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P170	2	47	63	40	40	40	40	97	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P171	3	11	63	40	40	40	40	97	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P172	1	3	63	68	68	69	69	75	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P173	1	31	63	83	83	83	84	21	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P174	1	24	63	82	83	83	83	25	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P175	2	35	63	79	80	80	80	82	1	2	1	1	1	1	4	2	2	2							
P176	1	23	63	55	55	56	56	86	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P177	2	29	63	51	51	51	51	54	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P178	2	28	63	51	51	51	51	54	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P179	1	31	63	68	68	69	69	49	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P180	1	3	63	80	80	80	80	79	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P181	1	6	63	79	79	80	80	75	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P182	2	48	63	84	84	84	85	126	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P183	1	23	63	89	89	89	90	46	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Appendici

P215	2	29	63	69	69	70	70	91	2	3	2	2	2	1	4	3	3	2	4	3	3	4	4	3	3	4
P216	2	28	63	69	69	70	70	91	2	3	2	2	2	1	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
P217	1	31	63	57	57	57	58	95	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P218	2	47	63	73	73	74	74	82	1	3	2	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
P219	1	13	64	89	90	90	90	100	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P220	1	1	64	85	85	85	85	65	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P221	2	38	64	76	76	77	77	33	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P222	1	1	64	73	73	74	74	65	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P223	2	53	64	87	87	87	88	35	1	2	2	2	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
P224	2	16	64	83	83	83	83	17	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P225	2	16	64	83	83	83	83	17	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P226	2	16	64	72	73	73	73	109	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P227	2	16	64	72	73	73	73	109	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P228	2	16	64	94	94	94	95	122	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P229	2	53	64	70	70	70	70	27	1	3	2	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	4
P230	2	38	64	84	84	84	84	27	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P231	1	13	64	88	88	88	89	59	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P232	1	1	64	91	91	92	92	110	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P233	2	16	64	71	71	71	72	27	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P234	2	38	64	83	84	84	84	35	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P235	2	53	64	95	95	96	96	79	1	3	2	2	2	2	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4
P236	2	38	64	77	78	78	78	73	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P237	2	38	64	77	78	78	78	73	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P238	2	38	64	77	78	78	78	29	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P239	2	38	64	81	81	81	81	52	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P240	2	16	64	74	74	74	75	51	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P241	1	1	64	69	69	69	70	66	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P242	1	13	64	90	90	91	91	65	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P243	1	1	64	80	80	80	80	65	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P244	1	13	64	86	86	86	86	65	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P245	1	13	64	87	88	88	88	37	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P246	2	38	64	68	69	69	69	9	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità: il caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata

P247	2	53	64	89	90	90	90	35	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P248	1	13	64	46	46	46	46	56	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P249	1	13	64	90	90	90	90	65	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P250	2	16	64	23	23	23	24	117	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P251	1	13	64	83	83	83	83	27	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P252	1	43	65	90	90	90	91	57	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P253	1	43	65	86	87	87	87	65	2	5	3	3	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3
P254	1	43	65	86	87	87	87	65	2	5	3	3	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3
P255	1	43	65	94	94	94	95	65	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P256	1	43	65	68	69	69	69	65	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P257	1	43	65	68	69	69	69	65	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P258	1	43	65	92	92	93	93	35	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P259	1	43	65	80	81	81	81	65	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P260	2	5	66	88	89	89	89	12	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P261	2	42	66	88	89	89	89	12	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P262	1	50	66	87	87	87	87	37	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P263	2	46	66	87	88	88	88	12	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P264	2	27	66	70	70	70	70	45	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P265	2	27	66	5	6	6	6	44	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P266	2	55	66	5	6	6	6	44	1	3	0	2	3	3												
P267	2	49	66	71	71	71	71	38	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P268	2	46	66	71	71	71	71	38	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P269	2	5	66	77	77	78	78	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P270	1	34	66	87	87	87	87		1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P271	2	42	66	63	63	63	64	94	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P272	2	42	66	86	86	86	86	82	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P273	2	5	66	45	45	45	46	45	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P274	2	5	66	84	85	85	85	12	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P275	2	42	66	94	94	95	95	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P276	1	50	66	0	1	1	1	68	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P277	2	5	66	47	47	47	47	95	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
P278	2	5	66	106	106	107	107	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	

Appendici

P279	2	42	66	90	90	90	90	12	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P280	2	45	66	66	66	66	67	94	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P281	2	42	66	66	66	66	67	94	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P282	2	27	66	86	86	87	87	12	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P283	1	12	66	86	86	87	87	12	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P284	2	45	66	76	77	77	77	12	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P285	2	5	66	76	77	77	77	12	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P286	2	42	66	62	62	63	63	44	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P287	2	49	66	75	75	76	76	42	1	2	3	3	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3
P288	2	42	66	75	75	76	76	42	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P289	2	55	66	85	86	86	86	79	1	2	1	2	3	2	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4
P290	2	19	66	85	86	86	86	79	1	2	2	2	2	2	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3
P291	2	46	66	85	86	86	86	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P292	2	27	66	71	71	71	71	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P293	2	45	66	86	86	86	87	12	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P294	2	5	66	86	86	86	87	12	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P295	1	50	66	75	76	76	76	64	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P296	1	44	66	83	84	84	84	64	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P297	2	45	66	69	69	69	70	127	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P298	2	5	66	69	69	69	70	127	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P299	2	46	66	81	82	82	82	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P300	2	46	66	81	82	82	82	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P301	2	19	66	66	66	67	67	58	1	2	3	2	2	2	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3
P302	2	46	66	66	66	67	67	58	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P303	2	46	66	66	66	67	67	58	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P304	2	46	66	86	86	87	87	41	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P305	2	46	66	86	86	87	87	41	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P306	2	55	66	51	51	52	52	93	2	2	1	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P307	2	19	66	51	51	52	52	93	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4
P308	2	46	66	51	51	52	52	93	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P309	2	46	66	51	51	52	52	93	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P310	2	27	66	82	83	83	83	82	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità: il caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata

P311	2	27	66	85	86	86	86	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P312	2	45	66	86	86	86	87	37	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P313	2	5	66	86	86	86	87	117	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P314	2	27	66	75	75	75	76	116	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P315	1	44	66	81	81	81	82	12	1	5	2	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4
P316	4	54	66	84	84	85	85	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P317	2	19	66	84	84	85	85	79	1	2	1	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P318	2	46	66	84	84	85	85	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P319	2	46	66	84	84	85	85	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P320	1	12	66	75	75	76	76	84	1	5	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
P321	1	34	66	85	85	86	86	12	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P322	1	40	66	74	74	74	74	82	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P323	2	5	66	89	89	89	90	12	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P324	2	45	66	87	88	88	88	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P325	2	5	66	87	88	88	88	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P326	2	42	66	68	69	69	69	26	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P327	2	42	66	80	81	81	81	12	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P328	2	49	66	71	71	72	72	71	2	2	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P329	2	46	66	71	71	72	72	71	2	2	3	3	3	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4
P330	2	5	66	71	71	72	72	71	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P331	4	54	66	87	87	88	88	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P332	2	55	66	87	87	88	88	12	1	2	0	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4
P333	2	19	66	87	87	88	88	12	1	2	1	3	3	3	3				3				3		
P334	2	46	66	87	87	88	88	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P335	2	46	66	87	87	88	88	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P336	2	46	66	64	64	65	65	95	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P337	2	46	66	83	83	84	84	12	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P338	2	45	66	87	87	87	87	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P339	2	5	66	87	87	87	87	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P340	2	42	66	84	84	84	85	12	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P341	2	5	66	21	21	21	22	119	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P342	2	27	66	69	69	69	70	118	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Appendici

P343	2	45	66	21	21	22	22	10	1	2	2	3	3	2	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
P344	2	45	66	21	21	22	22	10	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P345	2	46	66	100	100	100	101	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P346	2	5	66	91	92	92	92	37	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P347	2	42	66	89	89	90	90	12	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P348	1	40	66	93	93	94	94	12	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P349	2	27	66	93	93	94	94	12	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P350	2	45	66	25	26	26	26	53	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P351	2	5	66	25	26	26	26	53	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P352	2	27	66	81	81	82	82	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P353	2	45	66	73	74	74	74	31	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P354	2	5	66	73	74	74	74	31	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P355	1	34	66	56	57	57	57	95	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P356	1	50	66	79	80	80	80	82	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P357	2	27	66	91	91	91	92	37	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P358	1	40	66	85	85	85	85	12	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P359	2	46	66	87	87	88	88	55	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P360	2	46	66	58	59	59	59	95	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P361	2	45	66	58	59	59	59	95	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P362	2	42	66	58	59	59	59	95	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P363	2	45	66	79	79	80	80	79	1	2	3	3	1	0	4	4	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4
P364	4	54	66	92	92	93	93	12	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P365	1	44	66	83	83	83	84	79	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P366	2	45	66	61	61	62	62	95	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P367	2	5	66	61	61	62	62	95	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P368	1	34	66	82	82	82	82	83	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P369	1	44	66	69	69	69	69	78	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P370	2	27	66	69	69	69	69	78	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P371	1	18	67	72	72	73	73	19	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P372	1	56	67	84	84	84	85	53	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P373	1	56	67	81	81	81	81	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P374	1	52	67	85	85	86	86	35	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità: il caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata

P375	1	56	67	72	72	73	73	19	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P376	1	18	67	86	86	86	86	78	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P377	1	56	67	94	94	94	95	77	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P378	1	52	67	86	86	86	86	82	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P379	1	52	67	115	115	115	115	50	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P380	1	20	68	80	81	81	81	19	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P381	1	59	68	85	86	86	86	94	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P382	2	2	68	93	93	93	93	4	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P383	2	49	68	88	88	88	89	3	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P384	2	49	68	44	44	44	44	115	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P385	2	49	68	59	59	59	59	65	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P386	1	20	68	59	59	59	59	65	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P387	2	2	68	70	70	70	71	65	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P388	2	49	68	22	22	23	23	97	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P389	2	49	68	22	22	23	23	97	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P390	1	20	68	75	75	75	76	60	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P391	1	41	68	86	87	87	87	20	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P392	2	2	68	91	91	91	91	74	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P393	2	7	68	31	31	31	32	97	2	1	3	2	3	2	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4
P394	2	7	68	31	31	31	32	97	2	1	3	2	3	2	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3
P395	2	49	68	6	7	7	7	97	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P396	2	7	68	84	84	85	85	33	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P397	2	42	68	7	7	8	8	91	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P398	2	42	68	7	7	8	8	91	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P399	2	42	68	80	80	80	80	96	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P400	2	42	68	80	80	80	80	96	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P401	2	49	68	82	82	82	82	3	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P402	1	59	68	83	83	83	83	37	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P403	2	42	68	83	84	84	84	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P404	1	59	68	83	84	84	84	79	2	2	0	1	2	1	3	2	3	4	3	2	3	4			
P405	2	42	68	83	84	84	84	79	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P406	2	2	68	91	91	91	91	3	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Appendici

P407	1	20	68	77	77	77	78	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P408	2	49	68	77	77	77	78	79	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P409	2	49	68	43	43	44	44	43	2	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P410	2	49	68	43	43	44	44	43	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P411	2	7	68	82	83	83	83	125	2	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4		
P412	2	7	68	82	83	83	83	125	2	1	2	3	3	2	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4
P413	2	4	68	80	80	80	80	91	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P414	2	7	68	53	53	53	53	97	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P415	2	7	68	53	53	53	53	97	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P416	2	7	68	53	53	53	53	97	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P417	1	20	68	92	92	92	92	75	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P418	1	59	68	88	89	89	89	36	2	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P419	1	41	68	87	87	87	88	60	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P420	2	4	68	92	92	92	92	47	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P421	2	4	68	80	80	80	81	33	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P422	2	49	68	67	68	68	68	16	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P423	2	49	68	28	28	28	29	81	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P424	1	59	68	91	91	92	92	33	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P425	2	2	68	78	78	79	79	3	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P426	2	7	68	57	58	58	58	73	2	3	2	2	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4
P427	2	7	68	57	58	58	58	73	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3
P428	2	7	68	57	58	58	58	73	2	3	2	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3
P429	2	7	68	57	58	58	58	73	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P430	1	41	68	84	84	85	85	33	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P431	2	49	68	78	78	79	79	113	1	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P432	2	2	68	78	78	78	78	45	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P433	2	7	68	88	88	89	89	82	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P434	1	59	68	82	82	82	83	65	1	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P435	1	41	68	89	89	89	89	33	2	1	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P436	1	41	68	91	91	92	92	33	1	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P437	2	42	68	70	70	70	71	33	1	1	3	3	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4
P438	2	42	68	70	70	70	71	33	1	1	3	3	3	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4

Appendici

Ferriglio Salvatore = 24	Artrosi generalizzata, sedi multiple = 18	Morbo di Parkinson = 82
Ferrillo Gerardina = 25	Artrosi generalizzata, sedi non specificate = 19	Obesità = 83
Ferro Matteo = 26	Artrosi localizzata primaria, tibio tarsica ed articolazioni del piede = 20	Occlusione di arteria cerebrale non specificata con infarto cerebrale = 84
Ferrone Mario = 27	Artrosi localizzata, non specificata se primaria o secondaria, ginocchio = 21	Osteomielite cronica, ossa bacino e femore = 85
Fratti Maria Teresa = 28	Aterosclerosi cerebrale = 22	Paraplegia = 86
Fusco Lorenzo = 29	Aterosclerosi delle arterie native degli arti con ulcerazioni = 23	Postumi della poliomielite acuta = 87
Giordano Antonio = 30	Bronchite cronica ostruttiva = 24	Postumi delle malattie cerebrovascolari = 88
Giordano Maria = 31	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta = 25	Postumi di fratture degli arti inferiori = 89
Grygel Monica = 32	Carcinomi in situ della laringe = 26	Psicosi maniaco-depressiva, altra e non specificata = 90
Guerra Armando = 33	Cardiopatía ipertensiva = 27	Quadriplegia e tetraparesi = 91
Iannone Stefania = 34	Cardiopatía ipertensiva non specificata = 28	Ritardi specifici dello sviluppo = 92
Iannuzzi Isabella = 35	Cardiopatía ischemica cronica non specificata = 29	Ritardo mentale grave = 93
Limodio Daniela = 36	Deficit cognitivo = 30	Sclerosi laterale amiotrofica = 94
Lodato Nadia = 37	Degenerazione cerebrale, non specificata = 31	Sclerosi multipla = 95
Lordi Annarita = 38	Demenza arteriosclerotica = 32	Sindrome postflebitica = 96
Luciano Ilaria = 39	Demenza arteriosclerotica con aspetti depressivi = 33	Stato vegetativo persistente = 97
Miranda Simona = 40	Demenza in condizioni morbose classificate altrove, senza disturbi comportamentali = 34	Tumori maligni del bronco o polmone, non specificato = 98
Molino Irene = 41	Demenza senile con aspetti deliranti o depressivi = 35	Tumori maligni del cervello, eccetto lobi e ventricoli = 99
Murano Giuseppe = 42	Demenza senile con aspetti depressivi = 36	Tumori maligni del colon = 100
Nunziata Anna = 43	Demenza senile, non complicata = 37	Tumori maligni del fegato, non specificato se primitivi o secondari = 101
Orlotti Daniela = 44	Diabete mellito = 38	Tumori maligni del lobo medio, bronco o polmone = 102
Pagano Anna = 45	Diabete tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato, con complicanze circolatorie periferiche = 39	Tumori maligni del lobo superiore, bronco o polmone = 103
Palumbo Gaetano = 46	Diabete tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, non definito se controllato, con complicanze circolatorie periferiche = 40	Tumori maligni del pancreas = 104
Pannullo Francesco = 47	Disfagia = 41	Tumori maligni dell'addome = 105
Pannullo Rosa = 48	Disfasia = 42	Tumori maligni dell'encefalo = 106

Approccio relazionale e co-creazione di valore in sanità: il caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata

Principe Concetta = 49	Distrofia muscolare congenita ereditaria = 43	Tumori maligni dell'uretere = 107
Raimo Maria Alessandra = 50	Disturbi cerebrovascolari nel puerperio, condizione o complicazione postpartum = 44	Tumori maligni della ghiandola salivare, non specificata = 108
Robustelli Roberta = 51	Emiplegia e emiparesi = 45	Tumori maligni della ghiandola tiroide = 109
Sabella Rosa = 52	Emiplegia flaccida ed emiparesi a sede emisferica non specificata = 46	Tumori maligni della laringe = 110
Salimbene Michele = 53	Emiplegia flaccida ed emiparesi dell'emisfero dominante = 47	Tumori maligni della mammella della donna = 111
Senese Isodoro = 54	Emiplegia flaccida ed emiparesi dell'emisfero non dominante = 48	Tumori maligni della prostata = 112
Sica Marianna = 55	Emiplegia spastica ed emiparesi dell'emisfero dominante = 49	Tumori maligni della vulva, non specificata = 113
Silvoella Giuseppe = 56	Emorragia cerebrale = 50	Tumori maligni delle ghiandole surrenali = 114
Vairo Giuseppe = 57	Emorragia subaracnoidea = 51	Tumori maligni dello stomaco = 115
Vastola Carmine = 58	Emorragia subdurale = 52	Tumori maligni di altre parti dei bronchi o dei polmoni = 116
Vazinedeh Shahin = 59	Encefalopatia non specificata = 53	Tumori maligni di osso e cartilagine articolare, sede non specificata = 117
Vitiello Raffaele = 60	Enterite regionale, sito non specificato = 54	Tumori maligni di parte non specificata della vescica = 118
	Esiti di malattia cerebrovascolare, aprassia = 55	Tumori maligni primitivi del fegato = 119
	Fibrosi cistica = 56	Tumori maligni secondari della cute = 120
	Frattura chiusa dell'ischio = 57	Ulcera degli arti inferiori, eccetto ulcera da decubito = 121
	Frattura chiusa della settima vertebra cervicale = 58	Ulcerazione da decubito = 122
	Frattura del bacino = 59	Varici degli arti inferiori con ulcera = 123
	Frattura del collo del femore = 60	Varici degli arti inferiori con ulcera e infiammazione = 124
	Frattura del femore sopracondilare = 61	Vascolopatie cerebrali acute, mal definite = 125
	Frattura dell'omero = 62	Vascolopatie cerebrali non specificate = 126
	Frattura di altre e non specificate parti del femore = 63	Versamento pleurico non specificato = 127
	Frattura di parte non specificata del femore = 64	