

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO



Facoltà di Economia

**Dipartimento di Studi e Ricerche Aziendali – Management &
Information Technology (DISTRA – MIT)**

**Dottorato di Ricerca in
Economia e Direzione delle Aziende Pubbliche
XII Ciclo – Nuova serie**

Tesi di dottorato

*L'imperativo della collaborazione: la prospettiva inter-organizzativa per
una nuova lettura dell'integrazione socio-sanitaria*

Coordinatore

Ch.ma Prof.ssa Paola Adinolfi

Tutor

Ch.ma Prof.ssa Gabriella Piscopo

Candidato

Dott. Rocco Palumbo
matr.: 8880400075

Anno Accademico 2013 - 2014

Ad Anna,

*Che mi ha sostenuto in tutte le
scelte, soprattutto quelle sbagliate;*

A Matteo,

*Che non mi ha sostenuto in nessuna
scelta, soprattutto quelle sbagliate;*

A Carmela,

*Che mi ha incoraggiato in ogni
momento ad andare avanti;*

A Carmela e Gabriella,

*Che mi hanno aiutato a crescere e
ad arrivare a traguardi inaspettati;*

A Teresa,

*Per la quale qualsiasi parola di
ringraziamento sarebbe
insufficiente.*

Sommario

INTRODUZIONE E BREVI NOTE METODOLOGICHE	<i>vii</i>
LISTA DELLE FIGURE	<i>xi</i>
CAPITOLO I: Una ri-concettualizzazione del bene salute: l'assistenza sanitaria secondo una prospettiva sistemica	
1.1 Salute e intervento pubblico	3
1.2 Il “fallimento” del mercato e il bene “salute”	8
1.3 Il governo della salute in Italia	14
1.4 Verso una “ <i>New Health Governance</i> ” italiana	20
1.5 Brevi note riepilogative	25
1.6 Bibliografia.....	28
CAPITOLO II: Le relazioni inter-organizzative: una sistematizzazione della letteratura	
2.1. Cenni introduttivi: l'integrazione socio-sanitaria come formula di relazione inter-organizzativa.....	35
2.2. Un inquadramento concettuale delle relazioni inter-organizzative.....	40
2.3. I determinanti delle relazioni inter-organizzative.....	46
2.4. I determinanti delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario....	59
2.5. Le dinamiche di nascita e governo delle relazioni inter-organizzative	59
2.6. I benefici e i costi delle relazioni inter-organizzative	65
2.7. I modelli di gestione delle relazioni inter-organizzative	71
2.8. Gli <i>outcome</i> delle relazioni inter-organizzative	80
2.9. Osservazioni conclusive	84
2.10. Bibliografia.....	88
CAPITOLO III: Un inquadramento dell'integrazione socio-sanitaria nella prospettiva delle relazioni inter-organizzative	
3.1 Considerazioni introduttive	103
3.1.1 <i>L'evoluzione della domanda di salute e i suoi impatti gestionali</i>	103
3.1.2 <i>L'integrazione socio-sanitaria quale sistema di relazioni inter-organizzative</i>	106
3.2 Integrazione socio-sanitaria: un inquadramento teorico e pratico.....	109
3.2.1 <i>Modelli di analisi dell'integrazione socio-sanitaria</i>	109
3.2.2 <i>Definizioni e nodi problematici dell'integrazione socio-sanitaria</i>	116
3.2.3 <i>I processi di istituzione e consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria</i>	119
3.2.4 <i>Le dimensioni di indagine dell'integrazione socio-sanitaria</i>	125
3.2.5 <i>Brevi note riepilogative</i>	133

3.3 L'implementazione delle iniziative di integrazione socio-sanitaria	136
3.3.1 <i>Le motivazioni alla base dell'integrazione socio-sanitaria</i>	136
3.3.2 <i>Le "regole empiriche" dell'integrazione socio-sanitaria</i>	140
3.3.3 <i>Le fasi e i modelli di integrazione socio-sanitaria</i>	146
3.3.4 <i>Fattori abilitanti e ostativi alle relazioni inter-organizzative</i>	151
3.3.5 <i>Riflessioni di sintesi: una ricetta per il successo dell'integrazione socio-sanitaria</i>	156
3.4 Gli impatti dell'integrazione socio-sanitaria	159
3.4.1 <i>Premessa</i>	159
3.4.2 <i>Gli approcci di valutazione delle performance inter-organizzative</i>	161
3.4.3 <i>Gli impatti interni dell'integrazione socio-sanitaria: la valorizzazione delle sinergie organizzative</i>	166
3.4.4 <i>Gli impatti della relazione inter-organizzativa sull'efficacia del sistema di assistenza</i>	170
3.5 Un framework unitario per la comprensione degli impatti dell'integrazione socio-sanitaria	175
3.6 Bibliografia	182

CAPITOLO IV: L'integrazione socio-sanitaria in pillole: le esperienze internazionali e il caso italiano del budget di salute

4.1 Cenni introduttivi	203
4.2 Le esperienze di integrazione socio-sanitaria nel Continente Americano	207
4.2.1 <i>L'integrazione socio-sanitaria negli Stati Uniti d'America</i>	207
4.2.2 <i>I percorsi di integrazione dell'assistenza in Canada e nell'America Latina</i>	212
4.3 Gli approcci di "integrated care" in Australia	218
4.4 Le esperienze di integrazione socio-sanitaria in Europa	222
4.4.1 <i>Il rilievo istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria</i>	222
4.4.2 <i>L'integrazione socio-sanitaria nell'Europa settentrionale</i>	224
4.4.3 <i>Le esperienze di integrazione nell'Europa centrale</i>	229
4.4.4 <i>I modelli di integrazione nell'Europa meridionale</i>	233
4.4.5 <i>Un quadro di sintesi delle esperienze europee di integrazione socio-sanitaria</i>	236
4.5 L'integrazione socio-sanitaria nel quadro normativo italiano	238
4.6 Il "budget di salute": il caso dell'ASL di Caserta	247
4.6.1 <i>La metodologia del budget di salute</i>	247
4.6.2 <i>Le aree di intervento del budget di salute</i>	251
4.6.3 <i>L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta: alcune riflessioni conclusive</i>	255
4.7 Bibliografia	263

Introduzione e brevi note metodologiche

Discutendo delle prospettive future dei sistemi di assistenza alla persona, non esiste un tema più in voga dell'integrazione socio-sanitaria. A conferma di ciò, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), consapevole delle ripercussioni generate da fenomeni di ampia portata – quali il graduale processo di invecchiamento della popolazione, la transizione epidemiologica dalla preponderanza di stati morbosi acuti alla prevalenza di patologie croniche multiple, l'incremento delle aspettative dell'utenza in termini di qualità e sicurezza delle prestazioni richieste e la persistente carenza di risorse economiche e finanziarie a disposizione – ha esplicitamente riconosciuto l'importanza di un armonico coordinamento tra i servizi sanitari e le formule di assistenza sociale, identificando l'integrazione socio-sanitaria quale approccio inderogabile ai fini della riconfigurazione strategica e strutturale dei sistemi di assistenza.

Recependo lo stimolo dell'OMS, la Commissione Europea ha recentemente approvato il terzo programma comunitario in materia di salute, vigente per il sessennio 2014-2020. Gli obiettivi che l'Unione Europea si propone per il rinnovamento dei sistemi socio-sanitari nazionali trovano un'efficace sintesi nelle finalità di abbattimento delle disuguaglianze in termini di salute tra gli Stati membri e – all'interno di essi – tra le diverse classi della popolazione, nel riordino amministrativo e organizzativo in una prospettiva di sostenibilità economica e sociale e nella focalizzazione dell'attenzione sui nuovi temi caldi dello scenario assistenziale, tra cui le patologie croniche e le disabilità multiple.

Siffatta impostazione strategica trova declinazione in diverse azioni operative, protese – in ultima analisi – all'incremento dei livelli di accessibilità alle prestazioni di cura, alla diffusione di consapevolezza in merito ai comportamenti rischiosi per la salute e alla valorizzazione della prevenzione. L'integrazione socio-sanitaria è presentata quale presupposto per il conseguimento di tali obiettivi intermedi, in quanto strumentale al recupero di appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nella prestazione dei servizi di tutela e promozione della salute: attraverso un opportuno collegamento tra i servizi sanitari e le prestazioni sociali, essa crea le condizioni per una presa in carico continuativa e comprensiva del paziente, promuovendo la globalità della prestazione.

In adesione alle linee strategiche formulate a livello internazionale, in ambito nazionale si riscontra una generalizzata tensione alla rimodulazione degli approcci di assistenza e alla ridefinizione in chiave sistemica dei criteri di allocazione delle risorse

disponibili: dalla focalizzazione sulle prestazioni sanitarie si passa alla centralità degli investimenti in termini di salute, alla luce della complessità dei determinanti che influenzano i livelli di benessere psico-fisico individuale e collettivo. Si prendono le distanze, dunque, dall'approccio bio-medico tradizionale, che concepisce l'assistenza alla persona quale provincia esclusiva del sistema sanitario, per abbracciare un modello bio-psico-sociale di salute, secondo cui le prestazioni di cura costituiscono una parte residuale del sistema di tutela e promozione della salute.

Le aziende che operano al servizio della persona in stato di bisogno sono chiamate a ricalibrare la gestione delle proprie leve strategiche, organizzative e gestionali, nell'intento di recuperare una concezione globale dell'assistenza. I processi di costituzione e sviluppo delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario divengono, di conseguenza, una prerogativa: queste ultime concorrono sia al conseguimento di significativi risparmi di spesa che al miglioramento della capacità di risposta alle istanze dell'utenza, rivelandosi indispensabili in un periodo segnato dall'incremento dei bisogni di salute della collettività servita e dal contestuale impoverimento delle risorse a disposizione per far fronte a essi.

Quantunque la sua ricorrenza nei documenti di pianificazione sanitaria sia sempre più frequente, l'integrazione socio-sanitaria stenta a trovare una concreta implementazione nella prassi; le relazioni inter-organizzative tra gli istituti che erogano servizi di assistenza alla persona sono ostacolate dalle elevate barriere istituzionali, organizzative, gestionali e culturali sedimentatesi nel corso degli anni tra le diverse sfere di cui si compone il sistema di tutela e promozione della salute.

Il presente lavoro, dunque, si propone di esaminare nel dettaglio l'articolato processo di avvio e successivo consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria, nel tentativo di identificare quali siano i determinanti, i fattori agevolanti e le variabili ostative alla nascita di relazioni simbiotiche tra le organizzazioni che operano in ambito sanitario e sociale; in aggiunta, si intende fornire un inquadramento dei modelli di governo e gestione delle interazioni organizzative sottese alla costituzione di un sistema integrato di assistenza, evidenziando, da un lato, le dinamiche che favoriscono il loro successo e, dall'altro, i vincoli che ne impediscono il radicamento. L'integrazione socio-sanitaria è inquadrata attraverso la lente di indagine delle "relazioni inter-organizzative" (*inter-organizational relationships*): da quest'ultimo filone teorico, infatti, sono desunti gli strumenti concettuali ed empirici impiegati ai fini del presente studio.

Il primo capitolo dell'elaborato esalta il rilievo assunto dalle relazioni inter-organizzative ai fini dell'appropriata gestione delle prestazioni di assistenza alla persona. A partire da alcune riflessioni di respiro economico sull'adeguatezza in ambito socio-sanitario dei meccanismi di coordinamento del mercato e della gerarchia, si dipinge un breve quadro sull'evoluzione dei modelli di governo della salute pubblica in Italia. Enfatizzando il processo di transizione verificatosi negli anni Novanta da un approccio tradizionale di "*Public Administration*" a un'impostazione managerialista, coerente ai principi del "*New Public Management*", si argomenta l'attuale tensione verso un modello di "*New Health Governance*", inteso a recepire una visione sistemica nell'organizzazione e nella gestione delle prestazioni di assistenza alla persona.

Tale processo evolutivo è sintomo della sedimentazione di un terreno favorevole all'emersione di interdipendenze organizzative tra il sistema sanitario e il sistema sociale; il secondo capitolo, in questi termini, fornisce un *review* della dottrina nazionale e internazionale in materia di relazioni inter-organizzative, nell'intento di informare la successiva attività di applicazione di tale *framework* teorico al caso dell'integrazione socio-sanitaria. A tal fine, è stata condotta un'approfondita analisi della letteratura, allo scopo di pervenire alla raccolta di argomentazioni teoriche e di evidenze empiriche in merito ai determinanti delle strategie collaborative tra due o più organizzazioni, alle dinamiche di nascita e governo delle relazioni inter-organizzative a esse sottese, ai benefici e ai costi associati a queste ultime, nonché ai modelli di governo e agli approcci di gestione delle interazioni sistemiche.

Le locuzioni "*inter-organizational relation*", "*inter-organizational relationship*", "*interorganizational relation*" e "*interorganizational relationship*" sono state impiegate come *query* ai fini della ricerca per "parole chiave, titolo e *abstract*" all'interno del *database* "Scopus-Elsevier", senza assumere vincoli temporali o criteri di esclusione basati sulla tipologia della pubblicazione. Un totale di 1.333 fonti bibliografiche è stato raccolto; queste ultime sono state successivamente catalogate in appositi fogli di lavoro elettronici e sistematizzate, allo scopo di scremare le ridondanze – vale a dire i contributi raccolti più volte in ragione della loro rispondenza a più chiavi di ricerca – e pervenire alla redazione di un elenco finale delle opere da sottoporre a scrutinio per l'inclusione all'interno della *literature review*.

Tale attività di filtraggio ha determinato l'eliminazione di ben 603 *item*, consentendo di focalizzare l'attenzione sui restanti 730 contributi, sottoposti a una minuziosa analisi del contenuto dei rispettivi *abstract*. Sulla base di opportuni criteri di

selezione, diretti a rimuovere dall'elenco il materiale bibliografico non coerente alle finalità perseguite, sono stati identificati 157 contributi rilevanti – rappresentati per tre quarti da articoli in rivista, con la restante parte ripartita tra capitoli in volumi collettanei e, in via residuale, monografie.

La terza parte del lavoro declina il quadro teorico delle relazioni inter-organizzative nella prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria. Utilizzando in maniera congiunta le banche dati "Scopus Elsevier", "PubMed" ed "Emeroteca Virtuale", è stata avviata un'ulteriore attività di reperimento del materiale bibliografico, focalizzando l'attenzione, tuttavia, sugli studi che avessero avuto ad oggetto l'organizzazione e/o la gestione integrata delle prestazioni socio-assistenziali. I termini "*integrated care*", "*health and social care integration*", "*healthcare and social care integration*" e "*social care and healthcare integration*" – per il reperimento dei contributi internazionali – e le locuzioni "integrazione socio-sanitaria", "assistenza integrata", "sistema socio-sanitario" e "sistema integrato di assistenza" – per il reperimento della letteratura italiana – sono stati impiegati quale parametro di ricerca principale all'interno del campo "parole chiave, titolo e *abstract*"; il loro utilizzo è stato affiancato da termini di ricerca secondari, ricavati dai risultati della revisione della letteratura condotta durante lo *step* precedente, tra cui – a titolo esemplificativo, ma non esaustivo – "*inter-organizational relation*", "*alliance*", "*collaboration*" e "*cooperation*" – per le pubblicazioni internazionali – e "sinergie", "interazioni organizzative" e "interdipendenze" – per i contributi nazionali. Anche in tal caso, nessun vincolo temporale, così come nessun criterio di esclusione è stato impiegato in sede di configurazione dei parametri della *query*.

La ricerca ha condotto alla raccolta di un numero complessivo di circa 600 contributi scientifici, tra cui articoli in rivista, contributi in atti di convegno, monografie e capitoli in volumi collettanei; in seguito all'eliminazione dei documenti ridondanti, il numero originario si è ridotto a 472 documenti, su cui è stata condotta un'analisi di significatività e di rilevanza ai fini degli obiettivi della presente ricerca, attraverso la lettura dei relativi *abstract*. Ad esito di tale attività di scrematura, sono state selezionate poco più di 200 pubblicazioni, che hanno rappresentato la base per l'inquadramento dell'integrazione socio-sanitaria nella prospettiva delle relazioni inter-organizzative; più dell'85% di questi ultimi rientra nella categoria degli articoli su rivista; la parte residua si compone prevalentemente di rapporti di rilievo istituzionale, capitoli in volumi collettanei e, in via residuale, monografie.

La letteratura raccolta è stata sottoposta a un'accurata attività di sistematizzazione, che ha consentito di fornire una chiara definizione del concetto di integrazione socio-sanitaria, di pervenire a una formalizzazione dei processi di istituzione e consolidamento delle relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e istituti di assistenza sociale, di identificare gli approcci di governo e gli strumenti di gestione ritenuti più appropriati in ambito socio-sanitario e di descrivere gli *outcome*, in termini di impatti interni e di impatti esterni, genericamente riconducibili all'avvio di strategie collaborative tra le aziende che erogano servizi di assistenza alla persona in stato di bisogno.

Il Quarto e ultimo capitolo contestualizza i temi trattati nelle sezioni precedenti alla realtà operativa, identificando l'integrazione socio-sanitaria quale esperienza comune alla maggior parte dei sistemi di assistenza nazionali dei Paesi sviluppati. Dopo aver fornito alcune evidenze empiriche in merito all'attualità dell'integrazione tra le prestazioni sanitarie e i servizi di rilievo sociale nel continente Americano, in Australia e in Europa, l'attenzione è concentrata sul caso italiano del *budget di salute*, identificato come pratica di successo per il coordinamento tra l'assistenza sanitaria e le prestazioni di rilievo sociale. Dall'esposizione critica del caso nella prospettiva delle relazioni inter-organizzative, si traggono alcune riflessioni sui fattori che hanno determinato il successo dell'esperienza e sulle variabili che ne ostacolano la replicabilità, fornendo interessanti spunti per potenziali sviluppi futuri, di natura sia teorica che empirica.

Lista delle Figure

<i>Figura 2.1:</i> Modelli di governance e tipologie di relazioni	64
<i>Figura 3.1:</i> Modelli di analisi dell'integrazione socio-sanitaria	115
<i>Figura 3.2:</i> Modelli di integrazione socio-sanitaria secondo l'intensità del rapporto	125
<i>Figura 3.3:</i> Dimensioni dell'integrazione socio-sanitaria.....	133
<i>Figura 3.4:</i> Modelli di integrazione socio-sanitaria per intensità e durata	151
<i>Figura 3.5:</i> Relazioni tra le misurazioni di efficacia nei diversi ambiti di valutazione....	174
<i>Figura 3.6:</i> Quadro integrato per la rilevazione dell'efficacia interorganizzativa.....	181

CAPITOLO I

**Una ri-concettualizzazione del bene salute: l'assistenza
sanitaria secondo una prospettiva sistemica**

1.1 Salute e intervento pubblico

Non si rischia di cadere in errore nel definire lo stato di buona salute un “bene pubblico” fondamentale, ovvero, ricorrendo a una definizione più attenuata nella forma, ma non meno pregnante nella sua portata epistemologica, un “interesse comune”, il cui valore non può essere oggetto di univoca ponderazione (Quenn, 2000). Tale argomentazione trova supporto sia adottando una prospettiva squisitamente “biologica”, intesa alla preservazione delle basilari abilità psico-fisiche necessarie alla sopravvivenza dell’individuo, quanto sotto un profilo “economico”, vale a dire concependo lo stato di buona salute in termini “strumentali”. Con riferimento a quest’ultimo aspetto, infatti, la condizione di benessere psichico e fisico rappresenta un presupposto per il soddisfacimento dei quotidiani bisogni di vita della persona, così come per il perseguimento degli interessi pubblici stabiliti in seno alla comunità di appartenenza (Zweifel, Breyer, & Kifman, 2009; Culyer & Newhouse, 2000).

Promuovere il conseguimento di un elevato stato di salute a livello individuale e collettivo, d’altro canto, rappresenta un compito che assume una complessità crescente per le organizzazioni a ciò istituzionalmente preposte, appartengano esse alla sfera pubblica o a quella privata¹. La mera garanzia dell’accesso alle prestazioni di assistenza sanitaria, difatti, non può essere ritenuta sufficiente a tal fine; le variabili che concorrono alla determinazione del benessere individuale e collettivo sono molteplici, oltre che

¹ Come si avrà modo di chiarire nel prosieguo, non esiste un unico modello di organizzazione e gestione dei servizi di tutela e promozione della salute; focalizzando l’attenzione sulle sole attività di assistenza sanitaria, non si ritiene eccessivo affermare che ciascun Paese si sia dotato, nel tempo, di uno specifico sistema sanitario, con caratteristiche strutturali e gestionali peculiari. In uno sforzo di sistematizzazione, la letteratura ha individuato tre modelli ideali, cui è possibile ricondurre le diverse esperienze nazionali (Roemer, 1991). Il modello *beveridgiano*, tipico dei sistemi sanitari nazionali finanziati tramite il ricorso a risorse pubbliche, si connota per uno spiccato centralismo finanziario e gestionale dell’attore pubblico: casi esemplificativi sono quello inglese e quello italiano prima delle riforme dell’ultimo ventennio, oltre che i Paesi Scandinavi. Il modello assicurativo di matrice pubblica, in parte associabile all’esperienza della Germania *bismarckiana*, attribuisce al soggetto pubblico il compito di garantire, direttamente o indirettamente, la copertura sanitaria a tutta la popolazione, sebbene i servizi siano erogati per lo più da organizzazioni private: Germania, Francia e Svizzera rappresentano i Paesi europei che meglio esprimono tale approccio di governo del sistema sanitario. Infine, il modello assicurativo privatistico attribuisce allo Stato un ruolo residuale, identificando le regole di “mercato” quale principale meccanismo di coordinamento: gli Stati Uniti d’America hanno tradizionalmente sposato tale approccio, sebbene con accorgimenti di varia natura, intesi a garantire livelli minimi di equità nell’accesso alle cure.

caratterizzate da un'intensa dinamicità nel tempo e nello spazio (Stahl, *et al.*, 2006). Fenomeni di natura ambientale, sociale, culturale ed economica incidono in maniera contestuale e in misura più o meno rilevante sullo stato di salute della persona (McQueen, *et al.*, 2012), assurgendo a fattori degni di particolare considerazione nella gestione delle diverse tipologie di intervento dirette a influire, in via diretta o indiretta, sul bene "salute" (Mooney, 2003).

Sulla scorta di queste rapide riflessioni introduttive, non desta sorpresa rilevare che la percezione di uno stato di buona salute abbia rappresentato, in una prospettiva storica, una componente fondamentale della complessa relazione di fiducia che lega i cittadini ai vari livelli di governo pubblico con cui essi interloquiscono (Steffen, 2005). L'assistenza sanitaria ha rappresentato, di conseguenza, un significativo ambito di intervento nella vita politica di gran parte delle società avanzate: l'intervento dell'attore pubblico in tale ambito, invero, è divenuto sempre più pregnante nel tempo, con una distribuzione dei ruoli che – nella maggior parte dei casi – ha visto, da un lato, concentrare presso il livello di governo centrale le competenze in materia di regolamentazione e garanzia dei livelli essenziali di assistenza e, dall'altro, attribuire agli enti locali le responsabilità organizzative e gestionali connesse all'erogazione dei servizi di cura alla persona (Theborn, 1995).

La premura del settore pubblico nei confronti dei servizi di assistenza sanitaria trova una rilevante, per quanto parziale, legittimazione alla luce della relazione che è possibile rinvenire tra lo stato di salute della collettività e la produttività economica di quest'ultima². Gli individui in buone condizioni psico-fisiche, difatti, sono in grado di produrre di più e meglio rispetto a chi lamenta disagi di varia natura; in questi termini, una forza lavoro che vanta una condizione di elevato benessere fisico e mentale – e che possa contare su un adeguato sistema di tutela e promozione della salute per far fronte a improvvisi decadimenti della salute – assume la connotazione di risorsa chiave per il successo nell'agone competitivo globale, contribuendo a rinvigorire la competitività del sistema paese nel suo complesso (Rosen, 1969).

Alle considerazioni di natura politica ed economica sin qui rapidamente esposte, si aggiungono riflessioni di respiro sociale: una popolazione in buone condizioni di salute non solo possiede maggiori capacità produttive, ma matura contestualmente una più solida

² Tale relazione è alla base della tesi che argomenta l'insostenibilità di un sistema sanitario i cui attori non siano in grado di regolare in maniera efficace ed efficiente le dinamiche appropriative dei servizi sanitari offerti dal sistema pubblico (Palumbo, 2013).

coesione e una più elevata apertura alle interazioni sociali. A conferma di ciò, vi è chi sostiene che la salute costituisca uno degli interessi distintivi dell'essere umano giunto al suo più recente stadio evolutivo – il cosiddetto *homo hygienicus* – il quale pone al vertice delle sue priorità di vita il conseguimento di un elevato livello di igiene sotto il profilo fisico e sociale (Labish, 1992). L'importanza del bene salute e, di riflesso, delle attività protese alla sua tutela e alla sua promozione è tale che queste ultime sono generalmente considerate una componente chiave dell'eredità culturale nazionale (Payer, 1988), in quanto tali capaci di attirare una cospicua quota delle risorse finanziarie racimolate in seno alla sfera pubblica.

A conferma di quest'ultimo punto, la rilevanza politica, economica e sociale del bene “salute” ne determina la proiezione non solo tra le competenze degli attori pubblici che agiscono in ambito nazionale, ma anche tra le aree di interesse prioritario delle organizzazioni internazionali. Infatti, puntando lo sguardo sulla più significativa esperienza d'integrazione sovra-nazionale sinora realizzata, vale a dire quella dell'Unione Europea, è possibile identificare tracce di una tutela al diritto della salute già all'interno della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU)³. La premura verso la protezione e la promozione del bene salute trova conferma circa mezzo secolo dopo, con la sottoscrizione della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (CDF)⁴, che sancisce l'innegabilità del diritto di ciascun individuo di accedere ad appropriate prestazioni di prevenzione e cura, seppure nei limiti di quanto previsto nella legislazione nazionale. L'Unione Europea, inoltre, si impegna a garantire, sia direttamente che indirettamente, un elevato livello di protezione e promozione della salute all'interno dei Paesi membri: non a caso, l'opinione secondo cui l'intervento in materia di salute debba essere annoverato tra le più importanti politiche comunitarie è particolarmente diffusa in dottrina (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009; Maurano, 2005)⁵.

³ La CEDU è stata sottoscritta a Roma il 4 novembre 1950, sotto l'egida del Consiglio d'Europa: essa ha istituito un sistema sovra-nazionale per la protezione dei diritti umani, attribuendo ai privati individui la possibilità di ottenere la tutela di questi ultimi facendo ricorso alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

⁴ La Carta dei Diritti Fondamentali ha consolidato in un unico documento la tutela dei diritti fondamentali riconosciuti dall'Unione Europea, con particolare riferimento alla libertà, all'eguaglianza, alla solidarietà, alla cittadinanza e alla giustizia. Essa è stata solennemente proclamata dal Consiglio Europeo di Nizza del 7 dicembre 2000; all'indomani dell'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, la Carta dei Diritti Fondamentali ha assunto il medesimo valore legale dei Trattati istitutivi dell'Unione Europea.

⁵ Il Trattato di Roma si limitava a prescrivere un “miglioramento costante delle condizioni di vita e lavoro dei cittadini”, inserendo tra le eccezioni al principio della libera concorrenza – un vero e proprio caposaldo

Collocandosi su questa scia, parte della letteratura ha tributato alla salute la denotazione di bene pubblico “globale” (Chen, Evans, & Cash, 1999), enfatizzando in tal senso la necessità di attribuire, quanto meno in parte, le responsabilità istituzionali in tema di tutela e promozione della salute al di sopra delle competenze degli Stati nazionali. In accordo a tale proposizione, alcuni compiti chiave per il miglioramento delle condizioni di benessere individuale e collettivo – tra cui la garanzia di un livello minimo di assistenza alla persona che risponda alle esigenze sanitarie di base di qualsiasi comunità, la predisposizione di una risposta pronta ed efficace nei confronti delle minacce globali alla salute e la promozione, soprattutto all’interno dei Paesi meno sviluppati, di azioni di sviluppo sociale e culturale in ambito sanitario – dovrebbero essere assegnati a organismi di rilievo internazionale⁶ (Jamison, Frenk, & Knau, 1998).

Alla luce di quanto esposto sino a questo punto, si ritiene opportuno, prima di proseguire nella trattazione, impegnarsi in una precisazione: i termini “salute” e “sanità” non possono essere impiegati come sinonimi. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), invero, definisce la “salute” come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, piuttosto che come semplice assenza di malattia; la “sanità”, diversamente, rappresenta uno degli strumenti a disposizione per la tutela della salute. Al concetto di “sanità”, in particolare, è associato il sistema delle organizzazioni pubbliche e private cui è attribuito il compito di provvedere all’erogazione dei servizi protesi al mantenimento, al recupero e al miglioramento del benessere fisico e psichico della persona, finalizzando le proprie attività alla rimozione delle condizioni patologiche che affliggono quest’ultima, così come all’assorbimento delle loro conseguenze sullo stato di salute individuale e collettivo.

dell’integrazione europea – la “tutela della salute e della vita delle persone”. L’Atto Unico Europeo del 1986 sancisce, per la prima volta, la garanzia di un elevato livello di protezione ambientale e dei consumatori nelle proposte della Commissione Europea in materia di sanità e sicurezza. Oggi, secondo la lettera degli articoli 4 e 6 del Titolo I del Trattato sul Funzionamento dell’Unione Europea (TFUE), l’Unione ha una competenza concorrente nelle materie che concernono l’ambiente, le politiche sociali e la coesione sociale, nonché un ruolo di coordinamento per quanto riguarda le iniziative nazionali finalizzate alla tutela e alla promozione della salute umana.

⁶ Tra esse, particolare enfasi deve essere attribuita all’Organizzazione Mondiale della Sanità, la quale si occupa di dirigere e di coordinare le politiche per la salute all’interno del sistema delle Nazioni Unite; tale istituto internazionale si propone di assumere la *leadership* in materia di problemi globali concernenti la salute, promuovendo norme e *standard*, indirizzando la ricerca scientifica, fornendo supporto tecnico e monitorando le principali variabili che riguardano lo stato di salute della collettività.

L'ineffabilità del concetto di salute e la correlata difficoltà di manovra sui relativi determinanti, associata a una più concreta possibilità di controllo delle leve di governo della sanità, hanno indotto a privilegiare la seconda rispetto alla prima tanto nella definizione quanto nell'implementazione delle politiche pubbliche. Non è un caso se l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari abbiano costituito la preminente, per non dire esclusiva, preoccupazione degli attori istituzionalmente preposti alla tutela e alla promozione della salute. Questi ultimi hanno a lungo sottovalutato l'impatto delle variabili sociali, economiche e ambientali sul livello di benessere conseguito dalla popolazione di riferimento. Come poco sopra anticipato, d'altro canto, i fattori estranei al contesto sanitario che concorrono alla determinazione dello stato di salute sono numerosi, eterogenei e significativi: l'ambiente di vita, le condizioni sociali, l'educazione, lo stile di vita, le abitudini alimentari sono solo alcune delle dimensioni rilevanti all'interno del complesso processo che conduce alla determinazione della condizione di benessere individuale e collettivo.

Le brevi note qui riportate testimoniano con evidenza le difficoltà che si incontrano sia nel tentativo di pervenire a una concettualizzazione univoca del bene "salute" che di conseguire un appropriato governo dello stesso. In primo luogo, diversi attori, a vario titolo competenti a livello locale, nazionale e sovra-nazionale, prendono parte alle dinamiche decisionali che concernono la salute individuale e collettiva; come se ciò non bastasse, ciascuno di essi è foriero di obiettivi e priorità che, in ipotesi non residuali, confliggono in maniera quasi del tutto inconciliabile⁷.

Con specifico riferimento a quest'ultimo aspetto, è opportuno non trascurare che le rigide compartimentazioni istituzionali consolidate all'interno del sistema socio-sanitario, ereditate da un'organizzazione della pubblica amministrazione concepita sulla base di un modello burocratico, hanno impedito di cogliere e valorizzare le sinergie esistenti tra i diversi determinanti della salute. Il funzionamento a "canne d'organo" delle organizzazioni coinvolte nel sistema di tutela e promozione della salute ha distratto l'interesse dalla

⁷ A mero titolo esemplificativo, si faccia riferimento al "conflitto" tra le esigenze di contenimento della spesa espresse dai livelli di governo nazionale e regionale e la tensione verso la crescita qualitativa e quantitativa delle prestazioni erogate alla collettività dagli attori che operano a contatto con l'utenza. Altri "dilemmi" riguardano questioni di natura puramente politica: sebbene l'evento potrebbe essere ritenuto una mera ipotesi di scuola, controversie tra le rappresentanze politiche nazionali e sovranazionali nella definizione degli obiettivi di salute proposti nei documenti di pianificazione potrebbero determinare problemi di coordinamento non facilmente risolvibili nel breve termine.

centralità della persona, collocando al fulcro dell'attenzione la medesima offerta di servizi di assistenza, il più delle volte definita a prescindere da una puntuale analisi dei bisogni di salute della popolazione e, per questo stesso motivo, inappropriata a fronte delle mutevoli istanze espresse da quest'ultima.

L'attuale tensione verso la territorializzazione dei servizi di cura e verso l'integrazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale è stimolata dalla pretesa di recuperare la smarrita centralità della persona in seno al sistema sanitario, oltre che dall'intento di promuovere la graduale emersione di un modello organizzativo che sia in grado di rispondere in maniera più efficace ed efficiente possibile ai rinnovati bisogni di salute della popolazione servita, attenuando contestualmente la presenza di interessi intestini al sistema di assistenza alla persona (Crivellini, 2004). In questa prospettiva, a partire dalle riflessioni di natura economica sul "fallimento" del mercato nel governo del bene salute, nei paragrafi che seguono si propone una rapida digressione sui modelli di gestione del sistema socio-sanitario che si sono succeduti in Italia negli ultimi decenni, pervenendo alla delineazione di un approccio a cui tendere, cui è provocatoriamente attribuita la denominazione di "*New Health Governance*" (Palumbo, 2013; Adinolfi 2005): quest'ultimo, tra gli altri aspetti, individua nella valorizzazione delle relazioni inter-organizzative il suo carattere distintivo.

1.2 Il "fallimento" del mercato e il bene "salute"

La fine del secondo conflitto mondiale apre la strada a due concezioni diametralmente opposte di governo dell'economia nazionale. Una di esse, riconducibile all'esperienza dei Paesi soggetti all'influenza politica e culturale dell'Unione Sovietica, si fonda sull'assunto dell'opportunità di concentrare la gestione delle leve di politica economica nelle mani di un attore centrale "omnisciente", in grado di garantire il conseguimento delle più elevate condizioni possibili di efficienza ed efficacia allocativa. Quest'ultimo, inforcando logiche razionali e predisponendo strumenti di programmazione universali, assume la funzione di guidare unilateralmente tutti i settori dell'economia, lasciando uno spazio di discrezionalità limitato agli operatori privati. Dall'altro lato, i Paesi occidentali, con esponente di punta gli Stati Uniti d'America, sposano un approccio ispirato ai principi del libero mercato: esso prevede la sottrazione delle leve di governo del sistema economico dal controllo pervasivo dello Stato centrale, postulando, piuttosto, la costituzione di un agone decisionale allargato, in cui è coinvolta una pletera di attori, i

quali operano con un'ampia discrezionalità di azione tanto dal lato della domanda quanto da quello dell'offerta di beni e servizi.

Il progressivo indebolimento dell'Unione Sovietica, che negli anni Novanta sfocia nella sua completa disgregazione politica ed economica, sancisce la presunta superiorità delle logiche di "mercato" su quelle della "gerarchia". Oggi, la maggior parte dei Paesi sviluppati, ivi comprese le economie orientali a più elevato tasso di sviluppo, adotta un modello di governo dell'economia di tipo "misto", che si ispira prevalentemente ai principi del libero mercato. Tale impostazione si oppone ontologicamente alla presenza di un attore centrale dominante, avente il compito di massimizzare il benessere sociale attraverso una stringente regolamentazione delle attività individuali. L'intervento del soggetto pubblico, in qualsiasi ambito economico, è limitato dall'influenza esercitata da una molteplicità di attori, ciascuno dei quali opera finalizzando la propria iniziativa al soddisfacimento di interessi particolari. Questi ultimi, quanto meno in linea teorica, agiscono a tutela dell'interesse egoistico, sulla base delle indicazioni provenienti dalla "mano invisibile" del prezzo, dimostrandosi in tal modo capaci di promuovere l'interesse collettivo meglio di quanto avrebbe consentito la "mano visibile" dello Stato (Smith, 1904).

I principi del libero mercato, tuttavia, non garantiscono in maniera indefettibile la gestione più efficiente ed efficace possibile delle attività economiche; la dottrina, al riguardo, ha formulato il concetto di "fallimento del mercato", argomentando l'inidoneità di quest'ultimo di promuovere l'appropriato governo di alcune tipologie di attività economica (Bator, 1958)⁸. Per quanto di interesse ai fini del presente lavoro, tra gli ambiti in cui il meccanismo della mano invisibile si rivela inadeguato, quanto meno in assenza di correttivi, vi è l'assistenza sanitaria, *in primis* in ragione dei problemi di asimmetria informativa e delle consistenti esternalità positive che caratterizzano quest'ultima.

Le attività di tutela e promozione della salute, in effetti, deragliano dai rigidi binari delineati dai principi dell'economia classica (Zweifel, Breyer, & Kifman, 2009): l'intervento dell'attore pubblico nel governo del "bene salute", in questa prospettiva,

⁸ Gli economisti utilizzano il concetto "fallimento del mercato" per descrivere una situazione in cui tale meccanismo di coordinamento non consente di conseguire l'efficace ed efficiente allocazione delle risorse a disposizione. Nell'ipotesi di fallimento del mercato, risulta indispensabile l'intervento dell'attore pubblico, il quale, nella maggior parte dei casi attraverso un'appropriata regolazione, ha il compito di porre rimedio al disfunzionamento del mercato, ripristinando o incrementando le condizioni di efficienza economica. In termini generali, asimmetrie informative, esternalità positive e negative e indeterminatezza nella definizione dei diritti di proprietà sono i principali fattori che determinano il fallimento del mercato (Mankiw, 2004).

risulta indispensabile, nel precipuo intento di ricondurre il “mercato della salute” entro i crismi di efficienza e di efficacia, edulcorando questi ultimi con la garanzia di “equità” nell’accesso alle cure (Castagnola & Rossi, 2005). L’attore pubblico, più nel dettaglio, persegue un duplice scopo: da un lato, esso assorbe gli episodi di fallimento del mercato, proponendosi quale regolatore del funzionamento del sistema sanitario; dall’altro lato, la sua azione è protesa a garantire a tutti i membri della collettività l’equo e tempestivo accesso alle cure, evitando che le condizioni economiche e sociali individuali costituiscano un intralcio sia alle finalità di tutela che di promozione della salute.

Il bene “salute”, difatti, possiede le caratteristiche tipiche dei beni pubblici, vale a dire la “non escludibilità” (Olson, 1965) e la “non rivalità” (Musgrave, 1959) nel consumo⁹; diverso è il discorso con riferimento ai servizi di assistenza sanitaria. Ragionando in termini istituzionali, questi ultimi posseggono – in linea di massima – il requisito della “non escludibilità”¹⁰; sotto il profilo ontologico, tuttavia, essi si configurano come beni rivali, non essendo possibile il contestuale consumo della medesima unità di servizio da parte di più individui (Palumbo, 2013). In considerazione di tale aspetto, l’assistenza sanitaria si sottrae alle tipiche logiche di gestione privatistica, che risultano non coerenti rispetto alla loro natura di “risorse collettive”.

A quanto qui discusso, si aggiunga che i presupposti normativi alla base del modello di libero mercato, primi tra tutti la sovranità del consumatore e la perfetta informazione, non trovano piena manifestazione con specifico riferimento all’erogazione dei servizi di assistenza alla persona. Al contrario, la condizione di asimmetria informativa a vantaggio di chi si colloca dal lato dell’offerta e la situazione di vulnerabilità psicologica e cognitiva da parte di chi esprime una domanda di assistenza forniscono un’adeguata

⁹ Un bene presenta il requisito della “non escludibilità” qualora l’accesso a esso sia consentito a più individui e non sia possibile prevedere vincoli formali e/o informali che impediscano il consumo del bene a uno o più di essi; viceversa, si ha “rivalità” nel consumo qualora l’impiego di un bene o il godimento di un servizio da parte di una persona implicino la contestuale impossibilità per un altro individuo di godere della medesima porzione di bene o dello stesso servizio.

¹⁰ Nei sistemi sanitari finanziati da risorse pubbliche il carattere di non escludibilità proviene dalla previsione costituzionale dell’universalità del servizio e della piena accessibilità a esso; in tali circostanze, a nessuna persona, a prescindere dalla sua qualità di cittadino, può essere preclusa la facoltà di avere accesso alle prestazioni assistenziali finalizzate al recupero, alla conservazione e alla promozione dello stato di buona salute. È opportuno precisare che anche i sistemi caratterizzati da una più marcata impronta privatistica prevedono, di norma, livelli minimi di assistenza garantiti a tutta la popolazione.

giustificazione all'intervento correttivo dell'attore pubblico in ambito sanitario, altrimenti viziato da una situazione di "dominio" dei primi sui secondi.

La presenza di asimmetrie informative rappresenta la principale causa di incompatibilità del modello di libero mercato ai fini del governo del sistema sanitario. Tale situazione concerne, in particolare, l'incapacità dell'utente di pervenire in maniera autonoma e consapevole alla definizione della quantità e della qualità dei servizi di assistenza cui ricorrere, nell'intento di rispondere in misura appropriata ai bisogni di salute percepiti. Da un lato, le precarie condizioni fisiche e psichiche impediscono al paziente di assumere decisioni di cura pienamente razionali, che consentano di massimizzare l'impatto sullo stato di salute e, contestualmente, di minimizzare i costi di assistenza; dall'altro lato, il diretto interessato potrebbe non essere in grado, a causa di *deficit* cognitivi – si pensi, a titolo meramente esemplificativo, ai casi di inadeguata alfabetizzazione sanitaria – di reperire o di comprendere le informazioni necessarie per affrontare nel migliore dei modi possibile lo stato patologico, con conseguenti impatti negativi sul suo stato di salute (Palumbo, 2012; Mooney, 1994).

La condizione di asimmetria informativa del paziente è aggravata dalla peculiare natura che è possibile associare alle prestazioni sanitarie. Esse possono essere concettualizzate quali servizi alla persona, finalizzati precipuamente alla tutela e/o alla promozione dello stato di salute: in quanto tali, esse si caratterizzano sia per la loro intangibilità che per la contestualità tra i momenti della "produzione" e del "consumo" (Gronroos, 2009; Zeithalm, Bitner, & Gremler, 2005). I servizi di assistenza sanitaria, da questo punto di vista, non possono essere oggetto di confronto o di valutazione qualitativa prima che l'interessato abbia effettuato una scelta definitiva in merito alla tipologia di prestazione di cui beneficiare.

In questi termini, le prestazioni di assistenza sanitaria non possono essere considerate dei *search good* o degli *experience good* (Nelson, 1970), rispetto ai quali è possibile esprimere una valutazione sia prima che dopo il momento del consumo. Esse, all'opposto, sono identificate dalla dottrina quali *credence good* (Darby & Karni, 1973), i cui connotati di qualità ed efficacia non possono essere apprezzati prima dell'esperienza di consumo, in ragione dell'ineffabilità del legame di causa-effetto tra la prestazione sanitaria e lo stato di salute percepito dal paziente (Musella, 2005). La qualità della prestazione, per tali motivi, può essere ponderata solo *a posteriori*, spesso, tra l'altro, in misura parziale, in considerazione dell'incapacità dell'individuo di giungere a una comprensione globale del proprio stato di salute.

A causa della sua condizione di debolezza informativa, in aggiunta, il paziente è facilmente oggetto di “cattura” da parte di chi opera all’interno del sistema di offerta, in ragione della capacità di quest’ultimo di influenzare le decisioni di cura del primo. Il fenomeno della domanda indotta dall’offerta (*Supply Induced Demand*, SID) è caratteristico dei servizi di assistenza sanitaria e deve essere oggetto di attenta considerazione da parte degli attori deputati alla regolamentazione e al controllo del sistema sanitario. Esso, difatti, potrebbe mascherare la presenza di prestazioni inappropriate, vale a dire l’erogazione di servizi che, di per sé, non si rivelino idonei a rispondere appropriatamente alle concrete esigenze di salute del paziente (Phillips, 2005).

Tanto la natura di “bene pubblico” della salute quanto la connotazione di “risorse collettive” dei servizi di assistenza sanitaria sono strettamente connesse alle forti esternalità riconducibili alle prestazioni di tutela e promozione della salute. L’erogazione di servizi sanitari, difatti, si caratterizza per l’esistenza di intensi *spill-over*, ossia per la generazione di un impatto positivo non solo sullo stato di salute di chi beneficia della prestazione, ma anche sul benessere degli altri membri della società¹¹. Generalizzando la questione, le esternalità positive associate alle prestazioni sanitarie possono essere classificate in due famiglie: esternalità fisiche (Culyer, 1971) ed esternalità psicologiche (Zweifel, Breyer, & Kifman, 2009). Le prime concernono gli impatti che si riverberano, in via diretta o indiretta, sul benessere degli individui che vivono a diretto contatto con il destinatario della prestazione, mentre le seconde sono frutto dello spirito di altruismo che anima gli esseri umani: esse scaturiscono dal sollievo generato dalla consapevolezza della diffusa accessibilità a un livello essenziale di assistenza garantito a tutti i membri della collettività, a prescindere dalle relative condizioni economiche e sociali.

In aggiunta, si consideri che la domanda di servizi di assistenza non può essere prevista con certezza o, quanto meno, con un grado accettabile di precisione; in questa prospettiva, una riserva di capacità per l’erogazione di servizi a pronta disponibilità si rivela indispensabile ai fini della garanzia di una rapida risposta nei confronti dei bisogni dell’utenza¹². Le aziende che operano in base ai principi del libero mercato, seguendo la

¹¹ Basti pensare, per un semplice esempio, alle vaccinazioni: l’*output* di tale servizio è rappresentato dalla singola prestazione nei confronti del diretto destinatario, che intende premunirsi di fronte all’eventualità di un fenomeno patologico; l’*outcome*, viceversa, concerne l’intera collettività di appartenenza, la quale – indirettamente – beneficia di una riduzione dei rischi connessi alla diffusione di malattie infettive al crescere del numero di vaccinazioni erogate.

¹² Ciò è vero, in particolare, con riferimento ai servizi di attesa, tra cui le prestazioni sono erogate in regime

direzione indicata dalla “mano invisibile” del prezzo, potrebbero ritenere non conveniente dotarsi di capacità produttiva in eccesso, con la conseguente incapacità di rispondere a eventuali picchi della domanda non previsti o non prevedibili: tale situazione, ovviamente, provocherebbe rilevanti ripercussioni sociali, non accettabili sotto un profilo etico.

La possibilità di usufruire di servizi sanitari, inoltre, dovrebbe essere slegata dalla capacità della persona di provvedere autonomamente al pagamento della prestazione, soprattutto nel caso in cui le disuguaglianze di reddito non siano cagionate da una differenza degli sforzi profusi per il conseguimento di ricchezza, ma dalla diversità delle opportunità a disposizione degli individui o da eventi avversi non volontariamente evitabili (Zweifel, Breyer, & Kifman, 2009). La salute, in altri termini, dovrebbe essere considerata “un bene speciale” (Anand, 2002): nel suo governo si dovrebbe tendere a un “egualitarismo particolare”¹³, in base al quale lo stato di benessere psichico, fisico e sociale dovrebbe sublimare a condizione alla portata di tutti gli individui, in assenza di vincoli derivanti dalla facoltà di corrispondere un pagamento a fronte delle prestazioni di assistenza ricevute.

Con esplicito riferimento a quest’ultimo aspetto, si ritiene significativo citare la riflessione di eminente dottrina: imporre il pagamento di un corrispettivo in capo a chi ha bisogno di assistenza sanitaria rappresenterebbe una contraddizione a qualsivoglia considerazione di natura etica o morale. La persona malata, infatti, in considerazione del suo precario stato fisico e psichico, dovrebbe essere esonerata dagli oneri sociali normalmente pendenti in capo ai membri della comunità di appartenenza, ivi compreso il pagamento a fronte della possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie. Chi subisce l’evento patologico non dovrebbe essere considerato responsabile per la propria condizione di salute; anzi, questi dovrebbe essere supportato nelle attività di recupero dello stato di benessere, in primo luogo agevolandone il ricorso a un sostegno esterno competente, come quello prestato da medici, infermieri o altri professionisti sanitari (Parsons, 1964).

Asseverata la sua necessità, è bene precisare che l’intervento pubblico in ambito sanitario può assumere diverse espressioni, in relazione alle specifiche decisioni politiche e

di urgenza e di emergenza dalle strutture di pronto intervento.

¹³ Diversi Autori hanno parlato di *specific egalitarianism* con riferimento al bene salute (Tobin, 1970; Walzer, 1983): in questa prospettiva, la maggiore “capacità” individuale, in termini economici, non dovrebbe essere un presupposto della garanzia di migliori servizi sanitari finalizzati al recupero o al mantenimento di uno stato di buona salute.

agli orientamenti strategici di fondo adottati dal *policy maker*. Da un lato, è possibile che l'attore pubblico si proponga di concorrere in maniera diretta al finanziamento e alla produzione del bene "salute", delegando ai privati, in relazione all'ampiezza e alla profondità dell'impegno assunto, un ruolo marginale o complementare; in alternativa, l'attore pubblico potrebbe limitarsi a svolgere una mera attività di regolamentazione, attribuendo sia il finanziamento che l'erogazione dei servizi all'iniziativa privata¹⁴.

1.3 Il governo della salute in Italia

Alla fine degli anni '70 un ricercatore americano ha impiegato un affascinante quesito per intitolare uno dei suoi più rinomati lavori: "il managerialismo può salvare le città?" (Rogers, 1979). Sulla base di quanto discusso sino a questo punto, è possibile riformulare il contenuto di questo interrogativo, spostando il *focus* dall'amministrazione urbana al governo della salute e, più precisamente, alla gestione dei servizi sanitari: il managerialismo può salvare il sistema sanitario e le organizzazioni che operano al suo servizio dalla forte crisi economica e gestionale che li ha colpiti negli ultimi anni?

Sebbene non sia possibile fornire una risposta definitiva a tale quesito, l'evoluzione che tuttora caratterizza sia il modo di concepire che di organizzare l'assistenza sanitaria a livello internazionale è espressione di un chiaro indirizzo verso l'applicazione di logiche *manageriali* al governo della salute. Tale riflessione trova conferma qualora l'attenzione sia focalizzata sul caso italiano: negli ultimi decenni, infatti, le organizzazioni sanitarie sono state coinvolte nel profondo "processo di aziendalizzazione"¹⁵, che ha generato una diffusa pressione verso l'implementazione di approcci gestionali ispirati al modello privatistico in seno al sistema sanitario nazionale, nell'intento di rinvigorire l'efficacia e l'efficienza delle organizzazioni che operano al suo interno.

Nelle fasi iniziali della sua esistenza, infatti, il governo della salute in Italia ha assunto i connotati tipici dell'azione burocratica di stampo weberiano, precipuamente basata sul principio del *command and control* da parte dello Stato centrale, che, seppur

¹⁴ In tale contesto, per "ampiezza" si intenda il numero di competenze che sono assorbite dall'attore pubblico, mentre per "profondità" il grado di controllo che quest'ultimo detiene nei confronti delle attività che sono attribuite alla sua responsabilità.

¹⁵ Diversi Autori hanno contribuito a tracciare un quadro dettagliato sull'evoluzione storica del governo della "salute" e della "sanità" in Italia (Cavicchi, 2008; Cosmacini, 2005): a essi si rimanda per ulteriori approfondimenti.

entro gli stringenti limiti istituzionali inizialmente associati all'intervento pubblico¹⁶, esprimeva la pretesa di governare in maniera verticistica il sistema sanitario, attraverso l'implementazione di un approccio di *governance* unitario e omogeneo su tutto il territorio. Siffatto *modus operandi* potrebbe essere ricondotto al paradigma della *Public Administration* (Lynn, 2001; Kirlin, 2001), secondo cui l'intervento dell'attore pubblico dovrebbe esplicarsi nell'esercizio di un ruolo di direzione e controllo sulle diverse entità che entrano a far parte della sua sfera di azione, in primo luogo attraverso pervasive attività di regolamentazione, pianificazione e programmazione.

Più nel dettaglio, lo Stato provvede alla formulazione di criteri uniformi per la gestione del servizio pubblico e patrocina la loro uniforme applicazione sul territorio nazionale, all'interno del quale opera una nutrita schiera di entità di diversa natura, ma simili tra di loro negli aspetti tecnici, organizzativi e gestionali. Queste ultime provvedono, ciascuna nella ripartizione territoriale di propria competenza, alla traduzione degli indirizzi e delle linee guida emanate dall'amministrazione centrale in programmi operativi, così come alla pratica implementazione di questi ultimi¹⁷. In un tale contesto, si diffonde la propensione a concepire la tutela del bene "salute" in termini di mero "accesso alle prestazioni di assistenza sanitaria", con la focalizzazione del *policy making* sulle attività protese al recupero o al mantenimento dello stato di salute individuale.

Il sistema sanitario, in questi termini, ruota quasi esclusivamente attorno ai fenomeni di decadimento dello stato di salute e ai correlati trattamenti assistenziali, senza che emerga una significativa pretesa di avviare programmi o iniziative intesi alla prevenzione e alla promozione del benessere psico-fisico¹⁸. Si consolida una logica di

¹⁶ I riferimenti normativi per questa prima fase dell'intervento pubblico nel governo della salute possono essere identificati nella Legge del 22 Dicembre 1888, n. 5849, rubricata "Legge sulla tutela dell'Igiene e della Sanità Pubblica", oltre che nei Testi Unici Sanitari del 1 Agosto 1907, n. 636 e del 27 Luglio 1934, n. 1265.

¹⁷ La legge 12 febbraio 1968, n. 132, rubricata "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera" è un evidente esempio di tale approccio: il legislatore disciplina nel dettaglio l'assistenza ospedaliera pubblica, delineando un impianto strettamente tecnocratico e un modello organizzativo improntato alla gerarchia; il testo di legge reca disposizioni sulla struttura e sull'amministrazione degli enti ospedalieri, sui requisiti e sulla classificazione degli ospedali, sul meccanismo di finanziamento dell'assistenza ospedaliera, sull'ordinamento dei servizi e del personale. Il Titolo IV della legge, infine, contiene la normativa in materia di programmazione ospedaliera.

¹⁸ Le prestazioni sanitarie non sono garantite alla persona nella sua qualità di essere umano, ma all'individuo in ragione del suo *status* di lavoratore: il sistema di finanziamento delle organizzazioni sanitarie si fonda su

“intervento *a posteriori*”, basata su un approccio di natura bio-medica e scientifica, che guarda alla condizione patologica piuttosto che alle personali esigenze di cura del paziente. Tale impostazione gestionale, ovviamente, presenta rilevanti limiti e si dimostra ben presto non idonea a rispondere in maniera efficace ai sempre più qualificati bisogni di salute espressi dalla popolazione servita.

Nonostante le sue intrinseche debolezze, siffatto modello di assistenza, nelle diverse configurazioni istituzionali e organizzative assunte nel corso degli anni, si regge in piedi per alcuni decenni, anche all'indomani dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale¹⁹, evento che segna un primo – per quanto sostanzialmente tenue – episodio di transizione verso un approccio di governo della salute, piuttosto che di mera amministrazione della condizione di malattia. Attraverso l'adozione di un'impostazione istituzionale ispirata all'esempio anglosassone²⁰, il sistema sanitario italiano si proietta verso un approccio di cura completamente diverso rispetto al passato²¹. I principi di universalismo, equità e globalità, che ispirano sin dalle sue fondamenta l'istituendo sistema pubblico di assistenza, non sottendono un'uniformità di intervento sul territorio nazionale: lo Stato, piuttosto, si fa carico della responsabilità di garantire il superamento delle disomogeneità territoriali in termini di condizioni socio-sanitarie e, a tal fine, si propone quale coordinatore di una squadra eterogenea di attori, i quali, nel rispetto delle relative competenze territoriali e funzionali, concorrono alla tutela e alla promozione della salute.

Una volta consolidatasi l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale italiano, sono le riforme degli anni novanta a segnare il definitivo passaggio da un paradigma di *Public*

un modello mutualistico, in virtù del quale i lavoratori sono obbligatoriamente iscritti a una cassa assicurativa, che si impegna alla copertura dei costi derivanti dalla richiesta di servizi assistenziali da parte dell'assicurato e del relativo nucleo familiare.

¹⁹ La Legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, rappresenta un punto di svolta per la sanità italiana; si passa dal modello mutualistico a un sistema di assistenza di impronta *beveridgiana*, incentrato sui principi cardine della globalità dell'assistenza, dell'universalismo e dell'equità nell'accesso alla cura.

²⁰ Il Rapporto Beveridge, una radicale proposta di riforma all'assistenza sociale inglese denominata “*Social insurance and allied services*”, prevede un sistema di protezione sociale obbligatoria, intesa a coprire tutti cittadini, fornendo loro una tutela “dalla culla alla tomba”.

²¹ Si può affermare che lo Stato abbandoni i remi per mettersi al timone del sistema sanitario. L'attore pubblico, in altri termini, tende a liberarsi della responsabilità nelle attività di produzione ed erogazione dei servizi sanitari, per concentrarsi quasi esclusivamente sulla regolamentazione del sistema e sul coordinamento delle diverse entità coinvolte nel settore della salute.

Administration a un modello che potrebbe essere inserito nel quadro concettuale del *New Public Management*²². Gli istituti pubblici che operano all'interno del sistema di assistenza si impegnano nella ricerca del miglior uso possibile delle (relativamente) scarse risorse a disposizione (Keeling, 1972), traendo ispirazione dalle pratiche manageriali invalse in ambito privato; queste ultime sono intese a favorire il conseguimento dei traguardi fissati in seno alla pianificazione strategica nazionale in maniera efficiente ed efficace, oltre che equa (Aday, *et al.*, 2004). Le risorse pubbliche sono considerate indispensabili, ma non sufficienti per il perseguimento degli obiettivi di salute fissati a livello istituzionale: si avverte in maniera sempre più intensa l'esigenza di attivare le "forze del mercato", allo scopo di ritemprare e rigenerare le potenzialità del sistema sanitario nazionale.

Una crescente autonomia decisionale è riservata agli attori pubblici che vantano una più intima connessione al territorio: essi divengono depositari di gran parte delle competenze strategiche e organizzative in ambito sanitario, in passato monopolizzate dai livelli centrali di governo. Le regioni, gli enti locali e le aziende sanitarie locali, attraverso l'adozione di un modello organizzativo di tipo reticolare, assumono l'arduo compito di gestire in maniera appropriata le risorse a loro disposizione, integrandole con le energie profuse dalle aziende private, allo scopo di garantire l'erogazione di livelli minimi di assistenza a tutta la comunità di riferimento e, in ultima analisi, di conseguire il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie della collettività servita. Cionondimeno, l'assistenza sanitaria è prestata nel rispetto delle linee guida formulate dallo Stato centrale, che assume i connotati di un *senior partner* nei confronti delle organizzazioni che operano sul territorio²³.

Si diffonde lentamente la convinzione secondo cui la gran parte dei mali del sistema sanitario nazionale derivi dalla precedente gestione pubblicistica dell'assistenza sanitaria: ne scaturisce una generalizzata tensione verso l'adozione di criteri *manageriali*

²² Per una panoramica esaustiva sulle caratteristiche di fondo del *New Public Management* e sull'evoluzione degli studi *manageriali* italiani, si vedano Adinolfi (2005) e Cepiku (2005).

²³ Secondo la riforma Bindi (D. Lgs. 229/99), compito prevalente dello Stato in ambito sanitario dovrebbe essere quello di reggere le redini di una carrozza trainata da ventuno sotto-sistemi sanitari regionali, ciascuno dei quali presenta proprie caratteristiche strutturali, organizzative e gestionali. Nella sua veste di nocchiero, l'attore pubblico centrale è tenuto a garantire un livello minimo di assistenza in tutto il territorio nazionale, evitando che il processo di *devolution* si traduca nell'emersione di debolezze strutturali e congiunturali e, di conseguenza, nel decadimento dello stato di salute della popolazione servita (Balduzzi, 2005; Achard, Castello, & Profili, 2004).

desunti dalle organizzazioni private e ispirati ai principi del libero mercato. Come sopra anticipato, “aziendalizzazione” (Anselmi & Volpato, 1990) diventa la parola chiave delle riforme amministrative nel campo della salute: i principi di economicità, efficienza ed efficacia diventano elementi immancabili negli interventi riformatori del legislatore, affiancandosi alle esigenze di umanizzazione ed eticità dell’assistenza (Borgonovi, 1993).

Il semplice ricorso al managerialismo, d’altro canto, si dimostra ben presto non sufficiente a risolvere *in toto* le criticità che affliggono la sanità pubblica: ancora all’indomani delle riforme degli anni novanta, l’assenza di adeguati incentivi intesi a favorire un comportamento responsabile e diligente degli operatori coinvolti nelle attività di tutela e promozione della salute, la complessità e l’inadeguatezza dei meccanismi di finanziamento e l’eccessiva frammentazione all’interno del sistema di assistenza rappresentano problemi rilevanti, da cui trovano origine sprechi, inefficienze e condizioni di insostenibilità finanziaria (Borgonovi, 2013).

In una situazione politica e sociale in continua fermentazione, è approvata la riforma costituzionale del 2001²⁴, la quale consacra definitivamente il passaggio da un modello di governo della salute dominato dall’autorità del Ministero della Salute a un’impostazione regionalistica e decentrata. Il processo di conferimento di maggiore rilievo strategico e di più ampie responsabilità decisionali agli organi di governo più vicini al territorio – regioni (Del Vecchio, 2008) e comuni (Carpani, 2005) prima di tutti – trova un nuovo stimolo. La rivisitazione del dettato costituzionale è accompagnata dall’avvio di un lento percorso evolutivo che, muovendo da un approccio di *New Public Management*, conduce all’applicazione dei principi della *Public Governance* nell’organizzazione e nella gestione dei servizi di assistenza alla persona. Il sistema socio-sanitario è finalmente concepito quale struttura complessa, composta da molteplici sub-sistemi regionali reciprocamente connessi e in costante interazione (Cicchetti, 2004). All’interno di ogni sistema regionale si persegue l’intento di pervenire alla costruzione di un governo diffuso e partecipato alla salute, inteso a coinvolgere sia attori pubblici che privati in una prospettiva di centralità del paziente e dei suoi bisogni di salute (Marsicano & Delle Fave, 2004).

²⁴ Con la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 si perviene alla riforma del Titolo V della Carta Costituzionale italiana, rubricato “Le regioni, le province, i comuni”. In ultima analisi, esso prevede il passaggio da uno stato centralistico e unitario a uno stato regionalistico, svuotato della gran parte delle sue competenze; queste ultime sono cedute ai livelli di governo locale, che assurgono al rango di entità componenti della Repubblica, con pari dignità rispetto allo Stato.

Lo Stato, nella veste di regolatore, ispira e coordina nei suoi valori di fondo il sistema di assistenza alla persona, delegando le responsabilità di governo della salute alle Regioni, le quali assumono il compito di gestire un sistema socio-sanitario efficace, efficiente, equo e radicato sul territorio, in grado di garantire condizioni di buona salute a tutta la popolazione, a prescindere dalle condizioni socio-economiche individuali. All'interno di ogni regione operano diverse aziende sanitarie locali, ciascuna competente per una porzione del territorio regionale: tra esse si innescano intense dinamiche contestuali di cooperazione e competizione (Mascia, 2009), funzionali a promuovere il miglior andamento possibile del sistema di assistenza.

L'articolazione organizzativa prosegue a cascata all'interno delle medesime aziende sanitarie, le quali si organizzano in distretti territoriali²⁵, a ciascuno dei quali compete la presa in carico globale della popolazione di riferimento (Cifalinò, 2007). I distretti, in particolare, hanno il compito di guidare e indirizzare passo dopo passo l'utente all'interno del sistema socio-sanitario, in particolar modo nel momento in cui quest'ultimo si trovi a fronteggiare eventi rischiosi per la propria salute. Essi non perseguono semplicemente l'obiettivo di ripristinare una condizione psichica e fisica deteriorata, replicando l'ormai reativo approccio bio-medico alla cura, quanto lo scopo di pervenire a condizioni di promozione e miglioramento a valere nel tempo di elevate condizioni di benessere, in adesione a un modello bio-psico-sociale di salute.

Tali tappe, come sarà meglio precisato nel prosieguo, proiettano il sistema socio-sanitario verso un rinnovato modello di governo della salute, vale a dire verso un paradigma strategico e gestionale che identifica nella cooperazione il suo principale punto di forza. Alla mera adozione di logiche di mercato, in passato erroneamente considerate una panacea per tutti i mali della sanità, si accompagna l'introduzione di nuovi approcci manageriali, che recepiscono un'impostazione sistemica nella gestione delle prestazioni di

²⁵ La struttura organizzativa distrettuale è prevista già nella prima riforma sanitaria, con cui si istituisce il Servizio Sanitario Nazionale. Il riassetto normativo degli anni novanta, tuttavia, modifica radicalmente la sua configurazione: da articolazione interna dell'azienda sanitaria, per lo più priva di una propria identità, esso diviene entità che dispone di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, la quale si occupa precipuamente di garantire l'assistenza primaria e la continuità assistenziale alla collettività di riferimento, di favorire il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le organizzazioni sanitarie che operano sul territorio, di erogare prestazioni sanitarie con rilevanza sociale, di prestare servizi di assistenza ambulatoriale e sanitaria a favore di alcune categorie di utenti (tossicodipendenti, disabili, anziani, donne e bambini in stato di necessità), di indirizzare i servizi di salute mentale e di organizzare un efficace dipartimento per la prevenzione delle patologie.

assistenza. La presa in carico globale del paziente, la medicina d'iniziativa, l'alfabetizzazione sanitaria, l'*empowerment* del paziente e la transizione da un approccio bio-medico, fondato sull'impersonale e oggettiva cura della malattia, a un modello bio-psico-sociale, che riconosce l'eterogeneità dei determinanti della salute, divengono i criteri ispiratori dell'azione delle aziende che operano al servizio dello stato di buona salute individuale e collettivo.

1.4 Verso una “*New Health Governance*” italiana

La dottrina non è tuttora pervenuta a una definizione univoca del concetto di “*Public Governance*”, per quanto le diverse prospettive dalle quali tale concetto sia stato indagato non confliggano in maniera inconciliabile tra di loro (Robichau, 2011). Il dibattito accademico in materia ha assunto una portata tale da spingere alcuni studiosi ad affermare ironicamente che l'abbondanza dei tentativi di fornire un'interpretazione autentica del significato di *governance* abbia indotto ad associare a esso una quantità di accezioni di gran lunga superiore rispetto a quella fornita dai più rinomati vocabolari in circolazione (Hughes, 2010).

In ultima analisi, è possibile intendere la *Public Governance* quale risultato di un lento processo evolutivo, che si connota per il superamento del tradizionale approccio stato-centrico nel governo della cosa pubblica. Esso trova espressione in una logica di gestione che riconosce nella società organizzata il proprio fulcro, valorizzando l'apporto che quest'ultima è in grado di esprimere ai fini della creazione di valore pubblico. Infatti, se in accordo al tradizionale modello di *Public Administration* l'unico attore protagonista nell'esercizio delle funzioni di governo è l'ente pubblico, la *Public Governance* prevede uno svuotamento quasi totale di quest'ultimo dalle sue competenze direzionali e gestionali. Esso, infatti, è sollevato dal suo ruolo di “comando e controllo” ad esito di un processo di decentramento e devoluzione di tipo sia verticale che orizzontale che caratterizza tutte le sfere di azione pubblica (Rhodes, 1994). In altri termini, l'amministrazione pubblica riconosce la natura plurale e pluralista dei processi in cui essa è quotidianamente coinvolta: si assume che le attività di governo richiedano l'intervento di una gamma eterogenea di attori – non riconducibili esclusivamente alla sfera pubblica – ciascuno con compiti e responsabilità peculiari (Osborne, 2010).

Seguendo la falsariga tracciata dalla letteratura internazionale, la dottrina italiana ha preso parte, seppure con un certo ritardo, al dibattito accademico in tema di *Public Governance*, fornendo chiavi ermeneutiche innovative per interpretare le implicazioni di

questo nuovo paradigma manageriale sulle dinamiche gestionali e organizzative delle aziende e delle amministrazioni pubbliche (Mercurio & Martinez, 2010; Adinolfi, 2005; Cepiku, 2005). La centralità delle interazioni tra gli attori che, direttamente o indirettamente, sono coinvolti nelle dinamiche di governo pubblico, il ruolo di coordinamento e di indirizzo di complessi sistemi sociali attribuito alle amministrazioni pubbliche e l'adozione di una configurazione organizzativa "aperta" da parte di queste ultime sono solo alcuni dei caratteri distintivi che la letteratura italiana ha associato alla *Public Governance* (Meneguzzo, 1995). In questa prospettiva, è possibile evidenziare agevolmente le peculiarità che caratterizzano quest'ultima rispetto al precedente modello di gestione del settore pubblico, cui è tipicamente attribuito l'appellativo di *government* (Jordan, Wurzel, & Zito, 2005).

La *governance* sconfessa il postulato secondo cui compito prioritario degli enti pubblici sia quello di "dirigere", attraverso un approccio verticistico, l'apparato amministrativo; essa afferma, piuttosto, che l'intento primario della pubblica amministrazione debba essere individuato nella creazione di consenso attorno alle scelte intraprese (Borgonovi, 2002), creando le opportune condizioni e gli adeguati incentivi affinché tutte le entità coinvolte all'interno del suo sistema istituzionale di riferimento compiano decisioni che siano in linea con gli indirizzi formulati in sede di *policy making* (Rebora, 1999). In questi termini, gli attributi del poli-centrismo e della poli-razionalità, la valorizzazione della dimensione inter-organizzativa e l'attenzione ai valori sociali ed extra-economici sintetizzano efficacemente i tratti distintivi della *Public Governance* (Adinolfi, 2005).

L'amministrazione pubblica si propone come uno dei numerosi attori coinvolti nelle attività di creazione del valore pubblico: essa non dispone né della possibilità né degli strumenti per governare in maniera gerarchica, sulla base di criteri di gestione universali, le dinamiche sociali, economiche e ambientali del suo contesto di riferimento. In questa prospettiva, l'organo di governo pubblico è chiamato a puntare sulle relazioni inter-istituzionali e inter-organizzative nel perseguimento dei propri fini istituzionali, allo scopo di promuovere l'implementazione di interventi che siano quanto più efficaci, tempestivi e coerenti possibile rispetto alle eterogenee e mutevoli aspettative della collettività.

In linea con quanto argomentato nel paragrafo precedente, le logiche di governo del sistema sanitario manifestano una significativa tensione verso un approccio di *Public Governance*, soprattutto in considerazione dei risultati poco lusinghieri che il tentativo di introdurre modelli di "tipo mercato", caratteristici del paradigma del *New Public*

Management, ha generato all'indomani delle riforme managerialiste degli anni novanta. Gli organi di governo centrale sono gradualmente svuotati delle loro competenze operative, acquisendo un ruolo di *senior partnership*: essi non intervengono, quanto meno non in maniera diretta, sulle scelte strategiche e sulle leve gestionali delle aziende e delle organizzazioni sanitarie, limitandosi a dettare i principi e le linee guida cui queste ultime sono tenute ad attenersi.

Invero, l'attore centrale adempie a funzioni di coordinamento del sistema socio-sanitario nazionale, in primo luogo attraverso la definizione dei livelli essenziali di assistenza da garantire alla popolazione servita; in termini generali, esso persegue l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini condizioni di equità, qualità, efficienza e trasparenza nell'accesso al sistema di assistenza, promuovendo l'attenuazione delle disuguaglianze territoriali. A tal pro, questi si interfaccia costantemente con le Regioni e con le Aziende Sanitarie Locali, nell'intento di valutare oggettivamente le condizioni delle singole realtà territoriali, di evidenziare le disomogeneità e le iniquità presenti tra queste ultime, di promuovere azioni correttive e migliorative del funzionamento del sistema socio-sanitario nazionale, nonché di tracciare le linee di innovazione e cambiamento allo scopo di stimolarne l'efficacia e l'efficienza²⁶.

All'ente regionale spetta un ruolo di *meta-governance* del sistema socio-sanitario (Peters, 2010): esso assume la responsabilità di indirizzare e supportare gli attori che agiscono a livello locale, coordinando un sub-sistema sanitario indipendente, che opera in un rapporto di "quasi competizione" con le altre realtà di pari livello. Ne consegue la graduale emersione di un articolato sistema di offerta che, nel suo complesso, dovrebbe essere in grado di rispondere agli eterogenei bisogni della collettività di riferimento, garantendo un livello minimo ed essenziale di assistenza a tutti i membri della popolazione servita, in assenza di discriminazioni. L'amministrazione regionale, in questi termini, assolve prevalentemente a funzioni di garanzia, proponendosi di salvaguardare l'efficace, efficiente ed equo funzionamento del sistema sanitario regionale. Tale compito si rivela particolarmente importante, in considerazione del maggior ricorso a formule di collaborazione con organizzazioni che appartengono al settore privato: se, da un lato, l'istituzione di *partnership* di tipo misto potrebbe determinare una perdita in termini di democraticità nelle dinamiche di governo della salute, dall'altro, il riconoscimento di un

²⁶ Tali obiettivi possono essere desunti dalle informazioni contenute nel sito *web* istituzionale del Ministero della Salute (<http://www.salute.gov.it/ministero/sezMinistero.jsp?label=fin>); l'ultimo accesso è stato effettuato il 9 settembre 2011).

ruolo di garanzia e di indirizzo strategico alla Regione attenua tale criticità, in ragione della sua natura di ente rappresentativo della collettività di riferimento²⁷.

La responsabilità di gestione del sistema socio-sanitario è completamente delegata a livello territoriale, vale a dire ai soggetti che operano a diretto contatto con l'utenza: sono le Aziende Sanitarie Locali (ASL), infatti, a svolgere le funzioni di programmazione, organizzazione e gestione delle attività finalizzate al buon andamento del sistema di assistenza alla persona, nel rispetto degli indirizzi strategici dettati dalla Regione di appartenenza e delle linee guida formulate dal Ministero della Salute. Le ASL, in particolare, hanno il compito di coordinare gli attori – sia pubblici che privati – inseriti nel sistema di erogazione dei servizi; esse, in aggiunta, sono parzialmente coinvolte nell'erogazione dei servizi di assistenza a favore della collettività, con il precipuo compito di canalizzare gli sforzi profusi dagli altri attori che fanno parte del sistema socio-sanitario territoriale verso i migliori risultati possibili sotto il profilo sanitario, economico e sociale.

Le ASL esercitano la loro funzione di indirizzo principalmente nei confronti dei distretti, loro diramazioni interne, cui è conferita una responsabilità territorialmente definita. Essi si occupano delle attività basilari di promozione e tutela della salute a favore dei residenti nella propria circoscrizione territoriale di competenza²⁸; a tal fine, dispongono di una propria capacità produttiva, partecipando direttamente all'erogazione dei servizi. Ovviamente, i distretti possono operare in un'ottica di rete, allacciando relazioni e interagendo con le altre organizzazioni sanitarie presenti sul territorio, in accordo alle indicazioni e alle direttive emanate dall'azienda sanitaria locale di riferimento.

²⁷ Le funzioni principali attribuite dalla letteratura (Bell & Hindmoor, 2009) agli organi di metagovernance sono l'indirizzo strategico (*steering*), la garanzia di efficacia (*effectiveness*), l'allocazione delle risorse (*resources*), il rispetto del principio di democraticità (*democracy*), la rendicontazione a terzi dell'attività complessiva del sistema (*accountability*) e la tutela della legittimità (*legitimacy*).

²⁸ Le aziende sanitarie possono adottare diversi modelli organizzativi e gestionali, in accordo alle linee guida e alla regolamentazione dettata dalla Regione di riferimento; in particolare, è possibile prospettare tre diversi approcci di gestione: il modello dell'azienda "erogatrice" prevede l'assunzione di compiti di produzione diretta di servizi da parte dell'ASL, la quale tende a creare un sistema interno di offerta autonomo e non dipendente da attori esterni; il modello dell'azienda "pagatrice" è diametralmente opposto al primo: l'ASL adempie esclusivamente a funzioni di committenza e non si impegna nelle attività di gestione ed erogazione di servizi. Infine, l'azienda "sponsor" si colloca a metà strada tra le due soluzioni precedenti: l'ASL coordina un ampio *network* interorganizzativo, che coinvolge sia *partner* pubblici che privati; questi ultimi concorrono nella configurazione di un sistema di offerta in grado di rispondere efficacemente ai bisogni di assistenza espressi dalla collettività.

Tanto le ASL quanto i distretti operano in un regime di contestuale competizione e cooperazione, definito dalla letteratura di “coopetizione” (Mascia, 2009). Da un lato, essi sono incentivati a massimizzare la propria efficienza ed efficacia, in quanto i finanziamenti sono associati all'appropriata prestazione dei servizi di assistenza alla persona: un eventuale utente insoddisfatto, che maturi l'intenzione di rivolgersi a una struttura diversa rispetto a quella di appartenenza, porterebbe con sé le risorse associate alla prestazione richiesta, distogliendo queste ultime dall'azienda di afferenza. In questa prospettiva, nell'intento di accrescere la propria capacità erogativa, le articolazioni territoriali del sistema sanitario sono incentivate a stringere rapporti di cooperazione e collaborazione, aderendo ad una logica di *network* nella produzione dei servizi sanitari: in tal modo, esse hanno la possibilità di sfruttare i vantaggi derivanti dalla specializzazione, evitando ridondanze o duplicazioni, minimizzando i costi di struttura e sviluppando una capacità di risposta tanto articolata quanto tempestiva nei confronti delle specifiche esigenze dell'utenza.

Il lavoro in rete consente alle aziende *partner* di conseguire consistenti vantaggi, sintetizzati dalla dottrina nella possibilità di scambiare dati e informazioni utili al miglioramento continuo della qualità dei servizi, di condividere risorse e, infine, di pervenire a condizioni di adeguato governo della domanda, riducendo i rischi di inappropriata frammentazione dell'offerta e dalla duplicazione delle strutture a disposizione (Provan & Milward, 1995)²⁹. La collaborazione, inoltre, rappresenta un volano per l'apprendimento organizzativo, in quanto costituisce una piattaforma a partire dalla quale è possibile avviare processi di fertilizzazione incrociata delle conoscenze e delle competenze sedimentate in seno alle singole organizzazioni *partner*.

L'interazione, dunque, favorisce la generazione di nuove fonti di vantaggio competitivo, su cui incentrare le future strategie organizzative. Il coinvolgimento degli attori privati in tali rapporti di collaborazione amplia il sentiero di apprendimento organizzativo: essi, infatti, sono portatori di prospettive aliene rispetto a quelle radicate in ambito pubblico, le quali consentono di generare le energie necessarie a rompere gli approcci organizzativi e gestionali tradizionali dietro cui le organizzazioni pubbliche tendono a trincerarsi, malgrado l'inadeguatezza di questi ultimi a rispondere alle rinnovate esigenze della collettività.

²⁹ La letteratura ha fornito numerosissimi contributi con riferimento al concetto di rete; tra essi, si ritiene utile rinviare, ai fini del presente lavoro, agli articoli di Head (2008) e di Mandell, *et al.* (2008).

Con specifico riferimento ai rapporti collaborativi, è opportuno precisare che il distretto non rappresenta semplicemente il contesto all'interno del quale è possibile promuovere la nascita e lo sviluppo di relazioni inter-organizzative tra le diverse entità che concorrono alle attività di assistenza sanitaria; esso costituisce, allo stesso tempo, l'ambito ottimale per il governo integrato dei determinanti della salute. Non è un caso se l'integrazione socio-sanitaria trova il suo ideale ambito di implementazione proprio a livello distrettuale, in una prospettiva di ricomposizione degli interventi mirati al miglioramento delle condizioni di buona salute della persona.

Nel prosieguo, l'attenzione sarà concentrata sulle caratteristiche discriminanti dell'integrazione socio-sanitaria, intesa come una particolare formula di relazione inter-organizzativa che lega reciprocamente le organizzazioni che operano al servizio della tutela e della promozione della salute, afferendo nella maggior parte dei casi a sfere istituzionali, professionali e culturali distanti tra di loro. Nell'intento di impostare un *framework* teorico che sostenga la trattazione dell'oggetto della presente ricerca, nel prossimo capitolo si propone una *review* della letteratura internazionale in materia di relazioni inter-organizzative (*inter-organizational relationships* – IOR – ricorrendo alla loro denominazione anglosassone): in particolare, si tenterà di pervenire a una puntuale descrizione di queste ultime sotto il profilo concettuale, per poi giungere all'identificazione dei fattori che concorrono alla loro nascita e al loro sviluppo.

Il *framework* teorico in tal modo costruito sarà utilizzato per pervenire a una migliore comprensione delle caratteristiche di fondo dell'integrazione socio-sanitaria, nonché per formulare ipotesi sugli aspetti strutturali, organizzativi e operativi interpretabili quali fattori agevolanti od ostativi al radicamento di relazioni simbiotiche tra le organizzazioni coinvolte – sia in ambito sanitario che sociale – nelle attività di tutela e promozione della salute. Nella parte conclusiva del lavoro di tesi, il caso dei *budget* di salute sarà impiegato quale approccio empirico per la traduzione in implicazioni pratiche delle argomentazioni teoriche esposte nel corpo della tesi: tale esperienza, in particolare, sarà indagata alla luce degli approcci più comuni in ambito europeo per l'implementazione dell'integrazione socio-sanitaria, generando utili spunti sia per il dibattito accademico che per ulteriori sviluppi futuri.

1.5 Brevi note riepilogative

Il governo della salute rappresenta un tema di forte interesse, oltre che di estrema delicatezza nell'attuale fase storica. Come brevemente esposto in apertura, diverse ragioni

contribuiscono a motivare l'intervento dell'attore pubblico nei processi di pianificazione, programmazione, organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria; tra gli altri, l'importanza che la garanzia del bene "salute" assume ai fini della creazione di valore non solo sociale ed economico, ma anche politico, costituisce la principale motivazione alla base della premura dell'attore pubblico nei confronti delle attività finalizzate al mantenimento, al recupero e al miglioramento dello stato di salute individuale e collettivo.

Il meccanismo di "puro mercato" non può essere applicato in maniera pedissequa nell'organizzazione e nella gestione dei servizi di assistenza alla persona: asimmetrie informative, domanda indotta dall'offerta, istituzionalizzazione del principio di non escludibilità nell'accesso alle prestazioni di cura sono solo alcuni dei fattori che generano condizioni di "fallimento del mercato" in ambito sanitario. Se da un lato, tuttavia, si richiama l'indispensabilità dell'intervento di un attore dotato di *public power* nella regolamentazione, nel governo e, in taluni casi, finanche nella gestione delle attività di assistenza, dall'altro lato si auspica un'evoluzione negli approcci *manageriali* utilizzati nel governo del sistema sanitario. Il modello di *Public Administration*, che identifica nell'ente pubblico l'unico attore depositario delle funzioni di *command and control* del sistema di assistenza, infatti, non può essere ritenuto al passo coi tempi e coerente rispetto alle rinnovate esigenze di salute della popolazione servita.

Le riforme degli anni Novanta hanno stimolato l'adozione di modelli gestionali innovativi, ispirandosi alle logiche di *New Public Management*: in tale frangente, scopo prioritario della rivisitazione del quadro normativo era quello di pervenire al miglioramento delle condizioni di efficacia e di efficienza delle organizzazioni sanitarie attraverso l'impiego di strumenti di gestione mutuati dalle aziende che operano secondo le regole del libero mercato. Il percorso di aziendalizzazione, tuttavia, si è dimostrato non sufficiente né adeguato a fornire un'appropriata risposta alle sempre più rilevanti criticità affrontate dal sistema socio-sanitario.

L'esigenza di pervenire alla ridefinizione del modello di organizzazione e gestione delle aziende sanitarie ha assunto una rilevanza in continuo aumento, soprattutto in ragione della crescente consapevolezza in merito agli impatti generati dal progressivo invecchiamento della popolazione sulla domanda di salute. La tensione al rinnovamento manageriale trova oggi concretizzazione nel paradigma di *Public Governance* (Osborne, 2010; Sancino, 2010; Osborne & Brown, 2005; Kettl, 1993), che si estrinseca nel tentativo di puntare su un'intensa collaborazione tra le istituzioni pubbliche e le organizzazioni private coinvolte nel sistema di tutela e promozione della salute. Tali attori sono incentivati

a cooperare l'uno con l'altro in un'ottica di rete, nell'intento di conseguire congiuntamente obiettivi comuni, diretti – in ultima istanza – a contribuire al miglioramento dello stato di salute individuale e collettivo.

In questa prospettiva, le relazioni inter-organizzative tra le entità che, a vario titolo, prendono parte alle attività di cura e assistenza assumono una rilevanza strategica e operativa determinante. La nascita di rapporti di mutua collaborazione e cooperazione, difatti, potrebbe condurre alla minimizzazione delle inefficienze, alla riduzione delle ridondanze e delle duplicazioni, allo sviluppo di competenze e conoscenze distintive, oltre che al miglioramento della capacità complessiva del sistema di offerta di rispondere ai mutevoli e sempre più eterogenei bisogni di assistenza della collettività.

Alla luce degli effetti positivi riconducibili a queste ultime, il presente lavoro concentra il suo *focus* sulle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario, allo scopo di pervenire all'identificazione dei determinanti che contribuiscono in misura più rilevante alla nascita e allo sviluppo di rapporti sinergici piuttosto che competitivi tra gli enti che erogano servizi di assistenza alla persona. Allo stesso tempo, si tenterà di individuare gli ostacoli che si oppongono alla diffusione di un modello di gestione collaborativo in ambito socio-sanitario, richiamando un tema di estremo interesse sia per l'accademia che per gli operatori, quale l'integrazione socio-sanitaria.

1.6 Bibliografia

- Achard, P. O., Castello, V., & Profili, S. (2004). *Il governo del processo strategico nelle aziende sanitarie*. Milano: Franco Angeli.
- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., & Balkrishnan, R. (2004). *Evaluating the health care system: Effectiveness, efficiency and equity*. Chicago, Illinois: Health Administration Press.
- Adinolfi, P. (2005). *Il Mito dell'Azienda*. Milano: McGraw-Hill.
- Anand, S. (2002). The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, pp. 485-487.
- Anselmi, L., & Volpatto, O. (1990). *L'Azienda Salute*. Milano: Giuffrè.
- Balduzzi, R. (2005). Esiste ancora un Servizio Sanitario Nazionale? In M. Ricca, & L. Chieffi, *Il governo della salute* (pp. 23-36). Roma: Formez - Ufficio Stampa ed Editoria.
- Bator, F. M. (1958). The anatomy of market failure. *Quarterly Journal of Economics* Volume, 72(3), pp. 351-379.
- Bell, S., & Hindmoor, A. (2009). *Rethinking Governance: The Centrality of the State in Modern Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Borgonovi, E. (1993). Etica, umanizzazione e razionalizzazione nel rinnovamento dalla sanità. *Mecosan*, 2(8), pp. 2-5.
- Borgonovi, E. (2002). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.
- Borgonovi, E. (2013). Le aziende del S.S.N. e il processo manageriale incompiuto. *Mecosan - Numero speciale*, 85, pp. 6-187.
- Carpani, G. (2005). Comuni e servizio sanitario dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. In M. Ricca, & L. Chieffi, *Il governo della salute* (pp. 123-156). Roma: Formez - Ufficio Stampa ed Editoria.
- Castagnola, A., & Rossi, M. (2005). *Il mercato della salute*. Bologna: EMI.
- Cavicchi, I. (2008). *Il pensiero debole della sanità*. Bari: Dedalo.
- Cepiku, D. (2005). Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della P.A.? *Azienda Pubblica*, 1, pp. 105-131.
- Chen, L. C., Evans, T. G., & Cash, R. A. (1999). Health as a global public good. In I. Kaul, I. Grunberg, & M. A. Stern, *Global Public Goods* (pp. 284-304). New York: Oxford University Press.

- Cicchetti, A. (2004). *La progettazione organizzativa: principi strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie*. Milano: Franco Angeli.
- Cifalinò, A. (2007). *Il governo dei servizi sanitari territoriali*. Franco Angei: Milano.
- Cosmacini, G. (2005). *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma: Laterza.
- Crivellini, M. (2004). *Sanità e Salute: un conflitto di interesse*. Milano: Franco Angeli.
- Culyer, A. (1971). The Nature of Commodity Health Care and its Efficient Allocation. *Oxford Economic Papers*, 23, pp. 189-211.
- Culyer, A. J., & Newhouse, J. P. (2000). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.
- Darby, M., & Karni, E. (1973). Free competition and the optimal amount of fraud. *Journal of Law & Economics*, 16, pp. 67-88.
- Del Vecchio, M. (2008). Le organizzazioni pubbliche tra autonomia aziendale e priorità politiche. *Mecosan* 17(65), pp. 3-6.
- Gronroos, C. (2009). *Management e Marketing dei Servizi*. Torino: Isedi.
- Head, B. W. (2008). Assessing Network based collaborations. *Public Administration Review*, 10(6), pp. 733-749.
- Hughes, O. (2010). Does Governance Exist? In S. P. Osborne, *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance* (pp. 87-104). London: Routledge.
- Jamison, D. T., Frenk, J., & Knau, F. (1998). International collective action in health: Objectives, Functions, and Rationale. *Lancet*, 351(9101), pp. 514-517.
- Jordan, A., Wurzel, R. K., & Zito, A. (2005). The rise of "new" policy instruments in comparative perspective: Has governance eclipsed government? *Political Studies*, 53(3), pp. 477 - 496.
- Keeling, D. (1972). *Management in government*. Londra: Allen and Unwin.
- Kettl, D. F. (1993). *Sharing power: public governance and private markets*. Washington, DC: The Brooking Institution.
- Kirlin, J. J. (2001). Big Questions for a Significant Public Administration. *Public Administration Review*, 61(2), pp. 140-143.
- Labish, A. (1992). *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Lynn, L. E. (2001). The myth of the bureaucratic paradigm: what traditional public administration really stood for. *Public Administration Review*, 61(2), pp. 144-160.
- Mandell, M. P., & Keast, R. (2008). Evaluating the effectiveness of inter-organizational relations through networks. *Public Administration Review*, 10(6), pp. 715-731.

- Mankiw, G. N. (2004). *Principles of Economics (Third Edition)*. Florence - KY: Cengage Learning.
- Marsicano, S., & Delle Fave, A. (2004). *L'umanizzazione dell'ospedale, riflessione ed esperienze*. Milano: Franco Angeli.
- Mascia, D. (2009). *L'organizzazione delle reti in sanità. Teorie, metodi e strumenti di social network analysis*. Roma: Franco Angeli.
- Maurano, F. (2005). La tutela della salute tra regionalismo italiano e diritto comunitario. In R. Maurizio, L. Chieffi, & (Eds), *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza* (pp. 71-93). Roma: Formez Ufficio Stampa ed Editoria.
- McQueen, D., Wismar, M., Vivia, L., Jones, C. M., & Davies, M. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies*. Copenhagen: World Health Organization.
- Meneguzzo, M. (1995). Dal New Public Management alla Public Governance: Il pendolo della ricerca sull'amministrazione pubblica. *Azienda Pubblica*, 3, pp. 491-510.
- Mercurio, R., & Martinez, M. (2010). *Modelli di governance e processi di cambiamento nelle public utilities*. Milano: Franco Angeli.
- Mooney, G. (1994). *Key Issues in Health Economics*. New York: Harvester Wheatsheaf.
- Mooney, G. (2003). *Economics, Medicine and Health Care*. Harlow, England: Prentice Hall.
- Musella, M. (2005). I processi produttivi in sanità: un'analisi economica. In M. Ricca, & L. Chieffi, *Il governo della salute* (pp. 207-219). Roma: Formez - Ufficio Stampa ed Editoria.
- Musgrave, R. A. (1959). *The theory of public finance*. New York: McGraw Hill.
- Nelson, P. (1970). Information and consumer behavior. *Journal of Political Economy*, 78(2), pp. 311-329.
- Olson, M. (1965). *The logic of collective action: public goods and the theory of groups*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Osborne, S. P. (2010). Delivering public services: time for a new theory? *Public Management Review*, 12(1), pp. 1-10.
- Osborne, S. P. (2010). *The New Public Governance? Emerging Perspective on the Theory and Practice of Public Governance*. London: Routledge.
- Osborne, S. P., & Brown, K. (2005). *Managing change and innovation in public service organizations*. London: Routledge.
- Palumbo, R. (2012). Health literacy: una review della dottrina internazionale. *Mecosan*, 84, 27-50.

- Palumbo, R. (2013). New health governance: nuovi approcci nella pianificazione sanitaria italiana. In P. Adinolfi, R. Cafferata, & A. Tommasetti, *Management senza confini. Gli studi di management: tradizione e paradigmi emergenti* (pp. 239-248). Bologna: Il Mulino.
- Palumbo, R. (2013). Toward a new conceptualization of health care services. Public national health services as a common pool of resources. *13th Annual Conference of the European Academy of Management - Democratising management*. Istanbul: EURAM 2013 proceedings.
- Parsons, T. (1964). *The Social System*. New York: Free Press.
- Payer, L. (1988). *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany and France*. New York: Penguin.
- Peters, G. P. (2010). Meta-governance and Public Management. In S. P. Osborne, *The New Public Governance? Emerging* (pp.36-51). London: Routledge.
- Phillips, C. J. (2005). *Health Economics: An introduction for health professional*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Provan, K. G., & Milward, B. H. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40(1), pp. 1-33.
- Quenn, K. P. (2000). Viewing Health Care As a Common Good: Looking Beyond Political Liberalism. *Southern California Law Review*, 73(277), pp. 278-375.
- Rebora, G. (1999). *Un decennio di riforme. Nuovi modelli organizzativi e processi di cambiamento delle amministrazioni pubbliche (1990-1999)*. Milano: Guerini e Associati.
- Rhodes, R. A. (1994). The Hollowing Out of the State: The Changing Nature of the Public Service in Britain. *The Political Quarterly*, 65(2), pp. 138-151.
- Robichau, R. W. (2011). The Mosaic of Governance: Creating a Picture with Definitions, Theories and Debates. *Policy Studies Journal*, 39(S1), pp. 113-131.
- Rogers, D. (1979). *Can the Business Management save the cities*. New York: The Free Press.
- Roemer, M. I. (1991). *National Health Systems of the World – Volume I: The Countries*. New York: Oxford University Press.
- Rosen, G. (1969). The Evolution of Social Medicine. In H. Freeman, S. Levine, & L. Reeder, *Handbook of Medical Sociology* (pp. 17-61). Englewood-Cliffs: Prentice Hall.
- Sancino, A. (2010). L'attuazione del paradigma della public governance negli enti locali: implicazioni per il management. *Economia Aziendale Online*, 1(1), pp. 49-58.

- Smith, A. (1904). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations, 2 Vols.* London: Everyman's Library.
- Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in all policies. Prospects and potentials.* Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Steffen, M. (2005). *Health Governance in Europe.* London: Routledge.
- Therborn, G. (1995). *European Modernity and Beyond.* London: Sage.
- Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Tobin, J. (1970). On limiting the domain of inequality. *Journal of Law & Economics, 13*, pp. 263-277.
- Walzer, M. (1983). *Spheres of Justice.* New York: Basic Books.
- Zeithalm, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2005). *Services Marketing.* New York: McGraw Hill.
- Zweifel, P., Breyer, F., & Kifman, M. (2009). *Health Economics, Second Edition.* London: Springer.

CAPITOLO II

Le relazioni inter-organizzative: una sistematizzazione della letteratura

2.1. Cenni introduttivi: l'integrazione socio-sanitaria come formula di relazione inter-organizzativa

Il termine “integrazione” presenta la stessa radice del verbo “integrare”, da intendersi nel senso di “aggiungere ciò che manca a un intero” (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Il processo di integrazione, in effetti, è finalizzato a recuperare la dimensione di unità di un sistema complesso, attenuando la condizione di frammentazione che – nella maggior parte delle ipotesi – si riscontra tra le diverse entità che ne fanno parte, siano esse organizzazioni, gruppi o individui (Christensen & Lægreid, 2007; Pollitt, 2003; Ling, 2002). Nello specifico caso dell'integrazione socio-sanitaria, su cui sarà focalizzata l'attenzione del presente lavoro, un tale sforzo di ricongiunzione concerne, in ultima analisi, entità appartenenti a organizzazioni che, da un lato, risultano teleologicamente vicine, ma, dall'altro, esprimono profonde disomogeneità sotto il profilo istituzionale, culturale e professionale: le aziende sanitarie e gli istituti preposti alle attività di assistenza e di promozione sociale (Chen, *et al.*, 2000).

Nel tentativo di pervenire a una definizione sintetica, e per questo stesso motivo non esaustiva, del concetto di integrazione socio-sanitaria, si potrebbe assumere che essa consista nel complesso processo inteso alla definizione di un'unitarietà di intenti tra gli istituti che operano in ambito sanitario e sociale allo scopo di pervenire alla prestazione di servizi di assistenza globali, che rispondano in maniera comprensiva ai sempre più qualificati bisogni di salute dell'utenza (Stewart, *et al.*, 2003). L'integrazione socio-sanitaria, in questi termini, annovera tra le sue finalità di fondo il recupero e la valorizzazione della centralità del paziente (Mead & Bower, 2000), in un'ottica di transizione, sotto il profilo epistemologico e culturale, dalla mera “cura” della persona al più qualificato intento di “prendersi cura” di essa (De Valck, *et al.*, 2001).

L'istituzione di rapporti di natura simbiotica tra le organizzazioni che operano in ambito sociale e sanitario, così come il loro consolidamento nel tempo, d'altronde, implicano profondi impatti sulle caratteristiche istituzionali, culturali, strategiche, organizzative e gestionali delle entità interessate: alla loro base si colloca un nuovo modo di concepire la relazione con l'utente, finalmente identificato come il vero e proprio protagonista delle prestazioni di assistenza. Le iniziative di integrazione socio-sanitaria, inoltre, si rivelano essere – in Italia, così come nella gran parte dei Paesi occidentali – altamente “sfidanti”, alla luce del forte processo di “sanitarizzazione” che ha caratterizzato la recente evoluzione del sistema di assistenza alla persona (Toscana, 2007).

Gli interventi di natura sanitaria, infatti, hanno assunto una dimensione predominante e, nella maggior parte dei casi, eccedente rispetto agli effettivi bisogni di salute della collettività. I servizi sociali, in termini quasi del tutto opposti, si sono spesso rivelati inadeguati a rispondere alle esigenze di assistenza percepite dalla popolazione servita, in quanto sacrificati sull'altare del continuo rinvigorismento del sistema sanitario. In questa prospettiva, le iniziative protese alla promozione dell'integrazione socio-sanitaria hanno raramente costituito una priorità per il *policy maker* (Gori, 2002); quest'ultima, anzi, è stata relegata al rango di mera strategia di second'ordine, il più delle volte subordinata ai provvedimenti di tipo istituzionale, strutturale e manageriale finalizzati alla riorganizzazione in una prospettiva aziendalistica del sistema sanitario.

Il rapporto tra i servizi sanitari e i servizi sociali ha manifestato una forte altalenanza nel tempo, in parte esito del frequente scostamento tra quanto previsto dal punto di vista normativo e quanto concretamente realizzato nella prassi (Degani & Mozzanica, 2009). Guardando, per esigenze di rapidità espositiva, al solo caso italiano, le politiche nazionali di respiro sanitario e sociale, anche all'indomani dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si sono dimostrate non idonee a favorire il consolidamento di una relazione equilibrata tra gli attori deputati, da un lato, alla tutela e alla promozione della salute psico-fisica della persona e, dall'altro, all'erogazione dei servizi di assistenza sociale, quali gli interventi intesi ad assorbire l'impatto sulle dinamiche di vita individuali e collettive di fenomeni come la povertà, la disoccupazione, la disabilità, l'inabilità o la minorità psichica (Ferrari, 1986).

Negli anni che seguono il 1978, infatti, si consolida una netta separazione tra l'assistenza sociale e i servizi di natura sanitaria, frutto del progressivo fallimento dei timidi tentativi di integrazione tra i due settori avviati negli anni precedenti (Baroni, 2007). Il risultato è una situazione segnata dalla quasi stagnante assenza di dialogo, finanche caratterizzata da occasionali situazioni di conflitto tra gli Enti Locali, competenti in materia di assistenza sociale, e le Aziende Sanitarie Locali, depositarie delle funzioni gestionali in tema di tutela e promozione della salute, con la netta prevalenza all'interno dell'agenda politica nazionale delle prestazioni sanitarie e ospedaliere rispetto ai servizi di promozione sociale (Cicchetti, 2002; Meneguzzo, 1996; Borgonovi, 1988).

Siffatto rapporto conflittuale tra i due ambiti di assistenza alla persona ha assunto toni particolarmente aspri all'indomani dell'ostracizzazione degli enti locali dal concorso alle attività decisionali relative alla gestione strategica e organizzativa delle aziende sanitarie. Difatti, le riforme legislative del 1992 e, successivamente, del 1993 sanciscono la

regionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, nello stesso momento in cui il Ministro Bassanini propone una profonda rivisitazione, sia in termini istituzionali che organizzativi, dell'amministrazione locale³⁰ (Giorgetti, 2010). La conseguente cristallizzazione di barriere di natura giuridica e politica tra il settore sociale e quello sanitario, rinvigorite dalle divergenze culturali sedimentatesi nel corso degli anni ai loro confini, alimenta una marcata separazione tra le due summenzionate "logiche" di assistenza alla persona: il "to cure" e il "to care" – vale a dire da un lato la mera attenzione al trattamento sanitario dello stato di malessere e, dall'altro, la presa in carico globale della persona in stato di bisogno (Bissolo & Fazzi, 2007)³¹.

Fermo restando quanto sin qui esposto, l'approccio monistico, tipico sia in ambito sociale che nel settore sanitario in quanto pienamente coerente alla tuttora predominante concezione bio-medica della salute, non può essere considerato oggi sostenibile, in ragione delle rinnovate sfide lanciate dalla complessità ambientale (Cifalinò, 2007). Il progressivo invecchiamento della popolazione³² (Mendelson & Schwartz, 1993), la crescente incidenza di malattie croniche sullo stato di salute collettivo (Fishman, *et al.*, 1997), la ristrettezza

³⁰ La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 23 dicembre 1978, n. 833) pone le basi per una gestione integrata dei servizi sociali e sanitari, prevedendo per essi un identico contesto di implementazione che coincide, in larga parte, con il territorio comunale. Con le riforme dei primi anni Novanta, tuttavia, le regioni italiane assumono le redini di comando del Sistema Sanitario Nazionale, sottraendo agli enti locali il controllo sulle dinamiche decisionali relative alle tematiche sanitarie. Il percorso di integrazione tra il settore sanitario e quello sociale diviene, da questo momento in poi, oggetto di costante attenzione da parte del legislatore, trovando raramente applicazione pratica.

³¹ La prima prospettiva richiama l'orientamento esclusivamente sanitario della cura, associando alla prestazione di assistenza l'obiettivo di produrre salute in termini di mera guarigione dallo stato patologico, riducendo l'incontro tra il paziente e il sistema socio-sanitario a un mero atto di "medicalizzazione". La seconda, invece, rivisitando la tradizionale prospettiva bio-medica, trova espressione nell'intento di fornire aiuto e sostegno all'individuo in stato di bisogno, riconoscendo il concorso dei vari fattori che partecipano alla definizione del benessere psico-fisico della persona; questi ultimi, come è già stato precisato, presentano natura non solo biologica, ma anche ambientale, sociale e psicologica (Godlee, 2005).

³² È bene precisare che parte della dottrina non condivide la configurabilità di una relazione diretta tra invecchiamento della popolazione e aumento dei costi per l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria (Zweifel, *et al.*, 2004). Secondo gli autori appartenenti al filone del "red herring", infatti, siffatta relazione non si riscontra sistematicamente, in aperto contrasto con quanto argomentato in seno alla corrente *mainframe* della letteratura economica: piuttosto, è la gravità dello stato morboso (prossimità alla morte) a determinare una lievitazione dei costi sanitari: per un maggiore grado di dettaglio, si rinvia a Seshamani e Gray (2004).

economica e finanziaria che affligge le amministrazioni pubbliche, in gran parte dei Paesi sviluppati principali depositarie delle funzioni di programmazione, finanziamento, promozione e implementazione dell'assistenza socio-sanitaria (Marmot & Bell, 2009), il diffuso impoverimento del capitale sociale e, *last but not the least*, la conseguente rarefazione delle formule di assistenza informale sia all'interno che all'esterno dei nuclei familiari (Saltman, *et al.*, 2006) determinano un lento, ma progressivo spiazzamento delle tradizionali formule di assistenza alla persona.

Contestualmente, diversi fenomeni esprimono una forte carica trasformativa, che spinge verso l'emersione di strategie di integrazione strategica, organizzativa, professionale e operativa tra le aziende sanitarie e le organizzazioni sociali (Ploch & Klazinga, 2002). In particolare, l'esplosione della conoscenza scientifica e la sua frammentazione in molteplici rivoli di specializzazione, segnati da forte compenetrazione reciproca, la transizione epidemiologica dalla prevalenza di patologie acute alla diffusione di malattie croniche non trattabili in maniera puntuale e atomistica, i continui progressi tecnologici che rendono le attività di assistenza multidisciplinari e, infine, il processo di *empowerment* dei pazienti, perseguito sotto il profilo istituzionale e operativo sia a livello nazionale che internazionale, aprono la strada a nuove opportunità di collaborazione tra il settore sociale e quello sanitario, favorendone l'interazione.

In presenza di tali fenomeni, l'integrazione socio-sanitaria offre la possibilità di fornire un'adeguata risposta alle novellate criticità gestionali con cui le aziende sanitarie e sociali si confrontano. Essa apre la strada ad ampie opportunità di riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi di assistenza alla persona – tanto sotto il profilo gestionale che organizzativo – stimolando l'appropriato utilizzo delle risorse finanziarie, umane e tecniche a disposizione (Macinati, 2007) e promuovendo la centralità della persona durante l'intero *iter* di assistenza (Degani & Mozzanica, 2009). Come sopra anticipato, infatti, l'integrazione socio-sanitaria postula un approccio di assistenza completamente alternativo rispetto ai modelli di cura fedeli all'impostazione bio-medica, perseguendo l'intento di coniugare contestualmente i momenti della cura e della presa in carico del paziente (Cocconi, 1998). Il processo di integrazione socio-sanitaria, infatti, avviene alla luce del contesto di vita dell'individuo, proponendosi quale obiettivo prioritario il mantenimento e la promozione dell'*agentività*³³ della persona.

³³ Per "*agentività*" si intende la facoltà individuale di intervenire in maniera attiva sulla realtà circostante, indirizzando la propria vita all'interno di una struttura in cui fattori personali, comportamenti e ambiente si influenzano reciprocamente. Al riguardo, si rinvia a Bandura (2000).

Si abbandona, dunque, la concezione meccanicistica e scientifica dell'essere umano, inteso quale sistema di componenti autonome e interconnesse, oggetto di analisi e di intervento atomistico ai fini del raggiungimento di uno stato di ottimo parziale e locale (Engel, 2004), sposando una visione olistica della salute: si assume che l'individuo non possa essere assistito in maniera efficace all'interno di strutture specializzate sotto il profilo funzionale, che prevedono l'istituzionalizzazione della persona e il suo allontanamento spaziale e sociale dal contesto di vita quotidiano (Bissolo, 2007).

Il presente capitolo, in piena coerenza con quanto sopra esposto, si prefigge di contribuire alla ricerca in tema di integrazione socio-sanitaria, inquadrando tale argomento all'interno dei confini concettuali delle relazioni inter-organizzative (Galaskiewicz, 1985). In quest'ottica, esso propone una ragionata sistematizzazione delle argomentazioni accademiche aventi ad oggetto le caratteristiche strutturali e operative dei processi di interazione strategica, organizzativa e gestionale tra due o più aziende, traendo ispirazione dai contributi dalla letteratura internazionale in tema di determinanti delle relazioni inter-organizzative e di impatti generati dal recupero della dimensione inter-istituzionale nella prestazione dei servizi di assistenza alla persona (Hollingsworth & Muller, 2008; Provan, *et al.*, 2007; Gamm, 1981; Whetten, 1981).

Sotto il profilo epistemologico, lo studio si posiziona nella schiera dei contributi scientifici che ricusano il tradizionale modello bio-medico di prestazione dei servizi di assistenza, improntato alla mera "cura" della patologia. A quest'ultimo è mossa la critica di causare il distacco degli interventi di assistenza dall'accurata considerazione delle reali condizioni di salute dell'individuo (Albano, *et al.*, 2010). La centralità del paziente, inteso finalmente quale persona, la rinneazione dell'atto medico – non più concepito quale unico aspetto rilevante e degno di attenzione nella relazione medico-paziente, ma come strumento proteso alla tutela del benessere psico-fisico – e la presa in carico globale dell'individuo (Yeates, 2004) costituiscono i valori di fondo su cui, metaforicamente, il lavoro poggia le sue radici.

L'analisi della letteratura in tema di relazioni inter-organizzative, concepite quale meccanismo basilare per l'implementazione di un sistema di integrazione socio-sanitaria, costituisce il nocciolo di questo capitolo. Sulla base dello studio condotto, si perviene all'estrazione di un *framework* teorico integrato, che ispira la trattazione condotta nelle successive sezioni del testo. Infatti, le nozioni di base in materia di "relazioni inter-organizzative" desumibili dal quadro concettuale di seguito presentato saranno strumentali a una più agevole comprensione dei determinanti dei rapporti collaborativi, nonché alla

corretta percezione delle caratteristiche strutturali e degli attributi operativi riconducibili alle interazioni organizzative, nella consapevolezza che gli aspetti ivi trattati sotto il profilo teorico trovano una concreta implementazione nel contesto socio-sanitario.

2.2. Un inquadramento concettuale delle relazioni inter-organizzative

Le amministrazioni e le aziende pubbliche tendono, spesso in maniera implicita, verso l'implementazione di approcci strategici e gestionali improntati all'individualismo organizzativo, il più delle volte trascurando gli effetti benefici che potrebbero derivare dall'instaurazione di legami collaborativi con *partner* di natura pubblica o privata (Adinolfi, 2005). Tale impostazione atomistica, tuttavia, non è coerente alla natura di "sistema a legami deboli" generalmente attribuibile alle organizzazioni che compongono il settore pubblico; queste ultime, invero, dovrebbero configurarsi (nonché comportarsi) come nodi di una rete di entità indipendenti sotto il profilo istituzionale, ma reciprocamente interconnesse in termini organizzativi e funzionali (Borgonovi, 2006) interagendo sulla base di un'articolata intelaiatura di legami flessibili e dinamici (Rebora & Meneguzzo, 1990).

Aderendo all'impostazione tradizionale, tuttora prevalente nella gran parte degli ambiti di azione pubblica, le aziende sanitarie e le organizzazioni appartenenti al sistema dei servizi sociali hanno storicamente manifestato un *modus operandi* improntato a un'aristotelica "entelechia", vale a dire alla preservazione a tutti i costi della propria autonomia gestionale (Macinati, 2004), approfondendo scarsi sforzi nella costruzione di relazioni inter-organizzative con gli altri istituti appartenenti al loro medesimo contesto di vita e operanti in ambiti di azione simili o complementari.

A dispetto della diffusa prevalenza di una situazione di frammentazione, fattori di natura politica, economica, sociale e tecnologica richiedono oggi un radicale ripensamento del modo di concepire e gestire le aziende che erogano servizi di assistenza alla persona, conferendo un rinnovato afflato alle relazioni collaborative, le quali, nel recente passato, non hanno trovato espressione se non in termini meramente informali (Roice, *et al.*, 1989). Ne deriva una crescente legittimazione istituzionale tributata alle relazioni inter-organizzative: i rapporti collaborativi sono ormai largamente considerati un fattore imprescindibile per il buon andamento delle organizzazioni sanitarie e delle aziende che erogano servizi di assistenza e di promozione sociale, contribuendo alla creazione di valore aggiunto in una prospettiva sia strategica che gestionale.

Non esiste un *corpus* teorico omogeneo in materia di relazioni inter-organizzative: la dottrina, piuttosto, ha manifestato un approccio eclettico, frutto di una combinazione emergente di diverse proposizioni concettuali ed empiriche (Cropper, *et al.*, 2008). Come è possibile desumere da una riflessione ormai non più recente, ma tuttora condivisibile, gli studiosi impegnati nella ricerca applicata alle interazioni cooperative tra due o più organizzazioni, pur essendo a conoscenza dei contributi proposti dai loro colleghi, preferiscono non costruire a partire dalle fondamenta gettate da questi ultimi, proponendo di volta in volta *framework* teorici e approcci concettuali di nuova formulazione (Melcher & Adamek, 1971).

A dispetto di tale varietà, seguendo una schematizzazione condivisa in letteratura, si ritiene possibile catalogare le relazioni inter-organizzative in due grandi famiglie, a ciascuna delle quali è possibile associare aspetti caratterizzanti (Evan, 1965): da un lato, vi sono le “relazioni interne”, vale a dire rapporti tra attori che, pur vantando autonomia funzionale e organizzativa, appartengono o fanno capo ad un’identica entità giuridica; dall’altro lato, si collocano le “relazioni esterne”, aventi ad oggetto legami che attraversano i confini di due o più organizzazioni giuridicamente indipendenti.

Le prime si connotano per la loro funzione precipuamente operativa: esse trovano giustificazione nell’esigenza di ripartire tra più entità le attività che è necessario svolgere per il conseguimento di un risultato comune. Nella maggior parte dei casi, infatti, i nodi che entrano a far parte di una relazione “interna” sono depositari di competenze e responsabilità che concernono una porzione autonoma e tecnicamente scindibile di un processo produttivo complesso. In via residuale, i rapporti “interni” possono assumere un carattere generico: è il caso in cui le interdipendenze organizzative abbiano ad oggetto aspetti meramente amministrativi, finanziari ovvero attività di supporto ai processi di produzione, tra cui la gestione degli affari legali o dei rapporti con gli intermediari finanziari, spesso centralizzati allo scopo di realizzare significative economie di scala o di specializzazione.

Secondo la maggior parte della dottrina, d’altro canto, si potrebbe parlare propriamente di “relazioni inter-organizzative” con esclusivo riferimento ai rapporti esterni, vale a dire alle relazioni che interessano entità giuridicamente ed istituzionalmente indipendenti, la quali si impegnano in maniera volontaria – per lo più in assenza di influenze coercitive esterne – nell’instaurazione di un rapporto collaborativo (Hanf & O’Toole, 1992). L’orientamento di tali relazioni, su cui sarà prevalentemente concentrata l’attenzione nei paragrafi che seguono, può essere indirizzato verso “valle”, nell’ipotesi in

cui il processo integrativo sia finalizzato a ridurre la distanza delle organizzazioni *partner* dai mercati di sbocco, ovvero verso “monte”, qualora sia perseguito l'intento di stabilire un contatto diretto con i fornitori o con le altre aziende che operano in prossimità delle fasi “iniziali” della filiera produttiva. Nella maggior parte dei casi, comunque, le relazioni inter-organizzative assumono un orientamento “orizzontale”: le aziende entrano in contatto con entità simili, operanti nello stesso ambiente di riferimento, al fine di rafforzare la capacità individuale e collettiva di rispondere in maniera rapida e appropriata alle aspettative espresse dall'utenza.

A dispetto del loro contenuto strategico prima ancora che operativo, le relazioni inter-organizzative esterne, in termini quasi del tutto analoghi rispetto a quanto osservato per quelle interne, potrebbero essere improntate alla gestione di rapporti di tipo generico: è quanto si verifica nel caso in cui l'interazione concerna la condivisione di attività di supporto, come potrebbe accadere, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, per i servizi di committenza e di approvvigionamento, delegati a un'organizzazione *partner* esterna nell'intento di conseguire economie di scala o di specializzazione.

Istituire e sostenere nel tempo relazioni di collaborazione tra organizzazioni giuridicamente autonome è un'attività di non semplice attuazione (Axelsson & Axelsson, 2006). In tali circostanze, infatti, le aziende coinvolte non sono istituzionalmente tenute a rispondere alla medesima linea gerarchica, il che implica l'impossibilità di impiegare l'approccio di *command and control*, tipico del settore pubblico, per favorire l'insediamento e il consolidamento dei rapporti inter-organizzativi. È indispensabile, all'opposto, puntare sulla formazione e sul radicamento nel tempo di una più o meno libera volontà degli attori coinvolti di stringere reciprocamente relazioni di tipo cooperativo, allo scopo di accrescere la rispettiva capacità di soddisfare le sempre più qualificate attese della domanda (Weick, 1979).

Guardando rapidamente alla composizione tipica delle reti di attori, è opportuno evidenziare che queste ultime esibiscono, di norma, due connotati basilari: da un lato, tra le entità che entrano a far parte del rapporto collaborativo emerge una certa diversificazione, di natura sia organizzativa che funzionale, che contribuisce a caratterizzare i singoli attori; in secondo luogo, tra questi si sviluppa una forte interdipendenza reciproca, la cui natura e intensità variano in funzione dei peculiari contenuti dell'interazione organizzativa. Siffatta relazione di interdipendenza può essere più o meno squilibrata a favore di uno dei *partner*, in considerazione del livello di indispensabilità che esso matura e consolida rispetto ai suoi interlocutori nello svolgimento delle attività aziendali (Barki & Pinsonneault, 2005).

In questa prospettiva, adottando un'impostazione efficace in termini descrittivi, che, tuttavia, semplifica in maniera eccessiva la realtà oggetto di analisi, la relazione inter-organizzativa potrebbe essere descritta quale rapporto di scambio tra due o più entità, segnato da variegati livelli di differenziazione e di interdipendenza tra gli attori coinvolti; oggetto dello scambio, in particolare, potrebbero essere risorse finanziarie, tecniche e umane, oltre che beni, servizi e, in talune ipotesi, finanche utenti³⁴. Le interazioni organizzative sottese ai flussi di scambio possono attivarsi quale espressione di un rapporto puntuale ovvero di un legame continuativo nel tempo: nella prima ipotesi, la relazione è condizionata dal perseguimento di un obiettivo in comune, ben definito da parte delle organizzazioni *partner*, venendo meno il quale la sopravvivenza dello stesso rapporto collaborativo vacillerebbe; nella seconda ipotesi, invece, le organizzazioni operano fianco a fianco per il conseguimento di uno scopo comune di lungo termine, che ispira l'essenza della *partnership*³⁵ (Van de Ven, 1976).

A prescindere dalla tipologia del rapporto di scambio che lega vicendevolmente le organizzazioni *partner*, è possibile ricorrere a varie strategie di intervento al fine di promuovere l'attivazione di relazioni inter-organizzative di lungo termine tra due o più attori. Tra gli interventi più efficaci è opportuno menzionare (Barki & Pinsonneault, 2005):

- l'introduzione di un quadro istituzionale favorevole alla concertazione di strategie, approcci organizzativi e procedure operative, inteso a stimolare l'agire sistemico tra le entità che operano all'interno di un medesimo contesto ambientale di riferimento;
- l'espressione di un forte sostegno finanziario e operativo allo sviluppo e alla diffusione di conoscenze, competenze e abilità complementari tra organizzazioni che vivono in uno stesso ambiente e si rivolgono alla medesima utenza;

³⁴ Ad esempio, con riferimento allo specifico caso dell'integrazione socio-sanitaria, le relazioni inter-organizzative potrebbero sottendere l'attivazione di flussi di pazienti, i quali, in considerazione delle loro peculiari esigenze di salute, sono indirizzati verso i nodi della rete che dispongono delle specializzazioni tecniche, delle competenze professionali e della dotazione strutturale più appropriate a garantire una risposta appropriata ai loro bisogni di assistenza (Benson, 1975).

³⁵ Particolare attenzione va tributata alle opportunità di scambio di dati, informazioni o, più in generale, di "fattori immateriali" tra le entità che entrano a far parte della relazione inter-organizzativa. Essi, infatti, aprono la strada allo sviluppo di conoscenze distintive e alla fertilizzazione incrociata delle competenze accumulate in ciascun nodo della rete. L'interazione tra le organizzazioni, in questi termini, garantisce il continuo arricchimento del capitale intellettuale vantato da ciascuna di esse, elemento chiave della capacità di queste ultime di sopravvivere nel lungo periodo.

- l'introduzione di appropriate piattaforme di interazione, intese ad agevolare il coordinamento inter-organizzativo per lo svolgimento di processi di lavoro complessi;
- la sperimentazione di tecniche e metodi per il controllo e la valutazione integrata delle *performance* individuali e di gruppo realizzate dai membri della rete;
- l'attribuzione di legittimazione istituzionale a favore di un'organizzazione focale, capace di coinvolgere, sulla base del proprio prestigio aziendale, altri attori (*follower*) nel rapporto collaborativo;
- la promozione, attraverso incentivi di natura finanziaria e non finanziaria, della tensione delle singole organizzazioni verso il mutuo e reciproco adattamento, nell'intento di conseguire obiettivi comuni.

Sotto il profilo processuale, la dottrina ha argomentato che il ciclo di vita delle relazioni inter-organizzative evolve, di norma, lungo quattro fasi, che si caratterizzano per il livello crescente di intensità dei legami che si innestano tra le organizzazioni coinvolte (Dan, *et al.*, 2005). A una fase iniziale improntata al mero scambio delle informazioni, in cui i nodi non pervengono alla condivisione di risorse strategiche, ma attivano semplicemente uno scambio reciproco di dati rilevanti ai fini dell'attività produttiva, segue uno stadio di più intima integrazione di tipo gestionale; quest'ultimo, come poco sopra anticipato, può trovare declinazione lungo la dimensione orizzontale, qualora gli attori coinvolti operino fianco a fianco in ambiti operativi analoghi o complementari, ovvero lungo la dimensione verticale, qualora il rapporto concerna attività che si collocano in diverse fasi della filiera produttiva. La terza tappa del processo di integrazione prevede una più profonda integrazione delle conoscenze e delle competenze dei *partner*: aspetti culturali e valoriali, non rilevanti in precedenza, entrano a far parte del processo di costituzione delle relazioni inter-organizzative. Nello stadio finale, si perviene a una vera e propria condizione di integrazione organizzativa, che esplica radicali impatti di tipo strutturale e manageriale sui singoli nodi della rete.

In consonanza al quadro concettuale ivi esposto, parte della dottrina identifica quattro azioni sequenziali attraverso cui si ritiene possibile pervenire a una forma di relazione inter-organizzativa caratterizzata sia da intensità del rapporto che da continuità delle interazioni (Ghoshal & Gratton, 2002). In prima battuta, è necessario che il processo collaborativo sia focalizzato su aspetti di natura precipuamente operativa: l'integrazione, infatti, è avviata facendo leva per lo più sull'introduzione di tecnologie dell'informazione e

della comunicazione che consentano di attivare e vivacizzare i rapporti tra le organizzazioni *partner*. Nella seconda fase, l'integrazione assume in maniera graduale connotati "intangibili": gli attori coinvolti nell'interazione sviluppano nel tempo una base condivisa di valori e conoscenze, a partire dai quali risulta agevole alimentare rapporti di collaborazione di lungo termine. Segue un'integrazione sotto il profilo "sociale", implementata attraverso la congiunta dichiarazione di intenti e la reciproca assunzione degli impegni da osservare ai fini del migliore andamento possibile della relazione inter-organizzativa. La fase finale, in ultimo, prevede un'integrazione di tipo "emozionale", in cui si sedimentano e si solidificano sia la consapevolezza che l'adesione di tutti gli attori al legame cooperativo.

Fornendo un'efficace sistematizzazione di quanto ivi esposto, vi è chi descrive le relazioni inter-organizzative concentrandosi esclusivamente su tre dimensioni di interesse (Braganza, 2002):

- le caratteristiche istituzionali e gestionali che caratterizzano, da un lato, gli attori coinvolti e, di riflesso, il sistema nel suo complesso;
- gli obiettivi sottesi alla relazione inter-organizzativa;
- gli artefatti organizzativi oggetto di "allineamento" nell'intento di promuovere nel tempo il processo di integrazione organizzativa.

La prima dimensione concerne i fattori che consentono di pervenire a una descrizione dettagliata, sia sotto il profilo istituzionale che operativo, della relazione inter-organizzativa: al suo interno sono ricompresi i vari elementi che è necessario tenere in considerazione ai fini dell'attivazione della rete, tra cui la cultura organizzativa degli attori coinvolti, le risorse a disposizione di ciascuno di essi, la loro dotazione di capitale umano e sociale, il relativo orientamento strategico e le caratteristiche dell'utenza di riferimento di ciascuno di essi. Identificando gli aspetti in comune tra i diversi *partner*, è possibile pervenire alla definizione di un profilo sistemico della relazione inter-organizzativa, delineandone le caratteristiche di fondo.

La seconda dimensione, a sua volta, afferisce alle funzioni che sono oggetto di integrazione e ai traguardi che si intende conseguire attraverso il ricorso alla cooperazione: essa, dunque, identifica le motivazioni che giustificano l'interazione organizzativa, declinate in termini di finalità da perseguire e di risultati attesi a livello individuale e collettivo. La terza e ultima dimensione, infine, riguarda gli aspetti organizzativi, che devono essere monitorati e controllati per garantire il buon esito del processo integrativo; il

riferimento, in primo luogo, è all'allineamento nel lungo termine delle culture organizzative e all'armonizzazione dei piani e dei programmi relativi alle singole organizzazioni *partner*, indispensabili per la sopravvivenza nel lungo termine dell'interazione.

Il quadro concettuale sin qui tracciato è coerente con la proposizione dottrinale secondo cui la ricetta per il conseguimento di un livello appropriato di interazione organizzativa debba prevedere l'impiego di quattro ingredienti fondamentali (Fawcett & Cooper, 2001):

- la formulazione concertata di obiettivi di natura strategica, organizzativa e operativa condivisi tra i diversi membri della rete;
- la riconfigurazione dei modelli e degli strumenti tradizionali di misurazione e valutazione della performance, in maniera tale da garantirne l'adattamento a una logica di azione sistemica e non più atomistica;
- l'introduzione di un sistema informativo che consenta il continuo scambio di informazioni, grazie alla costruzione di una rete diffusa di comunicazioni tra i nodi;
- il reclutamento di risorse umane con elevate competenze relazionali, in grado di supportare nel tempo il processo di integrazione.

L'assenza di uno degli ingredienti qui elencati determina l'impossibilità di pervenire a un risultato soddisfacente rispetto alle aspettative nutrite dalle organizzazioni *partner*. Il rapporto inter-organizzativo, nei fatti, risulterebbe svilito ora sotto il profilo strutturale (qualora manchino i primi due ingredienti), ora sotto il profilo organizzativo (nel caso in cui manchino gli altri due), rendendo vani gli sforzi di integrazione profusi dai singoli *partner*.

2.3. I determinanti delle relazioni inter-organizzative

Minimo comune denominatore delle relazioni inter-organizzative è la condizione di interdipendenza reciproca che si manifesta tra i *partner* (Litwak & Hylton, 1962). Le relazioni inter-organizzative, invero, sono intese a valorizzare le sinergie che esistono tra due o più organizzazioni, assumendo configurazioni di volta in volta peculiari in considerazione delle caratteristiche dell'*action set*³⁶ – vale a dire, impiegando un'accezione

³⁶ Per *action set* deve intendersi la specifica configurazione politica, economica, sociale, culturale e ambientale del contesto in cui le organizzazioni si trovano ad operare. In accordo alla definizione proposta da

italiana del concetto, del “contesto di azione” – in cui esse prendono luogo. Eminente dottrina è prevenuta alla definizione di diverse tipologie di *action set*, discriminando i casi di contesto “unitario”, contesto “federativo”, contesto “coalizionale” e contesto di “scelta sociale” (Warren, 1967).

Si è in presenza di un contesto unitario allorquando il processo di integrazione trovi una spinta propulsiva nella volontà di un attore collocato in una posizione istituzionale di sovra-ordinazione rispetto ai propri interlocutori e, per tale motivo, in grado di esprimere un significativo potere gerarchico nei confronti di costoro. Assumendo la veste di organizzazione focale, tale attore promuove in via unilaterale la costituzione della relazione cooperativa tra le entità che insistono all’interno del suo ambiente di riferimento, nel precipuo intento di valorizzare le sinergie esistenti tra esse. In altri termini, l’interazione organizzativa è finalizzata all’attivazione delle interdipendenze strategiche e funzionali tra le organizzazioni *partner*, riducendo il rischio di manifestazione di dinamiche conflittuali che potrebbero tradursi in ripercussioni negative a livello di sistema.

Nei “contesti federativi” le organizzazioni allacciano volontariamente relazioni simbiotiche, le quali trovano giustificazione nella percezione di interessi comuni che potrebbero essere più adeguatamente perseguiti attraverso la collaborazione piuttosto che la competizione. Anche in tal caso, di norma, i *partner* si affidano all’azione di intermediazione di un ente focale – il più delle volte legittimato alla luce del suo rilievo istituzionale – che agisce in qualità di promotore dell’interazione organizzativa. Il rapporto, usualmente, ha ad oggetto lo svolgimento congiunto di attività complementari, a cui si associa lo scambio di risorse e di informazioni allo scopo di conseguire le migliori condizioni possibili di vantaggio competitivo. A differenza dei contesti unitari, non si verifica alcuna forma di imposizione coercitiva della soluzione cooperativa da parte di un attore gerarchicamente sovra-ordinato: l’interazione, all’opposto, emerge come strategia condivisa, sebbene patrocinata da un’entità focale.

Nei contesti “coalizionali” le relazioni inter-organizzative nascono sulla base di interdipendenze operative già implementate in passato tra gli attori coinvolti, i quali si alleano in maniera spontanea allo scopo di trarre vantaggi competitivi dalla valorizzazione delle reciproche sinergie. Le organizzazioni *partner*, in genere, non attribuiscono compiti

Aldrich (1979), esso comprende anche il sistema degli attori che potrebbero allacciare alleanze e rapporti simbiotici con la singola organizzazione di riferimento ai fini del perseguimento di obiettivi e di finalità comuni.

di coordinamento a un attore esterno o a un ente focale, preferendo gestire in maniera diretta e partecipata la relazione inter-organizzativa. In questi termini, i contesti coalizionali si differenziano rispetto a quelli federativi in virtù della maggiore democraticità che caratterizza il governo del sistema di attori.

Infine, nei contesti di “scelta sociale” assume rilievo l'autonoma valutazione svolta dalle singole aziende con riferimento alla strategia collaborativa: esse, difatti, decidono liberamente, sulla base di un'attenta ponderazione dei costi e dei benefici che ne derivano, con chi interagire e cooperare allo scopo di accrescere la propria capacità competitiva e di migliorare le *performance* organizzative. La decisione di partecipare al gioco cooperativo, dunque, non nasce da uno stimolo istituzionale, da volontà esogene, da esperienze passate o da vincoli di mercato; essa è espressione della personale volontà di ricorrere alla *partnership* da parte dei singoli interlocutori, i quali perseguono il precipuo obiettivo di accrescere la capacità di rispondere alle aspettative dei propri *stakeholder* di riferimento.

La tipologia di *action set* in cui il legame inter-organizzativo viene alla luce è, a sua volta, influenzata da diversi fattori, che, secondo la chiave di lettura adottata nel presente paragrafo, possono essere identificati come macro-determinanti delle relazioni inter-organizzative. Tra le variabili maggiormente rilevanti in tal senso è opportuno annoverare le caratteristiche descrittive dell'ambiente esterno, le quali trovano adeguata sintesi nelle dimensioni di complessità e di imprevedibilità ambientale: queste ultime, infatti, assumono una forte importanza nella prospettiva delle relazioni inter-organizzative, in quanto da esse dipende sia il livello di discrezionalità gestionale percepito dalle organizzazioni che il rilievo attribuito da esse alle strategie cooperative ai fini del conseguimento dei propri obiettivi aziendali.

Al riguardo, consolidata dottrina ha dimostrato in termini empirici la relazione che lega le caratteristiche di complessità e dinamicità dell'ambiente, i livelli di differenziazione interna delle aziende e il loro grado di apertura alla costituzione di relazioni inter-organizzative (Lawrence & Lorsch, 1967). Tanto la complessità quanto l'imprevedibilità ambientale generano, di norma, una consistente spinta verso la differenziazione strutturale e la correlata specializzazione funzionale a livello individuale, aspetti che agevolano il ricorso a strategie collaborative; secondo le argomentazioni della citata letteratura, invero, in un contesto caratterizzato da crescenti dinamicità e imprevedibilità le relazioni inter-organizzative rappresentano una strategia utile per il conseguimento di efficacia ed efficienza organizzative: esse, in particolare, offrono più ampie opportunità di ripartizione dei rischi gestionali, oltre che maggiore capacità di adattamento all'ambiente esterno.

L'interazione tra organizzazioni dotate di competenze diversificate, ma complementari sotto il profilo strategico e/o operativo, inoltre, rappresenta uno degli approcci ritenuti più idonei per rispondere al divario che emerge ormai in tutti gli ambiti di azione della sfera pubblica tra i crescenti e mutevoli bisogni espressi dall'utenza e la scarsità delle risorse a disposizione per far fronte a essi (Black & Kase, 1963). Tale *gap*, esito di una evidente dinamicità ambientale, stimola le organizzazioni a stringere rapporti partenariali, con l'obiettivo di attenuare l'incapacità di prevedere l'evoluzione del contesto di appartenenza e di rendere meno incerto il futuro. Con specifico riferimento a tali aspetti, Pennings (1981) ha affermato che le relazioni inter-organizzative nascono prevalentemente con il fine di prevenire (*forestalling*) il verificarsi di fenomeni esterni non direttamente controllabili da parte delle aziende *partner*, di stimolare – grazie alla condivisione di conoscenze, competenze e informazioni – la capacità previsionale (*forecasting*) di queste ultime e di assorbire (*absorption*) nella maniera più rapida e indolore possibile l'impatto di eventi non previsti o non prevedibili sulle *performance* aziendali³⁷.

Per quanto riguarda gli altri fattori contingenti che si rivelano in grado di condizionare *l'action set* e, di conseguenza, di influenzare la nascita e lo sviluppo delle relazioni inter-organizzative, particolare attenzione deve essere dedicata alla presenza di un quadro istituzionale che agevoli l'interazione strategica e operativa tra le organizzazioni potenzialmente interessate alla *partnership* (Evan, 1965), al grado di munificenza ambientale (Aldrich, 1972) e alla dotazione di capitale sociale delle organizzazioni *partner*, per lo più frutto di rapporti collaborativi posti in essere nel passato (Warren, 1972). In aggiunta, altri fattori specifici, che vanno oltre le caratteristiche istituzionali e strutturali del contesto di azione, come la prossimità spaziale e culturale tra i *partner* (Knoben & Oerlemans, 2006), la disponibilità a livello individuale di risorse finanziarie e tecniche che potrebbero essere destinate alla costituzione delle relazioni inter-organizzative (Reid, 1964) e la reputazione e alla legittimazione istituzionale dei promotori della relazione (Sydow, 1998), rappresentano significativi determinanti delle relazioni inter-organizzative, da tenere in seria considerazione.

³⁷ Eminente dottrina ha evidenziato che, in condizioni di elevata incertezza ambientale, le organizzazioni si impegnano nella ricerca di istituti con un *background* culturale e operativo simile, caratterizzati da un elevato *consensus domain* – da intendersi come condivisione di cultura, valori, ideali e principi (Burns, 1982). Esse, infatti, si propongono di pervenire alla costruzione di ampie reti fiduciarie, le quali giocano un ruolo essenziale per affrontare al meglio l'incertezza e per sopravvivere alla crescente dinamicità ambientale (Galaskiewicz & Shatin, 1981).

Fattore discriminante per la nascita di relazioni inter-organizzative, in particolare, è il livello di “*domain consensus*”³⁸ che caratterizza le aziende coinvolte nel rapporto collaborativo. La dottrina ha rilevato l'esistenza di una relazione non lineare tra il *domain consensus* e la probabilità di nascita di rapporti collaborativi (White, et al., 1971): qualora le aziende non fossero accomunate da nessun aspetto gestionale od organizzativo, infatti, la possibilità di pervenire a una relazione cooperativa sarebbe bassa o nulla, data l'assenza di spazi di collaborazione tra esse. In termini opposti, l'opportunità di ricorrere alla creazione di *partnership* aumenta al crescere dell'omogeneità del rispettivo “dominio” strategico e operativo; ciò è vero fino a un certo livello soglia, oltrepassato il quale i rapporti cooperativi tendono a invertirsi in interazioni competitive.

La completa sovrapposizione delle sfere di azione indurrebbe le organizzazioni interessate ad adottare un atteggiamento di ostilità e di diffidenza reciproca, proteso alla protezione dell'autonomia individuale e alla tutela della propria sopravvivenza nel tempo. In questi termini, ai fini delle relazioni inter-organizzative il *domain consensus* deve mantenersi elevato, senza che ciò implichi una completa sovrapposizione in termini funzionali ed operativi delle aree di azione presidiate dai *partner*; tale circostanza, difatti, determinerebbe l'emersione di dinamiche competitive piuttosto che cooperative.

Puntualizzando la questione, la presenza di obiettivi strategici (*official goal*) e gestionali (*operative goal*) armoniosi tra due o più organizzazioni che operano nello stesso ambiente, ma si rivolgono a utenze diverse o mirano alla soddisfazione di bisogni eterogenei, è sintomo di un elevato *domain consensus* (Schermerhorn, 1975). In tali circostanze, le organizzazioni sono propense ad allacciare una relazione collaborativa, nell'intento di creare fonti solide e durevoli di vantaggio competitivo, grazie alla progressiva generazione di risorse distintive che deriva dalla loro interazione sul profilo strategico e gestionale. Una completa sovrapposizione dell'area di mercato di riferimento, all'opposto, potrebbe innescare la nascita di rapporti conflittuali: in tale ipotesi le aziende non condividerebbero semplicemente obiettivi strategici e gestionali, ma si rivolgerebbero

³⁸ Secondo autorevole dottrina, il *domain consensus* non consiste semplicemente nella condivisione del medesimo contesto di vita, quanto anche dei modi con cui le organizzazioni agiscono al suo interno. Questa condizione si realizza nel momento in cui i *partner* ottengono risorse dalle medesime fonti, si propongono scopi e obiettivi non confliggenti, detengono una dotazione di capitale umano con le stesse caratteristiche professionali e culturali, si rivolgono a un mercato o a un'utenza simile e, infine, dispongono di un sistema di offerta integrato o integrabile. In questi termini, è agevole intuire che maggiore risulta essere il *domain consensus* (o *domain similarity*), più ampie sono le probabilità che si instauri una relazione collaborativa tra le organizzazioni oggetto di analisi (Evan, 1966).

alla medesima utenza nel tentativo di soddisfare un identico bisogno; l'interazione organizzativa, pertanto, sarebbe orientata alla contesa, piuttosto che alla collaborazione.

Accanto al livello di *domain consensus*, anche il bisogno percepito di potere "politico" e "istituzionale" da parte delle aziende *partner* assume rilievo tra i determinanti delle relazioni inter-organizzative. Attraverso la costituzione di legami collaborativi, infatti, le organizzazioni *partner* si propongono ai loro interlocutori come un referente unitario, capace di esprimere una forza negoziale superiore rispetto a quella altrimenti conseguibile puntando sulle energie individuali (Turk, 1977; Aldrich, 1972). Gli accordi di cooperazione e collaborazione, in aggiunta, sono protesi a rinvigorire la legittimità istituzionale delle organizzazioni *partner* e a promuoverne l'immagine e la credibilità aziendale, la cui importanza è determinante per la sopravvivenza delle organizzazioni, in particolar modo qualora esse vivano – come accade oggi nella gran parte dei settori dell'economia – periodi di difficoltà economica e finanziaria (Starkweather, 1972).

In una prospettiva istituzionale, dunque, la creazione di *network* tra più organizzazioni non è mirata esclusivamente al miglioramento delle prestazioni e all'irrobustimento dell'efficienza individuale e di gruppo. Essa, piuttosto, è finalizzata all'acquisizione di legittimazione presso gli attori che adempiono funzioni di rappresentanza o di allocazione di risorse critiche per l'attività aziendale. Tra questi ultimi, ovviamente in termini non esaustivi, un ruolo di particolare rilievo assumono i referenti politici che insistono nell'ambiente di riferimento, i finanziatori, i fornitori di risorse critiche, gli *opinion leader*, gli enti certificatori della qualità dei servizi erogati, la comunità scientifica di riferimento e tutti gli altri interlocutori che, in senso lato, possono esprimere una consistente influenza sul livello di accettazione o di accettabilità sociale delle aziende *partner* (Pfeffer & Salancik, 1978).

In un tentativo di sintesi delle numerose proposizioni elaborate sul tema dalla dottrina, alcuni studiosi hanno intrapreso uno sforzo di sistematizzazione dei determinanti delle relazioni inter-organizzative. Tra essi, in particolare, vi è chi ha identificato sei fattori alla base della nascita, dello sviluppo e del consolidamento delle interazioni tra due o più organizzazioni (Oliver, 1990), vale a dire la necessità, l'asimmetria, la reciprocità, l'efficienza, la stabilità e la legittimazione³⁹.

³⁹ Vi è chi ha sintetizzato in due componenti i determinanti delle relazioni organizzative: da un lato, la ricerca di risorse specifiche altrimenti non conseguibili, utili per il raggiungimento degli obiettivi organizzativi individuali, e, dall'altro, la tensione verso l'acquisizione di prestigio politico, indispensabile per influenzare i processi di *decision making* dei propri interlocutori di riferimento (Schmidt & Kochan, 1977).

In accordo a tale argomentazione, le aziende sono indotte ad allacciare rapporti simbiotici nel momento in cui percepiscono pressioni di natura normativa che, sulla base di strumenti coercitivi o meno, stimolano la costituzione di relazioni inter-organizzative improntate alla cooperazione o alla collaborazione (necessità). Accanto agli stimoli normativi, ovvero in assenza di essi, il desiderio di preservare la propria autonomia o di acquisire unilateralmente influenza sulle altre entità operanti nel medesimo ambiente di riferimento spiega la propensione di molte aziende alla costituzione di rapporti partenariali (asimmetria). In aggiunta, l'opportunità di valorizzare eventuali rapporti simbiotici e sinergici – siano essi già sperimentati in passato o di nuova istituzione – allo scopo di migliorare le condizioni di competitività aziendale costituisce un ulteriore fattore in grado di stimolare la tensione cooperativa (reciprocità)⁴⁰. La ricerca di economie di scala e l'intento di conseguire economie di transazione (efficienza), così come la volontà di gestire l'incertezza attraverso azioni intese ad attenuare l'imprevedibilità ambientale (stabilità) giocano un ruolo di non poco conto ai fini della nascita delle relazioni inter-organizzative. Infine, l'esigenza di rafforzare la legittimazione istituzionale, l'immagine e il prestigio organizzativo costituisce un ulteriore determinante della collaborazione tra due o più entità operanti nello stesso ambiente di riferimento (legittimazione).

Con peculiare riferimento all'ultimo dei fattori ivi considerati, è interessante considerare che la presenza di aziende di successo, alle quali siano tributati prestigio e legittimità istituzionali, rappresenta spesso una condizione agevolante al buon esito delle relazioni inter-organizzative: le aziende di successo, infatti, stimolano la replicazione del loro modello gestionale da parte delle altre entità operanti nel loro medesimo contesto vitale, innescando un graduale processo di "isomorfismo mimetico" (Powell & Di Maggio, 1991). La coerenza e l'armonia inter-organizzative che ne derivano favoriscono il ricorso a rapporti di collaborazione tra gli attori che emulano il modello di successo, creando una sorta di piattaforma omogenea di interazione (Wievel & Hunter, 1985).

La mera manifestazione dei determinanti delle relazioni inter-organizzative, tuttavia, non implica necessariamente la nascita di rapporti collaborativi. L'effettiva costituzione di questi ultimi, piuttosto, è subordinata a un'intensa attività di negoziazione tra gli attori interessati, spesso mista a episodi di intenso conflitto. Ferme restando le altre condizioni di contesto, in effetti, è possibile presumere che ciascun attore preferisca

⁴⁰ In queste ipotesi, la cooperazione è per lo più finalizzata alla generazione e la sedimentazione di conoscenze e competenze distintive, come accade con riferimento alle cosiddette *knowledge based activities* (Aiken & Hage, 1968).

preservare la propria autonomia organizzativa e gestionale, o, nella migliore delle ipotesi, acquisire unilateralmente potere sulle altre entità che insistono nel loro medesimo ambiente di riferimento, piuttosto che vincolarsi a volontà esterne attraverso la partecipazione a dinamiche collaborative (March & Simon, 1958)⁴¹.

Una volta instaurata una relazione inter-organizzativa, in aggiunta, la frequenza delle interazioni dipende dalla percezione dei benefici, espliciti ed impliciti, che possono essere ragionevolmente associati a esse. Al riguardo, la letteratura classica ha argomentato che la coerenza degli obiettivi collettivi rispetto a quelli individuali, l'importanza strategica della relazione percepita dai singoli *partner* e l'impatto della relazioni inter-organizzative sulle condizioni individuali di efficienza e di efficacia organizzativa alimentano la frequenza e la longevità dei rapporti posti in essere (Schmidt & Kochan, 1977). Al contrario, i sacrifici connessi all'interazione, anche in termini di costo-opportunità – vale a dire di dispendio di tempo, energie e altre risorse materiali e immateriali necessari per la costruzione e il mantenimento nel tempo della relazione e, per tale motivo, distratti da impieghi alternativi – influiscono negativamente sia sulla frequenza degli scambi che sulla longevità di questi ultimi.

La relazione inter-organizzativa, nondimeno, potrebbe essere mantenuta in vita anche qualora i sacrifici assumano una consistenza maggiore rispetto ai benefici percepiti: pressioni politiche e considerazioni di natura istituzionale, invero, potrebbero giustificare la sopravvivenza della relazione, anche qualora quest'ultima risulti non desiderabile o insostenibile sotto il profilo economico o gestionale. A titolo esemplificativo, l'esigenza di prevenire l'emersione di conflitti che potrebbero sorgere tra enti istituzionalmente autonomi, ma funzionalmente interdipendenti, ovvero la promozione dello scambio di informazioni e di risorse tra organizzazioni diverse allo scopo di aumentare la loro capacità di risposta di fronte ai mutevoli bisogni dell'utenza sono obiettivi di stampo "politico", che spesso si collocano alla base delle iniziative intese a promuovere la collaborazione inter-istituzionale tra istituti che condividono lo stesso ambito di azione, in particolare nel settore pubblico. In tale ipotesi, la motivazione alla base del rapporto collaborativo prescinde dalla valutazione individuale dei benefici e dei costi associati alla relazione inter-

⁴¹ I conflitti assumono peso maggiore nelle ipotesi in cui le organizzazioni *partner* sono contestualmente coinvolte in diversi *action set*, in ognuno dei quali è impegnata nella costituzione di relazioni inter-organizzative: la divergenza in termini di motivazioni e determinanti alla base delle diverse relazioni organizzative intraprese dall'azienda, difatti, potrebbe tradursi in condizioni di ambiguità e di incertezza relazionale, entrambe perniciose per la sopravvivenza dei rapporti partenariati (Walton & McKersie, 1965).

organizzativa, derivando, piuttosto, da ponderazioni formulate a livello macro da attori che, di norma, non sono coinvolti direttamente nella relazione (Baker & O'Brien, 1971; Warren, 1967; Guetzkow, 1966).

A prescindere dalle diverse sfumature che il processo di costituzione delle relazioni inter-organizzative può assumere, diversi ostacoli ostruiscono la nascita e lo sviluppo dei rapporti collaborativi (Fawcett & Cooper, 2001). In primo luogo, è possibile che le organizzazioni coinvolte nella relazione non riescano a conseguire una chiara percezione del valore aggiunto generato dalla partecipazione a un accordo di collaborazione, in particolar modo qualora quest'ultimo generi prevalentemente benefici indiretti e di lungo termine, per tali motivi non apprezzabili in maniera immediata nel breve periodo.

Qualora, a dispetto di tale ambiguità causale, si pervenga comunque all'istituzione del rapporto, divergenze strategiche, strutturali e operative tra i *partner* potrebbero pregiudicare il consolidamento della relazione inter-organizzativa: tali discordanze, infatti, impediscono di sfruttare opportunamente le sinergie sottese all'interazione, mettendone a repentaglio la sopravvivenza. In aggiunta, la mancanza di armonia sotto il profilo gestionale non consente alle organizzazioni di pervenire alla costruzione di un sistema integrato e condiviso di valutazione della *performance*, aspetto che si ripercuote negativamente sulle possibilità di successo dell'interazione organizzativa, in parte legate all'introduzione di misure incentivanti all'adesione al rapporto.

In questi termini, la mancanza di un sistema informativo condiviso, a supporto delle scelte gestionali dei *partner* a livello individuale e sistemico, rappresenta un'ulteriore barriera all'implementazione di rapporti collaborativi. In maniera analoga, un orientamento improntato al breve termine e la mancanza di coerenza nella definizione delle linee strategiche alla base dell'interazione organizzativa potrebbero provocare il progressivo indebolimento del rapporto nel lungo termine e alla sua conseguente disgregazione. Per evitare tali circostanze, potrebbe essere utile identificare un'organizzazione focale, cui attribuire il compito di coordinare l'interazione sistemica e di promuovere le relazioni organizzative; d'altro canto, l'influenza esercitata da quest'ultima potrebbe sterilizzare le interazioni avviate spontaneamente tra le organizzazioni *partner*, indebolendone la portata.

Altra parte della dottrina identifica nella tecnologia, nella cultura aziendale e nel sistema di finanziamento consolidatisi in seno alle singole aziende *partner* i fattori che possono tradursi nei più consistenti ostacoli allo sviluppo della relazione inter-organizzativa (Suter, *et al.*, 2007). Le barriere tecnologiche, in particolare, trovano precipua esplicitazione negli oneri che è necessario sostenere per la costruzione della

dotazione infrastrutturale necessaria a sostenere il rapporto di cooperazione, oltre che in termini di complessità tecnica che emerge dalle esigenze di gestione integrata dei flussi informativi relativi ai diversi *partner*. Sotto il profilo culturale, l'incontro di sistemi di valori eterogenei, sedimentatisi all'interno delle diverse aziende coinvolte nel rapporto, potrebbe dar vita a divergenze difficilmente risolvibili, tali da compromettere il radicamento del legame collaborativo. Tale aspetto assume particolare rilievo nello specifico caso dell'integrazione organizzativa in ambito socio-sanitario, laddove gli enti coinvolti nella *partnership* provengono da impostazioni culturali nettamente distinte, spesso contrastanti tra di loro: l'incapacità di appianare le divergenze e risolvere i conflitti che derivano da tale situazione risulta pernicioso per la sopravvivenza della relazione inter-organizzativa, impedendo il radicamento di rapporti simbiotici tra i *partner*.

L'eterogeneità delle fonti da cui provengono le risorse finanziarie che alimentano le attività svolte dai *partner*, inoltre, impatta negativamente sulla propensione all'instaurazione di relazioni organizzative, favorendo l'adozione di comportamenti difensivi e di chiusura da parte dei singoli attori. In maniera del tutto analoga, l'esistenza di rigidi confini istituzionali e la prevalenza di architetture strutturali di stampo burocratico giocano a sfavore dei rapporti di cooperazione, promuovendo all'opposto comportamenti orientati alla preservazione dell'autonomia gestionale e dell'indipendenza decisionale a livello individuale.

Gestire in maniera appropriata le relazioni inter-organizzative, infine, risulta di per sé un'attività estremamente complessa e sfidante: è necessario far comunicare tra di loro entità che, tendenzialmente, sono diverse l'una rispetto all'altra per aspetti strategici, culturali e operativi; come se ciò non bastasse, queste ultime potrebbero esprimere valori confliggenti e patrocinare esigenze egoistiche che mal si rapportano agli interessi comuni. In tali circostanze, il rischio di emersione di conflitti tra i diversi nodi della rete è particolarmente elevato: inerzia e incapacità di fornire risposta alle attese espresse dell'ambiente di riferimento diventano particolarmente frequenti, disincentivando il ricorso alle strategie collaborative (Spekman, *et al.*, 1998).

Il conflitto inter-organizzativo deriva da diverse fonti, le quali, nel loro insieme, dovrebbero essere appropriatamente gestite, onde evitare una competitività eccessiva tra i *partner*. In primo luogo, la peculiare tipologia e l'intensità dell'influenza politica esercitata dalle organizzazioni dotate di maggiore rilievo politico spiega una gran parte delle dinamiche conflittuali esistenti tra le organizzazioni alleate: la conseguente emersione di interessi e di pressioni egoistiche, infatti, genera situazioni di *stress* e di ostilità interna, che

rendono precario il livello di cooperazione inter-organizzativa. L'assenza di compatibilità tra obiettivi comuni e le priorità individualmente perseguite dai *partner* rappresenta un'ulteriore fattore di contrasto: essa, infatti, determina l'impossibilità di pervenire a situazioni di concertazione e condivisione degli obiettivi, oltre che a una visione comune della missione e della strategia da attribuire alla rete. Infine, l'esistenza di nodi che vantano una certa rilevanza strategica, ma sono estranei al "gruppo di comando", può impattare sul grado di conflittualità interna alla rete: le organizzazioni focali, invero, potrebbero percepire la presenza di tali attori come una minaccia e tentare di ostacolarne l'evoluzione, attraverso azioni di ostruzionismo o di rallentamento alla loro crescita⁴².

Sintetizzando quanto esposto sino a questo punto, è possibile concludere che le aziende non cooperino per mero spirito collaborativo (Turk, 1973). Le relazioni inter-organizzative, anzi, sono intese a favorire il conseguimento di obiettivi organizzativi egoistici e, in secondo luogo, a consentire il conseguimento dei risultati attesi dagli *stakeholder* interni ed esterni che patrocinano la relazione. La percezione del bisogno di cooperazione e la disponibilità di capacità inutilizzate da dedicare alla costruzione delle relazioni organizzative, in tal senso, non sono sufficienti affinché emergano fenomeni cooperativi; è necessario, altresì, che il bisogno si traduca in domanda di cooperazione, la quale deve assumere un'intensità tale da stimolare l'attivazione delle risorse disponibili per la costruzione del legame.

Il bisogno di interazione spesso sorge quale reazione alla percezione di scarsità di risorse a disposizione per il conseguimento degli obiettivi organizzativi: la cooperazione inter-istituzionale, in questi termini, è espressione di un approccio strategico proteso alla generazione di valore aggiunto attraverso la combinazione delle energie che i *partner* posseggono individualmente. Una volta avvertito il bisogno di interazione, le organizzazioni si impegnano in una complessa attività di valutazione delle implicazioni che il rapporto inter-organizzativo potrebbe suscitare sull'immagine e sull'identità aziendali, dei sacrifici da sostenere in termini di risorse necessarie per l'attivazione e la gestione della *partnership*, del sostegno espresso dagli *stakeholder* di riferimento e del

⁴² Tali assunti sono supportati dall'impostazione adottata da autorevole dottrina (Thompson, 1967): per valutare l'opportunità di implementare formule di interazione organizzativa, i singoli attori guardano prioritariamente al proprio specifico interesse, piuttosto che ai traguardi di gruppo; alla luce di tale considerazione, si può supporre che essi procedano a una segmentazione del loro ambiente di riferimento, elaborando strategie specifiche per affrontare al meglio le sfide emergenti in ciascuno di essi, adottando – caso per caso – logiche cooperative o competitive.

grado di *domain consensus* tra gli enti coinvolti. La concreta espressione della domanda di collaborazione segue logicamente la valutazione della fattibilità e della sostenibilità di quest'ultima; in ogni caso, la decisione definitiva sulla partecipazione alla relazione inter-organizzativa è esposta a un forte condizionamento di tipo sia politico che istituzionale, che potrebbe addirittura sovvertire le indicazioni provenienti dalle valutazioni individuali.

2.4. I determinanti delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario

Le relazioni inter-organizzative rappresentano una soluzione particolarmente ricorrente con riferimento al caso dei servizi pubblici, a prescindere dalla natura di questi ultimi. Essi, infatti, come si è già avuto modo di argomentare in precedenza, rientrano nella competenza del sistema di aziende e amministrazioni pubbliche, ritenuto in grado, proprio in virtù della sua architettura reticolare, di affrontare nella maniera più efficace ed efficiente possibile i *wicked problem*, vale a dire problemi caratterizzati da complessità e da incertezza nella loro definizione (Hudson, 2006; Rittel & Webber, 1973). La naturale configurazione reticolare delle organizzazioni pubbliche, tuttavia, risulta spesso inibita sotto il profilo operativo, a causa della frammentazione delle competenze e delle risorse disponibili per far fronte a un certo bisogno pubblico tra numerosi attori, i cui interessi si rivelano per lo più divergenti (O'Toole, 1997).

All'interno del più ampio settore pubblico, le organizzazioni sanitarie e le aziende che erogano servizi di assistenza sociale alla persona agiscono in un ambiente caratterizzato da complessità e da dinamicità crescenti. Alla luce delle riflessioni sino a questo punto proposte, è possibile argomentare che tali istituti dovrebbero tributare maggiore attenzione alle strategie di creazione e sviluppo delle relazioni inter-organizzative, allo scopo di rinvigorire la propria capacità di rispondere alle mutevoli e sempre più pressanti istanze dell'utenza di riferimento (Raish, *et al.*, 2009). In particolare, i fattori che impattano in misura più rilevante sulla complessità ambientale affrontata dalle aziende che prestano servizi di assistenza alla persona e, di conseguenza, sulla loro propensione verso la ricerca di formule collaborative sono: l'ormai annosa scarsità delle risorse finanziarie, economiche e tecniche a disposizione (Marmot, *et al.*, 2009; Schermerhorn, 1975), la maggiore competitività sollecitata dai *policy maker* nella prestazione dei servizi di assistenza (Mascia, 2009) e la radicale evoluzione del quadro demografico, sociale ed economico di riferimento (Mooney, 2003; Roice, *et al.*, 1989).

Tali fenomeni, di fatto, generano intense pressioni sulle organizzazioni sanitarie e sulle aziende di promozione sociale, tali da indurre a considerare con sempre maggiore interesse le relazioni inter-organizzative quale opportuna soluzione strategica e gestionale, intesa a garantire la formazione di competenze distintive attraverso lo scambio di risorse, informazioni e conoscenze (Schumaker, 2002). Si tenga altresì in considerazione che la gran parte degli oneri gestionali e finanziari attualmente in carico al sistema sanitario deriva da problemi che presentano una natura marcatamente sistemica, i quali trovano il loro naturale ambito di emersione nella “comunità”, latamente intesa. Coerentemente, essi possono essere affrontati in maniera efficace solo agendo sulla base di un approccio sistemico, attivando in rete tutti gli attori che, sia in ambito sanitario che sociale, dispongono delle strutture, delle risorse e delle competenze di volta in volta utili per fornire una risposta appropriata alle istanze dell'utenza (Shortell & Mitchell, 2000).

Difatti, la sfida prioritaria affrontata dai sistemi socio-sanitari nell'attuale periodo di ridimensionamento dell'intervento pubblico consiste proprio nella diffusa carenza di risorse a disposizione a fronte di bisogni in continua crescita; il graduale processo di invecchiamento della popolazione genera un doppio drenaggio di risorse, dovuto, da un lato, alla maggiore spesa sanitaria necessaria ad alimentare l'erogazione di servizi di assistenza alle fasce deboli della popolazione e, dall'altro, alla ridotta contribuzione di queste ultime alla raccolta dei fondi pubblici da allocare alle finalità di tutela e promozione della salute (Coward, *et al.*, 1994). La precaria solidità finanziaria degli attori pubblici, ancora oggi fonte privilegiata delle risorse destinate al funzionamento dei sistemi socio-sanitari nazionali, impatta negativamente sulle future prospettive di sostenibilità di questi ultimi, stretti nella morsa di bisogni crescenti e di risorse sempre più scarse.

Le relazioni inter-organizzative, da questo punto di vista, offrono l'opportunità di contrastare le sempre più pressanti ristrettezze finanziarie e gestionali, oltre che la situazione di forte complessità e instabilità ambientale affrontata dalle aziende sanitarie e dalle organizzazioni sociali. Mobilitare lo sforzo congiunto di più entità impegnate in maniera complementare su fronti diversi rappresenta una strategia imprescindibile con cui affrontare efficacemente problemi che raramente presentano natura esclusivamente sociale o sanitaria: già da tempo, infatti, è stato osservato che i bisogni assistenziali dell'utenza presentino oggi una complessità tale da impedire la pianificazione e l'implementazione di un'azione individualistica e atomistica per far fronte a essi (Van de Ven, 1976).

2.5. Le dinamiche di nascita e governo delle relazioni inter-organizzative

Le relazioni inter-organizzative, in non rari casi assimilate al concetto di *clan* secondo la celebre definizione proposta da Ouchi (1984), sono state considerate fino a pochi anni fa delle eccezioni rispetto ai tradizionali meccanismi di coordinamento del “mercato” e della “gerarchia” (Ritter & Gemunden, 2003). Come queste ultime, d’altro canto, anche le relazioni inter-organizzative possono essere descritte in termini di rapporti di potere e di dipendenza tra due o più entità; in aggiunta, esse si caratterizzano per la presenza di variabili che giocano un ruolo attenuato con riferimento agli altri meccanismi di coordinamento, quali il grado di fiducia e il livello di *commitment* inter-organizzativo maturato dai *partner*, l’intensità di adattamento reciproco espresso da questi ultimi e la rilevanza, sotto il profilo strategico e operativo, assunta dal rapporto di collaborazione ai fini del successo individuale e di gruppo (Naude & Buttle, 2000).

Riprendendo, per esigenze espositive, la tassonomia proposta in apertura del presente capitolo, si identificano tre classi di relazioni inter-organizzative, ciascuna delle quali presenta connotati peculiari in termini di nascita e governo del legame collaborativo: i rapporti “verticali”, i rapporti “orizzontali” e le interazioni “simbiotiche” (Pennings, 1981). I primi hanno origine da relazioni di dipendenza già consolidate tra organizzazioni che appartengono alla medesima entità giuridica, ma operano su livelli gerarchici diversi. Alla luce della loro posizione gerarchica, alcuni istituti si sottomettono – spontaneamente ovvero aderendo a prescrizioni normative vincolanti – al potere di indirizzo e coordinamento di una o più organizzazioni sovra-ordinate, in quanto tali depositarie del ruolo di direzione della rete di attori. Nella maggior parte dei casi, il rapporto collaborativo è finalizzato al conseguimento di migliori condizioni di efficienza organizzativa, attraverso un intervento di razionalizzazione delle attività complessivamente realizzate all’interno del sistema di attori.

I rapporti orizzontali, diversamente, hanno ad oggetto relazioni di cooperazione tra entità che presentano la medesima dignità istituzionale, vantando, di norma, una propria identità giuridica. In genere, essi sono protesi al conseguimento di economie di scala e di specializzazione, stimolando l’attivazione di sinergie tra attori che presidiano diverse fasi, funzionalmente indipendenti, di un processo di produzione o erogazione complesso. Non mancano casi, tuttavia, in cui i *partner* agiscono in contesti operativi che, seppur complementari, risultano relativamente lontani sotto il profilo spaziale o funzionale: in tal caso, l’introduzione di un sistema di coordinamento è primariamente finalizzata alla fertilizzazione incrociata delle rispettive competenze e conoscenze specifiche, allo scopo di

accrescere la capacità di risposta dei singoli attori alle mutevoli esigenze espresse dai loro *stakeholder* di riferimento.

Infine, le interazioni simbiotiche consistono in rapporti di cooperazione che si innescano tra organizzazioni operanti all'interno del medesimo contesto vitale e interessate allo stesso segmento di utenza, il più delle volte operando all'interno di settori diversi: è questo il caso, alla luce di quanto esposto nel capitolo precedente, delle organizzazioni sanitarie e delle aziende di assistenza e promozione sociale. Attraverso l'istituzione di un rapporto inter-organizzativo, le aziende si impegnano ad evitare l'espressione di atteggiamenti non cooperativi o, nel peggiore dei casi, ostili, mirando, piuttosto, alla ricerca di sinergie e di opportunità comuni di crescita. In tal caso, la relazione nasce quale espressione di un moto spontaneo, sebbene non siano rari i casi in cui la collaborazione sia imposta da provvedimenti coercitivi espressi da attori gerarchicamente sovra-ordinati.

Sulla base della semplice collocazione all'interno della tassonomia ivi proposta, è possibile desumere alcune informazioni di base relative alle modalità di nascita e ai modelli di governo della relazione organizzativa: la riconduzione dell'interazione a una delle tre categorie sopra esposte, infatti, consente di pervenire a una generica definizione degli attori coinvolti nel rapporto, alla identificazione della natura di quest'ultimo e alla specificazione del suo contenuto. Per quanto essenziali, tuttavia, tali informazioni non sono sufficienti ai fini di un'accurata descrizione della relazione inter-organizzativa. Come osservato da parte della dottrina, a tal pro occorre altresì (Hakansson & Johanson, 1992):

- delineare nel dettaglio la fonte da cui trae legittimazione il rapporto collaborativo;
- specificare le caratteristiche distintive del modello di governo della relazione;
- evidenziare la natura e l'intensità delle relazioni di dipendenza reciproca tra i *partner*;
- ponderare la natura, l'intensità e la direzione degli scambi di risorse, informazioni, beni e servizi che si attivano tra i nodi della rete;
- soppesare l'importanza strategica e gestionale assunta da ciascuna tipologia di scambio per le singole organizzazioni e per il sistema di attori nel suo complesso;
- identificare, infine, i meccanismi di coordinamento impiegati per l'efficace ed efficiente svolgimento delle attività di competenza della rete di attori.

Ciascuno di tali aspetti, caratterizzati da una stretta interconnessione reciproca, esercita un profondo impatto sui rapporti di potere che si innescano tra i membri del

sistema di attori, influenzandone, di riflesso, le caratteristiche strutturali e organizzative. Mentre i primi due punti saranno specifico oggetto di attenzione all'interno del presente paragrafo, gli altri quattro saranno sviscerati nei due paragrafi che seguono, dedicati rispettivamente agli impatti generati della relazione inter-organizzativa in termini di costi e benefici e alla gestione delle interdipendenze tra i *partner*.

La dottrina individua due tipologie di relazioni inter-organizzative in relazione alla fonte da cui provengono gli stimoli per l'instaurazione del rapporto collaborativo. Da un lato, si discernono i rapporti di tipo "coercitivo", la cui legittimazione trova fondamento in disposizioni normative che cristallizzano la volontà di attori sovra-ordinati di pervenire alla costituzione di una relazione inter-organizzativa tra entità appartenenti a un livello gerarchico inferiore (Schermerhorn, 1975). Dall'altro lato, si annoverano i rapporti volontari, che sorgono, invece, sulla base del mutuo accordo, espresso in maniera formale o informale, tra due o più organizzazioni che decidono di entrare a far parte della relazione (Hall, *et al.*, 1977). Nella realtà operativa, nondimeno, è raro identificare relazioni riconducibili in maniera univoca all'una o all'altra delle due categorie ivi presentate. Nella maggior parte dei casi, infatti, le due ipotesi sono variamente combinate tra di loro, alla costante ricerca della maggiore coerenza possibile tra i connotati della relazione inter-organizzativa posta in essere e lo specifico contesto istituzionale, economico, sociale e operativo in cui i *partner* agiscono (Longest, 1992).

Con riferimento al modo in cui la relazione cooperativa si sviluppa nel tempo, nonché alle modalità con cui si perviene alla definizione – più o meno concertata – degli obiettivi e della *mission* di sistema, è opportuno distinguere tra reti "auto-fondate" e relazioni ispirate alla "serendipità"⁴³ (Kilduff & Tsai, 2001). Le prime derivano da interazioni che originano dall'iniziativa volontaria ed esplicita dei diversi nodi ovvero dallo stimolo diretto espresso da attori esterni, i quali promuovono l'insediamento della relazione attraverso formule più o meno coercitive: in tale ipotesi, gli obiettivi del sistema di attori sono ben definiti, con una diffusa convergenza nei loro confronti di tutti i *partner*; inoltre, le prospettive di sviluppo del rapporto sono, laddove possibile, concertate e

⁴³ Il neologismo "serendipità" indica la sensazione percepita nel momento in cui si scopra una cosa non cercata o imprevista, mentre si è alla ricerca di qualcos'altro. Il termine è stato coniato dallo scrittore britannico Horace Walpole in una lettera risalente al 1754, con esplicito riferimento alla fiaba persiana intitolata i "Tre principi di Serendippo". Le informazioni ivi riportate sono tratte dalla definizione di "serendipità" fornita dall'enciclopedia virtuale "Wikipedia" (<http://www.it.wikipedia.org/wiki/Serendipità>, ultimo accesso: 13 febbraio 2014).

condivise da parte di tutti i membri della rete. Le relazioni serendipite, all'opposto, consistono di interazioni spontanee, che, il più delle volte, derivano dallo sviluppo di precedenti rapporti informali, raramente oggetto di formalizzazione all'interno di un accordo di collaborazione. In tal caso, la *mission* del sistema di attori non è formalizzata, sebbene sia implicitamente nota a tutte le organizzazioni coinvolte; inoltre, le traiettorie di crescita non sono predicibili: la relazione inter-organizzativa evolve contestualmente allo sviluppo delle interdipendenze e delle sinergie che i *partner* scoprono di avere nel tempo.

Il modo in cui il legame cooperativo nasce e si consolida nel tempo, ovviamente, incide sullo specifico modello di *governance* adottato ai fini del coordinamento e della gestione dei rapporti tra due o più organizzazioni. Con riferimento a tale aspetto, la dottrina ha individuato tre approcci ideali di governo delle relazioni inter-organizzative (Provan & Kenis, 2007):

- un sistema di *governance* autogestita da parte degli attori che compongono la rete: ricorrendo alla definizione impiegata in letteratura, il riferimento è alle ipotesi di “*participant-governed network*”, vale a dire reti gestite in prima persona dai partecipanti;
- un modello basato sull'attività di coordinamento e indirizzo di un'organizzazione focale, la quale si preoccupa di promuovere la nascita del rapporto, di favorirne lo sviluppo e di garantirne la sopravvivenza nel tempo: tale approccio assume la denominazione di “*lead-organization governed network*”, ossia di rete gestita da un'organizzazione focale di riferimento⁴⁴;
- un sistema in cui il governo della rete è affidato a un ente esterno, già esistente o istituito con lo specifico compito di provvedere alla promozione e al sostegno dei

⁴⁴ L'organizzazione focale svolge alcune funzioni essenziali ai fini della gestione della relazione interorganizzativa: essa, in primo luogo, è tenuta a identificare gli attori necessari per l'istituzione del *network*, nonché le competenze di cui essi devono disporre; in aggiunta, promuove l'unità d'intenti tra i diversi membri che entrano a far parte della rete, contribuisce alla definizione di una *vision* e una *mission* condivise per tutti gli attori, identifica una strategia comune favorendo la partecipazione dei nodi al processo decisionale e la concertazione, chiarisce i ruoli e le competenze dei diversi membri della rete e presidia i confini di quest'ultima, assumendo la gestione dei rapporti con gli stakeholder esterni. Infine, l'organizzazione focale coordina i rapporti tra i nodi della rete e incoraggia flussi informativi e scambi di risorse, rappresentando il motore che genera l'energia necessaria a garantire l'attivazione di tutti gli altri attori facenti parte del gioco cooperativo. In sostanza, l'organizzazione focale è tenuta a svolgere una funzione di *governance* della rete, attività che si accompagna alle normali funzioni organizzative e gestionali che quest'ultima svolge ordinariamente nella sua veste di azienda.

legami cooperativi, seppur non direttamente coinvolto nella relazione inter-organizzativa: tale attore è identificato con l'appellativo di “*Network Administrative Organization*” (NAO), vale a dire organizzazione amministratrice della rete⁴⁵.

Per propria natura, le relazioni volontarie e auto-fondate tendono verso modelli di governo improntati alla democraticità e alla gestione condivisa tra i diversi nodi della rete; viceversa, i rapporti che sorgono sulla base di dettami istituzionali esogeni, in quanto imposti dalla volontà di un ente sovraordinato, richiedono l'implementazione di modelli di governo gerarchico e verticistico, caratterizzati da un incisivo ruolo di indirizzo esercitato da un'organizzazione focale, interna o esterna alla rete. Situazione simile si verifica con riferimento alle relazioni serendipite, laddove il ruolo di coordinamento di un attore centrale, sebbene informale, è indispensabile per stimolare e promuovere l'interazione tra i *partner*, la quale, altrimenti, scemerebbe nel tempo.

Accanto alla fonte istituzionale da cui trova origine la relazione inter-organizzativa, altri fattori concorrono a influenzare il modello di *governance* più appropriato per la gestione dei rapporti inter-organizzativi, tra cui il grado e l'intensità di fiducia reciproca tra i *partner* (McEvily, *et al.*, 2003), il numero complessivo degli attori che partecipano alla rete (Faerman, *et al.*, 2001), l'intensità di consenso sugli obiettivi concertati all'interno di essa (Park, 1996) e il fabbisogno percepito di competenze esterne ai fini del governo del sistema (Huxham & Vangen, 2005). Tali fattori, a loro volta, dipendono dalle specifiche contingenze che caratterizzano il contesto ambientale in cui la relazione inter-organizzativa è attivata.

Le formule di *governance* partecipata, basate sulla concertazione e sul concorso di tutti i nodi al governo della rete, presumono la maturazione di un elevato livello di fiducia tra i *partner*, la presenza di un numero non eccessivo di attori e un consistente livello di consenso sugli obiettivi comuni. In tali circostanze, si avverte uno scarso bisogno di competenze esterne o centralizzate per la gestione del *network*: di conseguenza, raramente si ricorre a un ente esterno o sovra-ordinato con il compito di promuovere la relazione in qualità di attore focale.

Il modello di governo gerarchico, all'opposto, è da prediligere in presenza di debole fiducia tra i *partner*, di numerosità degli attori che partecipano alla relazione inter-

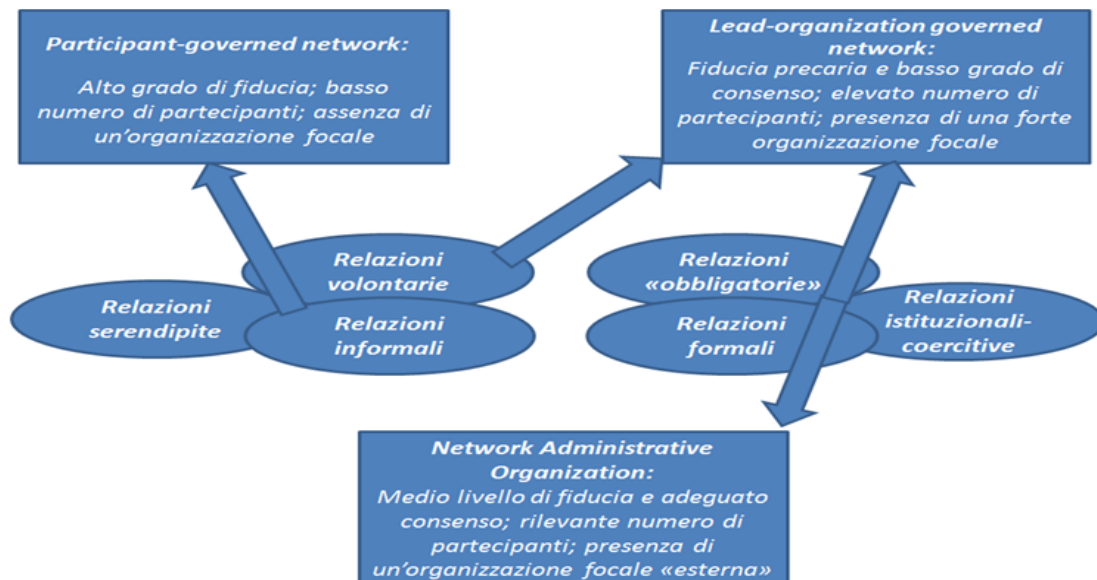
⁴⁵ In tale circostanza, sarebbe opportuno parlare di funzioni di *meta-governance*. Le concrete attività di gestione, infatti, sono demandate ad altre organizzazioni interne al *network*, nei cui confronti la NAO nutre ampia fiducia, in primo luogo in virtù della loro immagine aziendale.

organizzativa e di un basso grado di consenso sugli obiettivi da conseguire attraverso la relazione collaborativa. Tale impostazione, dunque, genera un moderato bisogno di competenze esogene di regolamentazione e coordinamento della rete; queste ultime sono generalmente attribuite a un'organizzazione focale interna, cui sono demandati i compiti di gestione e promozione delle relazioni inter-organizzative.

Il modello di *governance* delegato all'esterno, infine, è appropriato nei casi in cui il grado di fiducia tra i membri della rete risulti elevato, ma non a tal punto da richiedere un controllo pervasivo sui comportamenti individuali; tale approccio richiede una discreta condivisione di obiettivi e valori tra i *partner* e un numero di partecipanti non elevato. In presenza di tali circostanze, l'esigenza di competenze esterne di gestione della rete è particolarmente elevata: pertanto, esse sono conferite a un attore esperto, non direttamente coinvolto nelle dinamiche relazionali (Provan, *et al.*, 2007).

La Figura 2.1 sintetizza in termini grafici quanto esposto sino a questo punto, evidenziando la relazione esistente tra le fonti istituzionali alla base del legame cooperativo e i modelli di *governance* più appropriati con riferimento a ciascuno di essi. Come anticipato, le relazioni volontarie sono associate ad archetipi di gestione partecipata e democratica, mentre le relazioni istituzionalizzate, aventi prevalente natura coercitiva, propendono verso logiche gestionali formalizzate e verticistiche.

Fig. 2.1 – Modelli di *governance* e tipologie di relazioni



Fonte: Elaborazione dell'Autore

In termini generali, le relazioni inter-organizzative sono preordinate alla costituzione di rapporti di lungo termine tra gli attori coinvolti (Hakansson, 1982), sebbene

il contenuto dell'interazione, di norma, non si mantenga costante nel tempo (Ford, 1980)⁴⁶. Al riguardo, la dottrina ha evidenziato come sia proprio l'incertezza sulle traiettorie evolutive che caratterizzano da un lato l'evoluzione della relazione e, dall'altro, i sacrifici che è necessario sostenere per lo sviluppo e il consolidamento dei rapporti collaborativi a costituire il principale ostacolo che distoglie le organizzazioni dall'intento di impegnarsi nella creazione di legami inter-organizzativi (Mattsson, 1988).

In accordo a questa prospettiva, le relazioni inter-organizzative evolvono continuamente nel tempo, mostrando un grado di dinamicità e di flessibilità che aumenta al prolungarsi della longevità del medesimo rapporto (Miles & Snow, 1995); in aggiunta, i rapporti intrattenuti nel passato costituiscono la radice da cui trovano origine i presupposti per la nascita di relazioni future, le quali, contestualmente, sono plasmate dalla specifica configurazione del contesto di azione – *action set* – in cui i *partner* si trovano a operare (Aldrich, 1977).

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, si può argomentare che più frequenti e stabili si rivelino gli scambi che le organizzazioni pongono in essere e più ampio sia il livello *domain consensus* che emerge tra esse, più fertile sarà il capitale sociale a disposizione delle singole aziende *partner* e della rete nel suo complesso. Ne consegue l'attivazione di un circolo virtuoso per le organizzazioni propense a impegnarsi nell'attivazione di rapporti collaborativi: il successo delle relazioni inter-organizzative allacciate nel passato determina una maggiore propensione all'interazione organizzativa la quale viene gradualmente identificata quale strategia indispensabile per fornire una risposta adeguata all'instabilità ambientale⁴⁷ (Yep, 1974).

2.6. I benefici e i costi delle relazioni inter-organizzative

Le relazioni inter-organizzative nascono, di norma, in maniera spontanea, quale risposta istintiva alle sfide lanciate dalla complessità ambientale e in assenza di interventi

⁴⁶ Parte della dottrina, nondimeno, riconduce l'esperienza delle relazioni inter-organizzative a rapporti puntuali e di breve durata, finalizzate al perseguimento di un obiettivo comune di breve termine. La *partnership*, in tal caso, è destinata a sciogliersi nello stesso momento in cui si perviene al conseguimento dell'obiettivo desiderato (Lofstrom, 2010).

⁴⁷ Il consolidamento del rapporto inter-organizzativo favorisce la maturazione di un'identità di gruppo distinta rispetto a quella dei singoli membri (Warren, *et al.*, 1971); nell'ipotesi in cui tale fenomeno generi impatti positivi sulla legittimazione istituzionale degli attori coinvolti, si verificherebbero le condizioni per la realizzazione di ulteriori iniziative rivolte al rinvigorimento delle relazioni inter-organizzative.

coercitivi provenienti da enti sovra-ordinati. Come accade con riferimento a qualsiasi altra scelta gestionale con significative ripercussioni di carattere strutturale, gli attori interessati alla costituzione di un rapporto collaborativo confrontano attentamente i costi e i benefici che potrebbero derivare da tale strategia prima di pervenire a una decisione sull'opportunità di impegnarsi o meno nella sua implementazione

Ovviamente, le condizioni per la nascita del rapporto saranno soddisfatte esclusivamente qualora i benefici prevalgano sui sacrifici da sostenere, vale a dire nell'ipotesi in cui la soluzione collaborativa presenti un significativo valore aggiunto per tutti o, quanto meno, per la maggior parte delle entità coinvolte nella relazione (Provan, 1984). Tale situazione, d'altro canto, non è necessariamente vincolante: la relazione inter-organizzativa potrebbe trovare attuazione anche nel caso in cui i sacrifici percepiti superino i benefici associati all'interazione: si tratta delle ipotesi in cui il rapporto è patrocinato da organismi gerarchicamente sovra-ordinati, che impongono agli attori subordinati l'adesione al legame collaborativo, fenomeno tipico all'interno del contesto pubblico.

Parte della letteratura ha tentato di fornire una sistematizzazione delle principali proposizioni dottrinarie aventi ad oggetto i fenomeni di nascita e sviluppo dei rapporti collaborativi tra due o più organizzazioni, focalizzando l'attenzione sugli impatti attesi dall'interazione strategica e gestionale (Barringer & Harrison, 2000; Araujo & Easton, 1996). Tra le varie scuole di pensiero che affrontano tale area di ricerca, è possibile concentrare l'attenzione su sei filoni principali, che offrono, nel loro insieme, un quadro abbastanza completo sulla tematica oggetto di analisi.

La teoria dei costi di transazione (Williamson, 1975) assume che le organizzazioni partecipino alla costituzione di relazioni collaborative nel precipuo intento di abbattere i costi legati allo scambio di risorse, informazioni, beni e servizi cui esse danno vita ordinariamente ai fini della gestione delle proprie attività aziendali. Attraverso la creazione di rapporti di collaborazione, infatti, esse hanno la possibilità di sfruttare i vantaggi derivanti dalla specializzazione funzionale e, contestualmente, di minimizzare il rischio di comportamento opportunistico da parte dei loro interlocutori (Jarillo, 1988). L'interazione organizzativa, in questa prospettiva, offre l'opportunità di attenuare i punti deboli della gerarchia e di assorbire i problemi derivanti dalle situazioni di "fallimento" del mercato, seppur implicando l'emersione di costi aggiuntivi, legati appunto alla costruzione e al mantenimento nel tempo delle interazioni con i *partner* (Koh & Venkatraman, 1991).

La dottrina della *Resource Dependence Theory* (Davis & Cobb, 2010), diversamente, sostiene che le aziende aderiscano a modelli di cooperazione inter-

organizzativa perseguendo lo scopo prioritario di scambiare a proprio favore risorse specifiche, critiche per il successo, con altre entità che operano all'interno del loro stesso contesto di riferimento, allo scopo di migliorare la propria posizione competitiva; in tal modo, infatti, esse pervengono alla creazione di competenze distintive e difficilmente replicabili da parte dei *competitor*, su cui fondare il proprio vantaggio competitivo nel lungo termine (Barney, 1991; Scott, 1987).

Secondo la teoria della dipendenza dalle risorse, invero, le aziende si impegnano nella costruzione di rapporti inter-organizzativi per il conseguimento di due obiettivi contestuali: da un lato, abbattere il rischio di essere soggette a condizioni di dipendenza nei confronti degli attori dotati di risorse critiche per il successo competitivo e, dall'altro, sviluppare competenze e conoscenze distintive che consentano di accrescere la dipendenza delle altre organizzazioni nei propri confronti. Dando vita ad opportune relazioni inter-organizzative, esse sono in grado di conseguire una posizione di dominio nel proprio ambiente di vita, rinvigorendo l'immagine aziendale e incrementando il potere negoziale espresso nei confronti degli *stakeholder* esterni (Thorelli, 1986).

La scuola della *Strategic Choice* (Kochan, *et al.*, 1986) riconduce alla nascita delle relazioni inter-organizzative l'intento dei *partner* di accrescere sia la propria capacità competitiva che l'abilità di rispondere in maniera efficiente ed efficace alle mutevoli aspettative dall'ambiente esterno. In questa prospettiva, le organizzazioni ricorrono a relazioni collaborative al fine di rafforzare il proprio posizionamento strategico, in termini di potere di mercato, influenza politica e differenziazione delle attività di produzione o erogazione realizzate (Powell, 1990): un tale riposizionamento strategico, ovviamente, incide sugli aspetti gestionali, favorendo la diffusione dell'approccio collaborativo nello svolgimento delle attività organizzative.

La *Stakeholder Theory* (Phillips & Freeman, 2003) si fonda sull'assunto secondo cui le organizzazioni siano naturalmente ispirate da una significativa propensione alla cooperazione e alla creazione di legami inter-organizzativi (Lado, *et al.*, 1997). In accordo a tale impostazione teorica, le formule partenariali sono per lo più intese a facilitare il conseguimento di obiettivi comuni tra gli attori che prendono parte al gioco collaborativo; d'altronde, le organizzazioni accettano di impegnarsi nella costruzione di *partnership* esclusivamente qualora la valutazione dei benefici attribuibili alla cooperazione – tendenzialmente esprimibili nella maggiore capacità dei nodi di rispondere alle attese degli *stakeholder* – sia superiore rispetto alla ponderazione dei costi diretti e indiretti da sostenere ai fini della costruzione dei legami cooperativi, anche in termini di impatto

potenzialmente negativo dei rapporti collaborativi sulla reputazione e sull'immagine aziendali (Axelrod, *et al.*, 1995).

La *Learning Theory* (Argyris & Schon, 1978) tenta di spiegare le relazioni inter-organizzative a partire dalla naturale tensione delle aziende alla valorizzazione del proprio capitale intellettuale; quest'ultimo, infatti, potrebbe essere arricchito attraverso la condivisione delle informazioni e la fertilizzazione incrociata delle conoscenze e delle competenze a disposizione dei *partner* (Mowery, *et al.*, 1996). Grazie all'interazione, costoro hanno la possibilità di acquisire e sviluppare capacità non altrimenti conseguibili (Hamel, 1991), congiungendo alla strategia di sfruttamento (*exploitation*) delle competenze distinte in proprio possesso l'esplorazione (*exploration*) di nuove fonti di vantaggio competitivo fondate sulla conoscenza (March, 1991).

Non ultima in termini di importanza, la *Institutional Theory* (Scott, 2001) identifica nel contesto normativo e istituzionale il principale motore in grado di suscitare una propensione positiva allo sviluppo di rapporti inter-organizzativi (Di Maggio & Powell, 1983). Le aziende, infatti, sono propense ad assecondare le "pressioni" esercitate dall'ambiente esterno nell'intento di guadagnare maggiore legittimazione istituzionale e più ampia accettazione sociale (Scott & Meyer, 1983). Proprio a causa della focalizzazione dell'attenzione su tali intenti, tuttavia, le organizzazioni potrebbero omettere di prestare la dovuta attenzione alle conseguenze della relazione inter-organizzativa sulle dinamiche gestionali e organizzative interne, con un elevato rischio di ripercussioni sulla sostenibilità delle iniziative di collaborazione poste in essere.

Se considerati individualmente, gli approcci ivi descritti non forniscono una rappresentazione soddisfacente degli impatti positivi generati dalle relazioni inter-organizzative; è necessario, piuttosto, andare oltre il contenuto specifico di ciascuna impostazione, in un'ottica di fusione e di integrazione degli spunti proposti da ciascuna di esse. Le sei impostazioni teoriche ivi discusse, d'altronde, non confliggono in maniera inconciliabile tra di loro, né si escludono vicendevolmente: nel loro insieme, esse contribuiscono a spiegare in maniera sistemica le ragioni alla base del fenomeno collaborativo, consentendo di cogliere i numerosi aspetti critici che ne potrebbero ostacolare lo sviluppo (Barringer & Harrison, 2000).

Fornendo una sintesi di quanto sopra esposto, il principale beneficio apportato dalla costituzione di una relazione inter-organizzativa consiste nell'opportunità di sfruttare nella maniera più efficace ed efficiente possibile le risorse umane e tecnologiche a disposizione dei *partner* coinvolti nel rapporto, in particolar modo nell'ipotesi in cui questi ultimi

operino in ambiti complementari di specializzazione all'interno dello stesso ambiente di riferimento (Borys & Jemison, 1989). La partecipazione a rapporti collaborativi, infatti, favorisce la flessibilità delle organizzazioni, incentiva lo sviluppo di competenze distintive grazie alla reciproca fertilizzazione delle conoscenze individuali e stimola la tensione innovativa sotto il profilo strategico e gestionale.

In questa prospettiva, la partecipazione a formule cooperative rappresenta qualcosa di più che una semplice moda manageriale passeggera (O'Toole, 1997): essa, anzi, è espressione di un'azione consapevole, finalizzata ad accrescere la capacità competitiva e, di conseguenza, ad incrementare le probabilità di sopravvivenza degli attori coinvolti nella relazione. La costituzione di rapporti simbiotici consente di trarre i massimi benefici dalle interdipendenze che legano vicendevolmente due o più aziende⁴⁸: puntando sull'interazione, queste ultime hanno la possibilità di perseguire in misura più efficace ed efficiente sia interessi egoistici che obiettivi comuni (Boyett, 1995; Clark, 1965), riuscendo a raggiungere traguardi che, altrimenti, non sarebbero state in grado di realizzare attraverso la chiusura organizzativa e il monismo gestionale (Litwak & Hylton, 1962)⁴⁹.

Come più volte evidenziato, la sempre più intensa dinamicità ambientale impone la necessità di dotarsi della capacità di fornire risposte tempestive e coerenti alle mutevoli istanze espresse dall'utenza; le organizzazioni, in questi termini, devono maturare l'abilità di reagire prontamente all'incertezza e alla variabilità del contesto esterno, manovrando in maniera flessibile le proprie leve gestionali nell'intento di evitare di restare intrappolate nella rete della complessità (De Toni & Comello, 2005; Stacey, 1996). Costrette ad operare in condizioni di intensa imprevedibilità, esse propendono spontaneamente verso modelli organizzativi aperti, intesi a valorizzare la dotazione di capitale sociale individuale e collettivo ai fini dell'assorbimento dell'incertezza esterna (Ashkenas, 1995).

⁴⁸ La dottrina classica individua tre formule di interdipendenze: si hanno fenomeni di "interdipendenza generica" nel caso in cui ogni attore partecipi a un processo produttivo complesso, sviluppando con le altre parti semplici relazioni di convivenza e di condivisione di risorse. Le "interdipendenze sequenziali", invece, implicano la presenza di un flusso di relazioni e di scambi lineari e unidirezionali da un nodo agli altri componenti della rete, ciascuno dei quali occupa una fase del processo produttivo. Infine, le "interdipendenze reciproche" sono più intense rispetto alle altre, implicando relazioni bidirezionali e reciproche tra i nodi (Thompson, 1991).

⁴⁹ Tale approccio è coerente con la posizione dottrina secondo cui l'ambiente di riferimento non sia costituito semplicemente da nicchie da occupare, ma da potenziali spazi di opportunità (*enacted domain*) da ritagliare e da sfruttare (Astley & Van de Ven, 1983).

Dunque, è possibile asserire che il valore riconducibile all'attivazione di relazioni inter-organizzative promani dalla combinazione delle risorse individuali dei *partner*, dallo scambio e dalla fertilizzazione incrociata delle loro conoscenze e competenze, dall'allargamento dei confini aziendali e dalla creazione di maggiori opportunità per il cambiamento e per lo sviluppo organizzativo (Doz & Hamel, 1998). In tale ottica, consolidata dottrina ha proposto una rappresentazione schematica delle motivazioni che inducono le aziende a impegnarsi in iniziative protese alla predisposizione e all'implementazione di accordi di collaborazione inter-organizzativa (Galaskiewicz, 1985). Tra esse è opportuno menzionare:

- la formazione di risorse distintive a livello individuale e collettivo, nonché la promozione dell'ottimale allocazione delle stesse tra i diversi nodi della rete;
- la definizione concertata di una "posizione strategica unitaria", che prepari la strada all'aggregazione delle molteplici anime coinvolte nel rapporto inter-organizzativo in un solo *corpus*, in grado di esprimere un più intenso potere politico e una più incisiva influenza nei rapporti istituzionali;
- la generazione di legittimazione e di accettazione sociale, esito del contributo positivo che le relazioni inter-organizzative generano sia sull'identità che sulla reputazione dei *partner*, in virtù del *favor* che gli *stakeholder* esterni associano alla nascita di rapporti collaborativi.

Spesso, tuttavia, l'attenzione è concentrata sui vantaggi che è possibile associare alle formule di collaborazione organizzativa, mentre i costi a esse correlati sono posti in secondo piano o, nella peggiore delle ipotesi, omissi (Child & Faulkner, 1998). Se, da un lato, le alleanze inter-organizzative offrono la possibilità di conseguire un più agevole e rapido accesso a risorse distintive, di ottenere economie di scala, di ripartire in maniera più equa i costi e i rischi di gestione tra i *partner*, di stimolare lo sviluppo di competenze distintive, di promuovere la flessibilità strategica e organizzativa, di rinvigorire il potere politico e di promuovere l'immagine aziendale delle organizzazioni coinvolte, dall'altro lato, esse sono potenziali portatrici di diversi "effetti collaterali". Tra questi ultimi, particolare rilievo assumono la perdita di controllo su informazioni riservate (Gulati, 1995), l'inasprimento della complessità manageriale (Park & Russo, 1996), il rischio di dipendenza dagli attori dotati di maggior prestigio istituzionale e la correlata perdita di discrezionalità gestionale (Gemunden, *et al.*, 1998; Litwak & Rothman, 1970), nonché la

maggior frequenza di episodi di conflitto tra culture organizzative non compatibili tra loro (Blight, 2006).

Ai costi di natura implicita sin qui menzionati, inoltre, bisogna aggiungere gli oneri espliciti connessi alle iniziative di creazione delle relazioni inter-organizzative. Infatti, le spese connesse alle attività di analisi del contesto di riferimento, di selezione dei *partner* con cui interagire e di negoziazione con questi ultimi, così come i costi di natura amministrativa relativi all'attivazione della relazione inter-organizzativa, debbono essere attentamente ponderati e valutati. In assenza di una loro appropriata percezione, difatti, l'implementazione del rapporto collaborativo potrebbe rivelarsi non sostenibile sotto il profilo economico e, per tale motivo, non longeva nel tempo.

Costi e benefici dipendono, in termini generali, dalla dimensione del sistema di attori e dall'intensità dei flussi di scambio che si innescano tra questi ultimi: quanto più ampio è il numero di attori coinvolti nella relazione e quanto più frequenti e reciproche sono le interazioni tra essi, tanto più elevati sono i costi (espliciti ed impliciti) da affrontare nell'intento di instaurare e mantenere in vita la relazione. Tali costi sono dovuti, da un lato, all'emersione di problemi di coordinamento e di integrazione tra i *partner* e, dall'altro, alla minore libertà di azione cagionata dai vincoli imposti dal rapporto inter-organizzativo. D'altro canto, la longevità e la frequenza delle interazioni contribuiscono a consolidare la fiducia e la stima reciproca dei *partner*, con una riduzione degli oneri connessi alle attività di monitoraggio e controllo della relazione inter-organizzativa. In questi termini è possibile presumere che i rapporti di collaborazione si auto-alimentino nel tempo, in ragione della crescita dei benefici e dell'abbattimento dei costi al progredire della longevità del rapporto.

2.7. I modelli di gestione delle relazioni inter-organizzative

Dai paragrafi che precedono si evince in maniera chiara come il complesso processo di istituzione e gestione delle relazioni inter-organizzative sia influenzato dalla contestuale interazione di più fattori, ciascuno in grado di incidere in misura consistente sia sui connotati strutturali che sulle caratteristiche operative del rapporto. Sistematizzando quanto esposto sino a questo momento, invero, è possibile identificare alcuni fenomeni che, da un lato, sono testimonianza della propensione delle organizzazioni ad allacciare rapporti simbiotici piuttosto che relazioni competitive e, dall'altro, condizionano i modelli di governo e gestione della relazione inter-organizzativa (Alter & Hage, 1993):

- la percezione del legame inter-organizzativo quale strumento utile per la maturazione di competenze distintive, ritenute indispensabili per rinvigorire nel lungo termine l'efficacia e l'efficienza organizzativa a livello individuale e collettivo;
- la maturazione, tra le aziende che operano in un contesto ambientale omogeneo e caratterizzato da intensa complessità, della consapevolezza in merito all'insufficienza degli sforzi individuali nel fornire risposte appropriate ai mutevoli bisogni dell'utenza di riferimento: ne deriva una maggiore disponibilità alla formulazione di accordi – formali o informali – di ripartizione dei rischi gestionali, che prendono corpo in *partnership* strategiche e operative;
- la sempre più diffusa esigenza avvertita dalle organizzazioni di arricchire la propria dotazione tecnologica e di conseguire maggiori disponibilità economiche e finanziarie, allo scopo di affrontare in maniera adeguata una domanda sempre più qualificata e differenziata;
- la tensione verso il conseguimento di condizioni di “efficienza adattiva”, da intendersi quale capacità di prevedere e affrontare l'instabilità ambientale, in primo luogo grazie alla valorizzazione delle interdipendenze reciproche e la fertilizzazione incrociata delle competenze a disposizione delle organizzazioni che entrano a far parte della relazione.

Tali situazioni possono essere intese quali presupposti alla nascita delle relazioni inter-organizzative: esse testimoniano la graduale formazione di una profonda accettazione sociale del legame collaborativo e, di conseguenza, di un maggior favore nei confronti delle strategie collaborative. Quanto più la strategia collaborativa è considerata necessaria per la sopravvivenza aziendale, tanto più le organizzazioni *partner* sono disposte a sacrificare in parte la propria discrezionalità gestionale, pur di partecipare a una relazione di natura simbiotica; in questi termini, situazioni di criticità e di emergenza spingono verso modelli di gestione gerarchica e verticistica della relazione inter-organizzativa, il cui governo è quasi completamente demandato a un'organizzazione focale posta a capo del sistema di attori.

Come è stato più volte argomentato, d'altronde, non esiste un filone teorico unanime in materia di relazioni inter-organizzative: tale circostanza determina l'impossibilità di fornire una spiegazione univoca alle dinamiche di gestione dei rapporti di collaborazione che si instaurano tra due o più aziende (Schumaker, 2002). Ciò che si

riscontra più comunemente, piuttosto, è l'esistenza di approcci dottrinari divergenti, a ciascuno dei quali è possibile ricondurre uno specifico *framework* concettuale utile per l'analisi degli approcci manageriali generalmente adottati in seno alle relazioni inter-organizzative.

La scuola delle "interazioni organizzative" (Alexander, 1995; Van de Ven & Ferry, 1980) identifica alcune contingenze di fondo alla base della formazione e dello sviluppo dei rapporti cooperativi tra aziende che operano all'interno del medesimo spazio vitale. Tra queste ultime, particolare rilievo assumono la necessità di snellezza organizzativa e di flessibilità gestionale, la condizione di eterogeneità strategica, strutturale e gestionale degli attori coinvolti, nonché il grado di fiducia reciprocamente percepito tra questi ultimi. In accordo a tale impostazione teorica, la gestione delle relazioni inter-organizzative dovrebbe essere finalizzata al conseguimento di condizioni di flessibilità strutturale e gestionale, da ricercare attraverso la valorizzazione delle sinergie tra organizzazioni che, all'interno dello stesso ambiente di riferimento, adottano approcci manageriali eterogenei, la cui sintesi si rivela particolarmente appropriata in condizioni di elevate dinamicità e complessità esterne. Nell'ordinaria gestione delle interazioni, pertanto, si dovrebbe tentare di mantenere elevato il livello di fiducia tra i *partner*, nell'intento di creare un forte incentivo alle interazioni. In condizioni di elevata fiducia reciproca, infatti, gli attori coinvolti nella relazione sono propensi a ricondurre un significativo potere di indirizzo e coordinamento a un'organizzazione focale, alla quale è conferito il compito di dirigere il rapporto collaborativo e di ispirarne la sopravvivenza nel tempo.

La "*exchange theory*" (Yip, *et al.*, 2002), diversamente, attribuisce ai processi di scambio tra le organizzazioni la connotazione di artefatti essenziali per lo sviluppo delle relazioni inter-organizzative. In relazione al modo in cui si perviene alla realizzazione di tali scambi, invero, le relazioni inter-organizzative sono discriminate in rapporti "formali" (Hall, *et al.*, 1977) o "informali" (Levine & White, 1961). Se, nella prima ipotesi, la relazione tra i *partner* è cristallizzata sulla base di norme formali e condivise, nella seconda i rapporti inter-organizzativi si fondano su accordi taciti o, comunque, non codificati, in virtù dei quali essi condividono beni, servizi, risorse, informazioni o aree di mercato nel tentativo di sviluppare interdipendenze strategiche, organizzative e operative reciproche (Van de Ven & Walker, 1984)⁵⁰. Nel caso in cui prevalgano rapporti di scambio

⁵⁰ La teoria dello scambio presenta alcuni aspetti in comune con la teoria della "dipendenza dalle risorse" (Aldrich & Pfarrer, 1976): secondo la *resource dependency theory*, infatti, le organizzazioni allacciano relazioni reciproche e scambiano beni, servizi, informazioni o altre risorse allo scopo di acquisire una

formali, la relazione sarebbe caratterizzata da un approccio di gestione verticistico, dominato da una o più organizzazioni focali; viceversa, qualora l'interazione mantenesse un contenuto prevalentemente tacito, i modelli di gestione del rapporto sarebbero orientati alla concertazione e alla partecipazione decisionale da parte dei singoli *partner*, con una spiccata connotazione democratica.

Il filone della "ecologia delle popolazioni organizzative" (Hannan & Freeman, 1977) argomenta con maggiore profondità la prospettiva proposta dalla teoria dello scambio: la condivisione del medesimo substrato culturale e dello stesso contesto di vita rappresenta, secondo tale impostazione, un presupposto immancabile per la maturazione di una significativa propensione alla collaborazione e per l'attivazione di reciproci scambi tra le organizzazioni. In altri termini, le aziende che compongono una sistema ecologico omogeneo tendono all'instaurazione di gruppi coesi entro i confini del proprio ambiente di vita, intessendo forti interdipendenze funzionali; all'interno di tali gruppi, emergono condizioni favorevoli allo sviluppo di risorse distintive, indispensabili per il successo organizzativo sia all'interno che all'esterno del contesto specifico di appartenenza (Lasker, *et al.*, 2001). Le redini dell'interazione, di norma, sono gestite da un'organizzazione focale, la quale si preoccupa di recepire le istanze collaborative, tacite o esplicite, delle aziende, canalizzando le loro energie verso la costituzione di un sistema integrato di attori.

La scuola della "scelta razionale" (Boudon, 1986), ribaltando la prospettiva di indagine, assume che le aziende partecipino a rapporti collaborativi non già allo scopo di conseguire traguardi comuni, quanto per soddisfare esigenze di natura prettamente egoistica. In accordo a tale proposizione, dunque, sono gli interessi individuali – e non quelli di gruppo – a generare gli stimoli necessari all'insediamento di dinamiche relazionali e a influenzarne la gestione (Knoke, 1988). Inquadrate a partire da questa prospettiva, le relazioni inter-organizzative sottendono un elevato rischio di conflitto tra i *partner*, dal momento che questi ultimi partecipano al gioco cooperativo non necessariamente in un'ottica di squadra, ma sulla base di istanze egoistiche (Zeitz, 1980).

Le proposizioni teoriche ivi discusse non forniscono una rappresentazione soddisfacente della complessa architettura dei fenomeni che influenzano la gestione operativa delle relazioni inter-organizzative. Ciascuna delle argomentazioni ivi proposte,

posizione di dominio e di autonomia all'interno del proprio ambiente di riferimento, minimizzando il rischio di essere prede dei *competitor* che dispongono di competenze distintive o di essere assorbite dai concorrenti che vantano una forte legittimazione istituzionale nel contesto di riferimento.

nondimeno, offre utili spunti di riflessione, sulla base dei quali si ritiene possibile ricomporre l'articolato *puzzle* degli elementi che costituiscono i presupposti strutturali e gestionali alla base del buon andamento dei rapporti collaborativi. In primo luogo, è opportuno rimarcare che non si perviene all'istituzione di rapporti partenariali per mero spirito di cooperazione, ossia per contribuire al perseguimento di un ideale interesse collettivo che trascende le istanze egoistiche dei singoli *partner*. Questi, piuttosto, sono nella maggior parte dei casi ispirati dall'intento di tutelare e promuovere interessi individuali, in termini di migliori condizioni di efficienza ed efficacia organizzativa, ovvero di preservazione nel tempo della massima autonomia e libertà di azione possibili (Gouldner, 1959).

La nascita di una relazione inter-organizzativa, d'altro canto, implica per propria natura una riduzione della discrezionalità manageriale degli attori coinvolti nel rapporto: da un lato, ciascun *partner* subisce una perdita di autonomia decisionale, in quanto privato della possibilità di agire, in assenza di condizionamenti esterni, ai fini del conseguimento dei propri obiettivi organizzativi; dall'altro lato, il vincolo – tacito o esplicito – di investire risorse finanziarie, economiche, tecniche e umane per supportare l'istituzione e lo sviluppo nel tempo della relazione limita gli spazi di azione individuale. Per tali ragioni, le organizzazioni preferiscono di solito non essere coinvolte in relazioni inter-organizzative, almeno sin quando queste ultime non siano percepite come indispensabili ai fini del perseguimento della propria *mission* organizzativa (Burt, 1982).

In questa prospettiva, la costruzione della relazione inter-organizzativa potrebbe essere descritta come un processo graduale, che potrebbe essere articolato in quattro tappe sequenziali: la formazione del rapporto collaborativo, l'appianamento delle divergenze organizzative e gestionali tra i *partner*, la concertazione delle strategie collettive di breve e di lungo periodo e la concreta implementazione del lavoro di squadra (Daft, 1999).

Nella prima fase, i promotori della relazione si preoccupano di costituire le infrastrutture materiali e immateriali per agevolare la cooperazione tra le organizzazioni coinvolte nel rapporto, preoccupandosi di preservare un certo equilibrio tra il livello di autonomia decisionale e operativa riconosciuto ai singoli attori e le esigenze di interazione che scaturiscono dalla strategia collaborativa. Durante lo stadio di appianamento delle divergenze, di conseguenza, si perviene alla definizione concertata degli obiettivi della *partnership*, oltre che dei valori condivisi e dei principi cui si ispira il lavoro di squadra. Tale attività è intesa minimizzare i rischi di conflitto tra i *partner*, stimolando il capitale

sociale a disposizione dei nodi in maniera tale da infondere in essi una maggiore propensione alla collaborazione (Putnam, 1993).

La fase di concertazione si caratterizza per la formulazione di una strategia comune tra i diversi attori e per l'emersione tra essi di un rapporto di fiducia reciproca, entrambe indispensabili per il conseguimento degli obiettivi definiti nello stadio precedente. L'adesione al rapporto collaborativo deve essere continuamente presidiata e nutrita, in quanto l'intensità del legame fiduciario che lega vicendevolmente i *partner* alimenta i flussi informativi e gli scambi di risorse che si realizzano all'interno della rete, favorendo il buon esito dell'interazione (Vangen & Huxham, 2003). Da ultimo, nello stadio di implementazione le organizzazioni focali si preoccupano di creare le condizioni necessarie per catalizzare le dinamiche cooperative e per accrescere le interdipendenze strategiche e funzionali tra i nodi, incentivando l'adesione di questi ultimi agli indirizzi strategici definiti durante la fase di concertazione. In aggiunta, i promotori della relazione inter-organizzativa svolgono un'attività di valutazione continua della *performance* di gruppo (Mithcell & Shortell, 2000): sulla base dei risultati di quest'ultima, essi progettano interventi protesi alla ridefinizione del rapporto collaborativo, in una prospettiva di apprendimento continuo a livello individuale e sistemico (Senge, 1990).

Le relazioni inter-organizzative possono essere analizzate adottando due diverse chiavi di lettura, una di tipo strutturale e l'altra processuale (Van de Ven, 1976). La prima focalizza l'attenzione sulle regole istituzionali e sui meccanismi organizzativi che definiscono la ripartizione dei compiti e delle responsabilità tra gli attori coinvolti nella relazione e prevedono la ricomposizione di questi ultimi. Un metodo comunemente impiegato per l'analisi delle relazioni inter-organizzative dal punto di vista strutturale consiste nel vagliare le caratteristiche di formalizzazione, centralizzazione e complessità assunte da queste.

La prima dimensione ha ad oggetto il grado di formalismo, esprimibile in termini di condivisione di norme, regole e procedure standardizzate, nella regolamentazione delle interazioni tra i diversi attori coinvolti nel rapporto (Marrett, 1971); la centralizzazione, diversamente, misura il grado di concentrazione dell'autorità in capo a un ente di riferimento all'interno della rete, che assume la connotazione di "attore focale" della relazione (Blau, 1974); la complessità, infine, identifica il livello di articolazione delle dinamiche relazionali all'interno del *network*: quanto più ampio è il numero di organizzazioni coinvolte e quanto più numerosi sono i legami intessuti tra esse, maggiore è la complessità riconducibile alla relazione inter-organizzativa (Evan, 1966).

Adottando l'ottica processuale, invece, le relazioni inter-organizzative sono concepite essenzialmente in termini di rapporti di scambio; questi ultimi possono essere osservati in relazione alla:

- loro natura, qualora si prenda in considerazione il contenuto specifico dell'interazione;
- loro direzione, nell'ipotesi in cui oggetto di interesse sia l'orientamento delle dinamiche relazionali;
- loro intensità, in termini di frequenza delle interazioni e di rilevanza strategica assunta da queste ultime per le diverse organizzazioni coinvolte nella rete.

Gli attori che sono in grado di influire in misura maggiore sui processi di scambio, tanto in termini di contenuto degli stessi che di direzione e di intensità, acquisiscono un ruolo influente all'interno del *network*. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, la dottrina suole distinguere le reti in *tightly coupled* – a legami forti – e in *loosely coupled* – a legami deboli – (Keast, *et al.*, 2004). Le prime, di norma, si connotano per la presenza di uno o più attori dominanti – le cosiddette organizzazioni focali – aventi il prevalente compito di dirigere le relazioni inter-organizzative, di controllare e coordinare gli scambi attivati all'interno della rete e di promuovere la reciprocità delle relazioni, vincolando, di conseguenza, in maniera incisiva la discrezionalità gestionale dei *partner*. Le seconde, viceversa, si fondano su un'architettura democratica, in cui i diversi nodi sono considerati come pari (*peers*), contribuendo in prima persona alle dinamiche di governo e gestione della rete.

L'esigenza di dotarsi di risorse e competenze non immediatamente disponibili, ovvero non autonomamente generabili o acquisibili in un arco temporale relativamente breve, stimola la nascita di relazioni di scambio e di collaborazione, malgrado la perdita di autonomia correlata a tale strategia. Maggiore è la consapevolezza (*awareness*) in merito al valore aggiunto che le relazioni organizzative potrebbero generare, più intensa sarà la tensione verso la costituzione della strategia cooperativa (Thellufsen, *et al.*, 2009); quest'ultima sarà caratterizzata da legami deboli nell'ipotesi in cui la relazione implichi esclusivamente lo scambio di risorse o di informazioni, con un basso impatto sulle dinamiche gestionali e strutturali dei singoli *partner*; in alternativa essa poggerà le sue fondamenta su legami forti, richiedendo un'ampia condivisione a livello inter-organizzativo delle leve decisionali di natura strategica e/o manageriale.

Di norma, un elevato livello di consapevolezza si correla a un intenso *commitment* nella gestione del rapporto cooperativo: le organizzazioni che percepiscono l'importanza strategica della collaborazione non solo sono più volenterose a stringere legami cooperativi, ma sono anche più propense a mantenere in vita il rapporto e rinvigorirlo nel corso del tempo. *Commitment* e *awareness* procedono di pari passo, rappresentando l'uno il presupposto dell'altro (Foster-Fishman, *et al.*, 2001): una chiara percezione dei benefici dell'interazione determina un più intenso impegno nella generazione e nel mantenimento della relazione; analogamente, maggiore è lo sforzo finalizzato al radicamento e al consolidamento del rapporto, più solida risulta la consapevolezza sull'importanza del legame inter-organizzativo.

In termini analoghi, potere e autonomia sono due aspetti chiave per l'analisi delle relazioni inter-organizzative (Provan, *et al.*, 2011); al riguardo, la letteratura ha proposto diverse ipotesi in merito alla configurazione assunta da tali dimensioni nelle dinamiche di gestione dei rapporti di natura cooperativa (Provan, 1984). È possibile asserire che quanto maggiore risulti l'importanza percepita del ruolo svolto da un attore focale all'interno della rete e delle risorse specifiche a disposizione di quest'ultimo, tanto più intensa sarà la concentrazione del potere nelle sue mani e, di conseguenza, minore la libertà d'azione degli altri nodi della rete. Al crescere dell'incertezza e dell'imprevedibilità ambientale, l'importanza relativa dell'attore focale tende ad aumentare: questi, difatti, acquisisce il compito di aggregare e canalizzare le energie dei diversi membri della rete ai fini dello sviluppo di competenze e risorse distintive, funzionali alla formulazione di risposte rapide e coerenti rispetto alle mutevoli esigenze espresse dagli *stakeholder* esterni.

La capacità dell'organizzazione focale di farsi carico dei compiti di coordinamento e indirizzo che le sono attribuiti e di condurli in maniera efficace alimenta la sua insostituibilità in seno alla relazione inter-organizzativa. Dal momento che l'autonomia dei nodi risulta correlata alla loro dipendenza dall'attore focale, la non sostituibilità di quest'ultimo implica ulteriore concentrazione di potere e restringimento della discrezionalità dei singoli *partner*. Il grado di dipendenza degli attori che prendono parte alla relazione inter-organizzativa, inoltre, è influenzato dalla loro numerosità: a parità di altre condizioni, quanto più elevato è il numero dei nodi coinvolti, tanto maggiore sarà l'autonomia e l'indipendenza vantata da ciascuno di essi, anche in presenza di un attore focale preposto al coordinamento della rete.

Fermo restando quanto esposto sino a questo punto, i *partner* hanno la possibilità di conseguire un rilievo e un'importanza strategica comparabili a quelli dell'organizzazione

focale, qualsiasi sia il tipo di relazione alla quale essi prendono parte. Più nel dettaglio, i nodi possono conquistare una posizione nevralgica all'interno del *network* in ragione della disponibilità di risorse distintive e non imitabili, del possesso di informazioni rilevanti e altrimenti difficilmente acquisibili all'interno della rete, del livello di reputazione aziendale e del grado di fiducia maturato nei confronti delle altre entità coinvolte nella relazione inter-organizzativa.

La peculiare composizione della rete, comunque, incide sul grado di autonomia vantato dai singoli nodi. Di norma, reti eterogenee, inserite in contesti caratterizzati da forte competitività e da elevata incertezza, tendono a tributare una scarsa autonomia ai *partner*. Al contrario, reti omogenee, costituite da attori che non solo condividono il medesimo spazio di vita, ma presentano anche aspetti strategici, organizzativi e operativi simili, si connotano per una più ampia autonomia individuale qualora si sviluppino secondo un modello di “dispersione geografica”, mentre sono segnate da forte concentrazione del potere nell'ipotesi in cui l'interazione sia territorialmente concentrata.

In ultima analisi, grazie all'attivazione delle relazioni e alla loro sedimentazione nel tempo, le organizzazioni hanno la possibilità di sfruttare le sinergie che emergono dalla realizzazione congiunta di attività caratterizzate da elevata reciprocità e integrazione. Se gestite in maniera efficace – soprattutto in presenza di un'attenta azione di coordinamento e direzione da parte dell'organizzazione focale – esse potrebbero generare un elevato valore aggiunto per tutti i nodi coinvolti nella relazione: quanto più l'efficacia percepita della *partnership* risulti prossima o superiore a quella attesa e quanto meno intense e irrisolvibili si manifestino le diatribe interne sorte in ragione del gioco cooperativo, tanto più elevato sarà il valore aggiunto riconducibile alla relazione inter-organizzativa.

Secondo questa prospettiva, le dinamiche di costituzione e sviluppo delle relazioni inter-organizzative potrebbero essere concettualizzate come fasi di un processo ciclico. Il punto di partenza è rappresentato, di norma, dalla percezione di un bisogno da soddisfare attraverso il rapporto collaborativo: si pensi, a titolo esemplificativo, all'esigenza di risorse aggiuntive o di maggiore legittimazione istituzionale⁵¹. L'incontro di esigenze tra di loro armoniose genera un contesto favorevole alla nascita di rapporti collaborativi. Il successo della relazione che in tal modo trova origine dipende dalla consapevolezza e dal

⁵¹ Le organizzazioni propense ad allacciare rapporti collaborativi sono mosse, il più delle volte, dall'intento di cogliere un'opportunità di crescita non perseguibile individualmente, ovvero di pervenire rapidamente all'accumulazione di una massa critica di risorse che consenta di affrontare nelle migliori condizioni possibili le dinamiche competitive che caratterizzano l'ambiente di riferimento.

commitment che gli attori maturano nel tempo rispetto a quest'ultima: maggiore è l'intensità di questi due fattori, più frequenti saranno le occasioni di scambio e più proficua l'interazione. In quest'ottica, la longevità del rapporto rappresenta un importante presupposto per il successo delle relazioni inter-organizzative; le organizzazioni focali, pertanto, devono costantemente impegnarsi per mantenere in vita la relazione: ciò è possibile ricercando nel tempo nuove motivazioni alla base della cooperazione, alimentando la consapevolezza in merito al valore aggiunto generato grazie a essa e promuovendo il *commitment* ai rapporti collaborativi da parte dei singoli attori coinvolti nell'interazione⁵² (Van de Ven, 1976).

2.8. Gli *outcome* delle relazioni inter-organizzative

La gran parte della letteratura ha concentrato la propria attenzione sui processi di costituzione, implementazione e gestione dei rapporti collaborativi, dedicando uno spazio solo residuale alla descrizione e alla valutazione dei risultati conseguibili o effettivamente conseguiti grazie ad essi (Isett, *et al.*, 2011). D'altra parte, è superfluo asserire che le aziende stringono rapporti di cooperazione nel precipuo intento di migliorare, in vario modo, le *performance* individuali e sistemiche: in questi termini, il conseguimento di risultati che siano più o meno coerenti rispetto alle aspettative dei *partner* implica rilevanti conseguenze per la sopravvivenza nel tempo della relazione inter-organizzativa, rendendo critiche sia le attività di analisi che di valutazione degli *outcome* a essa riferibili (Provan & Milward, 2001).

La dottrina che ha affrontato la complessa questione della definizione e della rilevazione delle *performance* sistemiche è molto frammentata ed esprime profonde eterogeneità interne (Cepiku, *et al.*, 2011). Semplificando la questione, è possibile identificare due filoni di ricerca prevalenti: alcuni studiosi hanno tributato prevalente attenzione alle variabili esplicative delle prestazioni inter-organizzative (Provan & Milward, 1995; Provan & Sebastian, 1998), mentre altri hanno tentato di pervenire

⁵² Diversi fattori concorrono a determinare il successo o l'insuccesso di una relazione inter-organizzativa: a titolo esemplificativo, la presenza di una cultura compatibile, la definizione di obiettivi chiari e condivisi, basati su un'attività di pianificazione improntata alla concertazione, la presenza di un sistema informativo comune o di piattaforme per lo scambio di dati e informazioni, la percezione di un alto grado di fiducia reciproca, l'immagine aziendale vantata dai singoli attori che decidono di attivare la formula partenariale sono elementi che giocano un ruolo essenziale ai fini del buon esito del rapporto collaborativo.

all'identificazione dei contenuti finalistici di volta in volta associabili alla strategia collaborativa (Klijn, Steijn, & Edelenbros, 2010).

Puntando lo sguardo sulle variabili esplicative delle prestazioni inter-organizzative, si suole distinguere tra determinanti esogeni e determinanti endogeni delle *performance*: mentre i primi attengono a fattori contingenti o situazionali, in grado di incidere in maniera diretta o indiretta sugli impatti generati dall'interazione organizzativa, i secondi trovano concretizzazione nelle sinergie che emergono tra i nodi della rete in virtù dell'attivazione del legame collaborativo.

La stabilità e la munificenza ambientale rappresentano due importanti determinanti esogeni delle *performance* (Turrini, *et al.*, 2009), a cui è opportuno aggiungere il sostegno – *support* – espresso dalla classe politica e dai referenti istituzionali⁵³, il grado di partecipazione e coinvolgimento – *commitment* – degli attori che prendono parte alla relazione e il livello di consapevolezza – *awareness* – da parte di questi ultimi in merito al valore aggiunto creato dall'interazione (Mithcell & Shortell, 2000). Per quanto concerne i determinanti di natura endogena, essi potrebbero essere ripartiti in fattori di “impatto” (Rodriguez, *et al.*, 2007) e in fattori di “processo” (Voetz, Van Dooren, & De Rynch, 2008), in linea con la riflessione secondo cui la valutazione degli *outcome* delle relazioni inter-organizzative debba tener conto sia degli effetti dell'azione sistemica che della qualità del rapporto tra i *partner* (Klijn, Steijn, & Edelenbros, 2010). L'attivazione del rapporto di collaborazione, infatti, si rivela di per sé foriera di benefici, a prescindere dai risultati positivi che la cooperazione consente di conseguire sotto il profilo gestionale: essa apre la strada allo sviluppo di competenze distintive e all'acquisizione di prestigio politico e legittimazione istituzionale, fenomeni rilevanti che, tuttavia, trovano in rari casi ponderazione.

A proposito dei contenuti finalistici della relazione inter-organizzativa, la valutazione delle prestazioni dovrebbe contemplare sia la capacità di conseguimento degli obiettivi comuni quanto la sua idoneità ad agevolare il perseguimento dei fini organizzativi

⁵³ Un contesto caratterizzato dalla scarsità delle risorse a disposizione, di norma, agevola l'innescare di relazioni collaborative, soprattutto nel caso in cui le organizzazioni coinvolte acquisiscano consapevolezza sui vantaggi associati alla strategia cooperativa; pertanto, in un ambiente ostile e poco munifico gli attori deputati alla regolamentazione delle attività economiche potrebbero sfruttare il proprio controllo sulle decisioni di allocazione delle risorse per stimolare l'instaurazione di relazioni cooperative, subordinando a queste ultime l'attribuzione di risorse aggiuntive.

attribuibili ai diversi *partner*. Il contributo apportato alla realizzazione di traguardi di rilievo individuale, tuttavia, non dovrebbe rappresentare il parametro prevalente di valutazione: in tale ipotesi, difatti, la stessa essenza del lavoro di gruppo perderebbe di significato, sacrificata sull'altare dell'interesse egoistico (Cepiku, *et al.*, 2011).

Ne consegue l'estrema rilevanza dei criteri di valutazione di natura intermedia per la misurazione globale del valore aggiunto attribuibile alla costituzione del rapporto collaborativo, intesi a riflettere l'efficiente ed efficace operatività della relazione inter-organizzativa sia per il conseguimento delle finalità collettive che per il raggiungimento degli scopi individuali dei *partner*. A tal riguardo, la dottrina ha individuato alcuni parametri chiave per la valutazione delle prestazioni intermedie della rete, tra cui, in termini ovviamente non esaustivi, è opportuno menzionare: la capacità di soluzione dei conflitti interni e di abbattimento delle ostruzioni e dei blocchi decisionali espressi dai nodi, i livelli di efficienza, efficacia, equità, inclusività e responsabilità che caratterizzano i processi decisionali di interesse comune, la frequenza delle interazioni tra i *partner*, il grado di flessibilità delle regole e dei meccanismi di coordinamento concertati, il livello di soddisfazione maturato dai nodi nei confronti della relazione, il rapporto costi/benefici generati dallo svolgimento delle attività all'interno della rete, lo stimolo all'innovazione gestionale e organizzativa proveniente dall'interazione, il miglioramento della dotazione di capitale sociale e, infine, l'incremento della legittimazione istituzionale individuale e collettiva (Provan & Milward, 2001)⁵⁴.

Prendendo spunto da tali riflessioni, parte della letteratura ha affermato che il successo dell'interazione organizzativa dovrebbe essere misurato sulla scorta di tre fattori fondamentali (Beretta, 2004):

- l'intensità dell'integrazione informativa, da intendersi in termini di quantità e qualità degli scambi informativi realizzati con l'obiettivo di conseguire la pronta e

⁵⁴ Un metodo utile per formulare una valutazione globale della performance della relazione interorganizzativa è rappresentato dalla misurazione comparativa dei risultati conseguiti grazie al lavoro in rete rispetto ai traguardi che le singole organizzazioni sarebbero state in grado di conseguire in assenza dell'attivazione di rapporti collaborativi (Crosby & Bryson, 2010); i criteri da impiegare ai fini della comparazione potrebbero essere l'efficacia organizzativa, il miglioramento dei rapporti con gli *stakeholder* di riferimento, l'impatto sulla capacità di apprendimento e il rafforzamento della legittimazione istituzionale dell'organizzazione.

rapida disponibilità di tutte le informazioni necessarie alla prestazione di un servizio appropriato rispetto alle attese dell'utenza;

- il grado di integrazione cognitiva, vale a dire la costruzione di una dotazione di capitale intellettuale e sociale condivisa all'interno della rete di attori, coerente sia rispetto alle esigenze degli attori coinvolti nella relazione che degli *stakeholder* esterni;
- il livello di integrazione manageriale, espressa quale coerenza interna ed esterna nella formulazione delle strategie, dei piani e dei programmi operativi adottati dai *partner* nell'implementazione delle rispettive operazioni aziendali⁵⁵.

In ultima analisi, è possibile argomentare che la costituzione di relazioni inter-organizzative sia preordinata al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia individuali e sistemiche; difatti, la creazione della *partnership* mira all'accrescimento della capacità delle organizzazioni di servire in maniera appropriata i propri utenti, così come alla generazione di risorse distintive che consentano di incrementare le condizioni di sostenibilità e le prospettive di sopravvivenza di tutti gli attori che fanno parte della rete⁵⁶ (Shortell, *et al.*, 1996; Provan, 1984). Tali risultati sono possibili grazie alla valorizzazione delle risorse intellettuali e sociali derivanti dalla condivisione delle competenze e la fertilizzazione incrociata delle conoscenze dei *partner*, l'ottimale sfruttamento delle economie di scala, di specializzazione e di scopo di rilievo sistemico, nonché la

⁵⁵ A partire da questa prospettiva, è possibile identificare alcuni fattori sintomatici, che esprimono la sussistenza o meno di opportunità di successo per le relazioni inter-organizzative (Brandao, Wilken, & Dutra, 2001): la presenza di attori motivati, i quali maturano un elevato senso di appartenenza e di adesione psicologica alla strategia cooperativa, l'introduzione di sistemi integrati di *knowledge management*, l'adozione di modelli manageriali improntati alla gestione delle interdipendenze sistemiche e, *last, but not the least*, la chiara percezione della generazione di valore aggiunto da parte degli stakeholder interni ed esterni interessati alla relazione.

⁵⁶ L'alleanza inter-organizzativa offre la possibilità di creare una piattaforma per lo scambio e la fertilizzazione incrociata di conoscenze e competenze: essa garantisce il continuo sviluppo di risorse distintive, la condivisione dei rischi e la minimizzazione dei costi da sostenere per lo svolgimento delle attività organizzative (Barringer & Harrison, 2000). A tal pro, non è detto che i legami forti, cristallizzati in una rigida formula negoziale, siano più vantaggiosi e proficui dei legami informali, non codificati in alcun accordo formale (Granovetter, 1973); questi ultimi, infatti, potrebbero sottendere scambi ad elevato valore aggiunto, aventi ad oggetto informazioni e conoscenze, la cui natura non è o non potrebbe essere oggetto di previsione all'interno dei rapporti negoziali formalizzati.

promozione di dinamiche virtuose di sviluppo organizzativo e gestionale (Zuckerman & Lewis, 1979).

Per promuovere il conseguimento di tali risultati, la principale attività in cui devono impegnarsi i promotori della relazione consiste nella definizione di un “dominio di gruppo”, vale a dire di un’area di azione comune che specifica “cosa fare”, “come farlo”, “per chi farlo” e “perché farlo” (Benson, 1975). Solo in presenza di un adeguato *domain consensus*, infatti, è possibile instaurare una relazione collaborativa sostenibile nel lungo termine, che, allo stesso tempo, soddisfi le attese di creazione di un elevato valore aggiunto maturate dai *partner*.

In considerazione della necessità di sostenere ingenti oneri, espliciti e impliciti, ai fini dell’istituzione della relazione inter-organizzativa, in mancanza di un’adeguata percezione del valore aggiunto generato grazie a essa solo gli attori che hanno a disposizione una quantità sufficiente di *slack resources*⁵⁷ avrebbero la possibilità di impegnarsi nell’attivazione di rapporti sistemici. Tale riflessione è particolarmente significativa ai fini del presente lavoro: stretti nella morsa di risorse scarse e fabbisogni crescenti, infatti, gli istituti pubblici – tra cui le organizzazioni che operano nel settore socio-sanitario – dispongono di poche opportunità per instaurare formule di collaborazione inter-istituzionale. In questi termini, da un lato si rivela necessario l’intervento di uno stimolo legislativo o istituzionale affinché si creino le condizioni di fondo favorevoli all’insediamento del rapporto collaborativo; dall’altro, è opportuno pervenire a un’adeguata misurazione e rappresentazione dei risultati conseguibili attraverso l’interazione, incentivando in tal modo la propensione collaborativa delle aziende sulla base della consapevolezza dei positivi risultati conseguibili.

2.9. Osservazioni conclusive

La nascita di relazioni inter-organizzative è esito di un processo complesso, che richiede l’impiego di un consistente ammontare di risorse e il dispendio di tempo sia da parte dei promotori che degli altri attori coinvolti. Le relazioni inter-organizzative, difatti,

⁵⁷ Per *slack resources* si intendono le “risorse in eccesso”, che possono essere utilizzate per il finanziamento di interventi di cambiamento strategico e strutturale finalizzati al miglioramento della *performance* organizzative (Penrose, 1959); esse possono essere considerate come un “cuscinetto di sicurezza”, che le aziende possono impiegare in maniera discrezionale sia per affrontare minacce emergenti che per cogliere opportunità non prevedibili (Burgeois, 1981).

sono di per sé problematiche e non possono essere gestite in maniera meccanicistica, ricorrendo agli approcci tradizionali improntati al *command and control*; come se ciò non bastasse, le aziende potrebbero non percepire alcun bisogno di cooperazione, ovvero preferire di non essere affatto coinvolte in rapporti collaborativi nell'intento di tutelare la propria autonomia gestionale.

Le relazioni inter-organizzative, in conclusione, non nascono per mero spirito di altruismo o in adesione a una moda manageriale. Esse sono frutto di una valutazione combinata di costi e benefici condotta a livello individuale dai singoli nodi: nell'ipotesi in cui gli attori interessati percepiscano la possibilità di conseguire elevati benefici grazie all'attivazione del rapporto collaborativo, le probabilità di nascita e consolidamento della relazione sono elevate; qualora, invece, i potenziali benefici provenienti dall'interazione non siano esplicitati in maniera adeguata, difficilmente il rapporto collaborativo troverebbe terreno fertile in cui metter radice.

Per quanto la presenza di quadro politico favorevole e l'esercizio di pressioni da parte degli attori che vantano una posizione di sovra-ordinazione istituzionale giochino un ruolo determinante per incentivare la nascita di rapporti collaborativi, questi ultimi poggiano necessariamente sull'iniziativa individuale. Le relazioni inter-organizzative sono il frutto della negoziazione diretta e reciproca tra i *partner*, la quale condiziona il successo dell'interazione anche nell'ipotesi in cui essa sia imposta da vincoli coercitivi di carattere normativo. I conflitti tra le diverse anime che prendono parte al processo integrativo, in ogni caso, possono ostruire i percorsi di collaborazione: tali divergenze potrebbero essere attenuate grazie all'azione di intermediazione di un'organizzazione focale, avente il compito di patrocinare e promuovere le relazioni inter-organizzative. D'altro canto, l'esercizio di un'eccessiva influenza da parte dell'organizzazione focale, restringendo i margini di libertà dei *partner*, potrebbe esacerbare i rapporti conflittuali, compromettendo la sopravvivenza della relazione.

Il processo di costituzione della relazione inter-organizzativa si compone di diverse fasi, ciascuna delle quali risulta essenziale ai fini dell'emersione, dello sviluppo e della sopravvivenza nel tempo dell'interazione sistemica (Hudson, *et al.*, 1999). In primo luogo, occorre effettuare un'attenta analisi dei fattori di contesto, durante la quale sono esplicitati tanto le attese degli *stakeholder* quanto i vincoli esterni alla creazione del rapporto collaborativo. Ad esito di tale fase, si giunge alla costruzione di una mappa delle responsabilità e delle competenze delle organizzazioni coinvolte nella *partnership*, con l'evidenziazione dei casi di omissione di attività rilevanti, di realizzazione di attività

reciprocamente confliggenti o di implementazione di attività ridondanti. Dall'analisi del contesto si desumono le informazioni necessarie per il riconoscimento del bisogno di cooperazione, pervenendo contestualmente alla ponderazione della capacità collaborativa delle organizzazioni coinvolte nell'interazione; segue la statuizione di una *mission* e di una *vision* condivise, l'identificazione di chiari obiettivi di gruppo e la ripartizione di compiti e responsabilità tra gli attori che partecipano al rapporto collaborativo.

Nella successiva fase di implementazione del rapporto si procede alla promozione del legame fiduciario tra i nodi della rete; in considerazione delle interazioni che si innestano tra questi ultimi si giunge alla selezione di un'appropriata architettura collaborativa e di idonei strumenti di coordinamento e controllo reciproci. Il processo assume un andamento iterativo: le relazioni passate costituiscono le radici da cui sorgono interazioni future, dando vita a un circolo virtuoso. Il livello di fiducia tra gli attori si consolida all'infittirsi delle relazioni inter-organizzative, così come lievitano il coinvolgimento dei *partner* e la loro consapevolezza sul valore aggiunto generato dal rapporto simbiotico. La partecipazione a relazioni inter-istituzionali, in questi termini, si auto-alimenta, stimolando un ricorso sempre più consistente alla strategia cooperativa per affrontare le sfide lanciate dall'ambiente esterno.

In ambito socio-sanitario, le relazioni inter-organizzative nascono con il precipuo obiettivo di garantire la continuità della cura – *continuum of care* – con particolare riferimento alle persone affette da problemi di salute multipli e di lunga durata. L'approccio sistemico, infatti, costituisce un modello organizzativo adottato spesso in maniera solo implicita nel settore socio-sanitario, fino a pochi anni fa raramente concepito quale soluzione idonea a rispondere alle complesse e mutevoli esigenze di salute della collettività (Roice, Begun, & Pointer, 1989). La costituzione di relazioni inter-organizzative, nondimeno, consente di conseguire condizioni di efficienza operativa e organizzativa, di stimolare l'ampliamento del bacino di utenza dei singoli *partner*, di promuovere lo sfruttamento di economie di scala e di scopo, di pervenire a una razionale e più appropriata segmentazione dell'utenza e di favorire una maggiore personalizzazione dei servizi erogati (Ermann & Gabel, 1984).

I rapporti simbiotici, dunque, costituiscono un valido strumento per la riorganizzazione del sistema socio-sanitario: essi sono espressione di una strategia intesa a risolvere alcuni problemi tipici che affliggono le aziende che erogano servizi di assistenza alla persona, tra cui i fenomeni di duplicazione, sovrapposizione e frammentazione organizzativa, oltre che di omissione di sfere di attività rilevanti per rispondere ai rinnovati

bisogni di salute della collettività (Huxham & Macdonald, 1992). Tali criticità sono da ricondurre all'assenza di coordinamento – *coordination gap* – tra le organizzazioni preposte all'erogazione dei servizi alla persona (Reid, 1972): in ambienti altamente instabili e turbolenti, difatti, il coordinamento strategico, organizzativo e gestionale si rivela essenziale, dal momento che esso offre l'opportunità di valorizzare e fertilizzare le sinergie esistenti tra i *partner*, strumentali al miglioramento della loro capacità di risposta (Emery, 1967).

Alla luce di quanto esposto fino a questo punto, nel prossimo capitolo l'integrazione socio-sanitaria sarà presentata come peculiare formula di relazione inter-organizzativa, protesa a promuovere le interazioni tra le aziende che operano nel settore dei servizi di assistenza alla persona. A una definizione teorica del concetto di integrazione socio-sanitaria, seguirà l'analisi dei determinanti alla base della propensione verso strategie collaborative delle aziende sanitarie e delle organizzazioni sociali. In tale ottica, saranno analizzati i modelli e i processi di costituzione e sviluppo dei rapporti collaborativi proposti dalla dottrina, pervenendo, altresì, all'identificazione degli impatti generalmente associati all'implementazione dell'integrazione socio-sanitaria. Quest'ultima è finalmente concepita quale modello strategico, organizzativo e gestionale in grado di migliorare il sistema di offerta da un punto di vista economico, sociale e manageriale, concorrendo all'abbattimento degli sprechi e alla riduzione delle prestazioni inappropriate, così come a promuovere l'umanizzazione del processo di assistenza.

2.10. Bibliografia

- Adinolfi, P. (2005). *Il Mito dell'Azienda*. Milano: McGraw-Hill Italia.
- Aiken, M., & Hage, G. (1968). Organizational interdependence and intraorganizational structure. *American Sociological Review*, 33, pp. 912-930.
- Albano, A., Bianchi, A., L'Abbate, M. C., Manghisi, A., et al. (2010). Il percorso assistenziale del paziente critico: integrazione tra ospedale e territorio. In F. Ungaro, M. Casini, & T. Fiore, *Il metodo come cambiamento: "la cassetta degli attrezzi". Come sviluppare una nuova cultura organizzativa tra la dirigenza intermedia dei servizi territoriali nella Regione Puglia* (pp. 231-244). Roma: Edizioni Panorama della Sanità.
- Aldrich, H. (1972). An Organization-Environment perspective on cooperation and conflict between organizations in the Manpower Training System. In A. R. Negandhi, *Conflict and Power in complex organizations: An inter-institutional perspective* (pp. 11-38). Kent: Ohio: The Comparative Administrative Research Institute.
- Aldrich, H. (1977). Organization-sets, action sets and networks: making the most of simplicity. In P. Nystrom, & W. Starbuck, *Handbook of organizational design* (pp. 385-408). Amsterdam: Elsevier.
- Aldrich, H. (1979). *Organizations and environments*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Aldrich, H. E., & Pferrer, J. (1976). Environments of organizations. *Annual Review of Sociology*, 2, pp. 79-105.
- Alexander, E. R. (1995). *How organizations act together: Interorganizational coordination in theory and practice*. Amsterdam: Gordon and Breach.
- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organization working together*. Newbury Park: CA: Sage Publication.
- Araujo, L., & Easton, G. (1996). Networks in socio economic systems: A critical review. In D. Iacobucci, *Networks in marketing* (pp. 63-107). Newbury Park: CA: Sage.
- Argyris, C., & Schon, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading: MA: Addison-Wesley.
- Ashkenas, R. (1995). *The boundaryless organization: breaking the chains of organizational structure*. Hoboken: NJ: Jossey-Bass.
- Astley, W. G., & Van de Ven, A. H. (1983). Central perspectives and debates in organization theory. *Administrative Science Quarterly*, 28(2), pp. 245-273.
- Axelrod, R., Mitchell, W., Thomas, R. E., Bennett, D. S., & Bruderer, E. (1995). Coalition formation in standard setting alliances. *Management Science*, 41(9), pp. 1493-1513.

- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, pp. 75-88.
- Baker, F., & O'Brien, G. (1971). Intersystem relations and coordination of human service organizations. *American Journal of Public Health*, 61(1), 130-137.
- Barki, H., & Pinsonneault, A. (2005). A model of organizational integration, implementation effort, and performance. *Organization Science*, 16, pp. 165-179.
- Barney, J. (1991). Firms resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), pp. 99-120.
- Baroni, A. (2007). Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari. In E. Balboni, A. Mattioni, & G. Pastori, *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla l. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione* (p. 47-48). Milano: Giuffrè.
- Barringer, B. R., & Harrison, J. S. (2000). Walking a tightrope: Creating value through interorganizational relationships. *Journal of Management*, 28(3), pp. 367-403.
- Benson, K. J. (1975). The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly*, 20 (2), pp. 229-249.
- Beretta, S. (2004). Enabling integration in complex contexts: The role of process based performance measurement systems. *Managerial Finance*, 30, pp. 69-91.
- Bissolo, G. (2007). I principi dell'integrazione socio-sanitaria. In G. Bissolo, & L. Fazzi, *Costruire l'integrazione socio-sanitaria* (pp. 23-36). Roma: Carocci.
- Bissolo, G., & Fazzi, L. (2007). *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Roma: Carocci.
- Black, B., & Kase, H. (1963). Interagency cooperation in rehabilitation and mental health. *Social Service Review*, 37(1), pp. 26-32.
- Blau, P. (1974). *On the nature of organizations*. New York: Wiley and Sons.
- Blight, M. C. (2006). Surviving post-merger 'culture clash': Can cultural leadership lessen the casualties? *Leadership*, 2(4), pp. 395-426.
- Borgonovi, E. (1988). *L'organizzazione dell'ospedale*. Milano: McGraw-Hill.
- Borgonovi, E. (2006). *Principi e sistemi aziendali per le aziende e le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.
- Borys, B., & Jemison, D. (1989). Hybrid arrangements as strategic alliances: Theoretical issues in organizational combinations. *The Academy of Management Review*, 14(2), pp. 234-249.
- Boudon, R. (1986). *Theory of social change: A critical appraisal*. Cambridge: Polity Press.

- Boyet, J. H. (1995). *Beyond workplace 2000: Essential strategies for new american corporations*. New York: Penguin Books.
- Braganza, M. (2002). Enterprise integration: Creating competitive capabilities. *Integrating Manufacturing Systems*, 13, pp. 562-572.
- Brandao, F., Wilken, L. S., & Dutra, F. A. (2001). Samarco integrated management system. *Annual Quality Congress* (p. 726-738). Charlotte: NC: Quality Congress.
- Burgeois, L. J. (1981). On the Measurement of Slack Resources. *The Academy of Management Review*, 6(1), pp. 29-39.
- Burns, M. (1982). Domain Consensus in Alabama Health Systems Agencies. An empirical Assessment. *Administration and Society*, 14(3), pp. 319-343.
- Burt, R. S. (1982). *Toward a structural theory of action: networks of market constraints and directorate ties in the American economy*. New York: Academic Press.
- Cepiku, D., Bianchi, A., Capaccioli, C., Costanzo, G., & Spandonaro, F. (2011). Un modello per la misurazione della performance delle reti: Il caso studio del network antimalaria Tigray. *Politiche Sanitarie*, 12(3), pp. 101-115.
- Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. (2000). *Best practises in coordinated care*. Princeton: NJ: Mathematica Policy Research.
- Child, J., & Faulkner, D. (1998). *Strategies of cooperation: Managing alliances, networks and joint ventures*. Oxford: Oxford University Press.
- Christensen, T., & Lægheid, P. (2007). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67(6), pp. 1059–1066.
- Cicchetti, A. (2002). *L'organizzazione dell'ospedale: fra tradizioni e strategie per il futuro*. Roma: Vita e Pensiero.
- Cifalinò, A. (2007). *Il governo dei servizi sanitari territoriali*. Franco Angeli: Milano.
- Clark, B. (1965). Interorganizational patterns in education. *Administrative Science Quarterly*(10), pp. 129-166.
- Cocconi, M. (1998). *Il diritto alla tutela della salute*. Padova: Cedam.
- Coward, R. T., Bull, N. C., & Kukulka, G. (1994). *Health Services for Rural Elders*. New York: Springer.
- Cropper, S., Ebers, M., & Huxham, C. (2008). *The Oxford Handbook of Inter-Organizational Relations*. Oxford: UK: Oxford Handbooks Online.
- Crosby, B. C., & Bryson, J. M. (2010). Integrative leadership and the creation and maintenance of cross sector collaborations. *Leadership Quarterly*, 21(2), pp. 211-230.
- Daft, R. L. (1999). *Leadership: Theory and Practice*. New York: Dryden Press.

- Dan, B., Li, L., Zhang, X., Guo, F., & Zhou, J. (2005). Network-integrated manufacturing system. *International Journal of Production Research*, 43, pp. 2631-2647.
- Davis, G. F., & Cobb, A. J. (2010). Resource Dependence Theory: Past and future. *Research in the sociology of organizations*, 28, pp. 21-42.
- De Toni, A. E., & Comello, L. (2005). *Prede o ragni: Uomini e organizzazioni nella ragnatela della complessità*. Torino: Utet.
- De Valck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling*, 45(2), pp. 119-126.
- Degani, L., & Mozzanica, R. (2009). *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*. Rimini: Maggioli.
- Di Maggio, P., & Powell, W. (1983). The Iron Cage revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147-160.
- Doz, Y. L., & Hamel, G. (1998). *Alliance Advantage*. Boston: Harvard Business School Press.
- Emery, F. (1967). The Next Thirty Years: Concepts, Methods and Applications. *Human Relation*, 30, pp. 199-237.
- Engel, G. L. (2004). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In L. A. Caplan, J. J. McCartney, & A. D. Sisti, *Health, disease, and illness: concepts in medicine* (pp. 51-64). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Ermann, D., & Gabel, S. (1984). Multy hospital systems: Issues and empirical findings. *Health Affairs*, 3(1), pp. 50-64.
- Evan, W. (1965). Toward a theory of interorganizational relations. *Management Science*, 11, pp. 217-230.
- Evan, W. (1966). The Organization Set: Toward a theory of interorganizational Relations. In J. Thompson, *Approaches to organizational design*. (pp. 173-191) Pittsburg: PA: University of Pittsburgh Press.
- Faerman, S. R., McCaffrey, D. P., & Van Slyke, D. (2001). Understanding interorganizational cooperation: Public-private collaboration in regulating financial market innovation. *Organization Science*, 12, pp. 372-388.
- Fawcett, S. E., & Cooper, M. B. (2001). Process integration for competitive success: Benchmarking barriers and bridges. *Benchmarking: An International Journal*, 8, pp. 396-412.
- Ferrari, E. (1986). *I servizi sociali. Introduzioni, materiali e coordinate*. Milano: Giuffrè.

- Fishman, P., Von Korff, M., Lozano, P., & Hecht, J. (1997). Chronic care costs in managed care. *Health Affairs*, 16(3), pp. 239-247.
- Ford, D. (1980). The development of buyer-seller relationships in industrial markets. *European Journal of Marketing*, 14(5/6), pp. 339-354.
- Foster-Fishman, P. G., Salem, D. A., Allen, N. A., & Fahrback, K. (2001). Facilitating Interorganizational Collaboration: The Contributions of Interorganizational Alliances. *American Journal Of Community Psychology*, 29(6), pp. 875-905.
- Galaskiewicz, J. (1985). Interorganizational Relations. *Annual Review of Sociology*, 11, 281-304.
- Galaskiewicz, J., & Shatin, D. (1981). Leadership and Networking among neighborhood human service organizations. *Administrative Science Quarterly*, 26, pp. 434-448.
- Gamm, L. (1981). An introduction to research in Interorganizational Relations (IOR). *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 10, pp. 18-52.
- Gemunden, H. G., Ritter, T., & Walter, A. (1998). *Relationships and networks in international markets*. Oxford: Elsevier.
- Ghoshal, S., & Gratton, L. (2002). Integrating the enterprise. *MIT Sloan Management Review*, 44, pp. 31-38.
- Giorgetti, R. (2010). *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*. Rimini: Maggioli Editore.
- Godlee, F. (2005). Cure or care? *British Medical Journal*, 331(7529), pp. 1-7.
- Gori, C. (2002). Il futuro dei servizi sociali in Italia. *Rivista Bimestrale di Cultura e Politica*, 1, pp. 92-100.
- Gouldner, A. (1959). Reciprocity and autonomy in functional theory. In L. Gross, *Symposium on Sociological Theory* (pp. 241-270). Evanston: IL: Row, Peterson & Co.
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, pp. 1360-1380.
- Guetzkow, H. (1966). Relations among organizations. In R. V. Bowers, *Studies on Behavior in Organizations* (pp. 13-44). Athens: University of Georgia Press.
- Gulati, R. (1995). Does familiarity breed trust? The implication of repeated ties on contractual choices in alliances. *Administrative Science Quarterly*, 38, pp. 85-111.
- Hakansson, H. (1982). *International marketing and purchasing of industrial goods: An interaction approach*. Chichester: Wiley.
- Hakansson, H., & Johanson, J.A. (1992). A model of industrial network. In B. Axelsson, & G. Easton, *Industrial networks: a new way of reality* (pp.32-46). London: Routledge.

- Hall, R. H., Clark, J. P., Giordano, P. C., Johnson, P. V., & Van Roekel, M. (1977). Patterns of interorganizational relationships. *Administration Science Quarterly*, 22(3), pp. 457-474.
- Hamel, G. (1991). Competition for competence and inter-partner learning within international strategic alliances. *Strategic Management Journal*, 12, pp. 83-103.
- Hanf, K., & O'Toole JR, L. J. (1992). Revisiting old friends: networks, implementation structures and the management of inter-organizational relations. *European Journal of Political Research*, 21(1-2), pp. 163–180.
- Hannan, M. T., & Freeman, J. (1977). The population ecology of organizations. *American Journal of Sociology*, 82(5), pp. 929-964.
- Hollingsworth, R., & Muller, K. H. (2008). Transforming socio-economics with a new epistemology. *Socio-economic Review*, 6(3), pp. 395-426.
- Hudson, B. (2006). *Whole System Working: A guide and a discussion paper*. London: Care Services Improvement Partnerships.
- Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M., & Wistow, G. (1999). In pursuit of inter-agency collaboration in the public sector: What is the contribution of theory and research. *Public Management*, 1(2), pp. 235-260.
- Huxham, C., & Macdonald, D. (1992). Introducing Collaborative Advantage. *Management Decision*, 30(3), pp. 50-56.
- Huxham, C., & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate*. London: Routledge.
- Isett, K.R., Mergel, I.A., LeRoux, K., Mischen P.A., & Rethemeyer, R.K. (2011). Networks in public administration scholarship: Understanding where we are and where we need to go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(1), pp. 157-173.
- Jarillo, J. C. (1988). On strategic networks. *Strategic Management Journal*, 9, pp. 31-41.
- Keast, R., Mandell, M.P., Brown, K., & Woolcock, J. (2004). Network structures: working differently and changing expectation. *Public Administration Review*, 64(3), p. 363-371.
- Kilduff, M., & Tsai, W. (2001). *Social networks and organizations*. London: Sage Press.
- Klijn, E. H., Steijn, A. J., & Edelenbros, J. (2010). The impact of network management strategies on the outcomes in governance networks. *Public Administration*, 88(4), pp. 1063-1082.
- Knoben, J., & Oerlemans, L. A. (2006). Proximity and inter-organizational collaboration: A literature review. *International Journal of Management Reviews*, 2, pp. 71-89.
- Knoke, D. (1988). Incentives in collective organizations. *American Sociological Review*, 53, pp. 311-329.

- Kochan, T. A., Katz, H. C., & McKersie, R. B. (1986). *The transformation of American industrial relations*. New York: Basic Books.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, application, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 14(2), pp. 1-6.
- Koh, J., & Venkatraman, N. (1991). Joint Venture formation and stock market reactions: An assessment in the information technology sector. *The Academy of Management Journal*, 34, pp. 869-892.
- Lado, A. A., Boyd, N. G., & Hanlon, S. C. (1997). Competition, Cooperation and the search for economic rents: A syncretic model. *The Academy of Management Review*, 22, pp. 110-141.
- Lasker, L. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, 79(2), pp. 179-205.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, F. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), pp. 1-47.
- Levine, S., & White, P. E. (1961). Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships. *Administrative Science Quarterly*, 5 (4), pp. 583-601.
- Ling, T. (2002). Delivering Joined-Up Government in the UK: Dimensions, Issues and Problems. *Public Administration*, 80(4), pp. 615-642.
- Litwak, E., & Hylton, L. (1962). Interorganizational analysis: a hypothesis on coordinating agencies. *Administrative Science Quarterly*, 6(4), pp. 395-420.
- Litwak, E., & Rothman, J. (1970). Towards the theory and practice of coordination between formal organizations. In W. Rosengren, & M. Leffon, *Organizations and clients: Essays in the sociology of service* (pp. 137-186). Columbus: OH: Charles E. Merrill.
- Lofstrom, M. (2010). Inter-organizational collaboration projects in the public sector: a balance between integration and demarcation. *International Journal of Health Planning and Management*, 25, pp. 136-155.
- Longest, B. B. (1992). Interorganizational linkages in the health sector. In M. Brown, *Health care management: Strategy, structure & process* (pp. 95-104). Burlington: MA: Jones & Bartlett Learning.
- Macinati, M. S. (2004). *Le relazioni interaziendali di collaborazione in sanità*. Milano: Franco Angeli.
- Macinati, M. S. (2007). *Le aziende sanitarie pubbliche. La ricerca dell'economicità tra vincoli e margini di azione*. Milano: Franco Angeli.

- March, J. G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science*, 2(1), pp. 71-78.
- March, J. G., & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
- Marmot, M. G., & Bell, R. (2009). How will the financial crisis affect health? *British Medical Journal*, 338(b1314).
- Marrett, C. B. (1971). On the specification of interorganization dimensions. *Sociology and Social Research*, 56, pp. 83-99.
- Mascia, D. (2009). *L'organizzazione delle reti in sanità. Teorie, metodi e strumenti di social network analysis*. Roma: Franco Angeli.
- Mattsson, L. G. (1988). Management of strategic change in a market as networks perspective. In A. M. Pettigrew, *The management of strategic change* (pp. 234-256). Oxford: Basil Blackwell.
- McEvily, B., Perrone, V., & Zaheer, A. (2003). Trust as an organizing principle. *Organization Science*, 14, pp. 91-103.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), pp. 1087-1110.
- Melcher, A., & Adamek, R. (1971). Interorganizational Models: A critical evaluation. In A. R. Negandhi, *Organization Theory in an interorganizational perspective* (pp. 1-18). Kent: Ohio: The Comparative Administrative Research Institute.
- Mendelson, D. N., & Schwartz, W. B. (1993). The effects of aging and population growth on health care costs. *Health Affairs*, 12(1), pp. 119-125.
- Meneguzzo, M. (1996). *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*. Milano: Egea.
- Miles, R. E., & Snow, C. C. (1995). The New Network Firm: A spherical structure built on a Human Investment Philosophy. *Organizational Dynamics*, 23(4), pp. 5-18.
- Mithcell, S. M., & Shortell, S. M. (2000). The governance and management of effective community health partnerships: A typology for research, policy and practice. *The Milbank Quarterly*, 78(2), pp. 241-289.
- Mooney, G. (2003). *Economics, Medicine and Health Care*. Harlow, England: Prentice Hall.
- Mowery, D. C., Oxley, J. E., & Silverman, B. J. (1996). Strategic alliances and inter-firm knowledge transfer. *Strategic Management Journal*, 17, pp. 77-91.
- Naude, P., & Buttle, F. (2000). Assessing relationship quality. *Industrial Marketing Management*, 29(4), 351-361.
- Oliver, C. (1990). Determinants of Interorganizational relationships. Integration and future directions. *The Academy of Management Review*, 15(2), pp. 241-265.

- O'Toole, L. J. (1997). Treating networks seriously. Practical and research based agendas in public administration. *Public Administration Review*, 57(1), pp. 45-52.
- Ouchi, W. G. (1984). *The M-form Society: How American Teamwork Can Recapture the Competitive Edge*. Boston, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Park, S. H., & Russo, M. V. (1996). When competition eclipses cooperation: an event history analysis of joint venture failure. *Management Science*, 42(6), pp. 875-890.
- Park, S.-H. (1996). Managing an interorganizational network: A framework of the institutional mechanism for network control. *Organization Studies*, 17, pp. 795-823.
- Pennings, J. M. (1981). Strategically interdependent organizations. In P. C. Nystrom, & W. H. Starbuck, *Handbook of Organizational Design, Vol.I* (pp. 433-435). London: Oxford University Press.
- Penrose, E. E. (1959). *The theory of the growth of the firm*. New York: Oxford University Press.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. (1978). *The external control of organizations. A resource dependence perspective*. New York: Harper and Row.
- Phillips, R. R., & Freeman, E. (2003). *Stakeholder Theory and organizational ethics*. San Francisco: CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Plochg, T., & Klazinga, N. S. (2002). Community-based integrated care: Myth or must? *International Journal for Quality in Health Care*, 14(2), pp. 91-101.
- Pollitt, C. (2003). Joined-up government: a survey. *Political Studies Review*(1), pp. 34-49.
- Powell, W. W. (1990). Neither Market nor hierarchy: Network forms of organization. *Research in Organizational Behavior*(12), pp. 295-336.
- Powell, W. W., & Di Maggio, P. J. (1991). *The New Institutionalism in organizational analysis*. Chicago: IL: University of Chicago Press.
- Provan, K.G. (1984). Interorganizational cooperation and decision making autonomy in a consortium multihospital system. *The Academy of Management Review*, 9(3), pp. 494-504.
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2007). Modes of network governance: Structure, management and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18, 229-252.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40, pp. 1-33.
- Provan, K. G., & Milward, M. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public sector organizational networks. *Public Sector Management Review*, 61(4), pp. 414-423.

- Provan, K. G., & Sebastian, J. G. (1998). Networks within networks: Service link overlap, organizational cliques and network effectiveness. *The Academy of Management Journal*, 41, 453-463.
- Provan, K. G., Beagles, J. E., & Leischow, S. J. (2011). Network formation, governance and evolution in public health: the North American Quitline Consortium Case. *Health Care Management Review*, 36(4), pp. 315-326.
- Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole network. *Journal of Management*, 3, pp. 479-516.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in Modern Italy*. Princeton: NJ: Princeton University Press.
- Raish, S., Birkinshaw, J., Probst, G., & Tushman, M. L. (2009). Organizational Ambidexterity: Balancing Exploitation and Exploration for Sustained Performance. *Organization Science*, 20(4), pp. 685-695.
- Rebora, G., & Meneguzzo, M. (1990). *Strategia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.
- Reid, W. (1964). Interagency Co-ordination in Delinquency Prevention and Control. *Social Service Review*, 38, pp. 418-428.
- Reid, W. (1972). Inter-organizational coordination: A review and critique of current theory. In P. White, & G. Vlasak, *Interorganizational research in health: Conference proceedings* (pp. 84-101). Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, pp. 155-169.
- Ritter, T., & Gemunden, H. G. (2003). Interorganizational relationships and networks: an overview. *Journal of Business Research*, 56, pp. 691-697.
- Rodriguez, C. C., Langlye, A., Beland, F., & Denis, J. L. (2007). Governance, power and mandated collaboration in an interorganizational network. *Administration and Society*, 39(2), pp. 150-193.
- Roice, L. D., Begun, J. W., & Pointer, D. D. (1989). Quasi-firms: strategic interorganizational forms in the health care industry. *The Academy of Management Review*, 14(1), pp. 9-19.
- Saltman, R. B., Rico, A., & Boerma, W. (2006). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European Primary Care*. Glasgow: Bell & Bain.
- Schermerhorn, J. R. (1975). Determinants of interorganizational cooperation. *The Academy of Management Journal*, 18(6), pp. 846-856.

- Schmidt, S. M., & Kochan, T. A. (1977). Interorganizational relationships: Patterns and motivation. *Administrative Science Quarterly*, 22(2), pp. 220-234.
- Schumaker, A. M. (2002). Interorganizational networks: using a theoretical model to predict effectiveness of rural health care delivery networks. *Journal of Health and Human Services Administration*, 25(3), pp. 371-406.
- Scott, J. (1987). *Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Simon and Shuster.
- Scott, W. R. (2001). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Scott, W. R., & Meyer, J. W. (1983). The organizations of societal sectors. In J. W. Meyer, & W. R. Scott, *Organizational Environments: Ritual and Rationality* (pp. 129-153). Beverly Hills, CA: University of California Press.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.
- Seshamani, M., & Gray, A. (2004). Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Economics*, 13(4), pp. 303-314.
- Shortell, S. M., & Mitchell, S. M. (2000). The governance and management of effective community health partnerships: A typology for research policy and practice. *The Milbank Quarterly*, 78(2), pp. 241-289.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (1996). *Remaking health care in America: Building organized delivery system*. San Francisco: Jossey Bass.
- Spekman, R. E., Forbes, T. M., Isabella, L. A., & MacAvoy, T. C. (1998). Alliance Management: A view from the past and look to the future. *Journal of Management Studies*, 35(6), 747-772.
- Stacey, R. D. (1996). *Management e caos. La creatività nel controllo strategico d'impresa*. Milano: Guerini e associati.
- Starkweather, D. (1972). Beyond the semantics of multihospital aggregations. *Health Service Research*, 7, pp. 58-61.
- Stewart, M., Brown, B. J., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Abingdon: Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Waddell, C., Armitage, G. D., & Huebner, L. A. (2007). *Health system integration. Definition, processes and impacts: A research synthesis*. Calgary: Alberta Health Services.

- Sydow, J. (1998). Understanding the constitution of interorganizational trust. In C. Lane, & R. Bachmann, *Trust within and between organizations* (pp. 31-63). London: Oxford University Press.
- Thellufsen, C., Rajabifard, A., Enemark, S., & Williamson, I. (2009). Awareness as a foundation for developing effective spatial data infrastructure. *Land Use Policy*, 26(2), pp. 254-261.
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action*. New York: McGraw Hill.
- Thompson, J. D. (1991). *L'azione Organizzativa*. ISEDI: Torino.
- Thorelli, H. B. (1986). Networks: Between markets and hierarchies. *Strategic Management Journal*(7), 37-51.
- Toscana, V. (2007). Politiche sociali e territorio: uno sguardo trentennale. *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, pp.89-96.
- Turk, H. (1973). Comparative urban structure from an interorganizational perspective. *Administration Science Quarterly*, 18, pp. 37-55.
- Turk, H. (1977). *Organization in modern life: Cities and other large networks*. San Francisco: Jossey Bass.
- Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. (2009). Networking Literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration*, 88, pp. 1-23.
- Van de Ven, A. (1976). On the nature, formation and maintenance of relations among organizations. *The Academy of Management Review*, 1(4), pp. 24-36.
- Van de Ven, A. H., & Ferry, D. (1980). *Measuring and Assessing Organizations*. New York: John Wiley.
- Van de Ven, A. H., & Walker, R. (1984). The dynamics of interorganizational coordination. *Administrative Science Quarterly*, 29(4), pp. 598-621.
- Vangen, S., & Huxham, C. (2003). Nurturing collaborative relations: Building trust in interorganizational collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 39(1), pp. 5-31.
- Voetz, J., Van Dooren, W., & De Rynch, F. (2008). A framework for assessing the performance of policy networks. *Public Management Review*, 10(6), pp. 773-790.
- Walton, R. E., & McKersie, R. B. (1965). *A behavioral theory of labor negotiation*. New York: McGraw Hill.
- Warren, R. (1967). The interorganizational fields as a focus of investigation. *Administrative Science Quarterly*, 12, pp. 396-419.

- Warren, R. (1972). The Concerting of Decisions as a Variable in Organizational Interaction. In M. Tuite, M. Chisolm, & M. Radnor, *Inter-organizational Decision Making* (pp. 20-32). Chicago: Aldine.
- Warren, R., Bergunder, A., Newton, J. W., & Rose, S. (1971). The interactions of community decision organizations: some conceptual considerations and empirical findings. In A. Negandhi, *Organizational theory in an interorganizational perspective* (pp. 35-52). Kent: Ohio: Comparative Administrative Research Institute.
- Weick, K. E. (1979). *The social psychology of organizing*. Reading: MA: Addison-Wesley.
- Whetten, D. A. (1981). Interorganizational relations: A review of the field. *The Journal of Higher Education*, 52(1), pp. 1-28.
- White, P., Levine, S., & Vlasek, G. (1971). Exchange as a conceptual framework for understanding interorganizational relationships: Applications to non-profit organizations. In A. R. Negandhi, *Organizational Theory in an interorganizational perspective* (pp. 35-52). Kent: OH: Kent State University Press.
- Wievel, W., & Hunter, A. (1985). The interorganizational network as a resource: A comparative case study on organizational genesis. *Administrative Science Quarterly*, 30, pp. 482-496.
- Williamson, O. E. (1975). *Market and hierarchies, analysis and antitrust implications: A study in the economics of internal organizations*. New York: Free Press.
- Yeates, N. (2004). Global Care Chains. *International Feminist Journal of Politics*, 6(3), pp. 369-391.
- Yep, B. (1974). *An elaboration of the concept of coordination in interorganizational research*. Ames: IA: Iowa State University.
- Yip, J. Y., Myrtle, R., Wilber, K. H., & Grazman, D. N. (2002). The networks and resource exchanges in community based systems of care. *Journal of Health Human Service Administration*, 25(2), pp. 219-259.
- Zeitz, G. (1980). Interorganizational dialectics. *Administrative Science Quarterly*, 25(1), pp. 72-88.
- Zuckerman, H. S., & Lewis, W. E. (1979). *Multi institutional hospital system*. Chicago: Hospital Research and Educational Trust.
- Zweifel, P., Felder, S., & Werblow, A. (2004). Population ageing and health care expenditure: New evidence on the "Red Herring". *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 29(4), pp. 652-666.

CAPITOLO III

**Un inquadramento dell'integrazione socio-sanitaria nella
prospettiva delle relazioni inter-organizzative**

3.1 Considerazioni introduttive

3.1.1 L'evoluzione della domanda di salute e i suoi impatti gestionali

I sistemi socio-sanitari dei Paesi sviluppati hanno tradizionalmente concentrato la loro attenzione – e, di conseguenza, la gran parte delle risorse finanziarie, tecnologiche e umane a loro disposizione – sul trattamento delle patologie acute, vale a dire sulle attività di cura di stati morbosi che affliggono la persona durante un arco temporale delimitato e implicano un deterioramento puntuale dello stato di salute fisica e psichica (MacAdam, 2008). Negli ultimi decenni, d'altro canto, il numero di persone con problemi di salute cronici, in non rari casi multipli, presenta un andamento in costante crescita, inflazionato dal graduale processo di invecchiamento demografico della popolazione. La transizione epidemiologica (Giarelli, 2008) a esso correlata produce uno spiazzamento dei modelli organizzativi e gestionali sedimentatisi nel tempo in seno ai sistemi di tutela e promozione della salute. Gli approcci di cura tuttora prevalenti, invero, si caratterizzano per la loro configurazione prevalentemente ospedale-centrica (Destro, 2009), oltre che per un chiaro orientamento all'istituzionalizzazione del paziente, per quanto timidi segnali di cambiamento si stiano manifestando⁵⁸ (Nobili, *et al.*, 2004).

In questi termini, non stupisce osservare che i sistemi socio-sanitari si siano generalmente rivelati inadeguati sia nel riconoscimento che nella risposta ai bisogni di salute espressi dai pazienti cronici (Nuño, *et al.* 2012; Tsiachristasa, *et al.*, 2011). La maggior parte delle aziende operanti in ambito sanitario e sociale non dispone delle strutture né delle competenze idonee ai fini dell'erogazione di servizi di assistenza appropriati a favore di chi esprima esigenze socio-assistenziali di lungo termine. In aggiunta, la scarsa diffusione di linee guida basate sulle evidenze empiriche con riferimento alle patologie croniche impatta sull'efficacia dei processi di cura, con inevitabili ripercussioni sulla capacità di risposta alle sempre più qualificate istanze di assistenza degli individui da esse affetti (Fleuret, 2011; Wagner, *et al.*, 2005).

Come se ciò non bastasse, l'assistenza a favore del paziente cronico risulta spesso

⁵⁸ Il discorso sin qui condotto si fonda sulla classificazione, forse eccessivamente semplicistica, dei pazienti in due macro-gruppi (Van Raak, *et al.*, 1999): da un lato, coloro che percepiscono un bisogno temporaneo di assistenza, e, dall'altro, chi lamenta una patologia cronica ed esprime una richiesta di assistenza intensiva. Mentre la prima famiglia potrebbe essere adeguatamente assistita in un *setting* sanitario progettato secondo i crismi del modello ospedale-centrico, i pazienti cronici richiedono la prestazione di servizi di assistenza fondati su approcci innovativi alla cura, che implicano una stretta cooperazione tra i diversi istituti che erogano servizi di tutela e promozione della salute.

indebolita, se non addirittura ostacolata, dalla povertà del tessuto relazionale tra gli attori che, nelle diverse sfere di competenza, prendono parte al sistema di tutela e promozione della salute. In accordo al tradizionale approccio bio-medico, infatti, la prestazione dei servizi di assistenza risulta il più delle volte frettolosa e circoscritta, con una scarsa propensione al coinvolgimento del paziente e dei suoi *caregiver*. Una tale impostazione riduzionistica non trova efficace implementazione ai fini del trattamento socio-assistenziale delle cronicità; difatti, per rispondere in misura appropriata ai bisogni di salute dei pazienti che presentano condizioni patologiche di lunga durata, è indispensabile ricorrere alla promozione e alla valorizzazione delle interazioni tra le aziende che, a vario titolo, erogano servizi di assistenza alla persona e, all'interno di queste, tra i professionisti e gli operatori – di estrazione sociale e sanitaria – che vi afferiscono, nel precipuo intento di pervenire a un sistema di assistenza integrato, che favorisca la presa in carico globale del paziente (Kraan & Baldock, 1991).

Invero, la “salute pubblica”, intesa quale sistema delle politiche e delle attività finalizzate alla prevenzione delle patologie, alla promozione del benessere psico-fisico della persona e, in ultima analisi, al prolungamento della vita umana, presenta per propria natura una forte impronta inter-istituzionale (Acheson, 1988)⁵⁹. La costruzione e il consolidamento di legami cooperativi tra le organizzazioni che svolgono attività di assistenza alla persona, dunque, rappresenta un presupposto imprescindibile per il conseguimento di *outcome* in termini di salute quanto più elevati possibile; le relazioni inter-organizzative sono intese a creare le condizioni di fondo per l'introduzione di un approccio comprensivo alla cura, contribuendo al miglioramento dello stato di salute dell'utenza servita attraverso un più elevato livello di appropriatezza.

Alla luce di quanto esposto sotto il profilo concettuale nel capitolo che precede, d'altronde, instaurare un rapporto simbiotico richiede intensi sacrifici organizzativi, un rilevante impegno gestionale dei *partner* e una costante attività di promozione istituzionale da parte degli attori preposti al governo del sistema di assistenza. Con specifico riferimento all'integrazione socio-sanitaria, inoltre, le relazioni inter-organizzative sono ostacolate dalla profonda divergenza del quadro istituzionale e normativo vigente nei due settori, così come dal peculiare sistema di finanziamento che regola in ciascuno di essi l'approvvigionamento delle risorse e dalle specifiche caratteristiche organizzative, gestionali e professionali delle aziende che ne fanno parte (Paulus, 1995).

⁵⁹ Tale definizione è tratta dal rapporto commissionato nel 1988 dal *Committee of Enquiry* della *Public Health Function* del governo britannico ed è ivi utilizzata in ragione della sua rilevante portata semantica.

Il sistema socio-sanitario si caratterizza per una radicale differenziazione soggettiva e funzionale tra le diverse anime che lo compongono⁶⁰: attori pubblici e privati, sia *for profit* che *not for profit*, operano spalla a spalla con competenze e specializzazioni differenziate. Essi esprimono una forte eterogeneità di culture organizzative (Bate, 2000), le quali promanano, in primo luogo, dalle variegate attitudini professionali radicate al loro interno, oltre che dalle specifiche finalità istituzionali associate a ciascuno di essi. Tali circostanze, ovviamente, giocano a detrimento delle esigenze di coordinamento, ormai diffusamente avvertite in seno al sistema di assistenza, penalizzando i timidi tentativi di integrazione sinora posti in essere in Italia così come negli altri Paesi europei (Johri, *et al.*, 2003).

L'integrazione tra il settore sanitario e quello sociale, nondimeno, è identificata dalla letteratura come una tappa imprescindibile nella traiettoria evolutiva che connota il modello europeo di stato sociale (Axelsson & Axelsson, 2006): da un lato, le attività finalizzate alla tutela e alla promozione della salute si caratterizzano per un livello di specializzazione crescente e, dall'altro, la situazione di frammentazione che ne deriva determina maggiori esigenze di interazione, nella prospettiva di un *continuum of care* per la persona in stato di bisogno (Haggerty, *et al.*, 2003; Secker & Hill, 2001; Huxham, 1996; Ovretveit, 1993).

A dispetto della rilevanza attuale e prospettica dell'integrazione socio-sanitaria, tuttavia, la dottrina continua a dibattere – in assenza di condivisione – sul significato da attribuire a tale concetto (Leutz, 1999). Le nozioni di coordinamento, collaborazione, cooperazione e *partnership* sono state variamente impiegate per inquadrare il tema dell'integrazione tra la sfera sanitaria e quella sociale, in mancanza di una chiara discriminazione tra esse (MacAdam, 2008; Reed, *et al.*, 2005). In aggiunta, non si è ancora pervenuti a una sistematizzazione organica degli approcci o degli strumenti che potrebbero essere utilizzati ai fini della promozione delle interazioni tra le aziende sanitarie e le organizzazioni di assistenza sociale (Grone & Garcia-Barbero, 2002; Konrad, 1996).

⁶⁰ Sotto questo punto di vista, parte della dottrina ha affermato che dinamiche istituzionali, variabili di contesto e fattori contingenti costituiscano le principali dimensioni da considerare per valutare le opportunità di instaurazione delle relazioni inter-organizzative tra le aziende che erogano servizi di assistenza alla persona e per apprezzare le relative probabilità di successo (Mur-Veeman & Van Raak, 1994). Tra le fattispecie in grado di esprimere la più intensa influenza sulle dinamiche del processo di integrazione, particolare importanza deve essere tributata all'intensità dell'impegno (*commitment*) espresso dai componenti del sistema di assistenza e al livello di sostegno (*support*) manifestato dagli attori esterni ai fini dell'implementazione e della sopravvivenza delle relazioni simbiotiche.

Il presente capitolo, pertanto, si propone di contribuire a colmare tale *gap* teorico, pervenendo, attraverso il ricorso al *framework* teorico delle relazioni inter-organizzative, alla definizione di un quadro di sintesi sugli approcci e sugli strumenti che possono essere concretamente adottati per favorire la nascita di proficue interazioni tra le organizzazioni che operano in ambito sociale e le aziende del settore sanitario.

3.1.2 L'integrazione socio-sanitaria quale sistema di relazioni inter-organizzative

Secondo la prevalente dottrina, le relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario potrebbero essere concepite alternativamente come uno strumento o come un fine, sebbene queste due interpretazioni non confliggano in maniera inconciliabile l'una con l'altra (Axelsson & Axelsson, 2006). Secondo il primo punto di vista, l'integrazione socio-sanitaria dovrebbe essere intesa come un approccio organizzativo diretto a incoraggiare la combinazione sinergica delle risorse a disposizione di attori che operano in diversi ambiti di assistenza, allo scopo di incrementare la qualità e l'efficienza delle prestazioni di cura da essi complessivamente erogate; aderendo alla seconda prospettiva, invece, l'integrazione socio-sanitaria rappresenta un traguardo a cui tendere, in un'ottica di ri-concettualizzazione in chiave sistemica delle attività di tutela e promozione della salute⁶¹.

Congiungendo armonicamente le due declinazioni ivi proposte, vi è chi ritiene non più posticipabile una riorganizzazione del sistema socio-sanitario che valorizzi le interdipendenze esistenti tra i due ambiti di assistenza alla persona (Contandriopoulos, *et al.*, 2003): l'integrazione socio-sanitaria, infatti, offre la possibilità di pervenire all'erogazione di servizi di cura di elevata qualità, in assenza di pregiudizio sulle condizioni di efficienza organizzativa e di sostenibilità economica dei singoli attori coinvolti nella relazione. Le strategie cooperative, in particolare, consentono di risolvere le disfunzioni tipicamente riconducibili all'assenza di coordinamento tra le organizzazioni sanitarie e le aziende che operano in ambito sociale, le quali trovano espressione in sprechi, inappropriato impiego delle risorse a disposizione ed erogazione di servizi insoddisfacenti rispetto ai reali bisogni dell'utenza⁶² (Ackerman, 1992).

⁶¹ Al riguardo, è interessante riprendere una riflessione comune in letteratura, secondo cui – in una società globale – nessuna entità potrebbe essere ritenuta in grado di operare efficacemente per il conseguimento dei propri fini istituzionali adottando un approccio gestionale ispirato al monismo (Wildridge, *et al.*, 2004).

⁶² Non mancano autori che hanno messo in dubbio il valore aggiunto creato dall'integrazione socio-sanitaria. In particolare, vi è chi argomenta che, ferme restando le dichiarazioni di principio esposte dai promotori delle

Il sistema socio-sanitario, in questi termini, potrebbe essere concepito come un *complex adaptive system* (CAS), in conformità a quanto argomentato al riguardo da consolidata dottrina (Begun, Zimmerman, & Dooley, 2003; Axelrod & Cohen, 2000). Le organizzazioni che fanno parte del sistema di assistenza avvertono in misura sempre più intensa il bisogno di accrescere la loro capacità di adattamento alle mutevoli condizioni ambientali, identificando nella costruzione di rapporti simbiotici una soluzione utile a tal pro; d'altro canto, esse sono dissuase dall'implementazione di strategie cooperative in ragione del contestuale intento di preservare un adeguato livello di stabilità interna e di autonomia gestionale, inevitabilmente compromessi dall'emersione di reciproche interdipendenze organizzative.

A proposito, vi è chi ha evidenziato che le aziende sanitarie e sociali, piuttosto che presidiare le proprie frontiere organizzative, dovrebbero collocarsi in una zona di confine tra l'ordine e il disordine, tra la stabilità e l'instabilità, tra la conservazione e l'innovazione, in una tensione continua al miglioramento delle *performance* e al cambiamento organizzativo (Jackson, 2005; Stacey, 1996). In un contesto operativo complesso e dinamico come quello attuale, infatti, la creazione di relazioni inter-organizzative rappresenta un intervento imprescindibile per la riconfigurazione in un'ottica sistemica delle prestazioni di assistenza alla persona, in ragione delle opportunità di fertilizzazione reciproca delle competenze e di condivisione delle conoscenze che esse garantiscono.

È possibile identificare quattro dinamiche alla base dei processi di integrazione socio-sanitaria. *In primis*, rileva il mutamento delle esigenze della collettività, la quale esprime aspettative più numerose e qualificate nei confronti delle organizzazioni che erogano servizi di tutela e promozione della salute. Tale situazione mette in discussione i principi cardine su cui si fonda la gran parte dei sistemi socio-sanitari dei Paesi sviluppati, quali l'universalità delle prestazioni, l'equità e l'uguaglianza nell'accesso alla cura (Marmot & Bell, 2009): l'assenza di interazione rende ancora più critica la situazione, causando frammentazione e impossibilità di soddisfare in maniera appropriata bisogni complessi e interdipendenti dell'utenza.

A tale fenomeno si associa la pressione generata dalla debolezza finanziaria degli enti pubblici, i quali hanno tradizionalmente coperto con le proprie risorse la maggior parte

relazioni inter-organizzative e degli obiettivi fissati dai regolatori del sistema di assistenza, esistono tuttora poche prove a sostegno della maggiore appropriatezza della cura nelle ipotesi di integrazione delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale (Howarth & Haigh, 2007).

degli oneri generati dall'istituzione di un sistema socio-sanitario nazionale. La scarsità di risorse a disposizione obbliga l'attore pubblico a rivisitare le proprie decisioni allocative, con impatti non trascurabili sugli approcci strategici e gestionali delle organizzazioni che erogano prestazioni di assistenza alla persona (Contandriopoulos, *et al.*, 1999): ne consegue un forte incentivo alla ricerca di soluzioni cooperative piuttosto che competitive, allo scopo ultimo di recuperare condizioni di sostenibilità nello svolgimento delle rispettive attività organizzative⁶³.

Una terza spinta proviene dalla più volte menzionata esigenza di flessibilità strategica e organizzativa percepita dalle aziende che erogano servizi alla persona: queste ultime sono indotte a ripensare la loro architettura e i correlati processi interni, al fine di conseguire una maggiore capacità di risposta nei confronti di una domanda sempre più qualificata, esigente e mutevole (Anderson & McDaniel, 2000). Il bisogno di flessibilità, ovviamente, si traduce in maggiore propensione alla costituzione di relazioni organizzative, di per sé indispensabili per conseguire un'elevata agilità gestionale.

Infine, la ricerca scientifica sui determinanti della salute (Wilkinson & Marmot, 2003) induce a un ripensamento della tradizionale configurazione organizzativa adottata dalle aziende sanitarie, tipicamente ispirata all'individualismo organizzativo (Adinolfi, 2005). L'identificazione della comunità quale ambito ottimale in cui innestare le attività rivolte alla tutela e alla promozione della salute, accanto al riconoscimento dell'importanza di risposte sistemiche di fronte ai problemi di salute che affliggono la popolazione, stimolano l'introduzione di modelli ispirati all'interazione organizzativa, incoraggiando un profondo rinnovamento strutturale e gestionale del sistema di assistenza.

In ultima analisi, il percorso di integrazione socio-sanitaria è proteso alla graduale costituzione di un sistema globale e comprensivo di tutela e promozione della salute, espressione di una rivisitazione in chiave olistica delle attività di cura (Hudson, 2006; 2004). L'istituzione di un sistema integrato di assistenza, ovviamente, non rappresenta una correzione di breve termine: esso sottende l'implementazione di un armonioso e coordinato *mix* di strutture, servizi e persone, che identifica nei reali bisogni di salute del paziente il suo prevalente punto di riferimento, nonché il fulcro attorno al quale far ruotare l'organizzazione delle prestazioni socio-assistenziali. Obiettivo prevalente è giungere alla

⁶³ Questa affermazione è particolarmente vera per quanto concerne i sistemi di assistenza istituiti secondo il modello *beveridgiano*, in cui le risorse pubbliche rappresentano la fonte principale cui attingere per alimentare le attività di assistenza e cura.

costituzione di un gruppo coeso di attori, dotato di competenze e specializzazioni interdisciplinari e in grado di offrire, attraverso un portafoglio flessibile di soluzioni operative, la presa in carico più appropriata per il paziente, assistendolo nel posto giusto e al momento giusto (Attwood, *et al.*, 2003; Lupton, *et al.*, 2001).

Nel prosieguo, il tema dell'integrazione socio-sanitaria sarà analizzato in profondità, in un tentativo di sistematizzazione dei diversi contributi teorici che hanno contribuito all'avanzamento della ricerca in materia. Più nel dettaglio, il presente lavoro si propone di concorrere alla comprensione e alla soluzione dei nodi problematici in tema di relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e organizzazioni sociali, offrendo spunti sia per il progresso della ricerca scientifica che per la formulazione di modelli *manageriali* innovativi da applicare al sistema di assistenza alla persona.

Nel paragrafo che segue, una breve disquisizione teorica del concetto di integrazione socio-sanitaria è presentata; in particolare, saranno oggetto di discussione i modelli e le dimensioni di indagine prevalentemente impiegati dalla letteratura ai fini dello studio delle relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali. Nel terzo paragrafo l'attenzione sarà focalizzata sugli aspetti processuali dell'integrazione socio-sanitaria, pervenendo alla definizione di alcune regole empiriche per la costituzione dei legami organizzativi e identificando i fattori di contesto che favoriscono od ostacolano il loro sviluppo. Infine, il quarto paragrafo si concentrerà sugli *outcome* dell'integrazione socio-sanitaria, discriminandoli in impatti interni, vale a dire risultati significativi per gli attori coinvolti in prima persona nella relazione, e in impatti esterni, ossia risultati di interesse per gli *stakeholder* non direttamente coinvolti nel rapporto collaborativo.

3.2 Integrazione socio-sanitaria: un inquadramento teorico e pratico

3.2.1 Modelli di analisi dell'integrazione socio-sanitaria

I sistemi di assistenza fedeli alla tradizionale impostazione bio-medica sono soggetti a numerose critiche, tra cui l'eccessiva frammentazione delle competenze e delle responsabilità, il correlato elevato rischio di duplicazione delle attività e il dispendio improprio delle risorse a disposizione. Tali criticità sono tanto più evidenti nelle ipotesi in cui i bisogni di salute cui fornire risposta siano espressi da pazienti affetti da patologie croniche multiple, che esigono un approccio di cura integrato e continuativo (Chen, *et al.*, 2000). La rivisitazione dei percorsi di assistenza in una prospettiva di presa in carico globale del paziente, in questi termini, rappresenta un intervento imprescindibile ai fini del

miglioramento qualitativo delle prestazioni socio-sanitarie: in tal modo, è possibile incrementare i livelli di accessibilità e di efficienza delle aziende sanitarie e sociali, contribuendo al rinvigorismento della sostenibilità di queste ultime in un periodo segnato da forti difficoltà finanziarie, economiche e gestionali (Banks, 2004).

In considerazione della crescente instabilità ambientale con cui i sistemi socio-sanitari sono chiamati a confrontarsi, non si ritiene utile né opportuno pervenire alla configurazione di un modello organizzativo ottimale per l'implementazione delle strategie di integrazione⁶⁴. La numerosità dei fattori che, in maniera diretta o indiretta, influenzano le attività di erogazione dei servizi di assistenza impedisce la possibilità di pervenire alla definizione di una *one best way* ai fini dell'erogazione integrata dei servizi di cura, richiedendo piuttosto la formulazione di risposte *ad hoc*, disegnate alla luce delle specifiche caratteristiche della situazione ambientale di volta in volta affrontata (Wulsin, *et al.*, 2006; Conrad & Shortell, 1996). A dispetto di tale consapevolezza, nel prosieguo si propone una schematizzazione degli approcci più comuni ai fini dell'analisi delle iniziative di integrazione socio-sanitaria, riducendo queste ultime a evento scomponibile in parti elementari, le quali possono essere oggetto di astrazione.

Prima di proseguire, nondimeno, si ritiene utile precisare che l'implementazione di approcci collaborativi nel settore dell'assistenza alla persona non rappresenta una scelta manageriale di tipo "*soft*", priva di profonde ripercussioni sulle aziende interessate. La strategia cooperativa, anzi, richiede un elevato impegno istituzionale, finanziario, organizzativo, gestionale, tecnico e umano degli istituti che decidono di impegnarsi in essa (Leutz, 1999). Quantunque nel settore socio-sanitario i rapporti collaborativi si insedino ad esito di un processo per lo più emergente, alimentato in maniera contestuale da pressioni coercitive e da moti volontari degli attori coinvolti nella relazione, essi richiedono un lungo lasso temporale e la profusione di ingenti sforzi per attecchire e svilupparsi (Gray, 1989).

I "modelli sistemici" offrono una prima chiave di lettura utile per lo studio delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario. Come si può agevolmente evincere dalla loro denominazione, essi concentrano l'attenzione sugli aspetti meta-organizzativi, la

⁶⁴ Il concetto di "*requisite variety*" (Ashby, 1958), formulato nell'ambito delle scienze naturali, rappresenta un'affascinante declinazione dell'insostenibilità di una sola scelta organizzativa migliore, qualsiasi sia il contesto di azione di riferimento. Secondo la legge della "*requisite variety*" (Goldstein & Arshby, 2011), infatti, per poter affrontare adeguatamente i problemi esistenti nel contesto esterno è necessario che l'organizzazione si doti di un repertorio di risposte variegato, in maniera tale da poter affrontare qualsiasi criticità gestionale.

cui osservazione è ritenuta necessaria in considerazione della loro significativa influenza sulla configurazione architettuale adottata dai *partner* coinvolti nel rapporto⁶⁵. La dottrina individua tre dimensioni utili ai fini della descrizione delle relazioni inter-organizzative secondo la prospettiva dei modelli sistemici (Conrad & Shortell, 1996):

- la fonte da cui il processo di integrazione trae legittimazione istituzionale, in termini di identità e natura dell'ente o degli enti promotori della relazione;
- il modello decisionale adottato all'interno del sistema integrato di assistenza, in relazione alla sua tensione verso la centralizzazione ovvero verso il decentramento del potere, entro un *continuum* che vede ai due poli opposti il mono-centrismo decisionale e la piena concertazione delle scelte;
- i meccanismi di collegamento impiegati per alimentare le interazioni organizzative, che possono trovare espressione in un'infrastruttura di accordi formali o in rapporti di cooperazione informale sedimentatisi nel tempo, ma non codificati.

In termini generali, fonti di carattere prevalentemente coercitivo, un modello decisionale improntato alla concentrazione del potere nelle mani di una o di poche organizzazioni focali e l'adozione di meccanismi di coordinamento formalizzati esprimono forti impatti sulle aziende *partner*, inducendole all'irrigidimento della loro configurazione organizzativa e all'adozione di soluzioni gestionali di tipo burocratico, generalmente ritenute più adatte per il perseguimento degli interessi comuni dei *partner*, in ragione del maggior grado di controllo e di prevedibilità dell'azione individuale che esse offrono. All'opposto, interazioni spontanee, fondate su legami informali e ispirate alla concertazione delle decisioni strategiche e operative, spingono verso una maggiore flessibilità organizzativa e, di conseguenza, verso l'adozione di configurazioni di tipo organico a livello individuale, con un impatto di norma attenuato sulle caratteristiche architetture dei singoli nodi; in ragione della loro lieve rilevanza formale, tali relazioni non consentono una gestione appropriata dei rapporti collaborativi tra aziende sanitarie e organizzazioni sociali, in considerazione delle intense ripercussioni sul piano istituzionale e giuridico implicate da questi ultimi nei confronti di tutti gli attori interessati.

⁶⁵ Tali modelli hanno tradizionalmente trovato impiego nell'analisi e nello studio dei percorsi di cambiamento organizzativo; in questi termini, essi possono essere adattati allo specifico caso dell'integrazione socio-sanitaria, in quanto quest'ultima rappresenta una peculiare strategia di cambiamento organizzativo (Burke & Litwin, 1992), da cui derivano significative ripercussioni sugli assetti strategici, sulle caratteristiche strutturali, sulle dinamiche manageriali e sulla cultura degli attori coinvolti nella relazione (Miller, 2000).

I modelli “relazionali”, a differenza dei precedenti, focalizzano l'attenzione sulle dinamiche operative dell'integrazione socio-sanitaria. Essi poggiano sull'assunto secondo cui, quanto meno in ultima analisi, tutti i sistemi socio-sanitari sono composti da attori naturalmente propensi alla costituzione di rapporti collaborativi con entità che operano in contesti di azione analoghi o complementari. Secondo questa prospettiva, dunque, la costituzione di relazioni sistemiche è implicita nel settore socio-sanitario, in quanto parte immancabile della cultura organizzativa delle aziende che vi fanno parte; cionondimeno, l'effettiva nascita di rapporti collaborativi è profondamente condizionata da contingenze esterne, le quali possono, alternativamente, generare stimoli ovvero paralizzare lo sviluppo delle relazioni inter-organizzative. A titolo esemplificativo, con riferimento all'attuale fase storica, il progressivo invecchiamento demografico della popolazione, la connessa diffusione di patologie croniche e le più qualificate esigenze espresse dall'utenza creano le condizioni favorevoli per un maggiore ricorso all'integrazione socio-sanitaria, legittimandola quale soluzione idonea a rispondere alla crescente complessità ambientale (Markoff, *et al.*, 2005); contestualmente, l'intento delle organizzazioni sanitarie e delle aziende che operano in ambito sociale di preservare la propria discrezionalità in un periodo caratterizzato da consistenti vincoli gestionali disincentiva il ricorso a formule cooperative, limitandone la diffusione (Saltman & Cahn, 2013).

Richiamando alcune argomentazioni condivise nella letteratura che adotta l'impostazione concettuale suggerita dai modelli relazionali (Armitage, *et al.*, 2009), è possibile individuare alcuni interventi su cui potrebbe essere utile puntare ai fini della promozione delle relazioni simbiotiche in ambito socio-sanitario:

- la creazione di canali di comunicazione adeguati, che favoriscano gli scambi di risorse e di informazioni tra i gli attori coinvolti nel sistema di assistenza, punto di partenza imprescindibile per l'istituzione di rapporti collaborativi;
- la tutela della piena opportunità di espressione dei punti di vista individuali dei *partner*, nell'intento di promuovere la sedimentazione di un sentimento comune in merito all'opportunità della collaborazione inter-organizzativa;
- il sostegno della legittimazione istituzionale della relazione inter-organizzativa, allo scopo di creare adesione e coinvolgimento al sistema integrato di assistenza;
- la stimolazione del dibattito sulle potenziali fonti di conflitto all'interno della rete, onde evitare che emergano in maniera inaspettata i presupposti per la dissoluzione del legame collaborativo;

- la creazione di un clima improntato all'*empowerment* degli attori coinvolti nel sistema di assistenza, in maniera tale che questi ultimi partecipino senza remore al processo di costruzione e sviluppo delle interazioni organizzative.

Impostazione in gran parte simile è adottata dai modelli “sequenziali”, secondo i quali l'integrazione socio-sanitaria dovrebbe essere intesa quale processo cumulativo, proteso al conseguimento di una migliore qualità dei servizi erogati e di un più elevato livello di salute della collettività (Gillies, *et al.*, 1993)⁶⁶. L'integrazione socio-sanitaria, in questa prospettiva, rappresenta la fase progredita di un lungo e articolato processo evolutivo, i cui stadi intermedi congiungono i due poli opposti di massima frammentazione organizzativa e di piena immedesimazione istituzionale tra le entità che erogano prestazioni di assistenza (Boon, *et al.*, 2004). Aderendo a tale approccio teorico, vi è chi descrive in termini processuali il percorso di integrazione socio-sanitaria, articolandolo in tre fasi che si differenziano sia per il contenuto relazionale che per l'intensità dei rapporti che si innescano tra i *partner* (Leutz, 2005; Leutz, 1999).

La prima fase, caratterizzata da una bassa intensità di integrazione, concerne il mero collegamento “informativo” tra i nodi della rete: questi ultimi non si impegnano nella creazione di legami cooperativi formali e stabili, ma si limitano a scambiare dati e informazioni di interesse comune, utili per lo svolgimento delle attività individuali. La seconda fase si caratterizza per la creazione di più concrete formule di coordinamento tra le organizzazioni *partner*: emergono, cioè, artefatti formali, che codificano una disciplina condivisa con il fine di regolare le azioni e le interazioni reciproche tra gli attori. Man mano che il rapporto si consolida, questi ultimi ricorrono a una formalizzazione sempre più intensa della relazione, prevedendo il ricorso all'azione concertata piuttosto che all'intervento individuale quale approccio strategico e gestionale prediletto per affrontare i rinnovati bisogni di assistenza dell'utenza. La terza e ultima fase, dunque, prevede il conseguimento di una condizione di integrazione organizzativa quasi completa. Le informazioni sono oggetto di ampia condivisione e circolano all'interno di sistemi informativi comuni tra i diversi nodi della rete; allo stesso modo, i pazienti godono di una

⁶⁶ Il miglioramento delle *performance*, in questa prospettiva, deve essere inteso quale capacità di creazione di valore aggiunto sia per gli utenti, in termini di efficacia e appropriatezza delle prestazioni, che per gli operatori, i committenti, e le organizzazioni che fanno parte del sistema di assistenza; con peculiare riferimento a queste ultime, nondimeno, è opportuno considerare che l'attivazione di relazioni inter-organizzative non implica necessariamente il miglioramento delle condizioni economico-finanziarie individuali e collettive.

elevata mobilità tra i confini delle organizzazioni inserite nel sistema integrato di assistenza, alla ricerca del contesto di cura più idoneo a fornire una risposta appropriata ai bisogni di salute da essi percepiti. I nodi del *network* cooperano sulla base di protocolli comuni e di pratiche concertate, condividendo *asset* strutturali e altre risorse aventi un'importanza strategica più o meno rilevante, nell'intento di rispondere tempestivamente alle mutevoli e sempre più qualificate istanze dell'utenza.

Secondo tale modello di analisi, è possibile classificare le formule di interazione organizzativa in base al grado di formalizzazione istituzionale e di intensità del rapporto collaborativo che lega i nodi. A un primo livello, si collocano le interazioni che prevedono semplici iniziative protese al reciproco adattamento tra gli attori che fanno parte del sistema di assistenza: si tratta della modalità meno formalizzata e, generalmente, meno stabile di interazione. Le alleanze si collocano a metà strada tra i due poli estremi del *continuum* qui proposto: esse, infatti, garantiscono più ampie possibilità di comunicazione e di interazione, ma non implicano la condivisione di *asset* strutturali o la concertazione di un approccio strategico univoco tra le aziende alleate. A un livello progredito si collocano i rapporti inter-organizzativi propriamente detti, connotati da elevata stabilità e dalla concertazione di regole e norme formali, le quali esercitano una profonda influenza sul comportamento dei *partner* (Fleury, 2006).

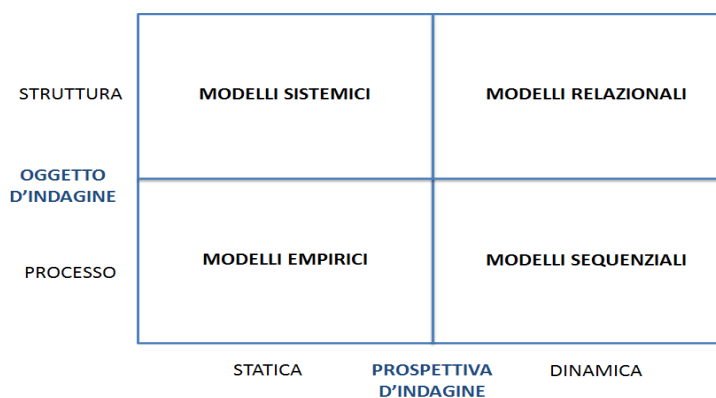
Una parte non residuale della dottrina, infine, studia i processi di integrazione socio-sanitaria focalizzando l'attenzione su specifiche esperienze empiriche, nella maggior parte dei casi collegate all'implementazione di un più ampio programma di riorganizzazione del sistema sanitario (Weiss, 1998). Attraverso l'analisi delle esperienze di integrazione poste in essere nella prassi, si persegue l'intento di pervenire per via empirica alla definizione dei presupposti e delle condizioni alla base dell'integrazione delle attività di cura e assistenza: da questa peculiare impostazione deriva la denominazione di "modelli empirici" genericamente associata a tale metodo di analisi dell'integrazione socio-sanitaria.

Il *case management* rappresenta la formula più comune di integrazione socio-sanitaria secondo la prospettiva dei "modelli empirici" (Haggerty, *et al.*, 2003): esso si caratterizza per l'attribuzione della responsabilità di coordinamento del percorso di cura a un soggetto-coordinatore, cui è attribuito il compito di orientare il paziente all'interno del sistema di assistenza attraverso la formulazione di un piano integrato di presa in carico della persona, pur in assenza della codificazione di opportuni legami collaborativi tra le organizzazioni che erogano servizi di cura. La co-locazione dei servizi rappresenta

un'ulteriore soluzione tipica nell'analisi empirica dell'integrazione socio-sanitaria (Blount, 2003): in accordo a essa, attori con specializzazioni diversificate collaborano all'interno di un medesimo spazio di azione, preservando la propria autonomia professionale, ma lavorando in maniera coordinata per l'implementazione di un percorso di cura comprensivo. In tal modo, essi hanno la possibilità di offrire una gamma più ampia di prestazioni ai propri utenti, ivi comprese le attività sussidiarie quali il *counselling* e l'alfabetizzazione sanitaria (Wulsin, *et al.*, 2006).

I modelli di analisi sopra presentati possono trovare sintesi all'interno di una matrice quadrata, che ne fornisce una rappresentazione grafica sulla base del loro orientamento rispetto a due variabili di interesse: l'oggetto di indagine prescelto ai fini dell'analisi, che potrebbe riguardare ora le dinamiche processuali, ora quelle strutturali, e la prospettiva d'indagine, che può essere di tipo statico o dinamico (Figura 3.1). Una prospettiva statica, focalizzata prevalentemente sul processo di integrazione, è tipica dei modelli empirici; all'opposto, l'adozione di una prospettiva dinamica e la contestuale focalizzazione sugli aspetti strutturali del rapporto caratterizza i modelli relazionali. La congiunzione di un'analisi statica e di un *focus* sull'architettura del legame è tipica dei modelli sistemici, mentre gli approcci sequenziali assumono una prospettiva dinamica, per lo più orientata ai processi di integrazione.

Fig. 3.1 – Modelli di analisi dell'integrazione socio-sanitaria



Fonte: elaborazione dell'Autore

La diffusione di studi aventi ad oggetto l'integrazione socio-sanitaria nasce dalla convinzione, ormai diffusa, secondo cui l'interazione tra le aziende sanitarie e le organizzazioni che operano in ambito sociale possa sublimare, nel lungo termine, in un sistema globale e integrato di assistenza alla persona (Byrnes, 1998), in grado di rispondere in maniera efficace e tempestiva alle rinnovate istanze della popolazione servita⁶⁷ (Woods,

⁶⁷ I medici di medicina generale svolgono un ruolo fondamentale per il buon esito degli approcci di cura

2001). Occorre non perdere di vista, d'altro canto, le riflessioni espresse in apertura del presente capitolo, intese ad evidenziare la persistente assenza di una definizione univoca e condivisa di integrazione socio-sanitaria sia in letteratura che nella prassi: il concetto è tuttora fortemente elastico e stratificato (MacAdam, 2008), offrendo ampi spazi per la disquisizione teorica (Byrnes, 1998), come sarà argomentato più in avanti nella trattazione.

3.2.2 Definizioni e nodi problematici dell'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria è un concetto “alla moda” su scala internazionale, vantando un collegamento logico quasi immediato con gli interventi riformatori protesi al miglioramento della qualità dei servizi di cura e al recupero di efficienza del sistema di assistenza nel suo complesso (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Riprendendo quanto esposto nel capitolo che precede, il termine “integrazione” deriva dal latino “*integer*”, nel suo significato di “completare”, “aggiungere le parti che mancano a un insieme organico”. Tale concetto, dunque, è impiegato per esprimere la tensione a creare connessioni tra componenti separati sotto un profilo formale, ma reciprocamente interdipendenti in termini funzionali (Kodner & Spreeuwenberg, 2002).

Malgrado l'etimologia lasci poco spazio a interpretazioni alternative, manca una definizione univoca di “integrazione socio-sanitaria” (Suter, *et al.*, 2007), come asseverato dalle variegate declinazioni che quest'ultima assume secondo le numerose scuole di pensiero che dibattono sull'argomento (Waddington & Egger, 2008; Simoens & Scott, 2005)⁶⁸. Non esiste, di conseguenza, un *framework* teorico unitario che offra la possibilità di sistematizzare le riflessioni proposte in letteratura e nella prassi (Coster, 1998), circostanza che ha determinato una forte diversificazione nella terminologia impiegata sia in accademia che tra i *practitioner* (Boon, *et al.*, 2004). Si aggiunga, come sarà meglio esplicitato nei paragrafi conclusivi del capitolo, l'assenza di condivisione in merito agli

centrati sul paziente. Aderendo a un approccio di gestione integrata dei percorsi di salute, i medici di medicina generale non dovrebbero concentrare la propria attenzione sulla cura della malattia, ma agire in maniera proattiva ai fini della prevenzione e della promozione a trecentosessanta gradi di un elevato stato di benessere fisico, psichico e sociale della propria utenza. La valorizzazione delle relazioni inter-organizzativa è indispensabile sotto questo punto di vista, in quanto essa crea gli stimoli necessari alla rivisitazione del tradizionale approccio bio-medico di assistenza alla persona (Batterham, *et al.*, 2002).

⁶⁸ Sotto il profilo operativo, ad esempio, l'idea di integrazione organizzativa ricomprende una vasta gamma di formule assistenziali, quali il *disease management* (Van der Linden, *et al.*, 2001), la presa in carico globale del paziente (Vrijhoef, *et al.*, 2001), la *shared care* (Suter, *et al.*, 2007).

impatti associati all'istituzione di relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali, quantunque la maggior parte della dottrina abbia espresso un giudizio favorevole sull'opportunità dell'integrazione socio-sanitaria⁶⁹ (Gillies, *et al.*, 2006).

L'ambiguità che si riscontra nel tentativo di pervenire a una definizione univoca dell'integrazione socio-sanitaria è aggravata dall'esistenza di punti di vista eterogenei a partire dai quali è possibile ricavare un significato da attribuire a essa (Shaw, Roses, & Rumbold, 2011). Prendendo in considerazione la prospettiva degli utenti, infatti, l'integrazione socio-sanitaria può essere intesa quale processo finalizzato all'istituzione di un sistema di assistenza improntato alla continuità della cura, privo di barriere di natura istituzionale e gestionale che ostacolano il dialogo tra le diverse parti che lo compongono e in grado di offrire una risposta globale ai sempre più complessi bisogni di salute della popolazione servita. Per i professionisti e gli operatori del settore, invece, integrazione significa in primo luogo coordinamento tra diverse specializzazioni, allo scopo di evitare che l'assenza di interazione si traduca in un servizio di assistenza inadeguato e, di riflesso, nel dispendio improprio delle risorse a disposizione, con ripercussioni sulle condizioni individuali e sistemiche di efficienza organizzativa⁷⁰. Per gli interlocutori istituzionali, infine, l'integrazione socio-sanitaria rappresenta una soluzione politica, protesa all'attenuazione delle criticità che derivano dalla compartimentalizzazione dei finanziamenti, delle regolamentazioni, delle strategie e delle attività di gestione che afferiscono alle diverse sfere delle attività di tutela e promozione della salute, nell'intento di conseguire un livello di coordinamento interno che accresca la capacità di risposta del sistema socio-sanitario ai rinnovati bisogni di salute della collettività.

Sintetizzando le argomentazioni formulate in letteratura, si ritiene utile descrivere l'integrazione socio-sanitaria in termini di *continuum* piuttosto che di polarizzazione tra i due estremi opposti dell'integrazione e della disintegrazione organizzativa. Essa può essere

⁶⁹ Non sono da sottovalutare le argomentazioni di chi dubita dei vantaggi associabili all'integrazione, sia in termini di maggiore qualità dei servizi che di riduzione degli sprechi (Glodsmith, 1994; Shortell, 1988).

⁷⁰ È bene precisare che integrazione "socio-sanitaria" e integrazione "professionale" non coincidono l'una con l'altra. Nel primo caso, infatti, si è di fronte a formule di collaborazione tra enti che, in base a pressioni esterne e/o a dinamiche interne, combinano le proprie forze con l'obiettivo di razionalizzare la gestione e corroborare l'efficienza e l'efficacia organizzative. Nel secondo caso, viceversa, professionisti appartenenti a diverse branche di specializzazione e con un diverso *background* formativo e culturale avviano individualmente – il più delle volte spontaneamente – un rapporto di collaborazione, perseguendo l'implementazione di modelli di assistenza integrata, a prescindere dal contestuale o preesistente avvio di iniziative protese all'integrazione strutturale.

concepita quale stadio avanzato di un processo articolato, proiettato alla gestione sistemica delle attività di assistenza alla persona, le quali sono finalmente erogate in maniera coordinata allo scopo di offrire servizi tempestivi e di elevata qualità a favore dell'utenza. Il ricorso all'idea di *continuum* riduce il rischio di interpretazione dell'integrazione socio-sanitaria quale stato ideale a cui tendere, a prescindere dall'identificazione delle caratteristiche che essa debba assumere o degli strumenti su cui far leva ai fini della sua concreta implementazione. In questi termini, la costruzione di solide relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali dovrebbe essere intesa come una tappa di un processo cumulativo e iterativo, di volta in volta identificabile come punto all'interno di uno spazio continuo che vede alle sue estremità opposte strutture a legami deboli e soluzioni inter-organizzative ad elevata intensità relazionale⁷¹ (Crowson & Lowe, 1996).

Sulla scorta di tali considerazioni, è opportuno precisare che la costituzione di un sistema integrato di assistenza non implica necessariamente l'aggregazione di tutte le prestazioni socio-assistenziali all'interno di un unico pacchetto di offerta; l'integrazione socio-sanitaria, piuttosto, concerne l'armonizzazione e il coordinamento di servizi di tutela e promozione della salute che si mantengono istituzionalmente distinti, con il fine ultimo di garantire la comprensività della cura e la presa in carico globale dei pazienti, condizioni indispensabili per affrontare in maniera appropriata i bisogni di salute di lungo termine espressi da una porzione sempre più ampia della popolazione (Briggs & Garner, 2007).

L'integrazione socio-sanitaria, in questi termini, può essere sinteticamente definita come un processo in continuo divenire, che prende spunto tanto dalle peculiari esigenze di salute dell'utenza quanto dalla definizione da parte delle aziende *partner* dei propri obiettivi di efficacia ed efficienza organizzativa (Gillies, *et al.*, 1993). Essa implica la graduale istituzione di un sistema coordinato e armonioso di servizi di prevenzione e di cura, con l'obiettivo di garantire la piena accessibilità alle prestazioni di assistenza necessarie per il miglioramento dello stato di salute individuale e collettivo, abbattendo gli impatti negativi generati dalla frammentazione dell'offerta e dall'assenza di coordinamento tra i diversi *provider* (Travis, *et al.*, 2004; Zuckerman, *et al.*, 1995).

Aderendo a questa impostazione concettuale, l'integrazione socio-sanitaria può essere intesa come una particolare coniugazione empirica della teoria dei sistemi: essa

⁷¹ In questa circostanza, il richiamo ai legami deboli non deve essere inteso quale contrapposizione tra “*weak*” e “*strong*” *ties*, alla luce della celebre formulazione di Granovetter (1973). Per legami deboli, in questo contesto, si intendano legami tenui, non formalizzati in relazioni di lungo termine tra i *partner*.

postula la costituzione di una rete articolata di attori, i quali, sebbene indipendenti sotto il profilo giuridico, si riconoscono reciprocamente interdipendenti ai fini del conseguimento dei rispettivi obiettivi istituzionali (Pfeffer, 1982). La spinta ripartizione dei compiti e delle responsabilità individuali, la tensione al decentramento delle potestà decisionali e il sempre più profondo livello di specializzazione professionale giocano a favore della maturazione di competenze specialistiche all'interno di ciascun nodo del sistema di assistenza: l'istituzione di un sistema integrato di assistenza, in quest'ottica, è strumentale alla ricomposizione delle molteplici competenze specialistiche che vengono alla luce, agevolando il conseguimento di obiettivi comuni tra i *partner* tanto in termini di miglioramento della qualità del servizio che di incremento dell'efficienza gestionale (Lawrence & Lorsch, 1967).

L'integrazione socio-sanitaria, in ultima analisi, postula un modello di prestazione dei servizi alla persona diametralmente opposto rispetto alla tradizionale impostazione bio-medica. Il *focus* è spostato dalla cura della patologia alla presa in carico della persona assistita, in una prospettiva di umanizzazione del percorso di assistenza. Una tale evoluzione presuppone il superamento delle evidenti divergenze che separano i diversi ambiti di tutela e promozione della salute, frutto della propensione del sistema sanitario e di quello sociale a lavorare in parallelo, senza tener conto delle sinergie reciproche. Tra le organizzazioni sanitarie e quelle sociali, invero, si è nel tempo consolidata una netta demarcazione, che ha trovato la sua più chiara espressione nella sedimentazione di culture, linguaggi, impostazioni professionali, responsabilità e approcci operativi confliggenti (Hardy, *et al.*, 1999); tale situazione impedisce il radicamento e lo sviluppo dei rapporti collaborativi, pregiudicando sin dalle radici il successo delle iniziative di integrazione socio-sanitaria poste in essere.

3.2.3 I processi di istituzione e consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria

Quantunque la promozione dell'integrazione socio-sanitaria costituisca un tratto comune, almeno in una prospettiva strategica, a tutti i sistemi di assistenza dei Paesi sviluppati, questi ultimi si caratterizzano ancora oggi per una situazione di evidente disintegrazione tra il settore sanitario e quello sociale (Eames, 2013). Un quadro normativo disomogeneo, la presenza di consistenti barriere istituzionali e politiche, l'assenza di armonia nei criteri di allocazione delle risorse finanziarie e la progressiva emersione di culture professionali e di etiche di cura confliggenti motivano le profonde divergenze che si sono consolidate nel tempo tra i servizi di assistenza sanitaria e le prestazioni di natura

sociale, sancendo in entrambi i casi l'adozione di un'impostazione di tipo bio-medico, ispirata al monismo organizzativo e gestionale (Charns & Tewsbury, 1993).

La situazione di disintegrazione che ne deriva provoca notevoli ripercussioni tanto dal lato dell'efficacia quanto dell'efficienza delle attività di tutela e promozione della salute, come testimoniato dalla diffusa percezione di segnali di deterioramento in termini di qualità e appropriatezza delle prestazioni di cura. Sebbene l'interazione tra i diversi istituti che compongono il "sistema salute" si riveli indispensabile alla luce del rapido processo di transizione demografica e della correlata crescita del numero degli individui affetti da patologie croniche, la povertà del tessuto relazionale che interconnette le organizzazioni sociali e le aziende sanitarie non offre la possibilità di pervenire alla definizione di un percorso di assistenza comprensivo a favore del paziente. Le prestazioni di assistenza, qualsiasi sia la loro natura, sono tuttora erogate in maniera frammentata, fattispecie che determina una bassa soddisfazione dell'utenza servita e – soprattutto – il progressivo indebolimento della sostenibilità economica di lungo termine del sistema socio-sanitario (Berwick, 1991).

Riprendendo quest'ultimo punto, è opportuno evidenziare che il cosiddetto "imperativo economico" costituisce una delle ragioni prevalenti alla base della consistente legittimazione istituzionale associata alle iniziative di integrazione socio-sanitaria (Brown & McCool, 1992). Infatti, la collaborazione tra le aziende che erogano servizi di assistenza alla persona offre maggiori opportunità di risparmio, grazie al più razionale impiego delle risorse umane, tecniche e finanziarie a disposizione⁷² (Cheah, 2011; Coleman & Fox, 2004); l'integrazione socio-sanitaria, da questo punto di vista, deve essere concepita quale espressione di un approccio di cura moderno ed efficiente, inteso ad agevolare l'interazione tra gli attori che operano nelle diverse sfere della tutela e della promozione della salute, dalle cure primarie all'assistenza ospedaliera, dalle prestazioni specialistiche agli interventi di sostegno e promozione sociale (Contrandripoulos, *et al.*, 2003; Leatt, 2002; Kodner & Kyriacou, 2000). Ciò è possibile, da un lato, grazie alla maggiore appropriatezza delle cure che tale approccio garantisce e, dall'altro, in virtù del minore dispendio di risorse riconducibile a sprechi o all'incapacità di attivazione, entro i tempi e nei modi giusti, delle energie necessarie per offrire una risposta adeguata ai rinnovati bisogni di salute percepiti dall'utenza.

⁷² L'integrazione socio-sanitaria, difatti, offre la possibilità di conseguire migliori condizioni di efficienza e di efficacia organizzative attraverso l'eliminazione delle duplicazioni, l'abbattimento degli sprechi, la valorizzazione della flessibilità organizzativa e l'irrobustimento della continuità assistenziale.

Tale inquadramento concettuale è in linea con la definizione proposta dall'Ufficio Europeo per l'Integrazione dei Servizi Sanitari istituito presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui l'oggetto preminente dei processi di integrazione socio-sanitaria dovrebbe essere identificato nel coordinamento delle attività di finanziamento, organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi di assistenza, allo scopo di conseguire migliori condizioni di efficienza organizzativa a livello individuale e sistemico, una più ampia accessibilità ai servizi di cura a favore dell'utenza, l'innalzamento della qualità delle prestazioni e l'incremento della soddisfazione sia dei pazienti assistiti che dei rispettivi *caregiver* informali (Grone & Garcia-Barbero, 2002).

D'altro canto, così come non è possibile rinvenire in dottrina una definizione univoca di integrazione socio-sanitaria, anche le iniziative finalizzate alla sua concreta implementazione nella prassi presentano una forte eterogeneità (Leichsenring, 2004); si ritiene utile, in tal senso, identificare i presupposti necessari per la costituzione di proficue relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali, descrivendo i fattori che, con maggiore evidenza, ne determinano il successo, a prescindere dalla configurazione assunta di volta in volta dal rapporto nella realtà operativa (MacAdam, 2008).

In primo luogo, è bene precisare che il solo intervento normativo, diretto a incentivare l'integrazione socio-sanitaria facendo leva su strumenti di natura coercitiva, non è sufficiente a sovvertire il prevalente stato di frammentazione che si riscontra all'interno del sistema di assistenza. Lo stimolo normativo, altresì, dovrebbe essere affiancato dalla contestuale introduzione di modelli di finanziamento armonizzati, oltre che dalla progettazione di meccanismi formali e informali di collegamento orizzontale tra le aziende sanitarie e le organizzazioni sociali, in maniera tale da favorire il superamento degli ostacoli alla collaborazione derivanti dalla rigida ripartizione delle competenze istituzionali e dalle solide barriere giuridiche che ne conseguono. In tal modo, le organizzazioni che compongono il sistema di assistenza hanno la concreta possibilità di valorizzare le sinergie reciproche in un'ottica di leale collaborazione inter-istituzionale, elemento chiave ai fini della definizione di un processo di cura integrato, che risponda in maniera globale alle novellate esigenze di salute della popolazione.

Occorre puntare, inoltre, sull'introduzione di un sistema informativo comune, basato su un'infrastruttura omogenea e aperta che apra la strada a un diffuso scambio di dati e informazioni tra le organizzazioni *partner*. La tempestiva disponibilità di informazioni rilevanti, infatti, offre più ampie opportunità di adeguata pianificazione del percorso di cura e, di conseguenza, promuove il miglioramento degli *outcome* di salute

raggiungibili in seno al sistema di assistenza. Tale intervento strutturale, d'altro canto, sarebbe inutile in assenza di una radicale azione di ripensamento dei percorsi di formazione erogati ai professionisti che operano in ambito sanitario e sociale: affinché l'integrazione socio-sanitaria possa effettivamente mettere radice, è necessario puntare sull'inter-disciplinarietà professionale, incentivando l'emancipazione degli operatori dal tradizionale paradigma bio-medico e valorizzando le loro capacità relazionali.

Infine, è opportuno agire anche sull'utenza, attraverso interventi protesi alla promozione dell'alfabetizzazione sanitaria a livello individuale e collettivo (Palumbo, 2012). La diffusione di più solide competenze funzionali, critiche e sociali tra i membri della popolazione servita, infatti, è strumentale a un più agevole orientamento del paziente all'interno del sistema socio-sanitario, aspetto che concorre a migliorare le condizioni di efficacia e di efficienza delle prestazioni di cura usufruite (Nutbeam, 2000). I pazienti con adeguate competenze in ambito socio-assistenziale presentano una maggiore capacità di percepire correttamente il proprio stato di salute e di scegliere razionalmente i punti di erogazione più appropriati cui rivolgersi, massimizzando in tal modo i benefici conseguibili grazie all'istituzione di un sistema integrato di assistenza.

Focalizzando l'attenzione su aspetti più propriamente operativi, è utile considerare che le relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario potrebbero essere discriminate in ragione della loro natura "formale" o "informale"; al riguardo, è interessante notare che le seconde, di norma, sono caratterizzate da un'intensità relazionale minore rispetto alle prime. Le interazioni informali, difatti, non presumono accordi espliciti, che sanciscano in termini normativi il rispetto di procedure *standard* o di protocolli condivisi tra le organizzazioni *partner*; le relazioni formali, all'opposto, sono cristallizzate in accordi codificati, frutto ora dell'azione coercitiva di enti sovra-ordinati, ora della spontanea iniziativa degli attori interessati, i quali esplicitano volontariamente il contenuto del legame collaborativo. In virtù della loro più solida legittimazione istituzionale, le relazioni formali godono di una maggiore longevità rispetto a quelle informali, stimolando interazioni organizzative ad elevata intensità relazionale; d'altro canto, esse sono relativamente più rigide e non consentono un rapido adattamento del rapporto in presenza di contesti ambientali dinamici e non prevedibili.

Un aspetto intimamente legato alla formalizzazione della relazione inter-organizzativa è l'intensità del rapporto che lega le aziende *partner*, da intendersi in termini di maggiore o minore portata vincolante del legame collaborativo nei confronti degli attori interessati. In termini generali, è possibile assumere che le relazioni ad elevata intensità

generino vincoli di natura strategica, organizzativa e gestionale più forti a carico delle organizzazioni coinvolte nel rapporto, condizionando da un lato la loro autonomia gestionale, ma, dall'altro, creando maggiore adesione all'interazione. All'opposto, relazioni poco intense lasciano maggiore libertà di azione ai *partner*, non influenzando in misura eccessiva la loro discrezionalità manageriale, ma creando poca coesione interna. In ultima analisi, dunque, le relazioni formali tendono ad essere più intense rispetto a quelle informali, generando maggiori condizionamenti nei confronti delle organizzazioni interessate sia sotto il profilo strategico che gestionale e, di conseguenza, stimolando una più forte adesione implicita o esplicita alla relazione.

A partire dal quadro qui presentato, è possibile proporre una sistematizzazione delle più comuni formule di interazione organizzativa in ambito socio-sanitario, specificandone il contenuto in termini di formalizzazione del legame e, quale diretta conseguenza, di sua intensità nei confronti dei *partner*. Le aziende sociali e le organizzazioni sanitarie ripensano il loro tipico approccio gestionale, generalmente improntato al monismo e alla chiusura organizzativa, già nel momento in cui attivano semplici scambi di informazioni con le altre entità che operano nel loro ambiente di riferimento, presidiando ambiti analoghi o complementari di azione. Tali interazioni, a titolo meramente esemplificativo, possono avere ad oggetto *feedback* su programmi o interventi realizzati per finalità di diffusione delle *best practice*, informazioni sui casi trattati per esigenze di coordinamento amministrativo o dati relativi allo stato di salute di pazienti assistiti (Martin, *et al.*, 1983). Le interazioni finalizzate al semplice scambio di flussi informativi sottendono una formula collaborativa di tipo informale e di debole intensità: pur non impegnandosi nell'implementazione congiunta di attività di assistenza, le aziende coinvolte nel rapporto scambiano dati e informazioni utili ai fini del miglioramento delle attività di tutela e promozione della salute; nel lungo termine, tali interazioni favoriscono il riconoscimento delle reciproche interdipendenze tra gli interlocutori, creando i presupposti per la nascita di più solide relazioni inter-organizzative.

Il coordinamento e la cooperazione sono meccanismi relazionali caratterizzati da un'intensità superiore rispetto alla soluzione precedente, sebbene essi preservino una natura prevalentemente informale; se, da un lato, il coordinamento rappresenta una formula di adattamento reciproco tra i *partner*, la cooperazione prevede la costruzione di relazioni a legami deboli, dirette alla valorizzazione delle sinergie esistenti tra le organizzazioni coinvolte nel rapporto ai fini dell'erogazione di prestazioni integrate di assistenza. Nella maggior parte dei casi, le motivazioni alla base del ricorso al coordinamento o alla

cooperazione non possono essere ricondotte esclusivamente al miglioramento delle attività di assistenza, quanto anche all'acquisizione di maggiore legittimazione sociale, ovvero all'opportunità di conseguire un maggiore supporto – soprattutto di tipo finanziario – da parte degli *stakeholder* istituzionali di riferimento (Lasker, *et al.*, 2001).

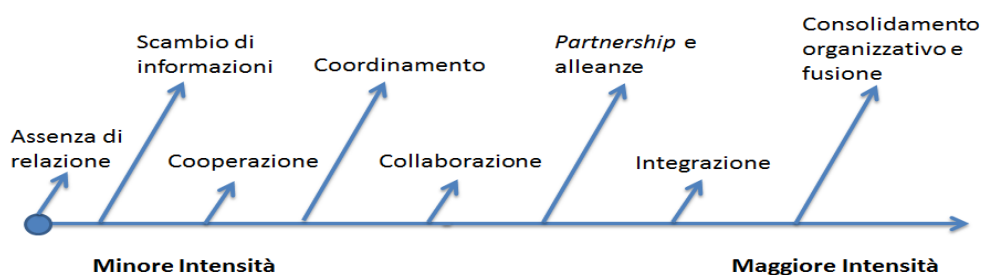
La collaborazione si distingue rispetto alle formule sin qui esposte per il suo più spiccato grado di formalismo, oltre che per la maggiore intensità del legame a essa sotteso. In tale ipotesi, infatti, le organizzazioni coinvolte nel rapporto, pur conservando la propria identità istituzionale, si impegnano in iniziative congiunte, perseguendo un obiettivo unitario in termini di *outcome* di salute da conseguire. Nello svolgimento delle rispettive funzioni, i *partner* agiscono come “pari” – vale a dire in assenza di distinzioni legate alla loro dignità istituzionale – collaborando sulla base di accordi espliciti nei quali trovano definizione gli obiettivi comuni da perseguire, le linee guida per l'erogazione coordinata dei servizi di assistenza, i meccanismi di finanziamento che alimentano il sistema integrato di assistenza e i criteri di valutazione delle prestazioni organizzative di rilievo individuale e sistemico.

Gli episodi di collaborazione, per loro natura, tendono ad autoalimentarsi nel tempo e ad assumere progressivamente maggiore intensità, stabilità e frequenza. Nell'ipotesi in cui la relazione si riveli di successo, essa entra in una fase di consolidamento, fenomeno che genera intense ripercussioni sulle dinamiche organizzative e gestionali dei singoli attori coinvolti nel rapporto. Nella maggior parte dei casi, le organizzazioni alleate si impegnano in un profondo intervento di riorganizzazione strutturale secondo una configurazione sistemica, che assume in molti casi una forma a “ombrello”: quest'ultima si caratterizza per la presenza di un'entità focale, depositaria delle funzioni di indirizzo e coordinamento della rete, cui si interfacciano gli altri nodi che operano in un rapporto di subordinazione rispetto alla prima e in costante interazione reciproca. La forte interdipendenza che si consolida tra i *partner* incentiva questi ultimi a stringere sempre più intense interazioni e a collaborare con continuità ai fini del perseguimento dei propri obiettivi organizzativi.

La formula più stabile di interazione si realizza ad esito di questo complesso processo di integrazione strutturale e culturale tra gli attori coinvolti nel rapporto: essi, sulla scorta dei legami sedimentatisi nel tempo, si impegnano nella costituzione di un sistema integrato di assistenza, operando in maniera coordinata e omogenea allo scopo di rispondere efficacemente e nella maniera più appropriata possibile alle esigenze di salute dell'utenza, traendo alimento da un sistema di finanziamento pienamente armonizzato.

La Figura 3.2 rappresenta lungo una semiretta le formule di integrazione sin qui discusse, ordinandole alla luce del livello di intensità del rapporto inter-organizzativo a esse sotteso. È possibile supporre una relazione di tipo “evolutive” tra gli approcci indicati nella rappresentazione grafica: le formule meno intense, di norma, sono attivate durante le fasi iniziali del processo di costruzione dei legami simbiotici; man mano che il rapporto si sviluppa, rivelandosi sostenibile, alle relazioni deboli si sovrappongono rapporti formalizzati, fino a pervenire, nell'ipotesi di pieno successo del rapporto inter-organizzativo, al consolidamento delle interazioni all'interno di un sistema integrato di offerta dei servizi di assistenza.

Fig. 3.2 – Modelli di integrazione socio-sanitaria secondo l'intensità del rapporto



Fonte: elaborazione dell'Autore

Le organizzazioni sociali e le aziende sanitarie, ovviamente, hanno la possibilità di impiegare contestualmente una vasta gamma di modelli cooperativi, ciascuno dei quali si caratterizza per propri pregi e difetti. La natura informale o formale di questi ultimi impatta su alcuni importanti aspetti gestionali interni alle organizzazioni. I rapporti informali, in ultima analisi, si connotano per una maggiore democraticità e, di conseguenza, per un minore impatto sulle dinamiche gestionali individuali; essi, tuttavia, scontano una minore stabilità e una più bassa intensità relazionale rispetto alle interazioni formali. Queste ultime, in maniera speculare, si caratterizzano per la presenza di una linea di comando più evidente, per una minore discrezionalità gestionale dei *partner* e per una chiara distribuzione del potere: pur creando forti vincoli a carico delle organizzazioni coinvolte nel rapporto, esse si rivelano generalmente più stabili e longeve rispetto alle relazioni informali, in quanto espressione della convinta adesione dei singoli nodi alla strategia collaborativa.

3.2.4 Le dimensioni di indagine dell'integrazione socio-sanitaria

La maggior parte della letteratura tende a focalizzare lo sguardo su aspetti parziali del processo di integrazione socio-sanitaria, con il conseguente rischio di omissione di

variabili rilevanti ai fini di una esaustiva analisi delle relazioni inter-organizzative a essa sottese. In sintesi, è possibile argomentare che una parte della dottrina abbia prestato prevalente attenzione agli aspetti “soggettivi” dell’integrazione socio-sanitaria, apprezzando le caratteristiche intrinseche dei *partner* e trascurando, d’altra parte, il contenuto delle dinamiche relazionali attivate tra essi (Ratnasingam, 2005; Zeffane, 1995); altra parte della letteratura, invece, sembra prediligere lo studio dei connotati “oggettivi” delle interazioni tra le aziende sanitarie e quelle sociali, indagando la tipologia e l’intensità dei legami intessuti tra esse, in assenza, però, di una loro contestualizzazione alla luce dell’identità delle organizzazioni coinvolte nel rapporto (Cheng, 2011; Ritter, 2000).

Per uno studio approfondito delle formule di integrazione socio-sanitaria, nondimeno, è opportuno impiegare contestualmente più lenti di indagine, perché esse consentano, nel loro insieme, di pervenire a una rappresentazione sufficientemente significativa delle caratteristiche che contraddistinguono le relazioni inter-organizzative all’interno del sistema di assistenza alla persona. Sistematizzando quanto esposto in dottrina (Kahn & Kamerman, 1992), è possibile catalogare in due classi le variabili di interesse ai fini dell’analisi delle iniziative di integrazione socio-sanitaria: da un lato, si collocano le dinamiche che concernono fenomeni “esterni” alla relazione e, dall’altro, le dinamiche “interne” a essa.

Le dimensioni esterne, in termini generali, esprimono i presupposti – prevalentemente, ma non esclusivamente, di natura istituzionale – che giustificano ovvero legittimano l’avvio di iniziative di integrazione socio-sanitaria. Tra esse, particolare rilevanza è assunta dalle caratteristiche che descrivono il quadro politico e legislativo vigente nel contesto di vita delle organizzazioni *partner*: con specifico riferimento a tale dimensione, si può assumere che un tessuto istituzionale favorevole alla cooperazione stimoli la propensione delle aziende sanitarie e delle organizzazioni sociali a partecipare ai rapporti simbiotici, soprattutto nelle ipotesi in cui le interazioni organizzative siano promosse attraverso lo stanziamento di incentivi di natura finanziaria⁷³.

A differenza di quanto si riscontra in altri comparti dell’economia, le azioni protese all’istituzione dell’integrazione socio-sanitaria sono solo in rari casi il frutto della spontanea volontà delle organizzazioni interessate a cooperare per il conseguimento di un

⁷³ Parte della dottrina (Isman, *et al.*, 2012; May, 2007; Contandriopoulos, *et al.*, 2003) ha argomentato che la promulgazione di un quadro normativo favorevole alle relazioni inter-organizzative, che preveda fonti di finanziamento aggiuntive per gli attori interessati a investire nella costruzione di rapporti collaborativi, costituisce un importante catalizzatore ai fini dell’avvio di iniziative di integrazione socio-sanitaria.

obiettivo comune; nella maggior parte delle ipotesi, invero, la strategia collaborativa è esito di uno stimolo normativo, che induce le aziende a stringere reciproci rapporti partenariali. Il quadro istituzionale di riferimento, dunque, non assume la mera funzione di ampliare lo spettro di opportunità entro cui le organizzazioni hanno la possibilità di attivarsi discrezionalmente ai fini dell'attivazione e della valorizzazione delle interdipendenze strategiche e gestionali che caratterizzano le loro attività aziendali; il più delle volte, anzi, esso è foriero di un approccio coercitivo, vincolando l'adesione alle iniziative di integrazione socio-sanitaria da parte delle entità che compongono il sistema di assistenza alla persona (Mur-Veeman, van Raak, & Paulus, 1999).

In questi termini, le istanze espresse dagli *stakeholder* esterni che partecipano alla promozione delle formule di integrazione socio-sanitaria, sia nella veste di interlocutori istituzionali che di attori in vario modo interessati alla costituzione del sistema integrato di assistenza, costituiscono un'importante dimensione esterna da analizzare per la corretta descrizione del rapporto. Più nel dettaglio, è opportuno valutare se le visioni, le pressioni e le attese dei diversi portatori di interesse siano state adeguatamente ponderate durante il percorso di costituzione della relazione e in che modo costoro siano stati coinvolti nelle fasi propedeutiche alla nascita del legame collaborativo. La partecipazione di questi ultimi, difatti, è strumentale al conseguimento di maggiore legittimazione istituzionale e, di conseguenza, all'ottenimento di un consistente supporto esterno, fattori entrambi indispensabili per il successo nel lungo termine delle iniziative di integrazione socio-sanitaria⁷⁴.

Le variabili afferenti al contesto esterno, nel cui novero rientrano, oltre agli aspetti sin qui discussi, anche le condizioni di munificenza ambientale, il livello di evoluzione tecnologica che caratterizza il contesto di vita delle organizzazioni *partner* e gli equilibri di potere tra gli *stakeholder* esterni e tra questi ultimi e le organizzazioni coinvolte nella relazione, esercitano una profonda influenza sulle dimensioni interne della relazione inter-organizzativa, a loro volta scomponibili, richiamando quanto esposto in apertura, in dinamiche "oggettive" e "soggettive". Per quanto concerne queste ultime, la peculiare natura degli attori che prendono parte al processo di integrazione rappresenta,

⁷⁴ Richiamando le argomentazioni esposte da autorevole dottrina, è possibile presumere che le strutture relazionali caratterizzate da legami deboli e di tipo informale (Granovetter, 1973) evidenzino una maggiore apertura verso gli *stakeholder* esterni, qualsiasi sia la loro natura; all'opposto, i rapporti cristallizzati sulla base di accordi formali sono caratterizzati da un significativo grado di chiusura, manifestando una chiara propensione ad attribuire rilievo agli attori focali e ai nodi del sistema rispetto agli altri portatori di interesse.

probabilmente, una delle dimensioni interne più importanti per l'analisi del rapporto collaborativo. Infatti, le organizzazioni *partner* – seppure implicitamente, in ragione del prevalente impulso coercitivo alla base delle iniziative di integrazione socio-sanitaria – costituiscono il motore per lo sviluppo nel tempo del processo di interazione strategica e operativa: non a caso, è a partire dalle esigenze gestionali di queste ultime che trovano espressione le energie necessarie ai fini della concreta attivazione della relazione inter-organizzativa, a prescindere dalla portata più o meno vincolante dello stimolo normativo esterno.

Senza pretese di esaustività, tra le variabili che consentono di pervenire in maniera più rapida alla definizione della connotazione soggettiva degli attori coinvolti nella relazione si menzionano il ruolo istituzionale associato a ciascuno di essi, le relative caratteristiche strategiche, organizzative e gestionali, il loro bacino di utenza, la tipologia dei servizi di assistenza erogati, le competenze e le specializzazioni possedute, il livello di fiducia e di credibilità maturato sulla base dei rapporti collaborativi instaurati nel passato e l'intensità di percezione del bisogno di cooperazione ai fini del conseguimento dei propri obiettivi organizzativi. Il grado di coerenza inter-organizzativa che è possibile riscontrare nella ponderazione di tali dimensioni riassume il livello di *domain consensus* tra i *partner*, uno dei determinanti più importanti alla base delle interazioni organizzative.

Analogo rilievo è assunto dall'autorità formale riconducibile a ciascuno degli attori coinvolti nella relazione; con riferimento a quest'ultimo aspetto, le formule di integrazione socio-sanitaria possono essere discriminate in relazioni “verticali” e “orizzontali”, entrambe intese alla ricombinazione delle responsabilità e delle competenze delle organizzazioni coinvolte nel rapporto intorno a interessi comuni, allo scopo di ridurre i problemi gestionali causati dalla compartimentalizzazione delle reciproche competenze istituzionali (Johri, *et al.*, 2003). Le prime, relativamente rare nella prassi, hanno ad oggetto rapporti tra attori che operano nello stesso ambiente di vita, ma si collocano su gradini diversi della medesima scala gerarchica; le seconde, invece, legano vicendevolmente attori che condividono un'identica dignità istituzionale (*peer*), ma agiscono in ambiti di competenza analoghi o complementari.

In quest'ultima ipotesi, le organizzazioni *partner* possono operare o meno in un contesto di vita analogo: qualora ciò accada, si è in presenza di relazioni “simbiotiche” tra enti che si rivolgono allo stesso bacino di utenza, a cui erogano prestazioni di assistenza integrate allo scopo di rinvigorire le condizioni di efficienza e di efficacia individuali e collettive; in caso contrario, i nodi agiscono in aree diversificate, instaurando relazioni di

natura per lo più informale allo scopo di favorire il conseguimento di obiettivi strategici in comune, tra cui la progressiva generazione di competenze distintive o l'identificazione di nuove aree di azione su cui puntare in una prospettiva futura (Cohen & Ooms, 1993).

Tra le dimensioni soggettive, infine, il *target* della relazione inter-organizzativa costituisce un importante fattore da tenere in considerazione per le finalità di analisi. Esso deve essere inteso in termini di popolazione destinataria dei servizi erogati in seno al sistema integrato di assistenza; più nel dettaglio, le variabili da apprezzare concernono, da un lato, le caratteristiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche dell'utenza complessivamente servita da parte delle entità che partecipano alla relazione, e, dall'altro, il grado di inclusione del sistema di assistenza nei confronti della popolazione assistita⁷⁵. Quanto più ampia è l'utenza destinataria delle attività di assistenza e quanto più profondo è il grado di inclusione nei suoi confronti, tanto più intenso sarà il bisogno di interazione percepito dagli attori coinvolti nella relazione (Konrad, 1996).

Una dimensione intimamente connessa alla precedente, ma di tipo oggettivo, concerne gli obiettivi della relazione inter-organizzativa. È opportuno apprezzare non semplicemente il contenuto di questi ultimi, quanto anche la loro coerenza rispetto agli obiettivi individuali riconducibili ai *partner*: più il sistema si caratterizza per la presenza di un'impostazione strategica concertata, di obiettivi strategici e gestionali coesi e di valori comuni, tanto più intenso sarà il livello di immedesimazione e di *commitment* degli attori coinvolti nel progetto di integrazione socio-sanitaria. In tali circostanze, sarà possibile ricorrere a uno spinto grado di formalizzazione del rapporto, inteso a codificare nel dettaglio i criteri di adesione delle organizzazioni al sistema integrato di assistenza.

Allo stesso modo, la dotazione tecnologica – in termini di sistema tecnico e di competenze specialistiche a disposizione degli attori coinvolti nel rapporto – rappresenta una variabile di tipo oggettivo significativa ai fini dell'analisi dell'integrazione socio-sanitaria. Un livello intenso di specializzazione professionale e tecnica all'interno delle aziende *partner*, infatti, alimenta una maggiore apertura nei confronti delle soluzioni cooperative, in quanto protese a creare una capacità di risposta integrata e, per tale motivo, tempestiva alle esigenze sempre più complesse e qualificate dell'utenza. Generalizzando, è possibile asserire che quanto più profondo risulti il livello di specializzazione delle organizzazioni che operano in ambito sociale e sanitario e, di conseguenza, più focalizzata

⁷⁵ Il grado di inclusione misura la "profondità" della rete: quanto più ampia è l'inclusività, tanto maggiori sono i servizi erogati in seno alla relazione inter-organizzativa.

in termini funzionali la dotazione di risorse tecnologiche a loro disposizione, maggiore sarà la propensione alla partecipazione in relazioni inter-organizzative, viepiù in presenza di un contesto operativo caratterizzato da crescenti dinamicità e incertezza.

Tanto le dimensioni esogene quanto quelle endogene concorrono a influenzare i connotati organizzativi e gestionali che caratterizzano le formule di integrazione socio-sanitaria poste in essere nella prassi. Tra questi ultimi, il sistema di *governance* e la correlata ripartizione dell'autorità formale tra i nodi che entrano a far parte della relazione, aspetti non meno rilevanti di quelli sin qui discussi con riferimento alle dimensioni di analisi delle relazioni inter-organizzative, sono influenzati tanto dai fattori che, dall'esterno, stimolano od ostacolano il processo di integrazione, quanto dalle variabili che, dall'interno, descrivono in termini soggettivi e oggettivi il sistema integrato di assistenza.

La necessità di ricorrere a un approccio coercitivo per favorire la nascita e lo sviluppo della relazione inter-organizzativa, la presenza di numerosi *stakeholder* esterni portatori di aspettative divergenti, l'eterogeneità strategica, organizzativa e manageriale degli attori coinvolti nel rapporto, un elevato livello di priorità attribuito dagli interlocutori istituzionali di riferimento agli obiettivi comuni rispetto a quelli individuali e la spiccata specializzazione funzionale delle competenze e delle risorse a disposizione dei singoli attori inseriti nel sistema di assistenza spingono verso un modello di *governance* gerarchico e verticistico, con l'attribuzione di un incisivo potere decisionale ad una o più entità focali, cui è conferito il compito di promuovere e coordinare in maniera univoca le interazioni tra i diversi nodi.

Nondimeno, le organizzazioni che partecipano alle iniziative di integrazione socio-sanitaria tendono a esprimere atteggiamenti opportunistici, intesi alla preservazione della propria sfera di autonomia decisionale e manageriale in seno al rapporto collaborativo. Tale impostazione induce i *partner* a manifestare un comportamento egoistico, che mal si concilia all'adesione a una relazione simbiotica; l'emersione di vincoli alla discrezionalità gestionale individuale, infatti, genera episodi di conflitto interno, ostruendo nel lungo termine la sostenibilità della strategia cooperativa. Tali contrasti potrebbero essere risolti in maniera rapida solo grazie all'intervento di un attore dotato di forte spessore istituzionale e di elevata dignità gerarchica, che sia in grado di patrocinare le interazioni tra gli attori interessati alla relazione e di ridurre a unità le volontà di questi ultimi. Tale circostanza, d'altro canto, crea i presupposti per una maggiore concentrazione del potere, situazione che si oppone alle istanze dei singoli nodi, creando i presupposti per ulteriori diatribe che fanno vacillare la stabilità della relazione.

In ogni caso, il modello di *governance* adottato impatta su altre due dimensioni utili per l'analisi del rapporto collaborativo: i meccanismi di finanziamento e gli strumenti di pianificazione che garantiscono il coordinamento tra i *partner*. Sotto il primo punto di vista, è opportuno identificare quali e quante risorse possano essere effettivamente attivate allo scopo di alimentare le attività svolte all'interno della rete, specificandone la provenienza: quanto più le risorse siano aggregate in un *pool* omogeneo – e, per tale motivo, quanto più esse siano distratte da una destinazione vincolata in termini funzionali secondo quanto previsto dai tradizionali criteri di derivazione burocratica – tanto più intenso potrà essere il legame tra le organizzazioni coinvolte nella relazione.

Per quanto concerne gli strumenti di pianificazione, essi hanno ad oggetto i parametri sulla base dei quali gli attori focali assumono le decisioni in merito alla definizione dei bisogni da soddisfare e all'allocazione ottimale delle risorse disponibili tra i nodi della rete. Mentre le reti a legami deboli richiedono, per il loro buon andamento, una dispersione del potere decisionale e un'ampia concertazione tra gli attori coinvolti, le reti a legami forti, di norma più comuni delle precedenti in ambito socio-sanitario, necessitano di una struttura decisionale verticistica e del riconoscimento di un forte prestigio istituzionale in capo all'organizzazione focale, a cui è attribuito il compito di coordinare centralmente le attività svolte dai singoli nodi e di monitorare i risultati da essi conseguiti.

Volgendo lo sguardo agli aspetti gestionali, è opportuno considerare le peculiari caratteristiche operative del sistema di erogazione dei servizi di assistenza; esse, infatti, consentono di capire in che modo la ripartizione delle responsabilità e delle competenze si riflette sullo svolgimento dei compiti attribuiti a ciascuno degli attori coinvolti nella relazione, sul modo in cui le relazioni sono implementate e gestite nella realtà operativa e sull'attivazione dei flussi di risorse necessari, sia in termini funzionali che spaziali, per il buon esito del processo di integrazione. Tra le dimensioni di maggior interesse sotto questo punto di vista, è opportuno annoverare:

- i criteri di raccolta e di dispacciamento dei flussi informativi che collegano i nodi coinvolti nella relazione inter-organizzativa;
- gli approcci di gestione integrata delle risorse umane che afferiscono alle diverse organizzazioni *partner*, con particolare riferimento alle leve di formazione, indottrinamento, valutazione e valorizzazione delle prestazioni, allo scopo di promuovere la graduale formazione di una visione sistemica tra le aziende che prendono parte al rapporto collaborativo;

- la creazione di appropriati collegamenti orizzontali tra le organizzazioni *partner*, soprattutto se localizzate in contesti distanti in termini geografici, protesi ad agevolare il trasferimento di risorse tra queste ultime;
- infine, l'introduzione di modelli sistemici di *case management*, orientati allo sviluppo di una capacità di risposta globale e comprensiva ai bisogni di assistenza espressi dalla popolazione servita.

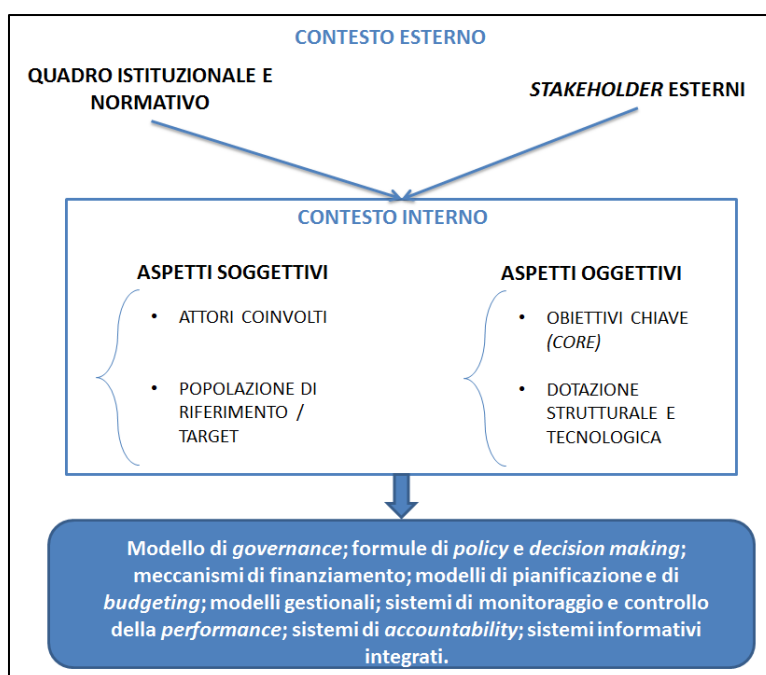
Un'ultima dimensione rilevante per le finalità analitiche concerne i sistemi di *accountability*, sia individuale che di gruppo: se, da un lato, la definizione dei traguardi da raggiungere in seno al sistema di attori è indispensabile per la creazione di uno "spirito di corpo" tra i *partner*, dall'altro lato, la puntuale e tempestiva misurazione dei risultati conseguiti rispetto alle attese interne ed esterne offre la possibilità di promuovere nel tempo il *commitment* alla strategia cooperativa. È opportuno, al riguardo, pervenire a una chiara identificazione delle metriche – vale a dire delle modalità di rilevazione dei risultati attesi – delle cadenze temporali con cui effettuare le attività di monitoraggio e di *reporting*, nonché degli strumenti di incentivazione da impiegare per accrescere l'adesione dei nodi alla relazione inter-organizzativa.

Sistematizzando quanto esposto sino a questo punto, è possibile fornire una rappresentazione grafica delle variabili rilevanti per le esigenze di analisi delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario, riportata in Figura 3.3. La cornice istituzionale e gli *stakeholder* di riferimento costituiscono la fonte più significativa delle variabili che descrivono il contesto esterno in cui si insedia il rapporto cooperativo; le variabili endogene esprimono una profonda influenza, sia diretta che indiretta, sugli aspetti che afferiscono al contesto interno della relazione inter-organizzativa. Questi ultimi, a loro volta, possono essere analizzati ricorrendo a dimensioni "soggettive", vale a dire agli attributi che identificano gli attori coinvolti nella relazione e i connotati della popolazione destinataria delle attività di assistenza erogate, e a variabili "oggettive", sintetizzabili da un lato negli obiettivi istituzionali, strategici e gestionali alla base della relazione e, dall'altro, nella specifica dotazione tecnologica a disposizione dei *partner*.

Le dinamiche interne ed esterne esercitano una consistente influenza sui connotati strutturali e gestionali delle formule di integrazione socio-sanitaria effettivamente implementate; questi ultimi trovano espressione nel modello di *governance* adottato per la gestione integrata del sistema di assistenza, nella ripartizione del potere decisionale tra i *partner*, nei sistemi di finanziamento progettati per la raccolta e l'allocazione delle risorse economiche e finanziarie a disposizione, nei modelli di pianificazione delle attività svolte,

nei sistemi di monitoraggio e controllo dei risultati conseguiti, nonché negli strumenti di *accountability* individuale e collettiva. Per quanto concerne più nello specifico quest'ultima dimensione, è necessario garantire che la valutazione delle *performance*, sia a livello individuale che sistemico, sia basata su dati provenienti da sistemi informativi integrati, che alimentino tutti i nodi del *network* con informazioni omogenee, dirette al miglioramento continuo delle prestazioni. In tal modo, è possibile favorire lo scambio delle esperienze e la reciproca fertilizzazione delle conoscenze e delle competenze tra i *partner*, creando i presupposti per il continuo consolidamento della relazione nel tempo.

Fig. 3.3 – Dimensioni dell'integrazione socio-sanitaria



Fonte: elaborazione dell'Autore

3.2.5 Brevi note riepilogative

L'integrazione socio-sanitaria dovrebbe essere analizzata secondo una prospettiva dinamica, coerente alla sua natura di processo evolutivo proteso alla costituzione di un sistema di cure integrato e orientato al paziente. Essa non implica affatto la riunione sotto un unico tetto di tutti i servizi di assistenza alla persona, quale esito di un'inestricabile congiunzione delle diverse anime che compongono il sistema di tutela e promozione della salute. L'eterogeneità tra le aziende sanitarie e le organizzazioni sociali, altresì, non dovrebbe essere eliminata né attenuata, costituendo un ingrediente indispensabile nella ricetta che conduce a condizioni di maggiore efficienza, efficacia ed economicità del sistema socio-sanitario, in ragione dei vantaggi in termini di specializzazione e di economie di apprendimento che essa offre.

L'istituzione di un sistema integrato di assistenza rappresenta un approccio organizzativo adatto nell'attuale fase storica, caratterizzata dalla diffusione delle patologie croniche e foriera sia di complessità che di ingenti oneri per le organizzazioni che operano al servizio delle persone con disagi di natura fisica, psichica o sociale. L'integrazione socio-sanitaria pone le condizioni per una maggiore razionalità della spesa e un incremento dell'efficienza organizzativa, contribuendo all'abbattimento delle prestazioni improprie e, di conseguenza, alla riduzione degli sprechi. In aggiunta, la strategia cooperativa promuove il miglioramento della qualità del processo di assistenza e l'erogazione di un servizio di cura più appropriato rispetto ai bisogni di salute espressi dalla popolazione servita, con una conseguente maggiore soddisfazione dell'utenza (Institute of Medicine, 2001).

Nell'intento di promuovere la nascita e lo sviluppo di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario, è opportuno intervenire contestualmente sia su dinamiche di rilievo istituzionale che su aspetti di natura strategica, strutturale e gestionale inerenti ai singoli attori *partner*, nella consapevolezza che, seppur strettamente interdipendenti sotto il profilo operativo, gli ambiti di competenza di questi ultimi ricadono in domini funzionali tradizionalmente separati e difficili da scardinare. La creazione di un *framework* normativo favorevole alla collaborazione, la definizione di un quadro strategico integrato che coinvolga tutti gli attori inseriti nella rete di assistenza, la predisposizione di un sistema di finanziamento omogeneo che copra *in toto* le attività di tutela e promozione della salute e la definizione di un'architettura organizzativa sistemica che generi connettività, allineamento e coordinamento tra le organizzazioni operanti nel settore sociale e in quello sanitario sono, in questi termini, azioni imprescindibili per l'implementazione dell'integrazione socio-sanitaria.

Tanto il legislatore quanto i *policy maker* dispongono di diversi strumenti per alimentare la propensione all'integrazione delle organizzazioni sanitarie e delle aziende sociali. In particolare, essi possono stimolare lo spirito di interazione attraverso il riallineamento a livello giuridico delle responsabilità di erogazione dei servizi delle organizzazioni sanitarie e sociali, puntando sulla programmazione congiunta e sulla definizione di *budget* integrati, nonché creando finestre inter-istituzionali per la formazione di alleanze di carattere strategico e operativo. Gli interlocutori istituzionali, inoltre, hanno il compito di creare le condizioni ambientali favorevoli alla nascita dei rapporti di cooperazione, in assenza delle quali l'inerzia organizzativa produrrebbe una resistenza difficile da sovvertire di fronte alle iniziative intese all'integrazione socio-sanitaria.

È opportuno attribuire ampio rilievo alle dinamiche che riguardano le fonti di finanziamento e l'allocazione delle risorse a sostegno degli attori che decidano di impegnarsi nell'implementazione delle iniziative di integrazione socio-sanitaria. L'eterogeneità dei canali da cui provengono le risorse allocate per le finalità di tutela e promozione della salute, infatti, consolida le divaricazioni istituzionali, strutturali e culturali esistenti tra le organizzazioni sociali e sanitarie, svilendo le pretese di interazione tanto nell'ipotesi in cui queste ultime siano espressione della spontanea volontà dei nodi, quanto qualora esse siano imposte in maniera coercitiva da entità sovra-ordinate. L'istituzione di fondi integrati per il finanziamento delle attività socio-assistenziali, in questi termini, rappresenta un intervento essenziale per stimolare la nascita delle relazioni inter-organizzative; in termini analoghi, l'introduzione di sistemi di allocazione delle risorse disponibili basati su quote capitarie e parametrati ai bisogni di assistenza effettivamente percepiti dalla popolazione servita rappresenta una strategia determinante ai fini del successo delle iniziative di integrazione socio-sanitaria.

Accanto agli aspetti sin qui menzionati, fattori di tipo amministrativo impattano in misura significativa sulle probabilità di successo dei rapporti di collaborazione in ambito socio-sanitario. In un contesto segnato dalla crescente specializzazione organizzativa, l'implementazione di adeguati sistemi di pianificazione improntati alla concertazione e al lavoro in rete, così come l'introduzione di approcci di valutazione integrata e multi-dimensionale dei bisogni assistenziali espressi dall'utenza rappresentano condizioni imprescindibili per la costituzione di rapporti collaborativi duraturi. L'integrazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale, in aggiunta, richiede l'introduzione di processi decisionali armonici, con l'intento di creare equilibrio tra responsabilità istituzionali che ricadono nella sfera di competenza di diverse articolazioni del sistema di assistenza. Sotto questo punto di vista, si ritiene utile attribuire un ruolo di supervisione e controllo a un attore focale, che dovrebbe preoccuparsi di patrocinare e promuovere il coordinamento tra i nodi in termini non solo organizzativi e gestionali, ma anche politici e istituzionali. L'attore focale, in sostanza, dovrebbe lavorare ai confini dei diversi attori coinvolti nella relazione, promuovendo a tutti i livelli l'adesione al sistema integrato di assistenza.

Sotto un profilo più propriamente gestionale, l'introduzione di un sistema informativo integrato, la promozione di modelli di *case management* o *care management* e la valorizzazione della figura dei *team* di lavoro multi-disciplinari e inter-disciplinari rappresentano interventi puntuali necessari per creare un terreno fertile ai fini della progressiva sedimentazione di formule di integrazione socio-sanitaria. In termini del tutto

analoghi, la definizione di protocolli di cura comuni che valorizzino l'interazione tra due o più organizzazioni, la sperimentazione di procedure di controllo e di valutazione condivise tra le diverse sfere di assistenza alla persona, la realizzazione di attività di monitoraggio continuo degli esiti delle attività assistenziali a livello sistemico e l'implementazione di sistemi unitari di supporto alle decisioni del sistema di assistenza costituiscono aspetti fondamentali per agevolare l'istituzione di formule di integrazione socio-sanitaria sostenibili nel lungo termine.

3.3 L'implementazione delle iniziative di integrazione socio-sanitaria

3.3.1 Le motivazioni alla base dell'integrazione socio-sanitaria

Come si può agevolmente intuire dal quadro sin qui esposto, il concetto di integrazione socio-sanitaria è di diffuso impiego sia in letteratura che nella prassi (Ahgren, 2010; Goodwin, 2008; Howarth & Haigh, 2007; Tjerbo & Kjekshus, 2005; Melin & Granath, 2004; Kodner, 2002): la costituzione di relazioni inter-organizzative, invero, è intesa quale componente chiave di una radicale strategia di riassetto del sistema di assistenza, intrapresa con vari approcci ed esiti nella maggior parte dei Paesi europei ed *extra*-europei in una prospettiva di umanizzazione delle cure e di valorizzazione del territorio quale *setting* privilegiato per rispondere ai rinnovati bisogni di salute della popolazione servita (Antunes & Moreira, 2011; Minkman, 2011; Reed, *et al.*, 2005; Johri, Beland, & Bergman, 2003; van Raak, *et al.*, 2003; Kodner & Kyriacou, 2000).

Il *focus*, in termini generali, è concentrato sull'obiettivo di attivare proficue sinergie di tipo strategico, organizzativo e gestionale tra le aziende sanitarie e gli istituti che operano in ambito sociale, allo scopo ultimo di incrementare le *performance* globali del sistema di tutela e promozione della salute e di rinvigorire la sua sostenibilità nel lungo termine. In questa prospettiva, l'OMS ha formalmente riconosciuto il valore aggiunto che le iniziative di integrazione socio-sanitaria sono in grado di esprimere in sede di riorganizzazione delle attività di assistenza alla persona: gli approcci di presa in carico globale del paziente sono finalmente concepiti quali componenti chiave di un rinnovato modello di cura, finalizzato all'incremento dell'appropriatezza delle prestazioni e, di riflesso, al miglioramento degli *outcome* di salute complessivamente conseguiti in seno alla popolazione di riferimento (Grone & Garcia-Barbero, 2001).

Non è opportuno omettere, tuttavia, che le relazioni inter-organizzative sono esito di un processo complesso, richiedendo un prolungato periodo di gestazione e la profusione

di ingenti sforzi da parte degli attori direttamente o indirettamente coinvolti al loro interno. In questa sede, pertanto, si ritiene utile identificare le motivazioni che, in termini generali, si collocano alla base del più ampio ricorso alle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario, guardando sia al lato dell'offerta che a quello della domanda nel tentativo di specificare quali siano le condizioni che incentivano o meno la nascita di legami collaborativi tra i gli attori inseriti all'interno del sistema di assistenza.

Adottando il punto di vista dell'offerta, la progressiva introduzione di nuove tecnologie e, in particolare, il più ampio ricorso alle *Information and Communication Technology* (ICT), in concomitanza alle intense pressioni economiche e finanziarie a carico degli enti pubblici – tuttora preposti in larga parte al finanziamento delle prestazioni socio-assistenziali – possono essere identificate come le forze che incentivano in misura più incisiva l'adesione a strategie simbiotiche, considerate particolarmente adatte in un contesto caratterizzato da crescenti instabilità e ostilità (Edwards & Harrison, 1999). Da un lato, la pervasività delle ICT e le maggiori opportunità di inter-operabilità tra sistemi informativi separati favoriscono la specializzazione funzionale e, di conseguenza, alimentano la propensione alla cooperazione inter-istituzionale; dall'altro lato, le condizioni di ristrettezza finanziaria rinsaldano le interdipendenze generiche tra le aziende sanitarie e le organizzazioni sociali, spronandole alla costituzione di legami simbiotici per affrontare al meglio un ambiente esterno meno munifico rispetto al passato.

Con riferimento all'offerta delle prestazioni di assistenza, inoltre, è opportuno precisare che una parte prevalente della letteratura condivide la riflessione secondo cui non sia possibile conseguire un reale miglioramento in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza del sistema socio-sanitario attraverso la mera implementazione di interventi puntuali, diretti ad arricchire l'offerta dei servizi di assistenza, snellire le procedure cliniche ovvero accrescere la dotazione tecnologica a disposizione di singole aziende che operano ai fini della tutela e della promozione della salute (Institute of Medicine, 2001). Per predisporre le condizioni necessarie all'implementazione di un sistema di assistenza puntuale, efficiente, efficace, equo e orientato al paziente, piuttosto, è necessario promuovere un'equilibrata interazione tra le diverse parti che lo compongono, senza attenuare le rispettive specializzazioni, sia che esse afferiscano al settore sociale o a quello sanitario. In tal modo, infatti, è possibile enfatizzare le sinergie rinvenibili tra i vari ambiti di assistenza, ridurre le duplicazioni, eliminare le omissioni e, in ultima analisi, conseguire condizioni di *cost-effectiveness* preservabili nel lungo termine (Grone & Garcia-Barbero, 2002).

Per quanto concerne la domanda dei servizi di assistenza, il già menzionato fenomeno di transizione demografica, cui si correlano considerevoli mutamenti di stampo epidemiologico e sociale, nonché la maggiore consapevolezza degli utenti in merito ai propri diritti in termini di tutela e promozione della salute sollecitano le organizzazioni sociali e sanitarie a rivisitare i paradigmi strategici e gestionali tradizionali, rivalutando la costituzione di reciproci legami di collaborazione quale opzione non più rinviabile, intesa al conseguimento di condizioni di maggiore appropriatezza rispetto alle più qualificate e variegata istanze dell'utenza. Tale situazione implica l'attribuzione di una forte legittimazione istituzionale a favore delle relazioni inter-organizzative, generalmente ritenute adatte a rinvigorire la sostenibilità economica e finanziaria degli istituti *partner* senza alterarne la capacità di risposta ai bisogni dell'utenza (Saltman, *et al.*, 1998).

Alla luce della complessità associata alla sua implementazione e delle resistenze esplicitamente o implicitamente espresse nei suoi confronti, per conseguire un livello ottimale di integrazione socio-sanitaria occorre intervenire in maniera radicale sugli approcci manageriali sedimentatisi all'interno delle entità interessate alla costituzione delle relazioni inter-organizzative. Più nel dettaglio, è opportuno rivisitare in una prospettiva sistemica i parametri di allocazione delle risorse economiche e finanziarie che alimentano le attività svolte dalle organizzazioni sociali e sanitarie, incentivare la realizzazione di programmi e di progetti comuni tra queste ultime, ridefinire i loro compiti istituzionali e le responsabilità a essi connessi secondo un'ottica di rete, patrocinare la formulazione di protocolli e di linee guida condivisi che agevolino i rapporti inter-organizzativi e, infine, favorire uno sviluppo professionale di tipo inter-disciplinare delle risorse umane che operano all'interno dei diversi nodi della rete integrata di assistenza.

L'attivazione di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario, in questi termini, implica profonde ripercussioni sui meccanismi operativi che regolano la gestione delle attività poste in essere sia all'interno delle aziende *partner* che ai loro confini. Infatti, le organizzazioni sanitarie e gli istituti sociali, nella loro veste di burocrazie professionali, hanno tipicamente privilegiato il meccanismo di coordinamento della standardizzazione delle competenze (Mintzberg, 1996), in quanto considerato appropriato di fronte alle condizioni di contestuale complessità e stabilità del loro ambiente di riferimento⁷⁶. Il

⁷⁶ I meccanismi di coordinamento proposti da Henry Mintzberg (1996) sono la supervisione diretta, l'adattamento reciproco e la standardizzazione. Quest'ultima può essere attuata in diversi modi, ossia attraverso la *routinizzazione* dei processi produttivi, la formalizzazione delle competenze e delle conoscenze che gli operatori devono possedere per entrare a fare parte dell'organizzazione, ovvero la definizione *a priori*

vantaggio che deriva da tale meccanismo di coordinamento è rappresentato dalle opportunità di coordinamento quasi automatico che esso offre; allo stesso tempo, tuttavia, la formalizzazione degli *input* determina lo svantaggio di imprigionare l'azienda all'interno di schemi comportamentali troppo rigidi, che causano inerzia e resistenza al cambiamento. La puntuale progettazione "a tavolino" delle competenze e delle conoscenze da impiegare ai fini del processo produttivo, in aggiunta, è foriera di duplicazioni, incomprensioni ed errori se applicata in assenza di correttivi alle attività di assistenza alla persona; infine, essa implica lo smarrimento della visione globale del beneficiario della prestazione quale persona, riducendolo a mero oggetto passivo dell'atto medico. Un tale approccio di cura si abbatte negativamente sull'abilità del sistema di assistenza di rispondere in maniera appropriata e tempestiva ai sempre più complessi bisogni di salute espressi dall'utenza, causando insoddisfazione e, quale diretta conseguenza, indebolimento della legittimazione istituzionale delle organizzazioni che erogano le prestazioni di assistenza (Hvinden, 1994).

L'esigenza di pervenire all'attivazione di percorsi di cura disegnati a partire dalle reali esigenze del paziente assistito piuttosto che dalle caratteristiche del sistema di offerta e, di conseguenza, connotati da maggiore appropriatezza e continuità delle prestazioni a essi associate, induce al superamento del modello di coordinamento basato sulla standardizzazione degli *input* del processo erogativo. In un contesto caratterizzato non solo da complessità crescente, ma anche da una dinamicità sempre più intensa, la tradizionale concezione del trattamento sanitario quale intervento razionale che, sulla base della rilevazione asettica dei bisogni e delle esigenze dell'utente, giunge alla classificazione della patologia in categorie pre-codificate e alla definizione di un trattamento *standard* da implementare, non può essere ritenuto al passo coi tempi. Si osserva, piuttosto, una rapida transizione verso un modello di cura improntato alla collaborazione e alla cooperazione inter-professionale, in virtù del quale i diversi attori che partecipano al processo di assistenza interagiscono e scambiano reciprocamente informazioni e risorse, predisponendo una prestazione *ad hoc* per ogni specifico caso affrontato.

In questa prospettiva, si avverte chiaramente il bisogno di conseguire un maggiore equilibrio tra le organizzazioni che contribuiscono al funzionamento del sistema socio-sanitario nazionale (Axelsson & Axelsson, 2006), superando il ruolo di dominanza

degli obiettivi che si intende conseguire attraverso l'agire organizzativo. Di norma, le aziende impiegano una combinazione equilibrata degli strumenti di coordinamento: la specifica natura dell'attività svolta e le peculiari caratteristiche del contesto di azione, nondimeno, incidono sulla propensione a privilegiare l'impiego ora dell'uno, ora dell'altro tra i meccanismi sopra elencati.

rivestito dalle organizzazioni sanitarie e, in particolar modo, dalle aziende ospedaliere, strutture focali secondo il tradizionale paradigma di ispirazione bio-medica. Occorre superare, in questi termini, gli ostacoli di natura istituzionale e le barriere culturali che si frappongono all'attivazione di relazioni cooperative tra gli attori che compongono la rete di assistenza alla persona, creando le condizioni favorevoli all'implementazione di un approccio di cura effettivamente improntato alla presa in carico globale del paziente e alla gestione comprensiva dei bisogni di natura sanitaria e sociale da quest'ultimo espressi (Mintzberg & Glouberman, 1997).

3.3.2 Le "regole empiriche" dell'integrazione socio-sanitaria

Il processo di integrazione socio-sanitaria può essere interpretato come una peculiare applicazione in termini pratici della proprietà olistica, secondo cui "il tutto vale più della somma delle singole parti che lo compongono" (Kodner & Spreuwenberg, 2002). In un periodo caratterizzato dalla ristrettezza delle risorse a disposizione e dall'incremento dei bisogni di salute della popolazione servita, le relazioni inter-organizzative si rivelano indispensabili per incrementare la qualità delle prestazioni socio-assistenziali, conseguire una maggiore equità nell'accesso alla cura e, in ultima analisi, accrescere il livello di soddisfazione dell'utenza servita.

L'integrazione socio-sanitaria, in effetti, consente di risolvere alcuni problemi tipici dei sistemi di assistenza alla persona configurati secondo il paradigma bio-medico tradizionale, tra cui l'assenza di coordinamento tra le entità che operano al loro interno, l'omissione di bisogni di salute che ricadono negli interstizi di due o più aree di competenza e l'inopportuna incidenza di oneri gestionali su attori che non dispongono individualmente delle risorse tecniche, economiche e professionali adeguate per affrontare in maniera appropriata richieste di assistenza complesse (Davies, 1995).

È concreto, nondimeno, il pericolo che le strategie collaborative assumano la reputazione di panacea a tutti i mali del sistema socio-sanitario (Goodwin, 2008; Lloyd & Wait, 2006), assurgendo a moda manageriale il cui impatto in sede di implementazione potrebbe rivelarsi effimero, a causa della scarsa coerenza degli interventi realizzati rispetto alle esigenze delle organizzazioni coinvolte o alle aspettative degli *stakeholder* esterni (Marmor, 2002). Non è detto, inoltre, che le caratteristiche del contesto ambientale in cui le relazioni inter-organizzative trovano implementazione garantiscano effettivamente il pieno conseguimento dei benefici che sono a esse associate dalla letteratura o dai *practitioner*.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, è opportuno identificare quali contingenze ambientali favoriscano il radicamento di proficue relazioni inter-organizzative tra le aziende sanitarie e gli istituti sociali (Ferlie & Pettigrew, 1996). Come più volte argomentato, le condizioni di incertezza e dinamicità ambientale rendono inadeguati gli approcci *manageriali* improntati allo stile burocratico, incentivando piuttosto la costituzione di rapporti simbiotici. In tali circostanze, infatti, il formalismo e l'individualismo organizzativo genererebbero inerzia e rigidità strutturale, impedendo l'adattamento delle aziende alla variabilità ambientale; come sancito dalla legge della *requisite variety* (Ashby, 1958), alla dinamicità del contesto esterno si dovrebbe rispondere con maggiore flessibilità organizzativa, valorizzando la capacità individuale di preservare condizioni di equilibrio dinamico all'interno di un ambiente altamente perturbato.

L'intento di accrescere l'agilità organizzativa e il correlato bisogno di rinvigorire la dotazione di capitale intellettuale e sociale per assorbire la dinamicità ambientale, dunque, rappresentano importanti fattori propulsivi alla nascita di relazioni inter-organizzative. Il processo di integrazione socio-sanitaria, in questa prospettiva, è finalizzato alla costituzione di un sistema di assistenza armonioso, proteso a garantire la continuità della cura e la promozione dell'assistenza territoriale nell'intento precipuo di fornire una risposta quanto più rapida e appropriata possibile alle rinnovate esigenze di salute percepite dall'utenza. In questo contesto, per "continuità della cura" deve intendersi un percorso di assistenza che si protrae nel tempo e nello spazio, collocandosi a cavallo tra la componente sanitaria e quella sociale, nonché modulato alla luce dei peculiari bisogni di salute esplicitamente o implicitamente espressi dal paziente.

L'intento di valorizzare le formule di assistenza territoriale è espressione di una preferenza ontologica per l'erogazione di processi di presa in carico della persona piuttosto che di semplice cura della patologia. I primi, infatti, si realizzano all'interno della comunità di appartenenza dell'individuo – preferibilmente presso il suo contesto di vita quotidiano – evitando in tal modo fenomeni di istituzionalizzazione della persona assistita, che potrebbero esercitare impatti negativi sul suo stato di salute. Il processo di presa in carico del paziente, dunque, richiede il passaggio dal modello bio-medico tradizionale ("*to cure*") a un approccio di tipo bio-psico-sociale ("*to care*"), in un'ottica di transizione dalla focalizzazione sul trattamento clinico della malattia alla promozione del benessere globale della persona (Hollander & Prince, 2002): l'evoluzione concettuale che ne consegue si rivela coerente con le nuove caratteristiche della domanda, cui sono ricondotti bisogni di abilitazione (*enablement*) piuttosto che di semplice tutela della salute.

Sulla base di un'approfondita analisi empirica delle esperienze di integrazione socio-sanitaria implementate nei Paesi europei e negli Stati Uniti d'America, vi è chi ha proposto delle regole pratiche intese a descrivere in termini normativi il processo di costituzione e sviluppo delle relazioni collaborative tra le aziende sanitarie e le organizzazioni sociali (Leutz, 1999; Leutz, 2005). In primo luogo, si evidenzia l'impossibilità di conseguire una formula definitiva di integrazione socio-sanitaria, che trovi espressione nell'aggregazione dell'intero spettro dei servizi di natura socio-assistenziale all'interno di un unico contenitore. In alcune ipotesi, infatti, il processo di integrazione può implicare la sintesi dei soli servizi destinati a specifiche classi di utenza, le quali esprimono bisogni di salute complessi e multi-dimensionali, ma omogenei; in altri casi, esso presuppone il coordinamento di servizi di assistenza genericamente complementari, aventi natura sia sanitaria che sociale, allo scopo di pervenire alla formulazione di percorsi di cura integrati che consentano di superare la frammentazione generata dalla rigida ripartizione delle competenze istituzionali. In nessuna circostanza, tuttavia, è possibile – e tantomeno utile – giungere a un'irrisolvibile amalgama dell'intera gamma dei servizi di tutela e promozione della salute offerti dal sistema socio-sanitario nel suo complesso.

Come regola generale, in questi termini, è necessario definire in maniera precisa i destinatari delle prestazioni oggetto di integrazione e, allo stesso tempo, identificare con premura le finalità perseguite attraverso la costituzione delle relazioni inter-organizzative, pianificando di conseguenza gli interventi da realizzare per conseguire più elevati livelli di qualità e di efficienza nelle attività di presa in carico dei pazienti. Più nel dettaglio, ai fini del corretto avvio del processo di integrazione occorre prendere in considerazione la natura dei bisogni da soddisfare, le caratteristiche di questi ultimi in termini di intensità, durata e urgenza, la capacità e la propensione da parte dei pazienti a partecipare attivamente al processo di cura, gli impatti economici, sociali, sanitari e gestionali riconducibili all'attivazione delle relazioni inter-organizzative, nonché le opportunità di integrazione dei sistemi informativi adottati dalle singole aziende coinvolte.

Le formule di integrazione, ovviamente, variano in considerazione dell'intensità delle relazioni che si instaurano tra gli attori che aderiscono al rapporto. Nel caso in cui quest'ultimo implichi un numero relativamente basso di interazioni, aventi contenuto prevalentemente informale, tra gli attori si interpone un mero meccanismo di collegamento orizzontale (*linkage*), che non esplica forti ripercussioni sotto il profilo strutturale e gestionale nei confronti dei *partner*. Nell'ipotesi in cui il rapporto si rinvigorisca, assumendo connotazioni di natura formale, esso evolve verso formule di coordinamento

organizzativo più stabili, in virtù delle quali un'organizzazione focale, identificata quale nodo di riferimento per la rete di attori, assume le redini del sistema di assistenza, indirizzando e motivando gli altri nodi nella pianificazione e nella realizzazione di progetti comuni (*coordination*). Il livello più intenso di interazione si realizza con la piena integrazione strategica e gestionale tra i *partner*, in ragione della quale le risorse e le competenze di questi ultimi sono riunite sotto un solo tetto (*integration*), che mette in collegamento le specializzazioni di volta in volta necessarie per fornire una risposta appropriata alle istanze dell'utenza (Leutz, 1999).

In ogni caso, la costruzione dei legami inter-organizzativi impone ai *partner* ingenti sacrifici, di natura sia monetaria che non, i quali, di norma, si manifestano prima che la relazione generi percepibili benefici a livello individuale o sistemico. Come regola generale, dunque, si osserva che i vantaggi riconducibili all'attivazione delle relazioni simbiotiche si risolvono in mere aspettative per il futuro, mentre gli oneri da sostenere sono immediati; questi ultimi, inoltre, difficilmente possono essere attenuati nella loro portata. Ai fini della loro ponderazione, è utile identificare quattro tipologie di costi, legati sia alle attività di istituzione che di implementazione dell'integrazione socio-sanitaria.

Le due voci più significative sono le spese infrastrutturali e gli oneri per attività operative, le prime necessarie per la realizzazione della piattaforma architeturale e informativa su cui si regge l'interazione, le seconde strumentali al regolare funzionamento di quest'ultima. A esse bisogna aggiungere alcuni oneri impliciti, come il costo-opportunità sostenuto per la creazione delle condizioni istituzionali e amministrative favorevoli all'attivazione della *partnership*, tra cui l'integrazione delle fonti di finanziamento e delle attività di pianificazione e programmazione, precedentemente controllate dai singoli nodi. Infine, le organizzazioni *partner* sono chiamate ad accollarsi consistenti oneri di avviamento, necessari per incentivare la concreta attivazione del rapporto inter-organizzativo e l'adesione di tutti gli attori alla strategia cooperativa.

È bene considerare che l'integrazione di una parte del sistema di assistenza comporta spesso la contestuale disintegrazione di un'altra parte di esso. La costituzione di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario, di fatti, riflette le esigenze espresse da parte dei promotori interni ed esterni alla rete, i quali, d'altro canto, potrebbero omettere le istanze provenienti da altre entità, siano esse coinvolte o meno nella relazione. Gli specifici interessi di queste ultime, pertanto, potrebbero non trovare riconoscimento e supporto durante il processo di pianificazione e attivazione del rapporto, fattispecie che implica l'emersione di inevitabili condizioni di conflitto e frammentazione.

Alla luce di tali considerazioni, si potrebbe desumere un'ulteriore regola empirica: non è desiderabile procedere all'integrazione di entità che appartengono a contesti distanti sotto il profilo funzionale e culturale e che, di conseguenza, presentano caratteristiche strategiche, organizzative e gestionali potenzialmente confliggenti. In tale ipotesi, infatti, il processo di integrazione richiederebbe un propedeutico processo di negoziazione e di mediazione lungo e faticoso, conducendo in ogni caso a situazioni di conflitto, da cui promanano impatti negativi sul buon andamento del sistema integrato di assistenza. Allo scopo di ridurre il rischio di manifestazione di derive secessioniste, nondimeno, è possibile rinvigorire il rilievo istituzionale dell'attore focale, cui è attribuito il compito di patrocinare l'interazione organizzativa; questi, attraverso la definizione delle caratteristiche, della natura e delle modalità operative con cui si esplica il rapporto collaborativo, ha la capacità di ridurre a unità gli interessi individuali, pur tentando di evitare un eccessivo svilimento della discrezionalità degli attori coinvolti nella relazione, aspetto che si ripercuoterebbe sull'efficacia dell'interazione organizzativa.

A partire dalle "regole empiriche" proposte dalla citata dottrina, è possibile desumere delle pratiche di successo, le quali suggeriscono i passi necessari per facilitare tanto l'insediamento quanto il consolidamento delle relazioni inter-organizzative nel contesto socio-sanitario. In primo luogo, è indispensabile evitare di concentrare l'attenzione solo sul lato dell'offerta, coinvolgendo nelle attività di pianificazione e di programmazione anche gli attori che si collocano dal lato della domanda; tra questi ultimi, in particolare, è opportuno annoverare, oltre agli utenti, i *caregiver* informali, le organizzazioni di volontariato, gli organismi di rappresentanza di specifiche categorie di pazienti e tutte le altre entità interessate, in maniera diretta o indiretta, all'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale (Barnes & Walker, 1996; Tiny, 1994).

Ovviamente, non esiste un modello ottimale di integrazione socio-sanitaria a cui tendere, identificabile a partire dalle esperienze di successo realizzate nella prassi o dalle elaborazioni teoriche esposte in letteratura. È utile, anzi, pervenire a soluzioni organizzative *ad hoc*, progettate alla luce degli specifici bisogni di assistenza dell'utenza e delle peculiari esigenze organizzative dalle aziende *partner*. Le iniziative di integrazione socio-sanitaria, in quest'ottica, devono essere mirate a garantire la più efficace ed efficiente risposta ai bisogni di salute della popolazione servita, facendo leva sulla presa in carico globale del paziente e sulla continuità della cura nei contesti di vita quotidiani.

Infine, è utile identificare con precisione i confini esistenti tra i diversi attori della rete, in particolare tra chi si occupa delle prestazioni cliniche e delle attività di rilievo

sociale, non già nell'intento di rimarcare le differenziazioni, ma per fare un modo che queste ultime non impattino sul corretto funzionamento del sistema integrato di assistenza. A tal pro, occorre individuare gli strumenti informativi, organizzativi e gestionali necessari per favorire la comunicazione tra i nodi della rete, evitando che le divergenze professionali, culturali e operative si traducano in un pregiudizio nei confronti dell'instaurazione della relazione inter-organizzativa (Leutz, *et al.*, 1992).

In maniera coerente a quanto argomentato sino a questo punto, la letteratura ha elaborato alcune considerazioni di particolare interesse con riferimento al processo di instaurazione di relazioni inter-organizzative tra organizzazioni sanitarie e aziende sociali (Widmarck, *et al.*, 2011; Axelsson & Axelsson, 2006; Freeth, 2001). Ai fini del successo della relazione, si ritiene opportuno che le aziende manifestino un reciproco e chiaro interesse nei confronti della collaborazione, anche nell'ipotesi in cui quest'ultima sia imposta, in termini espliciti o impliciti, da disposizioni di natura istituzionale o normativa. Tra i *partner*, inoltre, deve innestarsi un armonioso equilibrio di potere, ferma restando la posizione nevralgica occupata dall'organizzazione focale, in modo tale da evitare la correlata emersione di conflitti interni, la quale potrebbe inficiare il buon esito dell'interazione (Forrest, 1992; Weiner & Alexander, 1998).

Per conseguire un rapporto di collaborazione proficuo e dinamico, è essenziale che tutti i nodi siano motivati al conseguimento di obiettivi comuni, antepoendo questi ultimi agli interessi egoistici (Williamson, 2006): in tal senso, la costruzione di un rapporto di mutua fiducia tra le organizzazioni coinvolte nella relazione e, in particolare, tra i professionisti che agiscono al loro interno è imprescindibile, pena la dissoluzione del rapporto collaborativo (Axelsson & Axelsson, 2009). È necessario, infine, che tutti i nodi coinvolti nella rete integrata di assistenza siano consapevoli dei benefici e dei sacrifici che la *partnership* implica, nonché delle opportunità e dei vincoli che possono essere genericamente associati alla strategia collaborativa (Kreuter, *et al.*, 2000): siffatta consapevolezza crea *commitment*, vale a dire adesione psicologica ed emotiva al rapporto collaborativo, ingrediente fondamentale per la sopravvivenza di quest'ultimo.

Da quanto esposto, si evince chiaramente la complessità dei fattori che caratterizzano la nascita e lo sviluppo delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario; per facilitarne il successo, è utile assumere sin dall'inizio una prospettiva sistemica, che consenta di avere una visione complessiva delle dimensioni rilevanti per l'effettiva implementazione della collaborazione, riducendo il rischio di non considerare aspetti importanti per la sua sostenibilità nel lungo termine (Glasby & Dickinson, 2008).

3.3.3 Le fasi e i modelli di integrazione socio-sanitaria

Parte della dottrina ha analizzato nei suoi risvolti pratici il processo di costituzione e sviluppo delle relazioni inter-organizzative, fornendo una sommaria rappresentazione delle tappe che lo contraddistinguono in ambito socio-sanitario (de Stampa, *et al.*, 2010). Con il rischio di semplificare in maniera eccessiva la questione, è possibile affermare che il processo attraverso cui si perviene alla definizione di approcci di cura improntati alla comprensività e alla continuità si articola in tre fasi sequenziali, la prima delle quali si sostanzia in un'analisi propedeutica del contesto esterno: in tale circostanza si fornisce una puntuale descrizione delle caratteristiche della domanda, della struttura dell'offerta e dei fattori contingenti rinvenibili nell'ambiente di riferimento, allo scopo di informare le successive attività di pianificazione dell'intervento.

La seconda fase, appunto, prevede la pianificazione di massima del progetto di integrazione: i connotati architettonici e operativi del modello di assistenza trovano un'accurata specificazione, esaltando le caratteristiche di appropriatezza di quest'ultimo rispetto ai bisogni di salute percepiti dalla popolazione servita. Infine, vi è la fase di implementazione, cui si accompagnano le attività di monitoraggio, valutazione, rimodulazione e consolidamento nel tempo del percorso di integrazione; in tale occasione gli interlocutori hanno la possibilità di apprezzare l'idoneità degli interventi posti in essere a soddisfare le istanze degli *stakeholder* esterni, apportando correttivi di fronte alle criticità emerse in sede di concreta realizzazione delle attività pianificate.

Ciascuna delle macro-fasi ivi brevemente descritte si compone di un certo numero di attività elementari, la cui rilevanza si rivela tanto più critica quanto maggiore è il loro apporto alla creazione del valore aggiunto in ultima analisi riconducibile al sistema integrato di assistenza. Per quanto concerne la fase propedeutica di studio e di analisi del contesto esterno, è opportuno in primo luogo identificare in una maniera quanto più precisa possibile i destinatari delle prestazioni erogate in seno al sistema integrato di assistenza, nella maggior parte dei casi aggregando questi ultimi in classi di utenza; in aggiunta, è opportuno identificare da un punto di vista politico e istituzionale i fattori agevolanti e gli ostacoli alla nascita di relazioni inter-organizzative, specificando le opportunità da sfruttare e le minacce da evitare in sede di implementazione dell'intervento.

Nella fase di pianificazione e programmazione occorre selezionare appropriati indicatori sintetici, sulla base dei quali esprimere con chiarezza tanto i livelli attuali di *performance* rispetto alle attività realizzate dal sistema integrato di attori quanto i risultati attesi per il futuro. Alla luce dei *gap* che emergono tra la situazione esistente al momento

della pianificazione e la situazione desiderata, i promotori della relazione inter-organizzativa identificano una rosa di progetti alternativi protesi alla valorizzazione delle sinergie attivabili tra le organizzazioni sanitarie e le aziende sociali, con cui stimolare il miglioramento delle prestazioni complessive del sistema di assistenza. Tra questi ultimi saranno selezionati gli interventi ritenuti più appropriati sia alla luce delle esigenze organizzative dei *partner* che dei bisogni di salute percepiti dall'utenza; i percorsi di assistenza integrati debbono essere accuratamente disegnati allo scopo di pervenire alla definizione di un percorso di cura armonioso e integrato, basato sulla continuità delle prestazioni e non perdendo di vista l'originaria ripartizione delle responsabilità tra i vari nodi della rete.

Durante la fase di implementazione si procede alla promozione, alla costruzione e al consolidamento delle interazioni tra gli attori coinvolti nel sistema integrato di assistenza, nell'intento di creare le condizioni necessarie per la presa in carico globale del paziente. Ricorrendo a opportuni incentivi – soprattutto di natura finanziaria – e a radicali interventi di cambiamento di tipo strutturale e gestionale, si tenta di creare adesione e consapevolezza tra i nodi del sistema, nell'intento di garantire alla relazione inter-organizzativa maggiori opportunità di sopravvivenza nel tempo. Si evidenzia, in particolare, la necessità di predisporre un punto di accesso unico al sistema di assistenza, da intendersi come interfaccia unitaria per la raccolta delle richieste di tutela e promozione della salute espresse dall'utenza e per la predisposizione di una risposta globale a esse.

La porta unica di accesso, infatti, è strumentale all'attivazione di un sistema coordinato di cure, che coinvolga tutte le competenze e le conoscenze disponibili all'interno della rete, evitando duplicazioni e abbattendo gli sprechi di risorse dovuti alla prestazione di servizi di assistenza inappropriati. A tal pro, anche la costituzione di un sistema informativo condiviso che agevoli i flussi comunicativi tra i diversi nodi della rete, nonché l'introduzione di un approccio di governo sistemico, che sancisca l'attribuzione a uno o più attori focali dei compiti di coordinamento inter-organizzativo, di allocazione delle risorse finanziarie e di gestione delle funzioni amministrative, sono indispensabili.

Le attività di monitoraggio, a loro volta, si caratterizzano per la realizzazione di valutazioni periodiche delle *performance* individuali e di gruppo, aventi ad oggetto tanto dinamiche interne, relative agli aspetti di efficienza, efficacia ed economicità organizzativa, quanto esterne, vale a dire, a mero titolo esemplificativo, il livello di soddisfazione dell'utenza e la capacità di incontrare le aspettative degli *stakeholder* istituzionali di riferimento. In tale circostanza, è opportuno altresì accertarsi che tutti gli

interventi pianificati siano stati effettivamente implementati: il venir meno di una delle azioni programmate, infatti, potrebbe implicare un significativo deterioramento degli *outcome* di salute conseguibili grazie al sistema integrato di assistenza.

Contestualmente alle attività di monitoraggio, occorre agire sui livelli di accessibilità al sistema integrato di assistenza e alimentare le relazioni inter-personali che si innescano tra i professionisti che operano all'interno delle diverse organizzazioni *partner*. Più nel dettaglio, bisogna intervenire sia in termini strutturali che operativi ai fini del miglioramento del percorso di cura, specialmente qualora si verificano eventi imprevisti che interferiscono con la regolare implementazione del percorso di assistenza. In questi termini, il processo di costruzione delle relazioni inter-organizzative presenta una natura chiaramente iterativa: sulla base dei *feedback* che derivano dalle attività di monitoraggio e valutazione è possibile apportare adattamenti al modello iniziale di integrazione socio-sanitaria, creando i presupposti per una continua evoluzione nel tempo del rapporto.

A dispetto dell'uniformità del quadro teorico sino a questo punto delineato, come brevemente anticipato nel paragrafo che precede, la letteratura ha identificato diversi modelli di integrazione in ambito socio-sanitario (Andersson, *et al.*, 2011), differenziandoli per il loro grado di complessità, per la correlata intensità relazionale e per il livello di formalizzazione delle interazioni organizzative a essi sottese (Konrad, 1996). È utile partire dal presupposto secondo cui non esista un modello ottimale – una *one best way* – di integrazione socio-sanitaria, adattabile a tutte le contingenze ambientali; gli approcci proposti, piuttosto, possono essere reciprocamente combinati, al fine di pervenire alla definizione dell'architettura organizzativa che più si adatti al caso concreto⁷⁷.

Il modello più semplice di interazione consiste nel mero scambio di informazioni tra le organizzazioni che concorrono a un analogo processo di assistenza alla persona; gli scambi, in tali circostanze, possono avere ad oggetto informazioni relative all'implementazione delle attività realizzate in seno alle sfere di competenza individuali, ovvero dati anagrafici, epidemiologici e sociali dei pazienti assistiti per esigenze di coordinamento reciproco (Thorstensson, *et al.*, 2008). Quantunque lo scambio di

⁷⁷ La valutazione della formula di interazione più appropriata all'interno di un certo contesto operativo deve essere compiuta in chiave comparativa rispetto alle alternative a disposizione: il fatto che non sia possibile individuare una *one best way*, difatti, non implica affatto l'impossibilità di pervenire alla ponderazione di approcci cooperativi che possono essere ritenuti più efficaci di altri alla luce delle peculiari caratteristiche dell'ambiente esterno in cui essi sono implementati (Andersson, *et al.*, 2011).

informazioni, quanto meno per quanto concerne i dati non sensibili relativi ai pazienti assistiti, possa verificarsi anche attraverso canali informali, esso richiede il più delle volte un rapporto formalizzato, che specifichi con precisione le modalità e gli strumenti sottostanti all'interazione organizzativa⁷⁸ (Faber, *et al.*, 2006).

Il secondo modello, che potrebbe essere definito *case coordination*, prevede un'interazione organizzativa più intensa rispetto al mero scambio di informazioni, sebbene esso non implichi una formula di cooperazione diretta e continua tra i *partner* (Pransky, *et al.*, 2010). La relazione, infatti, si realizza in maniera indiretta, attraverso l'azione di un "coordinatore" esterno, che assume il compito di orientare il paziente durante l'intero percorso di cura, indirizzandone gli spostamenti all'interno della rete di assistenza (Shaw, *et al.*, 2008). Il coordinamento organizzativo, dunque, è implementato attraverso la predisposizione di un piano terapeutico condiviso e concertato tra gli attori coinvolti nella relazione, la cui effettiva redazione spetta a un *case manager*, nella maggior parte dei casi identificato nella persona di un professionista socio-sanitario, che opera ai confini tra i diversi attori coinvolti nel sistema di tutela e promozione della salute.

I *meeting* inter-aziendali rappresentano una forma di relazione inter-organizzativa a media intensità, che, di norma, risulta più stabile rispetto agli episodi di coordinamento sino a questo punto menzionati. Le organizzazioni sociali e le aziende sanitarie, valorizzando le interdipendenze che emergono dal reciproco coinvolgimento nella prestazione di servizi analoghi o complementari, concertano le attività da realizzare e stipulano reciproci accordi di collaborazione durante incontri istituzionali periodici. In occasione di tali eventi si perviene alla definizione delle modalità secondo cui procedere alla gestione in *partnership* dei casi da affrontare (Norman & Axelsson, 2007), addivenendo alla pianificazione di un processo di cura integrato e omogeneo: la ripartizione delle competenze tra i vari attori coinvolti nella relazione è oggetto di chiara esplicitazione, allo scopo di far emergere tutte le condizioni necessarie per il più efficace ed efficiente coordinamento possibile all'interno del sistema di assistenza (Soderberg, *et al.*, 2010).

La costituzione di *team* multi-disciplinari e inter-istituzionali permanenti si colloca a un livello di intensità ancora più elevato: professionisti sanitari e sociali, appartenenti a

⁷⁸ Le interazioni possono essere sia dirette che mediate: nel primo caso, esse avvengono in prima persona, in forma orale o scritta; nella seconda ipotesi esse sono veicolate tramite le tecnologie dell'informazione e della comunicazione.

entità giuridicamente indipendenti, lavorano fianco a fianco, per un periodo temporale non definito, nell'intento di erogare un servizio di cura globale e continuativo ai destinatari dei loro servizi (Brunarski, *et al.*, 2008). Tale modello organizzativo e gestionale si propone di favorire l'interazione e la comunicazione tra professionisti che posseggono conoscenze e competenze complementari, abbattendo le barriere che derivano dal loro operare in ambiti di competenza istituzionalmente separati. Grazie alle più ampie opportunità di fertilizzazione e contaminazione che ne conseguono, è possibile trarre rilevanti vantaggi in termini di maggiore capacità di risposta alle aspettative della popolazione servita: le organizzazioni coinvolte nel rapporto si impegnano nella predisposizione di un percorso di cura *ad hoc* per il paziente, durante il quale sono attivate al momento giusto e nel punto giusto tutte le risorse e le competenze necessarie per far fronte efficacemente a bisogni di assistenza complessi dell'utenza (Shaw, *et al.*, 2008).

La *partnership* è espressione di un modello di collaborazione a forte intensità relazionale, basato sulla stipulazione di accordi formali tra due o più organizzazioni cui è sottesa l'implementazione di un approccio integrato di cura (Metzel, *et al.*, 2005). La codificazione del rapporto, ovviamente, non impedisce l'emersione di relazioni informali tra i *partner*: queste ultime, anzi, potrebbero assumere un'importanza tale da incidere con maggiore profondità rispetto alle interazioni formali sul contenuto della relazione e sul valore aggiunto grazie a essa generato (Gilbride, *et al.*, 2007).

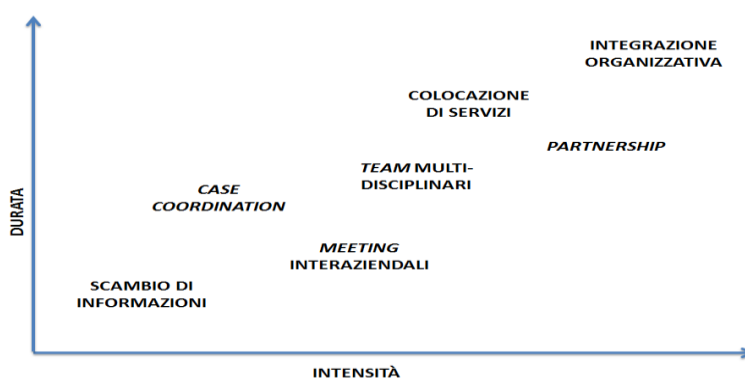
Il modello della co-locazione spaziale e funzionale dei servizi presenta connotati simili alla *partnership*, da cui si distingue, tuttavia, in ragione dell'intento di pervenire alla creazione delle condizioni di fondo per una più stabile e continuativa interazione tra le organizzazioni *partner*, prevedendo la concentrazione delle rispettive dotazioni strutturali all'interno di un unico contesto operativo. Tale formula collaborativa, dunque, implica la configurazione di un ambito di assistenza unitario, in maniera tale da facilitare sotto il profilo spaziale il coordinamento tra gli attori coinvolti nelle diverse fasi di un percorso complesso di cura.

L'integrazione amministrativa, finanziaria e organizzativa rappresenta la formula più intensa di relazione inter-organizzativa nella tassonomia qui proposta. Affinché si possa pervenire a essa, è necessario che i *partner* stipolino un accordo formale di cooperazione, in seno al quale sono delineate le competenze e le responsabilità di ciascun attore, le risorse complessivamente a disposizione e i criteri comuni per l'implementazione delle attività di assistenza (Hultberg, *et al.*, 2005). Nella maggior parte dei casi, l'accordo stipulato prevede la costituzione di un'entità distinta rispetto ai *partner*, una *Network*

Administrative Organization (NAO), a cui è attribuito il compito di governare e gestire le interdipendenze tra i diversi attori interessati alla relazione (Stahl, *et al.*, 2009).

La Figura 3.4 conferisce una veste grafica alla tassonomia dei modelli di integrazione proposti dalla dottrina, classificandoli all'interno di un piano cartesiano i cui assi descrivono, da un lato, l'intensità del rapporto collaborativo e, dall'altro, la loro stabilità o longevità. Si passa dalle relazioni più tenui e instabili, aventi ad oggetto lo scambio di informazioni ovvero formule di collaborazione informale tra professionisti appartenenti alle organizzazioni *partner*, a interazioni man mano più intense e durature, che presumono una crescente formalizzazione del rapporto. In termini generali, è possibile affermare che maggiore sia l'intensità della relazione, più elevata risulti la relativa longevità: in questi termini, *partnership*, co-locazione dei servizi e integrazione organizzativa e amministrativa sono soluzioni di lungo termine, che impattano in maniera incisiva sia sulle dinamiche strutturali che su quelle gestionali delle organizzazioni coinvolte nella relazione; l'interazione orientata al mero scambio di informazioni e al coordinamento inter-professionale per la gestione integrata di istanze complesse dell'utenza, in termini opposti, costituiscono soluzioni puntuali, connotate da intensità relazionale attenuata.

Fig. 3.4 – Modelli di integrazione socio-sanitaria per intensità e durata



Fonte: elaborazione dell'Autore

3.3.4 Fattori abilitanti e ostativi alle relazioni inter-organizzative

Le nozioni di “fattori abilitanti” e “fattori ostativi” denotano le variabili contingenti che favoriscono ovvero ostacolano l'istituzione di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario. È bene precisare che i due concetti in parola non rappresentano fattispecie distinte o non comunicanti tra loro; anzi, fattori abilitanti e ostativi potrebbero essere descritti come due facce di una stessa medaglia, manifestando un'intima relazione

reciproca (Huxham & Vangen, 2005). Ovviamente, un'approfondita analisi delle variabili che, in positivo o in negativo, influenzano le opportunità di nascita e di successo dell'integrazione socio-sanitaria è cruciale ai fini del presente lavoro.

Come si è avuto modo di argomentare più volte in occasione della presente trattazione, l'assetto istituzionale che caratterizza l'ambiente di riferimento delle organizzazioni *partner* incide in misura significativa sulle concrete opportunità di insediamento della relazione inter-organizzativa (Hultberg, *et al.*, 2005). La rigida ripartizione delle competenze in sfere di responsabilità nettamente separate l'una rispetto all'altra sotto il profilo istituzionale, al punto tale da poter essere rappresentate quali compartimenti stagni, induce le aziende sanitarie e le organizzazioni sociali a prestare attenzione in misura quasi del tutto esclusiva alla propria area di afferenza, senza ponderare le sinergie attivabili con le entità che operano al di fuori di essa. Allo stesso modo, la presenza di un quadro normativo frammentato per i diversi settori di cui il sistema di assistenza si compone affievolisce la propensione a promuovere iniziative intese alla valorizzazione delle interdipendenze tra attori che presidiano ambiti funzionali eterogenei, favorendo piuttosto l'individualismo organizzativo.

I livelli di ostilità e di munificenza ambientale influenzano in misura significativa l'attivazione di relazioni inter-organizzative in seno al sistema socio-sanitario. Da un lato, l'inadeguatezza delle fonti di finanziamento potrebbe stimolare la tensione all'interazione tra le organizzazioni sanitarie e sociali, in ragione delle ampie opportunità di valorizzazione della loro capacità di risposta alle rinnovate istanze dell'utenza che l'arricchimento della dotazione di capitale tecnico, intellettuale e sociale generato dalla collaborazione rende possibile. Dall'altro lato, la situazione di scarsa munificenza ambientale potrebbe disincentivare l'integrazione socio-sanitaria, in considerazione degli elevati costi che è necessario sostenere ai fini della sua concreta implementazione. L'ostilità dell'ambiente di riferimento, dunque, esprime due impatti divergenti sull'opportunità di ricorrere alle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario: se è vero che essa giustifica l'interazione organizzativa quale iniziativa strumentale all'acquisizione di una maggiore capacità competitiva da parte delle aziende *partner*, allo stesso tempo essa causa un irrigidimento della propensione all'avvio di progetti di cambiamento organizzativo, soprattutto se essi assumono una portata critica sotto il profilo strategico e gestionale.

In questa prospettiva, si assume che le ristrettezze finanziarie ed economiche in cui sono impelagati gli attori pubblici, principale bacino delle risorse finalizzate alle attività di

tutela e promozione della salute in gran parte delle economie occidentali, penalizzino le strategie di integrazione; tale contingenza determina l'impossibilità di ampliare il piatto delle risorse attivabili ai fini della formazione di un sistema integrato di assistenza, pregiudicando il buon esito delle iniziative a ciò dirette. Una ridefinizione delle politiche di finanziamento e dei criteri di allocazione delle risorse finanziarie, intesa a promuovere i legami simbiotici tra le organizzazioni sociali e le aziende sanitarie, dunque, si rivela imprescindibile, perseguendo il congiunto scopo di attenuare il numero di prestazioni inappropriate e di incrementare l'efficienza del sistema di assistenza attraverso la predisposizione di una risposta comprensiva ai mutati bisogni di salute dell'utenza.

L'assenza di flessibilità nei meccanismi di ripartizione delle risorse destinate al sistema sanitario e alle iniziative di promozione sociale, dunque, costituisce una variabile da non trascurare tra i fattori che inibiscono la creazione di un modello di assistenza integrato. Il sistema di allocazione delle risorse finanziarie a cui tendere dovrebbe reggersi sul principio secondo cui i finanziamenti seguono il paziente e i suoi reali bisogni di cura, privilegiando la graduale formazione di contesti di tutela e promozione della salute integrati. Questi ultimi, infatti, garantiscono una risposta continuativa e comprensiva alle più qualificate richieste di assistenza espresse dai pazienti, prescindendo in larga parte dalla rigida ripartizione delle competenze tipicamente definita all'interno del quadro istituzionale di riferimento (Hollander & Prince, 2002).

Un ruolo analogamente rilevante ai fini del successo delle relazioni inter-organizzative è giocato dall'approccio di pianificazione strategica e di programmazione operativa adottato dalle singole organizzazioni interessate all'istituzione del sistema integrato di assistenza. Invero, la maggiore o minore chiusura verso l'esterno e la correlata espressione di un atteggiamento conflittuale o collaborativo nei confronti delle altre entità che operano nel medesimo contesto vitale sono esito di scelte strategiche di lungo periodo, in parte emergenti e in parte condizionate dalle decisioni assunte nel passato (Soderberg, *et al.*, 2010). La pretesa di proteggere la propria area di intervento dal pericolo di interferenze esterne, così come la percezione di un intenso desiderio di potere e il congiunto intento di tutelare la discrezionalità gestionale individuale ostruiscono l'adesione a strategie simbiotiche, favorendo la manifestazione di rapporti competitivi piuttosto che cooperativi.

In quest'ottica, il campanilismo nella gestione delle attività di assistenza alla persona che consegue all'adozione di una strategia monistica, accompagnato dalla correlata tensione a privilegiare l'interesse individuale rispetto a quello collettivo, costituisce un importante fattore ostativo all'integrazione socio-sanitaria (Shaw, *et al.*,

2008). Tale situazione, in particolare, provoca l'assenza di consapevolezza tra le aziende coinvolte nel rapporto circa i benefici riconducibili all'interazione, nonché la mancanza di coinvolgimento nelle strategie cooperative: il monismo organizzativo, infatti, non consente la sedimentazione di un terreno comune su cui fondare la collaborazione, impedendo il radicamento di rapporti di mutua fiducia tra le organizzazioni interessate.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, la disponibilità di competenze, conoscenze e risorse appropriate, a fronte delle esigenze socio-assistenziali implicitamente o esplicitamente espresse dell'utenza, rappresenta un innegabile presupposto alla nascita di relazioni collaborative. Invero, i rapporti tra due o più aziende potrebbero essere compromessi dall'incapacità di una di esse di offrire adeguate garanzie sulla propria affidabilità organizzativa, in larga parte correlata alla sua dotazione di capitale sociale, tecnico e intellettuale a disposizione. In tali circostanze, l'avvio di relazioni simbiotiche sarebbe paralizzato dalla scarsa fiducia percepita nei confronti degli attori che presentano più basse competenze o minori risorse a disposizione; anche qualora l'interazione fosse imposta coercitivamente dalla volontà di enti gerarchicamente sovra-ordinati, la sua sostenibilità sarebbe inevitabilmente compromessa dall'assenza di fiducia tra i *partner* (Hollander & Prince, 2002).

L'eterogeneità negli approcci culturali espressi dagli attori inseriti nel sistema di assistenza e il livello di conflittualità che potrebbe emergere quale diretta conseguenza di tale situazione rappresentano degli elevati ostacoli all'attivazione di relazioni inter-organizzative. Invero, le impostazioni culturali che si sono sedimentate nel tempo sia in ambito sanitario che sociale sottendono etiche di cura divergenti, nel primo caso coerenti al tradizionale modello bio-medico, nel secondo tendenti all'approccio bio-psico-sociale. Le divergenze che si riscontrano nei valori e negli assunti su cui si fondano queste due filosofie di assistenza intralciano le strategie di collaborazione, pregiudicando, di conseguenza, le sempre più evidenti esigenze di continuità e comprensività della cura espresse dall'utenza.

La presenza di un attore esterno alla rete con un forte prestigio istituzionale, cui è conferito il compito di coordinare e supervisionare le attività di competenza dei singoli nodi, può rappresentare un fattore chiave ai fini del proficuo insediamento delle relazioni inter-organizzative (Katelaars, 2011). L'organizzazione focale si dovrebbe preoccupare di supportare e stimolare i *partner* durante le diverse fasi che descrivono il processo di integrazione organizzativa, elaborando linee guida che creino adesione e coinvolgimento alla relazione; inoltre, essa dovrebbe realizzare continue attività di monitoraggio e

rilevazione degli impatti dell'interazione, in termini di miglioramento della qualità dell'assistenza e di incremento delle condizioni di efficacia ed efficienza organizzative.

In aggiunta, l'attore focale ha il compito di garantire il rispetto da parte dei *partner* dei programmi e delle iniziative progettuali concertati in sede di pianificazione della relazione inter-organizzativa, punendo comportamenti di *free riding* e ostracizzando gli attori che esibiscono atteggiamenti opportunistici. Infine, esso intrattiene i rapporti politici e istituzionali con gli interlocutori che operano nell'ambiente riferimento, allo scopo di accrescere la legittimazione sociale della strategia collaborativa e aprire le porte a risorse finanziarie aggiuntive che garantiscano la sostenibilità nel lungo termine del sistema integrato di assistenza.

La gran parte dei fattori abilitanti e ostativi alle relazioni organizzative è influenzata dall'esistenza o meno di precedenti interazioni tra le organizzazioni coinvolte nel rapporto. In mancanza di rapporti pregressi l'interazione potrebbe essere indebolita dall'insorgenza di ambiguità e incertezze, le quali si traducono in un consistente freno al rapporto cooperativo (Friesen, *et al.*, 2001). Infatti, l'assenza di preve esperienze di collaborazione si traduce nella mancata sedimentazione di una visione comune con riferimento sia agli obiettivi che agli scopi riconducibili alla relazione inter-organizzativa: tale situazione non consente né l'emersione di consapevolezza sul valore aggiunto generato dalla *partnership* né la diffusione di percezioni di reciproca fiducia tra le organizzazioni che vi aderiscono.

Uno dei fattori più importanti ai fini del successo dell'integrazione socio-sanitaria è rappresentato per l'appunto dal grado di fiducia che lega le aziende coinvolte nel sistema di assistenza (Stahl, *et al.*, 2009). Un solido rapporto fiduciario presume un ricco tessuto di interazioni formali e informali tra i nodi, che, a sua volta, richiede un arco temporale relativamente lungo per la sua sedimentazione; d'altro canto, un legame di fiducia consolidatosi nel tempo può subire una rapida delegittimazione a causa di sopravvenuti episodi conflittuali tra le organizzazioni *partner*. Per sopravvivere nel tempo, dunque, è necessario che la relazione inter-organizzativa sia connotata da stabilità tanto nella natura quanto negli equilibri di potere tra i diversi attori; in aggiunta, essa deve essere quanto più scevra possibile da conflitti politici e istituzionali tra i *partner* (van Raak, *et al.*, 2005).

Eminente dottrina ha fornito una sistematizzazione degli ostacoli che impediscono la creazione di relazioni inter-organizzative all'interno del sistema di assistenza alla persona, raggruppando in classi omogenee le barriere all'integrazione socio-sanitaria (Hardy, *et al.*, 1992). La frammentazione delle responsabilità non facilita l'attivazione di legami cooperativi; allo stesso modo, l'assenza di prossimità strutturale e la complessità

architetturale della relazione determinano problemi di coordinamento, che impediscono l'insediamento di interazioni stabili tra i *partner*. La tensione verso la preservazione della propria autonomia gestionale (Charlesworth, *et al.*, 1996), cui si aggiunge la volontà di privilegiare il conseguimento di obiettivi e traguardi individualistici a discapito di quelli di sistema (Hudson, 1987) costituiscono una rilevante fonte di resistenze alla cooperazione inter-organizzativa. Infine, la presenza di approcci di pianificazione eterogenei e di orizzonti di programmazione non armonizzati, l'inconciliabilità culturale e l'incompatibilità nella dotazione delle risorse a disposizione dei *partner* generano significativi impedimenti alle relazioni inter-organizzative (Pasini, 2011).

Per ovviare agli impatti generati dagli ostacoli sin qui menzionati sulle probabilità di nascita e di successo delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario, è opportuno porre l'accento su tre interventi strutturali, che esprimono un profondo impatto sia a livello individuale che sistemico. In primo luogo, la costituzione di un sistema informativo diffuso e condiviso, il cui accesso sia aperto sia agli erogatori dei servizi che agli utenti è essenziale per il buon esito del progetto di interazione: esso, infatti, garantisce il rapido trasferimento di dati e informazioni tra le aziende *partner*, condizione imprescindibile per la sedimentazione del legame collaborativo. In aggiunta, occorre favorire il rinnovamento dei sistemi di gestione aziendali, improntandoli alla flessibilità, alla dinamicità e all'apertura organizzativa: in tal modo è possibile accrescere la capacità relazionale dei *partner* e, di conseguenza, arricchire il loro capitale sociale, incentivandone l'adesione al legame collaborativo. Infine, è opportuno accrescere la legittimazione istituzionale delle organizzazioni focali, le quali sono chiamate a investire nello sviluppo di competenze di *leadership* e di governo del sistema di assistenza. In questo modo, infatti, è possibile pervenire all'istituzione di un modello di assistenza globale, integrato, flessibile e, allo stesso tempo, coerente rispetto ai qualificati e complessi bisogni di salute espressi dalla popolazione servita.

3.3.5 Riflessioni di sintesi: una ricetta per il successo dell'integrazione socio-sanitaria

La letteratura ha individuato delle esperienze di successo, vale a dire degli approcci di comprovata efficacia ai fini dell'istituzione di un sistema integrato di assistenza, in grado di associare armonicamente la componente sanitaria del percorso di cura alla dimensione sociale della presa in carico del paziente (Hollander & Prince, 2002). La descrizione di tali evidenze offre la possibilità di riepilogare efficacemente quanto esposto nel presente paragrafo, preparando la strada per la dissertazione in merito agli impatti che

possono essere genericamente associati agli interventi di integrazione socio-sanitaria.

In primo luogo, è opportuno che il progetto di integrazione nasca sotto gli auspici di una filosofia di assistenza condivisa tra le organizzazioni coinvolte nel rapporto: in non rari casi, essa trova legittimazione in una decisione di rilievo politico, che attribuisce un riconoscimento istituzionale al processo di integrazione socio-sanitaria. In termini analoghi, la rivisitazione del quadro normativo nell'intento di promuovere le strategie cooperative si rivela imprescindibile, stimolando la nascita di rapporti simbiotici piuttosto che competitivi tra le organizzazioni sanitarie e sociali. Il processo di integrazione socio-sanitaria, inoltre, dovrebbe trovare declinazione in una visione e una missione comuni a tutti gli attori coinvolti nel sistema di assistenza, a loro volta indispensabili per il successo nel lungo termine delle relazioni inter-organizzative a esso sottese⁷⁹.

La presenza di un'organizzazione focale, con la precipua responsabilità di creare armonia tra le decisioni strategiche, organizzative e gestionali assunte dai diversi nodi della rete di assistenza, costituisce un elemento chiave per il successo delle iniziative di integrazione socio-sanitaria. L'attore focale, in particolare, dovrebbe preoccuparsi di gestire le incombenze formali e processuali associate all'istituzione di relazioni inter-organizzative, nonché di coordinare le attività svolte da queste ultime, incentivando la coesione all'interno della rete di assistenza e garantendo la stabilità della relazione.

Le pratiche sin qui esposte, d'altro canto, non potrebbero esprimere in pieno i propri impatti in assenza di formule di coordinamento finanziario tra i *partner*, soprattutto con riferimento ai criteri di allocazione delle risorse disponibili per le finalità di tutela e promozione della salute. Allo stesso modo, l'introduzione di un sistema informativo integrato è imprescindibile nella prospettiva della costituzione di un modello di assistenza globale e comprensivo: esso, infatti, consente la pronta disponibilità delle informazioni di cui i nodi hanno bisogno per promuovere il miglioramento continuo del processo di assistenza; inoltre, l'armonizzazione dei sistemi informativi contribuisce ad alimentare il percorso di integrazione, grazie alla contaminazione delle esperienze e alla fertilizzazione incrociata delle conoscenze e delle competenze che essa offre.

L'introduzione di un sistema di monitoraggio, valutazione e incentivazione di

⁷⁹ L'implementazione di sistemi di pianificazione strategica e di programmazione operativa armonizzati determina un'espansione implicita dei confini organizzativi e apre la strada all'integrazione di alcune funzioni amministrative, prime tra tutte l'approvvigionamento di beni e servizi e le attività di monitoraggio, controllo e incentivazione delle attività di interesse comune.

respiro inter-organizzativo, che stimoli nel tempo le iniziative di integrazione e crei consapevolezza tra i *partner*, rappresenta una soluzione macro-strutturale non poco rilevante ai fini del successo della strategia collaborativa. Esso, infatti, funge da strumento incentivante all'interazione organizzativa, abbattendo i rischi di conflittualità e riducendo la propensione dei singoli attori alla ricerca di benefici individuali all'interno della rete.

Per quanto concerne le dinamiche di natura gestionale, è utile pervenire all'istituzione di una porta unica di accesso ai servizi di assistenza, in corrispondenza della quale operi un unico interlocutore che rappresenta l'intera rete di assistenza (*gatekeeper*). Quest'ultimo ispira la definizione del percorso di cura più appropriato a fronte delle specifiche esigenze espresse dall'utente, facilitando l'orientamento di quest'ultimo all'interno del sistema di assistenza e attivando le risorse giuste al momento giusto. Tale azione, tuttavia, non sarebbe sufficiente qualora non si provveda all'introduzione di modelli concertati e coordinati di prestazione dei servizi tra i *partner*, che dovrebbero basarsi su una percezione univoca dei bisogni di salute espressi dalla popolazione servita.

Componente fondamentale delle relazioni inter-organizzative, in questi termini, deve essere riscontrata nei legami formali e informali che si attivano tra i nodi del sistema, i quali richiedono l'attenuazione della propensione all'individualismo organizzativo e l'armonizzazione degli interventi di assistenza sanitaria e dei servizi di assistenza sociale; grazie alle relazioni inter-organizzative è possibile evitare l'emersione di zone grigie tra i diversi ambiti di tutela e promozione della salute, alla base della maggior parte degli episodi di mancato trattamento del paziente.

In questa prospettiva, la valorizzazione della figura dei medici di base, i quali sono chiamati a operare nella veste di "consulenti" e di "coordinatori" del paziente, rappresenta un intervento strumentale ai fini del processo di creazione di un sistema integrato di assistenza⁸⁰. A essa si accompagna la promozione dell'interazione tra le diverse specializzazioni professionali inserite nel sistema di assistenza, nell'intento di appianare le

⁸⁰ Per creare un più intimo collegamento tra sistema delle cure primarie e gli attori che erogano servizi di assistenza specialistica, è opportuno intervenire sui meccanismi di remunerazione e incentivazione, collegando le retribuzioni non già alla prestazione del servizio, quanto al contributo alla generazione di salute, in un'ottica di abbattimento dell'inappropriatezza assistenziale e di riduzione degli sprechi (Pammolli & Salerno, 2008). Al riguardo, l'istituzione di *team* di lavoro multi-disciplinari e l'apertura dei confini delle aziende che operano all'interno del sistema di tutela e promozione della salute costituiscono strumenti da non sottovalutare ai fini del consolidamento nel tempo di relazioni collaborative tra le diverse categorie di professionisti, di estrazione sia sociale che sanitaria, coinvolti nelle attività di assistenza alla persona.

divergenze culturali che trovano alimento nella mancanza di comunicazione tra gli attori a vario titolo coinvolti nel percorso integrato di tutela e promozione della salute.

3.4 Gli impatti dell'integrazione socio-sanitaria

3.4.1 Premessa

L'integrazione socio-sanitaria vanta una presenza ormai immancabile nei documenti di pianificazione strategica e operativa in materia di salute (Kodner, 2009; Porter, 2009): a tal proposito, la dottrina ha diffusamente argomentato che le relazioni inter-organizzative rappresentano un'esigenza piuttosto che una semplice opzione strategica per le aziende che erogano servizi di assistenza alla persona in stato di bisogno (Greig & Poxton, 2001; Knight, *et al.*, 2001). Ciò che emerge, in sostanza, è un vero e proprio imperativo alla *partnership* (Holtom, 2001): la cooperazione è concepita come la risposta più appropriata di fronte ai rinnovati bisogni di tutela e promozione della salute della collettività, finalizzata al recupero tanto di efficienza e di efficacia quanto di equità all'interno del sistema di assistenza alla persona.

A dispetto dell'enfasi associata all'integrazione socio-sanitaria in ambito politico, istituzionale e accademico, scarna è l'evidenza sui benefici che quest'ultima potrebbe concretamente generare sia dal lato dell'offerta che da quello della domanda dei servizi di assistenza⁸¹. Da un lato, esistono numerosi contributi scientifici che discutono le caratteristiche organizzative e operative dei sistemi integrati di assistenza (Kodner, 2006; Sullivan & Shelker, 2002; Bolland & Wilson, 1994), alcuni dei quali recano delle vere e proprie "linee guida" che formalizzano le azioni da intraprendere per la costruzione di legami inter-istituzionali sostenibili nel lungo termine (Ling, 2002); dall'altro lato, i dati empirici a supporto del valore aggiunto associato alle iniziative di integrazione socio-sanitaria sono rari e poco robusti, fattispecie che impoverisce la consapevolezza sulla loro effettiva utilità (Edwards, *et al.*, 2013; El Ansari, *et al.*, 2001; Roussos & Fawcett, 2000).

La rilevazione e la misurazione degli *outcome* delle strategie di integrazione socio-sanitaria rappresentano attività di difficile implementazione, in primo luogo a causa della numerosità degli attori coinvolti e dell'eterogeneità dei loro punti di vista. Ne consegue

⁸¹ Mancano, in particolare, studi comparativi, che forniscano una valutazione della performance del sistema integrato di assistenza attraverso un confronto prospettico avente ad oggetto le prestazioni che i *partner* avrebbero conseguito individualmente qualora non avessero aderito alla strategia collaborativa (Lehman, *et al.*, 1994).

non solo una pluralità dei criteri in base ai quali è possibile pervenire alla misurazione del valore aggiunto creato dal sistema integrato di assistenza alla persona (Glendinning, 2002), quanto anche una variegata percezione degli impatti da parte degli *stakeholder* coinvolti in maniera diretta o indiretta nella costruzione dei legami inter-organizzativi (Boyne, *et al.*, 2003), con un inevitabile aggravio sulle procedure di valutazione. In questi termini, non si può fare a meno di evidenziare l'assenza di indicatori di sintesi (Wilson & Charlton, 1997), che consentano di misurare in maniera univoca l'idoneità della relazione inter-organizzativa a generare valore aggiunto per gli attori coinvolti nel rapporto e per i loro interlocutori esterni (Banks, 2002).

Nondimeno, la letteratura è concorde nel considerare l'integrazione socio-sanitaria un fenomeno che presenta ampi risvolti positivi, con riferimento sia al miglioramento della sostenibilità economico-finanziaria del sistema di assistenza che all'incremento dell'appropriatezza delle attività di tutela e promozione della salute (Dowling, *et al.*, 2004); in aggiunta, la dottrina è unanime nell'argomentare che la valorizzazione delle relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali apra la strada al conseguimento di traguardi che, altrimenti, le singole organizzazioni non sarebbero in grado di conseguire attraverso l'azione individuale (Gray, 1989).

L'integrazione socio-sanitaria, difatti, offre la possibilità di migliorare la qualità dei servizi di assistenza, di incrementare la capacità di risposta a fronte delle esigenze avvertite dall'utenza e di accrescere la legittimazione istituzionale che gli *stakeholder* esterni percepiscono sia nei confronti del sistema integrato di assistenza che dei singoli attori che ne fanno parte. Alla luce di quanto esposto nei paragrafi che precedono, tali risultati sono possibili grazie al conseguimento di una maggiore efficienza nell'impiego delle risorse a disposizione, all'allineamento della dotazione infrastrutturale, professionale e tecnologica dei *partner*, nonché all'approccio creativo incentivato dall'interazione simbiotica nell'affrontare problemi comuni tra gli attori che partecipano alla rete. Identificare strumenti di misurazione che consentano di definire con precisione gli impatti del processo di integrazione socio-sanitaria, dunque, è essenziale nell'intento di evitare che le relazioni inter-organizzative siano trattate come una mera moda manageriale, non idonea a generare impatti significativi sulle dinamiche organizzative e operative delle organizzazioni sociali e sanitarie coinvolte nel rapporto (O'Toole, 1997).

3.4.2 Gli approcci di valutazione delle performance inter-organizzative

Nonostante la mancanza di condivisione in merito ai criteri su cui è opportuno fondare la valutazione delle *performance* inter-organizzative, parte non residuale della dottrina ha individuato alcune caratteristiche di fondo che il sistema integrato di assistenza dovrebbe possedere ai fini del suo efficiente ed efficace funzionamento (Wagner, *et al.*, 1996). Tra gli altri, si evidenziano i seguenti aspetti:

- la propensione dei *partner* alla formulazione di programmi di cooperazione concertati, chiari e condivisi, nonché la reciproca adesione a essi;
- la stesura di protocolli operativi comuni, possibilmente basati sulle evidenze empiriche, allo scopo di coordinare in maniera omogenea le azioni individuali;
- l'adozione di una configurazione organizzativa aperta da parte dei nodi, che offra ampie opportunità di interazione e favorisca la fertilizzazione incrociata delle capacità e delle competenze individuali;
- la predisposizione di un sistema informativo integrato, che garantisca il rapido accesso alle informazioni, alle conoscenze e alle competenze di volta in volta più appropriate per la prestazione dei servizi di assistenza richiesti dall'utenza.

La semplice rilevazione della sussistenza o meno di tali condizioni assume una significativa portata informativa ai fini della percezione delle probabilità di successo dell'integrazione socio-sanitaria, sebbene essa non consenta di ponderarne in termini quantitativi la portata. La presenza di tali fattori, difatti, favorisce il consolidamento e lo sviluppo delle relazioni inter-organizzative tra aziende sociali e sanitarie, implicando elevate probabilità di miglioramento delle *performance* individuali e sistemiche.

In termini generali, la dottrina individua due tipologie di criteri in base ai quali si ritiene possibile pervenire a una misurazione accurata dei risultati conseguiti grazie all'istituzione di un sistema integrato di assistenza (Asthana, *et al.*, 2002). Da un lato, vi sono i parametri "interni", di tipo strutturale e processuale, e, dall'altro, i criteri che guardano agli impatti "esterni": mentre i primi hanno ad oggetto aspetti di natura prevalentemente operativa, quali gli effetti dell'interazione sugli aspetti organizzativi e gestionali che caratterizzano i singoli *partner*, i secondi concernono i risultati percepiti dagli *stakeholder* esterni ed imputati, in via diretta o indiretta, al rapporto cooperativo. Tra questi ultimi, a titolo meramente esemplificativo, si annoverano il livello di accessibilità ai servizi (Brown, *et al.*, 2003), il grado di equità percepita dall'utenza (Baker, 2003) e gli impatti sullo stato di salute della popolazione servita (Gulliver, *et al.*, 2002), identificati da

parte della letteratura quali *outcome* finali per antonomasia delle iniziative di integrazione socio-sanitaria (Dowling, *et al.*, 2004).

Non esiste condivisione, tuttavia, su quale delle due prospettive di valutazione debba essere privilegiata rispetto all'altra. Vi è chi tributa maggiore rilievo alla dimensione processuale, ritenendo che la formazione e il consolidamento di relazioni inter-organizzative rappresenti di per sé un obiettivo per le aziende che erogano servizi alla persona (Hudson & Hardy, 2002): aderendo a tale prospettiva, si assume che l'integrazione socio-sanitaria generi benefici socialmente desiderabili anche nell'ipotesi in cui essa non conduca immediatamente a un sensibile miglioramento degli *outcome* in termini di salute e benessere delle popolazione assistita. Esiste, inoltre, un evidente vantaggio pratico derivante dalla focalizzazione sui processi piuttosto che sugli impatti finali: i primi, invero, sono più facilmente quantificabili rispetto ai secondi, perché scevri dalle difficoltà di quantificazione tipiche della rilevazione di fenomeni che si manifestano nel lungo termine e presentano natura complessa, in quanto contestualmente condizionati da più variabili⁸².

La letteratura che attribuisce maggiore peso alla valutazione degli *outcome* esterni dell'integrazione socio-sanitaria, d'altro canto, non è residuale (Campbell, *et al.*, 2000; Kitchiner, Davidson, & Bundred, 1996). Essa afferma l'esigenza di guardare agli impatti riconducibili alle relazioni inter-organizzative adottando diverse prospettive, tra cui quella dell'utenza diretta, la quale aspira precipuamente al miglioramento qualitativo dei servizi; quella degli interlocutori istituzionali, interessati al buon andamento economico,

⁸² In particolare, le misure di processo soffrono meno dei problemi di causalità, tipici nel momento in cui si ricorra a valutazioni focalizzate sugli *outcome* intermedi e finali dell'integrazione socio-sanitaria (Perkins, *et al.*, 1998). Non bisogna trascurare, infatti, che fattori "esterni", non controllabili dai partner, incidono in misura consistente sulla performance della rete. Tra essi vi sono le caratteristiche dell'ambiente esterno in cui prende vita il rapporto collaborativo (Phillips, 2000; Torkington, 2002): il grado di stabilità finanziaria e l'esistenza di un quadro istituzionale di favore alla nascita e al consolidamento di relazioni cooperative, a titolo esemplificativo, impattano in maniera radicale sulla capacità delle organizzazioni sociali e sanitarie di conseguire un elevato livello di performance inter-organizzativa (Amery, 2000). In aggiunta, determinanti di tipo economico, sociale, demografico ed epidemiologico influenzano lo stato di salute della popolazione di riferimento, una delle dimensioni più significative per la valutazione degli *outcome* dell'interazione organizzativa. In questa prospettiva, dunque, occorre tener conto che qualsiasi valutazione del valore aggiunto generato grazie ai processi di integrazione socio-sanitaria rappresenta sempre un approccio parziale. Accanto ai problemi di "causalità", una rilevante difficoltà connessa all'impiego di strumenti di valutazione incentrati sugli *outcome* deriva dall'esigenza spesso avvertita di individuare prove "controfattuali", che consentano di prevedere cosa si sarebbe verificato nelle diverse prospettive adottate in un'ipotetica situazione di assenza della relazione inter-organizzativa.

finanziario e gestionale del sistema di assistenza; quella degli *stakeholder* interni, i quali ambiscono al miglioramento della competitività organizzativa individuale; infine, quella della collettività servita latamente intesa, la quale auspica la graduale istituzione di un sistema di tutela e promozione della salute accessibile, equo, inclusivo, efficace ed efficiente, in grado di rispondere ai rinnovati bisogni di assistenza percepiti a dispetto delle minori risorse economiche e finanziarie a disposizione (Challis, *et al.*, 1988).

Ovviamente, nell'esplicitazione delle dimensioni rilevanti per la valutazione del valore aggiunto generato dall'integrazione socio-sanitaria, è opportuno combinare armonicamente le due dimensioni, fornendo una rappresentazione globale degli impatti complessivamente generati dalla relazione inter-organizzativa. Nell'intento di semplificare un discorso altrimenti troppo articolato, tuttavia, si ritiene opportuno, quanto meno in prima battuta, focalizzare l'attenzione su alcuni parametri che risultano predittivi del buon esito delle iniziative di integrazione socio-sanitaria; essi potrebbero essere identificati quali determinanti intermedi delle *performance* inter-organizzative, costituendo, in questi termini, delle variabili esplicative degli *outcome* interni ed esterni riconducibili all'istituzione del sistema integrato di assistenza.

Il livello di impegno (*commitment*) e il grado di adesione (*engagement*) espresso dai diversi nodi della rete rappresentano due interessanti esempi di variabili intermedie; entrambi, infatti, costituiscono dei requisiti per il successo del sistema di assistenza, contribuendo a spiegare in misura significativa il buon esito delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario (Amery, 2000; Bliss, *et al.*, 2000; Callaghan, *et al.*, 2000). Allo stesso modo, il grado di condivisione della *mission* e degli obiettivi di fondo del sistema di attori esercita un'influenza positiva sul buon esito delle strategie di integrazione socio-sanitaria (Harrison, 1999; Gulliver, *et al.*, 2000): maggiore è il consenso tra gli attori, più ampie sono le probabilità di consolidamento del rapporto collaborativo e, di conseguenza, di sua sopravvivenza nel tempo (Whitehead, 2001). In termini quasi del tutto analoghi, la fiducia, la reciprocità e il rispetto tra i nodi sono dimensioni predittive del successo dell'interazione (Miller & Ahmad, 2001; Elston & Holloway, 2001): l'assenza di una reciproca e fidata interazione tra i *partner*, non a caso, costituisce una causa comune di estinzione delle relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali.

Infine, la configurazione organizzativa della rete rappresenta un fattore rilevante, sulla base del quale è possibile procedere a una valutazione prognostica delle probabilità di successo della relazione inter-organizzativa. Infatti, la presenza di un attore esterno dotato di forte potere negoziale nei confronti degli *stakeholder* interni ed esterni, a cui sono

attribuite funzioni di indirizzo, coordinamento e governo delle relazioni inter-organizzative, implica di norma maggiori possibilità di sopravvivenza della relazione, in quanto la sua azione di *senior partnership* incentiva la profusione di un consistente impegno finanziario e di un profondo *commitment* organizzativo da parte dei nodi coinvolti nella relazione. L'assenza di un coordinatore esterno, all'opposto, genera ripercussioni negative sulla sostenibilità della relazione: le formule partenariali che sono lasciate alla libera iniziativa dei *partner* e sono governate in maniera concertata dai partecipanti esitano, nella maggior parte dei casi, in interazioni deboli e instabili, che non sempre conducono ai risultati desiderati (Provan & Kenis, 2007; Provan & Milward, 2001)⁸³.

Le variabili intermedie sin qui descritte sono espressione di aspetti di natura processuale, che non offrono la possibilità di guardare al di là dei confini interni della relazione. Essi, infatti, consentono di percepire quali siano le condizioni necessarie – seppur non sufficienti – affinché il sistema integrato di assistenza adempia alle funzioni cui è preposto, aprendo la strada al conseguimento dei risultati attesi (Lazenbatt, *et al.*, 2001). Per pervenire a una più significativa valutazione dell'integrazione socio-sanitaria, dunque, è opportuno far riferimento anche ad aspetti di più complessa ponderazione, esplicitando i risultati di lungo termine che il rapporto cooperativo si rivela in grado di generare nella prospettiva dei destinatari diretti e indiretti dei servizi di assistenza, nonché dal punto di vista delle organizzazioni *partner* (Burch & Borland, 2001).

Generalizzando, la necessità di collocare il paziente al centro del percorso di cura rappresenta una delle ragioni chiave alla base delle iniziative di integrazione socio-sanitaria; la *patient centeredness*, in particolare, postula che tutte le caratteristiche del contesto di vita del paziente debbano essere finalmente concepite quali aspetti imprescindibili per la costruzione di un percorso di cura appropriato ed efficace⁸⁴ (Kodner

⁸³ Da questo punto di vista, un criterio utile per valutare l'efficacia della rete consiste nella quantificazione della capacità di controllo da parte di un attore focale sull'acquisizione delle risorse destinate ad alimentare le attività del *network* e sulla loro successiva allocazione: in presenza di un controllo incisivo di un attore referente del sistema integrato di assistenza, si può presumere una maggiore efficacia della relazione. Tale attività di monitoraggio, tuttavia, non deve tradursi nel “soffocamento” della libertà di azione dei nodi della rete, a cui devono essere garantiti sufficienti spazi di libertà per rispondere in maniera appropriata e tempestiva alle mutevoli esigenze della collettività (Provan & Milward, 2001).

⁸⁴ L'integrazione socio-sanitaria, in questi termini, offre l'opportunità di migliorare il coordinamento tra i processi di assistenza formale e istituzionalizzata e le attività di “auto-cura” (self-care), queste ultime realizzate prevalentemente grazie al supporto fornito dai caregiver informali: ciò nell'ottica di un processo di assistenza “cucito” sulle spalle del singolo paziente, improntato al prendersi cura della persona piuttosto che

& Kyriacou, 2000). In questa prospettiva, l'integrazione socio-sanitaria dovrebbe essere finalizzata alla creazione di allineamento e coesione tra le aziende che operano nel settore sanitario e in quello sociale, in una prospettiva di umanizzazione dell'assistenza, di miglioramento della qualità della cura, di incremento del livello di soddisfazione dell'utenza e di aumento dell'efficienza organizzativa, identificando nel territorio il *setting* assistenziale da prediligere per far fronte ai rinnovati bisogni di salute della popolazione servita (Kodner & Spreuwenberg, 2002).

Occorre non tralasciare, inoltre, che l'integrazione socio-sanitaria è protesa al perseguimento di alcuni scopi di natura istituzionale, da tenere in seria considerazione nella valutazione degli impatti riconducibili al processo di integrazione. La dottrina articola in due diramazioni siffatti obiettivi (Ferlie & Pettigrew, 1996). Rileva, in primo luogo, l'esigenza di conseguire un graduale trasferimento delle responsabilità in materia di tutela e promozione della salute al di fuori della sfera di competenza delle organizzazioni sanitarie; la garanzia di uno stato di buona salute, infatti, non può essere percepita come una "provincia" del sistema sanitario: i determinanti dello stato di salute sono numerosi e interconnessi, sicché ciascuno di essi dovrebbe essere tenuto in conto nella predisposizione degli interventi diretti alla protezione e al miglioramento del benessere individuale e collettivo. In secondo luogo, è evidente l'intento di conseguire un armonioso coordinamento delle competenze, delle conoscenze e delle risorse a disposizione degli attori che, a vario titolo, compongono il sistema di assistenza: il conseguimento di una maggiore flessibilità istituzionale e la promozione di più ampie opportunità di interazione tra le organizzazioni sanitarie e sociali creano le condizioni necessarie alla predisposizione di percorsi di cura integrati, intesi a rispondere con maggiore puntualità e tempestività alle molteplici e sempre più qualificate istanze dell'utenza. Tale situazione si riflette nel conseguimento di una maggiore legittimazione istituzionale del sistema integrato di assistenza, che si riverbera, sua volta, sugli attori che ne fanno parte.

Allo scopo di realizzare una valutazione comprensiva degli impatti generati dagli interventi di integrazione socio-sanitaria, infine, è utile non concentrare lo sguardo esclusivamente sui benefici generati dalla relazione inter-organizzativa, ma considerare anche i costi connessi alla sua attivazione, a prescindere dalla loro diretta o indiretta manifestazione (Newman, 2001). La soluzione cooperativa, ovviamente, è appetibile nel solo caso in cui i benefici conseguibili siano superiori agli oneri connessi alla sua

al curare la patologia (Von Koff, *et al.*, 1997).

implementazione. È opportuno evidenziare che questi ultimi non consistono semplicemente nelle spese vive necessarie per l'istituzione, il consolidamento e lo sviluppo della relazione; essi comprendono, altresì, i costi impliciti – primi tra tutti la perdita di autonomia e l'attenuazione della discrezionalità decisionale – che le organizzazioni subiscono quale contraltare della loro volontà di entrare a far parte di una rete integrata di assistenza. In ultima analisi, pertanto, è opportuno pervenire a una veritiera quantificazione del valore aggiunto riconducibile all'istituzione di un sistema integrato di assistenza, confrontando quest'ultimo all'ammontare dei sacrifici da sostenere ai fini della sua effettiva implementazione: in tal modo, è possibile creare consapevolezza e adesione al rapporto collaborativo tra i *partner*, promuovendo la sostenibilità delle relazioni inter-organizzative a esso sottese nel lungo termine.

3.4.3 Gli impatti interni dell'integrazione socio-sanitaria: la valorizzazione delle sinergie organizzative

L'emersione di sinergie tra le organizzazioni che erogano servizi di assistenza alla persona rappresenta uno dei principali impatti generati dall'integrazione socio-sanitaria⁸⁵. Per "sinergia" in questa sede deve intendersi la capacità di creare sintesi tra risorse, competenze e conoscenze di aziende aventi funzioni e responsabilità diversificate, ma complementari, ai fini del più efficace ed efficiente perseguimento di uno scopo comune, in ultima analisi identificabile in termini di miglioramento dello stato di salute individuale e collettivo (Mayo, 1997; Fried & Rundall, 1994). In questa prospettiva, il numero, la frequenza e la densità dei rapporti sinergici tra i *partner* rappresentano dei parametri significativi per la valutazione degli *outcome* interni dell'interazione organizzativa: essi influenzano positivamente l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni di assistenza, contribuendo ad incrementare la capacità delle singole aziende coinvolte nel rapporto di far

⁸⁵ Così come esistono dei determinanti delle *partnership* interorganizzative, è possibile identificare anche delle variabili che determinano l'insorgenza di sinergie tra organizzazioni alleate. Esse possono essere catalogate in cinque grandi famiglie: risorse (Alter & Hage, 1993), vale a dire le disponibilità economiche e finanziarie, le conoscenze e le competenze degli attori coinvolti, la munificenza e il grado di "ostilità" dell'ambiente, le informazioni e i legami passati; le caratteristiche dei *partner* (Lasker, 1997), intese in termini di eterogeneità e livello di *commitment* alla relazione inter-organizzativa; il contenuto della relazione tra i *partner* (Waddock, 1988), valutato in termini di fiducia e rispetto; gli aspetti dell'interazione (McKinney, Morrissey, & Kaluzny, 1993), intesi come *leadership*, modelli di *governance* e amministrazione ed efficienza della relazione; il contesto istituzionale (Goodman, Speers, & McLeroy, 1998), in cui rientrano le politiche pubbliche e i caratteri peculiari della comunità di riferimento.

fronte alle attese espresse dalla propria utenza di riferimento.

L'attivazione di rapporti simbiotici, ovviamente, si riflette sul modo in cui gli attori inseriti nel sistema di assistenza interpretano i loro scopi istituzionali e i loro programmi, nonché sulle modalità con cui essi valutano il livello di efficacia ed efficienza organizzativa nello svolgimento delle rispettive attività aziendali. Il massimo grado di sinergia è raggiunto nel momento in cui le aziende affrontano in maniera congiunta la maggior parte delle attività cui esse sono chiamate, attraverso lo sviluppo di piani e programmi di azione concertati, la definizione di obiettivi operativi condivisi, l'integrazione dei servizi offerti in un'ottica di comprensività (*comprehensiveness*) della cura, la predisposizione di appropriati strumenti di rilevazione per percepire in maniera chiara gli impatti della relazione inter-organizzativa sulle dinamiche gestionali interne, la comunicazione all'interno e all'esterno della rete dei risultati conseguiti a livello individuale e sistemico e, infine, l'espressione di un costante supporto alle iniziative di interazione organizzativa.

Le sinergie inter-organizzative, dunque, non si traducono semplicemente in uno scambio di risorse, informazioni o servizi tra due o più attori; esse, altresì, sottendono un processo complesso, in virtù del quale i *partner* pongono in essere attività congiunte di creazione di valore, che trovano concretizzazione sia in termini di incremento dell'appropriatezza dei servizi resi alla collettività che di rafforzamento della capacità individuale di risposta alle sfide competitive poste dall'ambiente esterno (Shannon, 1998). Grazie alla collaborazione, difatti, le organizzazioni hanno la possibilità di rivitalizzare il loro capitale intellettuale: lavorando fianco a fianco, esse valorizzano le reciproche differenze ed esaltano le proprie peculiarità, stimolando la loro capacità di individuare soluzioni innovative per rispondere a problemi comuni e di identificare nuovi sentieri di crescita e sviluppo organizzativo. Gli attori coinvolti nella relazione, in aggiunta, hanno la possibilità di mettere in discussione con maggiore frequenza gli approcci culturali, i valori etici e i principi consolidatisi nel tempo al loro interno, elementi che spesso costituiscono una consistente fonte di inerzia e di resistenza al cambiamento (Silka, 1999).

In questa prospettiva, la nascita di rapporti sinergici incide positivamente sul modo di pensare cristallizzatosi entro i confini organizzativi dei singoli *partner*. L'interazione incentiva l'assunzione di una prospettiva olistica, favorendo una percezione globale delle criticità organizzative e gestionali di respiro individuale e collettivo (Gray, 1989). La possibilità di analizzare il contesto operativo di riferimento da diversi punti di vista, in particolare, offre la possibilità di pervenire a una consapevolezza più solida e fondata delle

fattispecie da gestire, a una migliore programmazione e allocazione delle risorse complessivamente a disposizione e a una più chiara percezione dei vincoli – di natura istituzionale e non – che incidono sulla discrezionalità delle organizzazioni coinvolte nella relazione (Barretta, *et al.*, 2009; Kreuter, *et al.*, 2000).

Sebbene l'emersione di sinergie rappresenti uno degli *outcome* interni di maggiore importanza e più facilmente osservabili, è opportuno considerare contestualmente altri fattori, la cui quantificazione presenta caratteri di maggiore problematicità (Lasker, *et al.*, 2001). La letteratura, al riguardo, ha fatto riferimento a tre ambiti di indagine prioritari (Devers, *et al.*, 1994), concentrandosi sugli effetti architettonici, intesi quali cambiamenti strutturali propedeutici a una proficua interazione tra gli attori coinvolti nella relazione, sugli impatti intermedi, strumentali al conseguimento degli obiettivi chiave del rapporto, e sugli *outcome* interni finali, espressi in termini di capacità del *network* di conseguire gli scopi per i quali esso è stato costituito⁸⁶.

Avendo dedicato in precedenza adeguato spazio ai primi due aspetti, si ritiene opportuno focalizzare lo sguardo sulla terza dimensione di indagine, che, a dispetto delle difficoltà di misurazione e quantificazione a essa associate, esprime in maniera più evidente il valore aggiunto generato dalle relazioni inter-organizzative nei confronti dei *partner* coinvolti nella relazione (Dowling, 1995; Slomski, 1995; Johnson, 1993). L'integrazione socio-sanitaria, in primo luogo, offre la possibilità di incrementare la capacità di risposta degli attori coinvolti rispetto ai rinnovati bisogni di salute dell'utenza, contribuisce alla riduzione dei costi di assistenza e concorre ad incrementare la qualità e l'appropriatezza del percorso di cura (D'Aveni & Ilinitich, 1992; Conrad & Dowling, 1990). In questa prospettiva, gli impatti interni potrebbero essere sintetizzati in termini di abbattimento dei costi di assistenza e di incremento del livello di appropriatezza delle prestazioni erogate.

Invero, parte non residuale della dottrina ha identificato nel conseguimento di condizioni di costo-efficienza il principale beneficio apportato dall'integrazione socio-sanitaria (Vickers & Waterson, 1991). Tale risultato è ottenuto grazie alle più ampie opportunità di sfruttamento delle economie di scala, alle maggiori opportunità di

⁸⁶ Tra le aree ivi considerate, gli *outcome* intermedi rappresentano la dimensione più facilmente misurabile, in considerazione del fatto che essi possono essere facilmente espressi in termini quantitativi. Le altre due dimensioni, aventi preminente carattere qualitativo, costituiscono ambiti di più complessa valutazione, potendo essere esplicitati solo a prezzo di consistenti sforzi di elaborazione (Strandberg-Larsen & Krasnik, 2009).

coordinamento tra i nodi del sistema e alla possibilità di condivisione delle informazioni e delle conoscenze, fattore indispensabile per l'incremento dell'appropriatezza delle prestazioni. L'interazione tra i *partner*, inoltre, si rivela strumentale allo sviluppo di nuove tecnologie e di soluzioni manageriali idonee a fornire una risposta adeguata e tempestiva alle complesse istanze della popolazione servita, concorrendo alla generazione di fonti sostenibili di vantaggio competitivo per tutti gli attori coinvolti nella relazione (Gillies, *et al.*, 1993; Koch, 1980; Greer, 1980).

Sistematizzando quanto esposto sino a questo punto, le interazioni organizzative aprono la strada a un ampio ventaglio di vantaggi (Brass, *et al.*, 2004), tra cui è opportuno evidenziare:

- un più efficiente ed appropriato impiego delle risorse disponibili, in virtù della possibilità per le organizzazioni *partner* di specializzarsi nell'erogazione di specifici servizi e di valorizzare le interazioni con gli altri nodi, evitando l'emersione di zone grigie, in corrispondenza delle quali la risposta alle richieste di assistenza dell'utenza risulta difficoltosa;
- una maggiore appropriatezza delle prestazioni offerte rispetto alle esigenze implicitamente o esplicitamente espresse dall'utenza e, di conseguenza, una più efficiente gestione delle risorse economiche, finanziarie, tecniche e professionali a disposizione dei *partner*;
- un'elevata capacità competitiva, conseguita grazie allo sviluppo e alla sedimentazione di competenze e risorse distintive in seno al sistema integrato di assistenza;
- l'erogazione di un servizio di maggiore qualità agli utenti diretti e indiretti, grazie all'implementazione di un sistema di offerta flessibile, globale ed efficace, fenomeno che si ripercuote positivamente sull'attrattività del sistema integrato di assistenza.

Il valore aggiunto generato dal sistema integrato di assistenza dovrebbe essere esplicitato in termini di capacità di quest'ultimo di conseguire risultati favorevoli che, in alternativa, i singoli attori non sarebbero stati in grado di ottenere individualmente. In quest'ottica, la valutazione controfattuale dei risultati conseguiti rispetto a quanto si sarebbe ipoteticamente verificato in assenza della relazione inter-organizzativa rappresenta un approccio utile per la ponderazione del valore aggiunto prodotto dal sistema integrato di assistenza. Adottando questa prospettiva, si assume che la collaborazione costituisca una

soluzione superiore alla competizione: essa evita la conflittualità e minimizza lo spreco di risorse, aprendo altresì la strada al conseguimento di risultati favorevoli per tutti gli attori coinvolti nel sistema di assistenza (Sullivan, 2012, Axelrod, 1984).

A margine delle argomentazioni qui proposte, è utile considerare che i traguardi conseguibili attraverso la creazione di relazioni inter-organizzative non possono oggetto di precisa e univoca definizione per tutte le possibili formule di integrazione socio-sanitaria. La loro “espressione”, bensì, dipende dallo specifico contesto in cui il rapporto di collaborazione viene alla luce e, ovviamente, dalla tipologia di attori coinvolti (Provan & Milward, 2001). Occorre, dunque, parametrare la valutazione degli impatti interni delle relazioni inter-organizzative alle specifiche contingenze con cui esse si confrontano, prendendo in considerazione i diversi punti di vista degli attori coinvolti nella relazione.

3.4.4 Gli impatti della relazione inter-organizzativa sull'efficacia del sistema di assistenza

In ragione della numerosità e dell'eterogeneità degli attori e degli interessi coinvolti, è opportuno adottare diverse prospettive per la valutazione degli impatti esterni dell'integrazione socio-sanitaria. In termini generali, l'attenzione può essere rivolta ora agli *outcome* riconducibili al sistema integrato nel suo complesso, il cosiddetto livello “comunitario” di valutazione, ora a sue specifiche sezioni, vale a dire particolari *cluster* di attori identificabili al suo interno, ora ai singoli nodi che ne fanno parte. La dottrina ha generalmente privilegiato quest'ultima prospettiva di analisi, dedicando uno spazio residuale alla valutazione degli *outcome* generati a livello sistemico (Graddy & Chen, 2006). La rete di attori, invero, è stata raramente considerata quale unità di analisi prevalente ai fini della rilevazione delle *performance* inter-organizzative, con la conseguente carenza di strumenti appropriati per la valutazione complessiva degli impatti riconducibili all'istituzione di un sistema di assistenza integrato e comprensivo (O'Toole & Meyer, 2006).

Nell'intento di recuperare una visione globale degli esiti dell'integrazione socio-sanitaria, parte della dottrina ha inserito tale tema entro i confini della *stakeholder theory*, declinando gli impatti delle relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali alla luce delle aspettative espresse dai portatori di interesse esterni (Gamm, 1996; Gamm, 1998). La valutazione dell'integrazione socio-sanitaria, in questa prospettiva, è legata alla soddisfazione delle attese tacitamente o esplicitamente espresse dagli *stakeholder* delle aziende coinvolte nella relazione, come gli utenti, gli interlocutori istituzionali di

riferimento, i professionisti che operano al servizio delle organizzazioni *partner* e, in via residuale, tutti coloro che in maniera diretta o indiretta nutrono aspettative sensibili nei confronti del sistema integrato di assistenza.

Semplificando la questione, è possibile identificare tre tipologie di attori rilevanti ai fini della ponderazione degli impatti esterni dell'integrazione socio-sanitaria: i *principal* (principali), gli *agent* (agenti) e gli utenti. I primi sono preposti alla definizione degli obiettivi alla base dell'istituzione del sistema integrato di assistenza; essi, inoltre, contribuiscono al finanziamento delle attività da realizzare al suo interno e monitorano il comportamento degli attori coinvolti. Gli agenti, viceversa, hanno il compito di adempiere alle attività operative attribuite alla rete integrata di assistenza, siano esse di natura meramente amministrativa ovvero inerenti l'erogazione dei servizi; gli utenti, infine, domandano e beneficiano in maniera diretta o indiretta dei servizi erogati dal sistema integrato di assistenza⁸⁷.

Adottando questa prospettiva, è possibile presumere che i *principal* siano prevalentemente interessati all'efficace ed efficiente funzionamento del sistema integrato di assistenza: è il caso degli interlocutori istituzionali, come il Ministero della Salute, le amministrazioni regionali e gli enti locali, i quali detengono le redini politiche del sistema socio-sanitario; gli agenti, ossia le organizzazioni che, in ambito sociale e sanitario, erogano prestazioni di assistenza, mirano al miglioramento della propria competitività organizzativa, mentre gli utenti, nella veste di pazienti, *caregiver* informali o associazioni di rappresentanza, auspicano l'accesso a un sistema di assistenza in grado di rispondere in maniera adeguata e appropriata alle loro esigenze di tutela e promozione della salute.

Il contesto comunitario, dunque, rappresenta il livello di analisi più ampio e, probabilmente, più significativo per la valutazione degli *outcome* dell'integrazione socio-sanitaria. A partire da tale punto di vista, gli utenti rappresentano i principali *stakeholder* da considerare: la *performance* inter-organizzativa, difatti, dovrebbe essere valutata in termini di contributo al miglioramento dello stato di salute che il sistema integrato di assistenza è in grado di apportare a vantaggio della collettività servita, nella maggior parte dei casi sulla base di un'analisi comparativa rispetto ai risultati che – presumibilmente –

⁸⁷ Tale classificazione è desunta dalla "teoria dell'agenzia" (Fama & Jensen, 1983), la quale studia il rapporto che intercorre tra un "principale" e un "agente"; la relazione di agenzia genera per propria natura rischi di opportunismo: essi si manifestano *ex ante*, nella forma della selezione avversa, o *ex post*, nella forma dell'azzardo morale. In entrambe i casi, il rischio di opportunismo deriva dall'impossibilità per il *principal* di disporre di un pieno controllo sull'*agent*.

sarebbero stati conseguiti in assenza della relazione inter-organizzativa (Agranoff, 1991). I *principal* rappresentano un'ulteriore categoria di portatori di interesse rilevante a livello comunitario; essi sono interessati al rinvigorismento della capacità del sistema integrato di assistenza di rispondere in misura appropriata alle attese dell'utenza, senza che tale intento implichi ripercussioni sulla sua sostenibilità economica e finanziaria del sistema nel suo complesso e delle organizzazioni *partner*.

In sintesi, dunque, i parametri da considerare per la valutazione della relazione inter-organizzativa a livello comunitario spaziano dal livello di benessere della collettività beneficiaria dei servizi di assistenza ai cambiamenti determinati sull'incidenza delle patologie nei cui confronti il sistema integrato di assistenza concentra la propria azione; dalla percezione di fiducia da parte della comunità nei confronti del sistema integrato di assistenza alla valutazione della legittimazione istituzionale che le relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali acquisiscono presso gli interlocutori istituzionali di riferimento⁸⁸.

Spostando lo sguardo su un livello di valutazione intermedio, che guarda ai *cluster* identificabili all'interno del sistema integrato di assistenza, gli impatti dell'integrazione socio-sanitaria dovrebbero essere valutati in primo luogo in termini di contributo alla valorizzazione e all'arricchimento del capitale sociale delle organizzazioni alleate (Putnam, 1993). Operando in *partnership*, infatti, queste ultime costruiscono gradualmente relazioni improntate alla fiducia reciproca e maturano consapevolezza sui vantaggi che derivano dall'insediamento di relazioni di tipo simbiotico (Brazil, *et al.*, 2012). La dotazione di capitale sociale che in tal modo si sedimenta rappresenta la base per l'implementazione di ulteriori iniziative di collaborazione inter-istituzionale, attivando un circolo virtuoso che incrementa nel lungo termine l'efficienza complessiva del sistema di assistenza (Fountain, 1998).

In questa prospettiva, il successo dell'integrazione socio-sanitaria dovrebbe essere valutato in termini di attrattività dei suoi *cluster* nei confronti di interlocutori esterni: tale

⁸⁸ Il mutamento nello stato di salute percepito dalla popolazione di riferimento rappresenta un indicatore sintetico estremamente significativo ai fini della valutazione della performance del sistema integrato di assistenza; non a caso, esso è stato identificato in letteratura quale principale "outcome finale" della relazione inter-organizzativa (Mitchell & Shortell, 2000). Accanto a esso, è possibile impiegare ulteriori dimensioni, quali l'accessibilità ai servizi di assistenza socio-sanitaria a favore delle fasce deboli di tale popolazione, il livello di soddisfazione dell'utenza, nonché il grado di fiducia che la collettività matura nei confronti delle organizzazioni *partner* e del sistema di assistenza complessivamente inteso.

dinamica può trovare diverse espressioni, prima tra tutte l'incremento nel tempo del numero di attori che esprimono la loro volontà di aderire al rapporto cooperativo. Di particolare rilievo per la valutazione delle sezioni del sistema integrato di assistenza, inoltre, si rivelano l'armonia nella composizione degli attori che ne fanno parte rispetto agli obiettivi che ne ispirano la costituzione e il prestigio istituzionale acquisito nei confronti dell'organizzazione focale e degli interlocutori istituzionali di riferimento (Provan & Milward, 2001).

In ultimo, focalizzando lo sguardo sulle entità coinvolte nella relazione inter-organizzativa, l'efficacia della rete dovrebbe essere valutata con riferimento alla sua idoneità ad agevolare i nodi nel perseguimento dei rispettivi obiettivi organizzativi. In particolare, occorre prendere in considerazione l'impatto che l'interazione genera sul livello di legittimazione istituzionale riconducibile ai *partner* individualmente intesi, sul correlato incremento della loro capacità di attrarre risorse finanziarie o di altra natura e di rispondere in maniera efficace, efficiente e puntuale alle esigenze espresse dalla loro utenza, nonché sulla struttura dei costi sostenuti per la prestazione delle attività di assistenza⁸⁹ (Roussos & Fawcett, 2000).

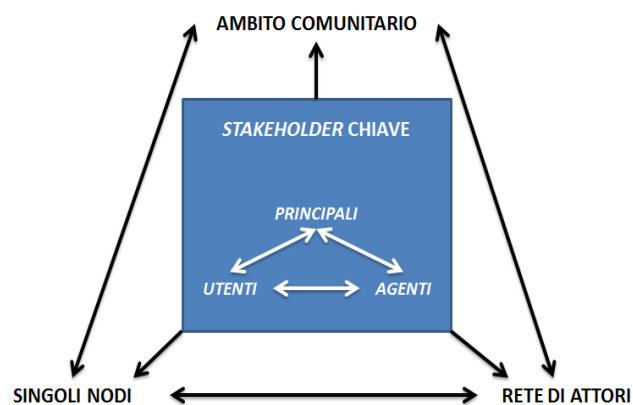
Dranove & Shanley (1995) identificano gli effetti più rilevanti dell'integrazione nella valorizzazione della capacità relazionale e della dotazione di capitale sociale delle aziende che partecipano alla relazione. Infatti, i rapporti collaborativi offrono alle organizzazioni *partner* la possibilità di rinvigorire la loro capacità di adattamento alle contingenze esterne, di accrescere il loro potere negoziale nei confronti dei diversi interlocutori con cui essi sono chiamati a interagire e di sviluppare una più intensa capacità di influenza nei confronti degli attori che non entrano a far parte della relazione (Stuckley & White, 1993; Peters, 1991; Di Maggio & Powell, 1983). Tale fenomeno è esito del *favor* istituzionale di cui godono i sistemi integrati di assistenza (Zuckerman & D'Aunno, 1990), in virtù della forte legittimazione che il legislatore e l'accademia tributano alle relazioni

⁸⁹ Al riguardo, è utile osservare che le organizzazioni di minori dimensioni e con un più basso potere di mercato riescono a trarre i più elevati vantaggi in termini di legittimazione istituzionale e di capacità di soddisfazione delle esigenze dei loro utenti grazie alla partecipazione alla relazione cooperativa; d'altro canto, esse corrono il rischio di essere penalizzate in occasione dell'allocazione delle risorse disponibili, a causa del loro minore prestigio politico, e di essere sottoposte agli oneri e ai sacrifici più intensi ai fini della costruzione e del mantenimento della relazione organizzativa, soprattutto in termini di libertà di scelta e di autonomia manageriali (Provan, et al., 1980). Considerazioni diametralmente opposte valgono per i *senior partner*, i quali vantano maggiori dimensioni organizzative e più elevato prestigio istituzionale.

inter-organizzative nell'area della salute pubblica⁹⁰.

La figura 3.5 mostra come i tre livelli di valutazione ivi considerati e le prospettive dei diversi portatori di interesse non siano in conflitto tra loro; anzi, l'efficacia della relazione inter-organizzativa in ciascuno degli ambiti oggetto di analisi condiziona la capacità del *network* di conseguire risultati favorevoli nelle altre aree (Weiner & Alexander, 1998). La relazione inter-organizzativa, pertanto, può essere ritenuta realmente efficace esclusivamente nell'ipotesi in cui essa consenta di soddisfare i bisogni di tutti gli *stakeholder* rilevanti, senza sottovalutare gli interessi di alcuno di essi.

Fig. 3.5 – Relazioni tra le misurazioni di efficacia nei diversi ambiti di valutazione



Fonte: rielaborazione dell'Autore da Provan & Milward, 2001

Sistematizzando quanto esposto sino a questo punto, l'efficacia delle iniziative di integrazione socio-sanitaria potrebbe essere indagata lungo cinque dimensioni principali, che consentono di evidenziare tutti gli aspetti rilevanti ai fini del buon esito della relazione inter-organizzativa:

- il grado di beneficio conseguito in seno alla popolazione destinataria delle prestazioni, in termini di idoneità del sistema di assistenza di rispondere in maniera appropriata e tempestiva ai bisogni di natura sociale e sanitaria della collettività, con particolare attenzione alle fasce deboli della popolazione, i cui bisogni di assistenza cadono spesso nel vuoto a causa della loro complessità e multi-dimensionalità;
- l'operatività dei nodi della rete individualmente considerati, ai quali è offerta la

⁹⁰ Al riguardo, esiste il rischio che le organizzazioni sociali e sanitarie adottino approcci improntati all'integrazione quale mera strategia mimetica, senza ponderare adeguatamente i riflessi di tale decisione sulle dinamiche strategiche e operative interne, nel mero intento di rispondere in maniera positiva ad attese o a pretese manifestate dagli *stakeholder* esterni.

possibilità di conseguire ampi benefici organizzativi e gestionali grazie all'attivazione della relazione simbiotica;

- l'operatività del sistema di assistenza considerato nel suo complesso, che può trovare espressione in termini di idoneità della rete di erogare servizi appropriati, efficienti ed efficaci, la cui qualità si riflette in una più elevata soddisfazione dell'utenza;
- l'apprendimento organizzativo, stimolato grazie all'interazione e alla fertilizzazione delle competenze tra attori che operano in contesti di azione diversi, ma strettamente complementari;
- Il livello di legittimazione istituzionale, politica e sociale maturato nel tempo dal sistema di assistenza e dai singoli attori che ne fanno parte.

Gli approcci proposti dalla dottrina rappresentano dei contributi di indiscutibile valore nell'intento di pervenire alla migliore comprensione possibile sia del funzionamento che del valore aggiunto generato dall'integrazione organizzativa nel settore socio-sanitario. È necessario, tuttavia, uno sforzo di sintesi, proteso ad aggregare in un quadro armonioso i diversi aspetti rilevanti per la valutazione delle iniziative di integrazione socio-sanitaria. In assenza di siffatto tentativo di sistematizzazione, il dibattito accademico in materia di integrazione socio-sanitaria non potrebbe progredire verso una più profonda comprensione del valore aggiunto da essa generato e del contributo che essa potrebbe esprimere ai fini sia del miglioramento dello stato di salute della popolazione servita che dell'incremento dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa delle aziende che erogano servizi di tutela e promozione della salute.

3.5 Un framework unitario per la comprensione degli impatti dell'integrazione socio-sanitaria

Avviare un processo di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali significa costruire un sistema di assistenza ramificato e globale, al cui interno convergono entità eterogenee sotto il profilo organizzativo, operativo, professionale e culturale (Mitchell & Pattison, 2012). Queste ultime, pur operando con specializzazioni diversificate in contesti istituzionali storicamente distinti, sono contestualmente impegnate nell'erogazione dei servizi di assistenza alla persona, perseguendo – in ultima analisi – le finalità di tutela e promozione della salute (Dolson, 1989). Il processo di integrazione socio-sanitaria implica

l'emersione di relazioni simbiotiche tra organizzazioni per loro natura restie alla collaborazione, grazie alle quali si ritiene possibile conseguire una maggiore capacità di risposta a fronte delle sempre più qualificate esigenze di salute espresse dalla popolazione servita, nel rispetto dei crescenti vincoli in termini di risorse finanziarie, umane e tecnologiche a disposizione (Marmot & Bell, 2009; Agranoff & Pattakos, 1979).

La costituzione di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario è foriera di profondi mutamenti nella concezione filosofica dei servizi di tutela e promozione della salute, ispirando una radicale transizione da un approccio assistenziale di tipo bio-medico, orientato alla cura della malattia, a un modello bio-psico-sociale, proiettato alla presa in carico globale della persona in stato di bisogno. Da questo punto di vista, è necessario che l'integrazione socio-sanitaria sia costantemente alimentata attraverso interventi aventi una profonda portata istituzionale e culturale, che promuovano il decentramento delle competenze in materia di tutela e promozione della salute e favoriscano il coordinamento inter-istituzionale delle attività socio-assistenziali, in un'ottica di graduale costruzione di un sistema di assistenza integrato e comprensivo (Calista, 1986).

Da quanto sopra esposto, si può evincere la numerosità e la complessità dei fattori che influenzano l'efficacia di un sistema integrato di assistenza. Come anticipato, d'altro canto, la dottrina si è generalmente concentrata sull'identificazione dei determinanti della collaborazione inter-organizzativa e sulla sua istituzione (Agranoff & McGuire, 2001; Ferlie & Andresani, 2000), dedicando attenzione solo residuale alla rilevazione e alla misurazione degli impatti riconducibili a essa (Ferlie & Pettigrew, 1996; Mandell, 2001). Negli ultimi anni, tuttavia, tale tematica ha suscitato un interesse crescente, come testimoniato dai diversi tentativi di sistematizzazione delle argomentazioni teoriche proposte nella letteratura e nella prassi (Martin, *et al.*, 2014 ; Trivedi, *et al.*, 2013 Turrini, *et al.*, 2009).

La prevalente dottrina identifica nelle caratteristiche architettoniche delle relazioni inter-organizzative e nelle contingenze esterne le principali variabili da cui dipende la *performance* di un sistema integrato di assistenza (Provan & Milward, 1995; Provan & Sebastian, 1998). Approfondendo il livello di dettaglio, le relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario sono favorite dalla centralizzazione delle funzioni di controllo in seno a un attore focale, che assume la responsabilità di coordinare il sistema di attori e di gestire in maniera efficace ed efficiente le interazioni tra i *partner*. Le reti improntate al decentramento decisionale e operativo, all'opposto, presentano un tenue livello di *commitment* dei *partner* e una bassa consapevolezza degli stessi rispetto ai benefici

generati dalla strategia cooperativa, fattori che determinano il conseguimento di risultati generalmente inferiori rispetto alle relazioni patrocinate da un influente attore focale. Invero, un sistema integrato di assistenza realizza con maggiori probabilità *performance* positive nell'ipotesi in cui i meccanismi di controllo impiegati siano connotati da immediatezza e da assenza di frammentazione. In presenza di una supervisione indiretta e debole, all'opposto, si corre il rischio che i nodi della rete esprimano un impegno troppo flebile ai fini del mantenimento e dello sviluppo della relazione, con evidenti ripercussioni negative sulle prestazioni individuali e sistemiche.

La capacità del sistema integrato di assistenza di conseguire risultati favorevoli è correlata, tra l'altro, alla stabilità delle interazioni: rapporti incerti e perturbati non consentono di conseguire un apprezzabile livello di efficacia, in quanto non sostenuti da un legame fiduciario sufficientemente solido tra i *partner*⁹¹. In aggiunta, è opportuno precisare che all'interno di un contesto operativo caratterizzato dalla scarsità delle risorse a disposizione, non si ha la possibilità di attivare tutte le energie necessarie per conseguire un elevato livello di efficacia e di efficienza inter-organizzativa. Se da un lato, dunque, la bassa munificenza ambientale costituisce un presupposto per la nascita di relazioni simbiotiche, l'impossibilità di attingere con continuità a risorse aggiuntive si riflette negativamente sulla stabilità e sulla durata del rapporto collaborativo, indebolendo le *performance* conseguibili dalla rete di attori (Alter & Hage, 1993).

Il *framework* teorico sin qui tracciato può essere arricchito, allo scopo di pervenire alla definizione di un approccio di valutazione integrato, utile per la ponderazione globale del valore aggiunto generato dalle relazioni inter-organizzative (Turrini, *et al.*, 2009). In particolare, l'efficacia del sistema di attori, in continuità con quanto esposto nei paragrafi che precedono, può essere apprezzata a partire da due prospettive alternative, l'una interna alla rete di attori e l'altra esterna a essa. Per quanto riguarda la prima, l'attenzione è focalizzata sugli impatti del rapporto inter-organizzativo nei confronti degli attori direttamente coinvolti nella relazione, in termini di capacità di questi ultimi di conseguire in maniera più agevole e con sforzi minori gli obiettivi organizzativi di rilievo individuale (Bazzoli, *et al.*, 2003; Hasnain-Wynia, *et al.*, 2003), di apportare innovazioni al processo di erogazione dei servizi di assistenza (Meier & O'Toole, 2003) e di raggiungere condizioni di sostenibilità e di stabilità relazionale con gli altri nodi della rete (Zacocs & Edwards, 2006). Con riferimento alla seconda prospettiva, invece, è utile considerare tanto l'idoneità

⁹¹ Il grado di inefficacia in condizioni di instabilità dipende, in particolare, dal grado di tolleranza dei singoli membri all'incertezza e all'imprevedibilità ambientali.

del sistema integrato di assistenza nel fornire una risposta appropriata alle esigenze espresse dagli utenti serviti, quanto gli *outcome* a esso associabili in termini di miglioramento dello stato di salute individuale e collettivo. Ovviamente, queste due dimensioni influenzano positivamente la legittimazione istituzionale delle formule di integrazione socio-sanitaria, variabile che potrebbe essere identificata quale ulteriore dimensione utile ai fini della valutazione degli impatti delle relazioni inter-organizzative.

Sia gli *outcome* interni che quelli esterni sono influenzati da diversi determinanti, che potrebbero essere aggregati in tre famiglie: i fattori contingenti, gli attributi strutturali della relazione e le relative caratteristiche operative. I primi agiscono precipuamente sulla stabilità e sulla longevità della relazione inter-organizzativa: il riferimento, in particolare, è alla munificenza ambientale (Shortell, *et al.*, 2002) e all'intensità del supporto espresso dagli *stakeholder* esterni, a sua volta correlato all'attrattività della rete nei confronti dei propri interlocutori e all'ampliamento della composizione del sistema integrato di assistenza (Sofaer, 2000). La presenza di un quadro normativo favorevole alla collaborazione costituisce un significativo determinante dell'integrazione socio-sanitaria, in considerazione della connaturata tensione delle organizzazioni sanitarie e sociali verso la preservazione della sfera individuale di discrezionalità gestionale. Per superare l'inerzia di queste ultime e stimolare l'integrazione socio-sanitaria, inoltre, è opportuno progettare e implementare adeguati incentivi di natura finanziaria: l'introduzione di un sistema armonizzato di allocazione delle risorse, in questi termini, agevola le strategie collaborative e contribuisce ad abbattere gli sprechi, le duplicazioni e le inefficienze che derivano dall'assenza di coordinamento tra gli attori che fanno parte del sistema integrato di assistenza.

Per quanto riguarda le dinamiche architetture, la letteratura ha evidenziato come la dimensione del sistema di assistenza e l'eterogeneità nella sua composizione possano giocare a detrimento delle *performance* inter-organizzative (Mitchell, *et al.*, 2002). In proposito, vi è chi ha evidenziato che le condizioni per la massimizzazione dell'efficacia di un sistema integrato di assistenza si conseguono nel momento in cui l'integrazione coinvolga piccoli gruppi di attori tra loro intimamente interconnessi, che si caratterizzano per un elevato grado di omogeneità organizzativa (Provan & Sebastian, 1998). In aggiunta, la formalizzazione dei rapporti cooperativi e la previsione di formule appropriate di *accountability* a garanzia della trasparenza della relazione influenzano positivamente il grado di efficacia della relazione inter-organizzativa. L'obbligo di rendere conto a terzi, invero, implica maggiore coinvolgimento dei nodi, i quali sono indotti a impegnarsi in

maniera più seria e decisa ai fini del perseguimento degli obiettivi comuni (Page, 2003). La formalizzazione del rapporto, d'altro canto, non deve essere tale da privare ogni libertà di azione ai *partner*, vincolandone eccessivamente il comportamento organizzativo. In tale ipotesi, infatti, i nodi della rete di assistenza non avrebbero la possibilità di ricorrere a una discrezionalità e flessibilità organizzativa sufficiente per far fronte a eventuali mutamenti ambientali.

Ultimo ambito da considerare è rappresentato dalle caratteristiche operative e funzionali del sistema integrato di assistenza. È indispensabile che la relazione inter-organizzativa sia guidata e sostenuta da un organo di governo competente, che si dimostri capace di costruire un appropriato sistema amministrativo di supporto all'interazione organizzativa, di incentivare il miglioramento continuo delle prestazioni individuali e di gruppo, di incidere positivamente sull'appropriatezza dei servizi erogati e di promuovere l'implementazione di un sistema di assistenza globale e centrato sul paziente⁹² (Jennings & Ewalt, 1998). Le organizzazioni focali, in questa prospettiva, sono chiamate a ricoprire il ruolo di catalizzatori delle interazioni, favorendo l'esplicitazione e l'appianamento dei conflitti inter-organizzativi, appianando gli strascichi di questi ultimi e promuovendo uno scambio continuo di informazioni tra gli attori coinvolti nella relazione. In tal modo, essi preservano l'armonia interna alla rete attraverso l'assorbimento della complessità esterna, agendo a tutela della stabilità relazionale (Kickert, *et al.*, 1997). I promotori della relazione inter-organizzativa, inoltre, debbono far leva su appropriati meccanismi di espansione dei confini della rete, nell'intento di dar vita a un sistema integrato e armonioso, capace di manifestare un'apertura selettiva nei confronti dell'ambiente esterno. A tal fine, essi debbono stimolare la formazione di fiducia reciproca tra i nodi della rete e garantire la sedimentazione di norme sociali condivise, improntate alla cooperazione e alla valorizzazione dei rapporti simbiotici (Vidal, 2006).

Dal momento che i *partner* sono generalmente coinvolti in attività istituzionalmente autonome, ma caratterizzate da intensa interdipendenza, non è sufficiente creare relazioni tra essi e favorire lo scambio di risorse; è opportuno, altresì, che tutti gli attori siano coinvolti nell'assunzione delle scelte strategiche che riguardano il sistema di

⁹² A tal fine, è indispensabile che le organizzazioni focali sviluppino competenze di coordinamento e direzione della relazione inter-organizzativa; il coordinamento è più agevole in presenza di una *mission* e di una *vision* comuni a tutti gli attori della rete, di una pianificazione coerente e armoniosa, di una programmazione integrata delle attività di assistenza e di un monitoraggio costante del buon andamento della relazione.

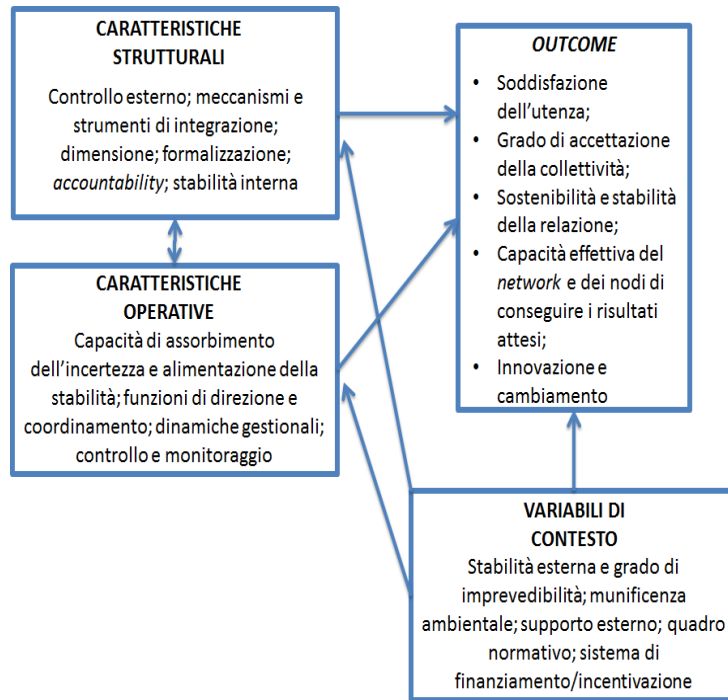
assistenza e che le interazioni siano ispirate da una cultura e un'etica organizzative solide e condivise (Lasker, *et al.*, 2001). Le organizzazioni focali, da questo punto di vista, devono impegnarsi in uno sforzo di attivazione e di abilitazione dei nodi che compongono rete, attraverso la valorizzazione del loro capitale sociale, la mobilitazione delle risorse giuste al momento giusto e la generazione di nuove fonti di vantaggio competitivo, possibile attraverso la fertilizzazione incrociata delle competenze e la condivisione delle informazioni (Agranoff & McGuire, 2001).

Sulla base di quanto argomentato sino a questo punto, Turrini e colleghi sono pervenuti all'elaborazione di un *framework* unitario per la valutazione delle *performance* inter-organizzative: quest'ultimo offre la possibilità di comprendere con immediatezza la potenzialità di un sistema integrato di assistenza di conseguire i risultati attesi, di perdurare nel tempo in condizioni di equilibrio e di stabilità e di contribuire ai processi di cambiamento e di innovazione organizzativa in seno alle aziende *partner*.

La Figura 3.6 fornisce una schematizzazione delle dimensioni rilevanti per la valutazione dell'integrazione socio-sanitaria. Caratteristiche di contesto, aspetti architettonici e dinamiche gestionali relative ai singoli nodi della rete rappresentano i determinanti che incidono in maniera più evidente sull'idoneità del sistema di rispondere alle attese degli *stakeholder* interni ed esterni. L'efficacia della rete dovrebbe essere valutata con riferimento agli impatti generati sul livello di soddisfazione dell'utenza, alla capacità dei singoli nodi di conseguire i propri obiettivi istituzionali, alla sostenibilità e alla longevità della relazione, al contributo in termini di introduzione di innovazioni di natura tecnologica e al sostegno sociale espresso dalla collettività e dagli interlocutori istituzionali nei confronti del legame inter-organizzativo. Questi fattori possono essere considerati quali significativi parametri per la valutazione delle relazioni inter-organizzative, consentendo di percepire il valore aggiunto generato da queste ultime.

Nel capitolo che segue, il *framework* ivi proposto sarà applicato per la valutazione di efficacia di un intervento sperimentale di integrazione socio-sanitaria avviato in una regione del Meridione italiano, nell'intento di evidenziare i punti di forza e di debolezza che ne hanno caratterizzato l'implementazione. Il caso è introdotto da una presentazione a "volo di rondine" delle principali esperienze internazionali di integrazione socio-sanitaria, la quale conferma la centralità degli elementi codificati all'interno del quadro teorico in uso.

Fig. 3.6 – Quadro integrato per la rilevazione dell'efficacia inter-organizzativa



Fonte: rielaborazione dell'Autore da Turrini et al., 2009

3.6 Bibliografia

- Acheson, E. D. (1988). *Public Health in England. Report of the Committee of Enquiry into the future development of the Public Health Function*. London: HMSO.
- Ackerman, F. K. (1992). The movement toward vertically integrated regional health systems. *Health Care Management Review, 17*(3), pp. 81-88.
- Agranoff, R. (1991). Human service integration: Past and present challenges in Public Administration. *Public Administration Review, 51*(6), pp. 533-542.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2001). After the network is formed. Process, power and performance. In M. Mandell, *Getting results through collaboration networks and network structures for public policy and management* (pp. 11-29). Westport: CT: Quorum Books.
- Agranoff, R., & Pattakos, A. N. (1979). *Dimensions of service integration*. Rockville: MD: Project Share Monographs.
- Ahgren, B. (2010). Dissolving the patient Bermuda triangle. *International Journal of Care Pathways, 14*(4), pp. 137-141.
- Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organization working together*. Newbury Park: CA: Sage Publication.
- Amery, J. (2000). Interprofessional working in Health Action Zones: How can this be fostered and sustained? *Journal of Interprofessional Care, 14*, pp. 27-30.
- Anderson, R. A., & McDaniel, R. R. (2000). Health care organizations as complex adaptive systems. *Health Care Management Review, 25*(1), pp. 83-92.
- Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, B. S., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation - An international literature review. *International Journal of Integrated Care, 11*, pp. 1-10.
- Antunes, V., & Moreira, P. J. (2011). Approaches to developing integrated care in Europe: a systematic literature review. *Journal of Management & Marketing in Healthcare, 4*(2), pp. 129-135.
- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care, 9*, pp. 1-11.
- Ashby, W. R. (1958). Requisite variety and its implications for the control of complex systems. *Cybernetica, 1*(2), pp. 83-99.
- Asthana, S., Richardson, S., & Halliday, J. (2002). Partnership working in public policy provision: a framework for evaluation. *Social Policy and Administration, 36*, pp. 780-795.

- Attwood, M., Pedler, M., Pritchard, S., & Wilkinson, D. (2003). *Leading Change: A guide to whole system working*. Bristol: Policy Press.
- Axelrod, R. (1984). *The evolution of cooperation*. New York: Basic Books.
- Axelrod, R., & Cohen, M. D. (2000). *Harnessing Complexity: Organizational implications of a scientific frontier*. New York: Basic Books.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health - A conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, pp. 75-88.
- Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), pp. 320–330.
- Baker, D. (2003). Primary care organizations: inequalities and equity. In B. Dowling, & C. Glendinning, *The New Primary Care: Modern, Dependable, Successful?* (pp. 54-69). Maidenhead: Open University Press.
- Banks, P. (2002). *Partnerships under pressure*. London: King's Found.
- Banks, P. (2004). *Policy Framework for Integrated Care for Older People*. London: King's found.
- Barnes, M., & Walker, A. (1996). Consumerism versus Empowerment: A principled approach to the improvement of older service users. *Policy and Politics*, 24, 375-393.
- Barretta, A. D., Geponi, A., Monfardini, P., & Ruggiero, P. (2009). La programmazione integrata in ambito socio-sanitario: un'analisi esplorativa sulle Società della Salute in Toscana. *Mecosan*, 18(71), pp. 85-106.
- Bate, P. (2000). Changing the culture of a hospital: From hierarchy to networked community. *Public Administration Review*, 78, pp. 485-512.
- Batterham, R., Southern, D., Appleby, N., Elsworth, G., Fabris, S., Dunt, D., et al. (2002). Construction of a GP integration model. *Social Science and Medicine*, 54(8), pp. 1225-1241.
- Bazzoli, G. J., Casey, E., & Alexander, J. A. (2003). Collaborative initiatives: Where the rubber meets the road in community partnerships. *Medical Care Research and Review*, 60(4), pp. 63-94.
- Begun, J. W., Zimmerman, B., & Dooley, K. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. In S. M. Mick, & M. Wyttenbach, *Advances in health care organization theory* (pp. 253-288). San Francisco: Jossey-Bass.
- Berwick, D. (1991). Controlling variation in health care: a Consultation from Walter Shewhart. *Medical Care*, 29(12), pp. 29-33.

- Bliss, J., Cowley, S., & While, A. (2001). Interprofessional working in palliative care in the community: a review of the literature. *Journal of Interprofessional Care, 14*, pp. 281-290.
- Blount, A. (2003). Integrated Primary Care: Organizing the Evidence. *Families, Systems, & Health, 21*(2), pp. 121-133.
- Bolland, J. M., & Wilson, J. V. (1994). Three faces of integrative coordination: A model of inter-organizational relations in health and human services. *Health Services Research, 29*(3), pp. 341-366.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. *BMC Health Services Research, 5*, pp. 1-5.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., Findlay, B., & Majid, N. (2004). Integrative healthcare: Arriving at a working definition. *Alternative Therapies in Health & Medicine, 10*, pp. 48-56.
- Boyne, G., Farrell, C., Law, J., Powell, M., & Walker, R. (2003). *Evaluating Public Management Reforms: Principles and Practice*. Buckingham: Open University Press.
- Brass, D. J., Galaskiewicz, H. R., & Tsai, W. (2004). Taking stock of networks and organizations: A multilevel perspective. *Academy of Management Journal, 47*, pp. 795-817.
- Brazil, K., Bainbridge, D., Sussman, J., Whelan, T., O'Brien M. A., & Pyette, N. (2008). Providing supportive care to cancer patients: a study on inter-organizational relationships. *International Journal of Integrated Care, 8*(e01).
- Briggs, C. J., & Garner, P. (2007). *Strategies for integrating primary health services in middle and low income countries at the point of delivery*. London: The Cochrane Library.
- Brown, L., Tucker, C., & Domokos, T. (2003). Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community. *Health and Social Care in the Community, 11*, pp. 85-94.
- Brown, M., & McCool, B. (1992). Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. In M. Brown, *Health care management: Strategy, structure and process* (pp. 67-79). Gaithersburg: MD: Aspen Publishers.
- Brunarski, D., Shaw, L., & Doupe, L. (2008). Moving toward virtual interdisciplinary teams and a multi-stakeholder approach in community-based return to work care. *Work, 30*(3), pp. 329-336.

- Burch, S., & Borland, C. (2001). Collaboration, facilities and communities in day care services. *Health and Social Care in the Community*, 9, pp. 19-30.
- Burke, W. W., & Litwin, G. H. (1992). A causal model of organizational performance and change. *Journal of Management*, 18, pp. 523-545.
- Burkholder, D. (1972). *Toward human services integration*. Lancaster: PA: Community Council of Lancaster University.
- Byrnes, J. J. (1998, July). *Do integrated healthcare strategies enhance quality?* Tulsa: OK: Saint Francis Health System.
- Calista, D. (1986). The role of organization in the integration of human services. *Administration and Society*, 18, pp. 263-286.
- Callaghan, G., Exworthy, M., Hudson, B., & Peckham, S. (2000). Prospects for collaboration in primary care: relationships between social services and the new PCGs. *Journal of Interprofessional Care*, 14, pp. 19-26.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321(7262), pp. 694-696.
- Challis, L., Fuller, S., Henwood, M., Klein, R., Plowden, W., Webb, A., et al. (1988). *Joint approaches to social policy: Rationality and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Charlesworth, J., Clarke, J., & Cochrane, A. (1996). Tangled webs: Managing local mixed economics of care. *Public Administration*, 74, pp. 67-78.
- Charns, M., & Tewsbury, L. (1993). *Collaborative management in health care: Implementing the integrative organization*. San Francisco: Jossey Bass.
- Cheah, J. (2011). Create health, integrate now. *International Journal of Integrated Care*, 11, 1-3.
- Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. (2000). *Best practises in coordinated care*. Princeton: NJ: Mathematica Policy Research.
- Cheng, J.-H. (2011). Inter-organizational relationships and information sharing in supply chains. *International Journal of Information Management*, 31(4), pp. 374-384.
- Cohen, E., & Ooms. (1993). *Data integration und Evaluation: Essential Components of Family-Centered Systems Reform*. Washington, D.C.: American Association for Marriage and Family Therapy Research and Education Foundation.
- Coleman, E. A., & Fox, P. D. (2004). One patient, many places: managing healthcare transitions. Part I: Introduction, accountability, and information transfer. *Annals of Long Term Care*, 12(9), pp. 25-32.

- Conrad, D. A., & Shortell, S. M. (1996). Integrated Health Systems: Promise and Performance. *Frontiers of Health Service Management*, 13, pp. 3-40.
- Conrad, D., & Dowling, W. (1990). Vertical integration in health services: Theory and managerial implications. *Health Care Management Review*, 15(4), pp. 9-22.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, C. (2003). *The integration of health care: Dimensions and implementation*. Montreal: Université de Montreal.
- Coster, G. (1998). An academic perspective on the development of integrated care. *Healthcare Review Online*, 2(10).
- Crowson, R. L., & Lowe, W. C. (1996). Structures and Strategies: Toward an Understanding of Alternative Models for Coordinated Children's Services. In J. C. Cibulka, *Coordination among schools, families and communities: prospect for educational reform* (pp. 137-169). Albany: Suny Press.
- D'Aveni, R., & Ilinitich, A. (1992). Complex patterns of vertical integration in the forest products industry: Systematic and bankruptcy risks. *Academy of Management Journal*, 35(3), pp. 596-625.
- Davies, B. (1995). The reform of community and long term care of elderly persons: An international perspective. In T. Scharf, & C. C. Wenger, *International perspectives on community care for older people* (pp. 21-38). Brookfield: VT: Ashgate.
- de Stampa, M., Vedel, I., Mauriat, C., Bagaragaza, E., Routelous, C., Bergman, H., et al. (2010). Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *International Journal of Integrated Care*, 10, pp. 1-10.
- Destro, C. (2009). *La continuità di cure e assistenza al paziente complesso. Manuale pratico sull'organizzazione dei percorsi di cura integrati*. Torino: Edizioni Medico Scientifiche.
- Devers, J. K., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Erickson, K. L. (1994). Implementing organized delivery systems: An integration scorecard. *Health Care Management Review*, 9(3), pp. 7-20.
- Di Maggio, P., & Powell, W. (1983). The Iron Cage revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*(48), 147-160.
- Dolson, J. (1989). *Service integration pilot projects: An evaluative report from Arizona, Florida, Maine, Oklahoma and South Carolina*. Washington: DC: US Department of Health and Human Services.

- Dowling, B., Powell, M., & Glendinning, C. (2004). Conceptualizing successful partnerships. *Health and Social Care in the Community*, 12(4), pp. 309-317.
- Dowling, W. (1995). Strategic Alliances as a structure for integrated delivery systems. In A. D. Kaluzny, H. S. Zuckerman, & T. C. Ricketts, *Partners for the dance: Forming strategic alliances in health care* (pp. 139-175). Ann Arbor: Health Administration Press.
- Dranove, D., & Shanley, S. (1995). Cost reductions or reputation enhancement as motives for mergers: The logic of multihospital systems. *Strategic Management Journal*, 16, pp. 55-74.
- Eames, S. (2013). Overcoming the barriers to integrated care. *The Health Service Journal*, 123(6351), pp. 16-17.
- Edwards, L., Gibson, R., Carson, S. R., & Sampalli, T. (2013). Development and Evaluation of a "Working Together" Framework and a Tool Kit to Enhance Inter-organizational Relationships in Healthcare. *Healthcare Quarterly*, 16(2), pp. 36-42.
- Edwards, N., & Harrison, A. (1999). The hospital of the future: planning hospitals with limited evidence: a research and policy. *British Medical Journal*, 319, pp. 1361-1363.
- El Ansari, W., Phillips, C., & Hammick, M. (2001). Collaboration and partnership: developing the evidence base. *Health and Social Care in the Community*, 9, pp. 215-227.
- Elston, S., & Holloway, I. (2001). The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres. *Journal of Interprofessional Care*, 15, pp. 19-27.
- Evans, R. G., & Stoddard, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 31(12), pp. 1347-1363.
- Faber, E., Burdorf, A., van Staa, A. L., Miedema, H. S., & Verhaar, J. A. (2006). Qualitative evaluation of a form for standardized information exchange between orthopaedic surgeons and occupational physicians. *BMC Health Services Review*, 6(144).
- Fama, E. F., & Jensen, M. C. (1983). Separation of ownership and control. *Journal of Law and Economics*, 29(3), pp. 301-325.
- Ferlie, E., & Pettigrew, A. (1996). Managing through networks: Some issues and implications for the NHS. *British Journal of Management*, 7, pp. 81-99.
- Ferlie, E., & Andresani, G. (2000). Roundtable. *Public Management Review*, 8(3), pp. 389-394.

- Fleuret, S. (2011). Networks in local health systems: Toward new spaces? *GeoJournal*, 76(2), pp. 177-189.
- Fleury, M. J. (2006). Integrated service networks: The Quebec case. *Health Services Management Research*, 19, pp. 153-165.
- Forrest, J. E. (1992). Management aspects of strategic partnering. *Journal of General Management*, 17, pp. 25-40.
- Fountain, J. E. (1998). Social Capital: Its relationship to innovation in science and technology. *Science and Public Policy*, 25(2), pp. 103-115.
- Freeth, D. (2001). Sustaining interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), pp. 37-46.
- Fried, B. j., & Rundall, T. G. (1994). Managing groups and teams. In S. m. Shortell, & A. D. Kaluzny, *Health care management: Organization, design and behavior* (pp. 137-163). Albany: NY: Delmar.
- Friesen, M. N., Yassi, A., & Cooper, J. (2001). Return-to-work: the importance of human interactions and organizational structures. *Work*, 17(1), pp. 11-22.
- Gamm, L. (1996). Dimension of accountability for not for profit hospitals and health systems. *Health Care Management Review*, 21(2), pp. 74-86.
- Gamm, L. (1998). Advancing community health through community health partnerships. *Journal of Healthcare Management*, 43(1), pp. 51-67.
- Giarelli, G. (2008). La "care transition" come nuova sfida dei sistemi sanitari delle società tardo-industriali? *Salute e Società*, 2, pp. 1-8.
- Gilbride, D., Mitus, J. S., Coughlin, J., & Scott, V. (2007). The consortium for employment success: Collaboration as a strategy to optimize employment outcomes for people with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), pp. 45-55.
- Gillies, R. R., Chenok, K. E., Shortell, S. M., Pawlson, G., & Wimbush, J. J. (2006). The impact of health plan delivery system organization on clinical quality and patient satisfaction. *Health Services Research*, 41, pp. 1181-1199.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. D., & Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: Findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration*, 38, pp. 467-489.
- Glasby, J., & Dickinson, H. (2008). Greater than the sum of our parts? Emerging lessons for UK health and social care. *International Journal of Integrated Care*, 8(e67).
- Glendinning, G. (2002). Partnerships between health and social services: Developing a framework for evaluation. *Policy and Politics*, 30, pp. 115-127.

- Glodsmith, J. C. (1994). The illusive logic of integration. *Healthcare Forum Journal*, 37(5), pp. 26-31.
- Goldstein, J., & Arsbhy, R. W. (2011). Requisite variety and the difference that makes a difference: an introduction to W. Ross Ashby's "Variety, constraint and law of requisite variety". *Emergence: Complexity & Organization*, 1(2), pp. 190-207.
- Goodman, R. M., Speers, M. A., & McLeroy, K. (1998). Identifying and defining the dimension of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education and Behavior*, 25, pp. 258-278.
- Goodwin, N. (2008). Are networks the answer to achieving integrated care? *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(2), pp. 58-60.
- Graddy, E. A., & Chen, B. (2006). Influences on the size and the scope of networks for social service delivery. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16, pp. 533-552.
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), pp. 1360-1380.
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multiparty problems*. San Francisco: CA: Jossey Bass.
- Greer, D. (1980). *Industrial organizations and public policy*. New York: Macmillan.
- Greig, R., & Poxton, R. (2001). Nice process - But did joint commissioning change anyone's life? *Managing Community Care*, 9, pp. 16-21.
- Grone, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*, 1, pp. 1-10.
- Grone, O., & Garcia-Barbero, M. (2002). *Trends in integrated care - Reflections on conceptual issues*. Barcelona: European Office for Integrated Health Services.
- Gulliver, P., Peck, E., & Towell, D. (2002). Evaluation of the integration of health and social services in Somerset Part 1 – Final results. *Journal of Integrated Care*, 10(2), pp. 32-37.
- Gulliver, P., Peck, E., & Towell, D. (2000). Evaluation of the implementation of the mental health review in Somerset: methodology. *Managing Community Care*, 8, pp. 13-19.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adais, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), pp. 1219-1221.

- Hardy, B., Mur-Veeman, I., Steenbergen, M., & Wistow, G. (1999). Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy, 48*, pp. 87-105.
- Hardy, B., Turrell, A., & Wistow, G. (1992). *Innovations in Community Care Management*. Avebury: Aldershot.
- Harrison, L. (1999). Integrating mental health services. *Managing Community Care, 7*, pp. 15-25.
- Hasnain-Wynia, R., Sofaer, S., Bazzoli, G. J., Shortell, S. M., Conrad, D. A., Chan, B., et al. (2003). Members' perception of community care network partnerships' effectiveness. *Medical Care Research and Review, 60*(4), pp. 40-62.
- Hollander, M. J., & Prince, M. J. (2002). *Analysis of Interfaces Along the Continuum of Care - Final Report: "The Third Way": A Framework for Organizing Health Related Services for Individuals with Ongoing Care Needs and Their Families*. Victoria: BC: Hollander Analytical Services Ltd.
- Holtom, M. (2001). The partnership imperative. *Journal of Management in Medicine, 15*, 430-445.
- Howarth, M. L., & Haigh, C. (2007). The myth of patient centrality in integrated care: the case of back pain services. *International Journal of Integrated Care, 7*, pp. 1-8.
- Hudson, B. (1987). Collaboration in social welfare: A framework for analysis. *Policy and Politics, 15*, pp. 175-182.
- Hudson, B. (2004). *Whole Systems Working: A Discussion Paper for the Integrated Care Network*. London: Integrated Care Network.
- Hudson, B. (2006). *Whole System Working: A guide and a discussion paper*. London: Care Services Improvement Partnerships.
- Hudson, B., & Hardy, B. (2002). What is a 'successful' partnership and how can it be measured? In C. Glendinning, M. Powell, & K. Rummery, *Partnerships, New Labour and the governance of welfare* (p. 51-65). Bristol: Policy Press.
- Hultberg, E., Glendinning, C., Allebeck, P., & Lonroth, K. (2005). Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health & Social Care in the Community, 13*(6), pp. 531-541.
- Huxham, C. (1996). *Creating collaborative advantage*. London: Sage.
- Huxham, C., & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate. The theory and practice of collaborative advantage*. London: Routledge.
- Hvinden, B. (1994). *Divided against itself. A study of integration in welfare bureaucracy*. Oslo: Scandinavian University Press.

- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: National Academic Press.
- Isman, B. A., Louie, R., Phipps, K. R., Tatro, B. J., Mangskau, K., & Marianos, D. W. (2012). State oral health infrastructure and capacity: lessons learned from other states. *Journal of Public Health Dentistry*, 72(1), pp. 41-44.
- Jackson, M. (2005). *Systems Thinking: Creative Holism for Managers*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Jennings, E. T., & Ewalt, J. A. (1998). Inter-organizational coordination, administrative consolidation and policy performance. *Public Administration Review*, 58(5), pp. 413-421.
- Johnson, D. E. (1993). Integrated systems face major hurdles, regulations. *Health Care Strategic Management*, 11(10), pp. 2-3.
- Johri, M., Béland, F., & Bergman, H. (2003). International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, pp. 222-225.
- Kahn, A. J., & Kamerman, S. B. (1992). *Integrating services integration: an overview of initiatives, issues and possibilities*. New York: National Centre for Children in Poverty.
- Katelaars, C. A. (2011). Integrated care requires integrated supervision. *International Journal of Integrated Care*, 11, pp. 1-6.
- Kickert, W. J., Klijn, E. H., & Koppenjan, J. F. (1997). *Managing Complex Networks*. London: Sage.
- Kitchiner, D., Davidson, C., & Bundred, P. (1996). Integrated Care Pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2(1), pp. 65-69.
- Knight, T., Smith, J., & Cropper, S. (2001). Developing sustainable collaboration: learning from theory and practice. *Primary Health Care Research and Development*, 2, pp. 139-148.
- Koch, J. (1980). *Industrial organizations and prices*. Englewood Cliffs: N.J.: Prentice-Hall.
- Kodner, D. L. (2002). Beyond care management: the logic and promise of vertically integrated systems of care for the frail elderly. In M. Knapp, D. Challis, J.-L. Fernandez, & A. Netten, *Long-term care: Matching resources and needs* (pp. 101-118). London: PRSSU.
- Kodner, D. L. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, pp. 1-6.

- Kodner, D. L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4), pp. 307-313.
- Kodner, D. L. (2006). Whole system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: An exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), pp. 384-390.
- Kodner, D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13, pp. 6-15.
- Kodner, D. L., & Kyriacou, C. K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, pp. 1-19.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, pp. 1-6.
- Konrad, E. (1996). A multidimensional framework for conceptualizing human service integration initiatives. In J. Marquart, & E. Konrad, *Evaluating initiatives to integrated human services. New directions for evaluation* (pp. 5–19). San Francisco: Jossey-Bass.
- Konrad, E. L. (1996). A multi-dimensional framework for conceptualizing human services integration initiatives. *New Direction for Evaluation*, 69, pp. 5-19.
- Kraan, R., & Baldock, J. (1991). *Care for the elderly: Significant innovations in three European countries*. Frankfurt am Main: Westview Press.
- Kreuter, M. W., Lezin, N. A., & Young, L. A. (2000). Evaluating community based collaborative mechanisms: Implications for practitioners. *Health Promotion Practice*, 1, pp. 49-63.
- Lal, S., & Mercier, C. (2002). Thinking out of the box: an intersectoral model for vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), pp. 145-153.
- Lasker, L. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). Partnership synergy: A practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, 79(2), pp. 179-205.
- Lasker, R. D. (1997). *Medicine and Public Health: The power of collaboration*. Chicago: Health Administration Press.
- Lawrence, P., & Lorsch, J. (1967). *Organization and environment: managing differentiation and integration*. Boston: Harvard Business School Classics.
- Lazenbatt, A., Orr, J., & O'Neill, E. (2001). Inequalities in health: Evaluation and effectiveness in practice. *International Journal of Nursing Practice*, 7, pp. 383–391.
- Leatt, P. (2002). *Integrated Service Delivery. Sharing the Learning: The Health Transition*. Ottawa: Health Canada.

- Lehman, A. F., Postrado, L. T., Roth, D., McNary, S. W., & Goldman, H. H. (1994). Continuity of care and client outcomes in the Robert Wood Johnson Foundation program on chronic mental illness. *Milbank Quarterly*, 72(1), pp. 105-122.
- Leichsenring, K. (2004). Developing Integrated Health and Social Care Services for Older. *International Journal of Integrated Care*, 4, pp. 1-15.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77, pp. 77-110.
- Leutz, W. (2005). Reflections on integrating medical and social care: Five laws revisited. *Journal of Integrated care*, 13, pp. 3-12.
- Leutz, W. J., Capitman, M., MacAdam, M., & Abrahams, R. (1992). *Care for frail elders: Developing community solutions*. New York: Auburn House.
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77, pp. 77-110.
- Ling, T. (2002). Delivering joined-up government in the UK: Dimensions, issues and problems. *Public Administration*, 80, pp. 615-642.
- Lloyd, J., & Wait, S. (2006). *Integrated care: a guide for policy makers*. London: Alliance for Health and the Future.
- Lupton, C., North, N., & Khan, P. (2001). *Working Together or Pulling Apart? The National Health Service and Child Protection Networks*. Bristol: The Policy Press.
- MacAdam, M. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review*. Ottawa: ON: Canadian Policy Research Networks.
- Mandell, M. P. (2001). *Getting results through collaboration networks and network structures for public policy and management*. Westport: CT: Quorum Books.
- Markoff, L. S., Finkelstein, N., Kammerer, N., Kreiner, P., & Prost, C. A. (2005). Relational system change: Implementing a model of change in integrating services for women with substance abuse and mental health disorders and histories of trauma. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32, pp. 227-240.
- Marmor, T. (2002). Policy and political fads: the rhetoric and reality of managerialism. *British Journal of Healthcare Management*, 8(1), pp.16–23.
- Marmot, M. G., & Bell, R. (2009). How will the financial crisis affect health? *British Medical Journal*, 338(b1314).
- Martin, M. P., White, M. B., Hodgson, J. L., Lamson, A. L., Irons, T. G. (2014). Integrated primary care: A systematic review of program characteristics. *Families, Systems, & Health*, 32(1), pp. 101-115.

- Martin, P. Y., Chackerian, R., Imershein, A. W., & Frumkin, M. L. (1983). The concept of "integrated" services reconsidered. *Social Service Quarterly*, 64(4), pp. 747-763.
- May, J. (2007). *Social lives in social housing: resident connections to social Services*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Mayo, M. (1997). Partnerships for regeneration and community development. *Critical Social Policy*, 17, pp. 3-26.
- McKinney, M. M., Morrissey, J. P., & Kaluzny, A. D. (1993). Interorganizational exchanges and performance markers in a community cancer network. *Health Services Research*, 28, pp. 518-539.
- Meier, K. J., & O'Toole, L. J. (2003). Public management and educational performance: The impact of managerial networking. *Public Administration Review*, 11(3), pp. 271-293.
- Melin, A., & Granath, J.-Å. (2004). Patient focused healthcare: an important concept for provision and management of space and services to the healthcare sector. *Facilities*, 22(11/12), pp. 284-289.
- Metzel, D. S., Foley, S. M., & Butterworth, J. (2005). State-level interagency agreements for supported employment of people with disabilities. *Journal of Disabilities Policy Studies*, 16(2), pp. 102-114.
- Miller, C., & Ahmad, Y. (2001). Collaboration and partnership: An effective response to complexity and fragmentation or solution built on sand? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 20, pp. 1-38.
- Miller, J. L. (2000). post-mortem on healthcare integration: An organizational development approach. *Healthcare Leadership & Management Report*, 8, pp. 5-15.
- Minkman, M. M. (2011). *Developing integrated care. Towards a development model for integrated care*. Deventer: Kluwer.
- Mintzberg, H. (1996). *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna: Il Mulino.
- Mintzberg, H., & Glouberman, S. (1997). *Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration*. London: King Edward's Hospital Fund.
- Mitchell, P. F., & Pattison, P. E. (2012). Organizational culture, intersectoral collaboration and mental health care. *Journal of Health Organization and Management*, 21(1), pp. 32-59.
- Mitchell, R. E., Florin, P., & Stevenson, P. E. (2002). Supporting community-based prevention and health promotion initiatives: Developing effective technical assistance systems. *Health Education and Behavior*, 29(5), pp. 620-639.

- Mitchell, S. M., & Shortell, S. M. (2000). The governance and management of effective community health partnerships: A typology for research, policy and practice. *The Milbank Quarterly*, 78 (2), pp. 241-289.
- Mur-Veeman, I., & Van Raak, A. (1994). Interorganizational networks on the dutch home care market. *International Journal of Health Planning and Management*, 9, pp. 245-258.
- Mur-Veeman, I., Van Raak, A., & Paulus, A. (1999). Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks. *Health Policy*, 49(3), pp. 149-159
- Newman, J. (2001). *Modernising governance: New labour, policy and society*. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Nobili, A., Riva, E., Tettamanti, M., Lucca, U., Liscio, M., Petrucci, B., et al. (2004). The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors: a randomized controlled pilot study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18(2), pp. 75-82.
- Norman, C., & Axelsson, R. (2007). Co-operation as a strategy for provision of welfare services—a study of a rehabilitation project in Sweden. *European Journal of Public Health*, 17(5), pp. 532–536.
- Nuño, R., Colemanb, K., Bengoac, R, Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCC Framework. *Health Policy*, 105(1), pp. 55-64.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), pp. 259-267.
- O'Toole, L. J. (1997). Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration. *Public Administration Review*, 57(1), pp. 45-52.
- O'Toole, L. J., & Meyer, K. J. (2006). Networking in the penumbra: Public management cooperative links, and distributional consequences. *Public Management Journal*, 9, pp. 271-294.
- Ovretveit, J. (1993). *Coordinating community care: Multidisciplinary teams and care management*. Buckingham: Open University Press.
- Page, S. (2003). Entrepreneurial strategies for managing interagency collaboration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(3), pp. 311-340.
- Palumbo, R. (2012). Health literacy: una review della dottrina internazionale. *Mecosan*, 84, pp. 27-50.
- Pammolli, F., & Salerno, N. C. (2008). *La Sanità in Italia - Federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche*. Bologna: Il Mulino.

- Pasini, P. (2011). Making a reality of social and health care integration: lessons from the Italian Peninsula. *International Journal of Integrated Care*, 11, pp. 1-2.
- Paulus, A. (1995). *The feasibility of ecological taxation*. Antwerpen: Maklu Uitgevers.
- Perkins, E., Allen, I., Bourke Dowling, S., & Leat, D. (1998). *Creating partnerships in social care: An evaluation of the caring for people who live at Home Initiative*. London: Policy Studies Institute.
- Peters, G. (1991). Integrated delivery can ally physician and hospital planning. *Health Care Financial Management*, 45(12), pp. 21-28.
- Pfeffer, J. (1982). *Organizations and organizational theory*. Boston: MA: Pitman.
- Phillips, A. (2000). Primary concerns. *Community Care*, 1340, pp. 26-27.
- Porter, M. D. (2009). A strategy for health care reform — Toward a value-based system. *The New England Journal of Medicine*, 361, pp. 109-112.
- Pransky, G., Shaw, W. S., Loisel, P., Hong, Q. N., & Desorcy, B. (2010). Development and validation of competencies for return to work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), pp. 41-48.
- Provan, K. G., & Milward, B. H. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61, pp. 414-423.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative Science Quarterly*, 40, pp. 1-33.
- Provan, K. G., & Sebastian, J. G. (1998). Networks within networks: Service link overlap, organizational cliques and network effectiveness. *The Academy of Management Journal*, 41, pp. 453-463.
- Provan, K. G., Beyer, J. M., & Kruytbosch, C. (1980). Environmental linkages and power in resource dependence relations between organizations. *Administrative Science Quarterly*, 25(2), pp. 200-225.
- Putnam, R. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in Modern Italy*. Princeton: NJ: Princeton University Press.
- Ratnasingam, P. (2005). Trust in inter-organizational exchanges: a case study in business to business electronic commerce. *Decision Support Systems*, 39(3), pp. 525-544.
- Reed, J., Cook, G., Childs, S., & McCormack, B. (2005). A literature review to explore integrated care for older people. *International Journal of Integrated Care*, 14, pp. 1-8.
- Ritter, T. (2000). A framework for analyzing interconnectedness of relationships. *Industrial Marketing Management*, 29(4), pp. 317-326.

- Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health, 21*, pp. 369-402.
- Saltman, R. B., & Cahn, Z. (2013). Restructuring health systems for an era of prolonged austerity: an essay by Richard B. Saltman and Zachary Cahn. *British Medical Journal, 346* (3972). doi: 10.1136/bmj.f3972.
- Saltman, R. B., Figueras, J., & Sakellarides, C. (1998). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Secker, J., & Hill, K. (2001). Broadening the partnerships: Experiences of working across community agencies. *Journal of Interprofessional Care, 15*, 341-350.
- Shannon, V. J. (1998). Partnerships: The foundation for future success. *Canadian Journal of Nursing Administration, 11*, pp. 61-76.
- Shaw, L., Roses, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*. London: Nuffield Trust.
- Shaw, L., Walker, R., & Hogue, A. (2008). The art and science of teamwork: enacting a transdisciplinary approach in work rehabilitation. *Work, 30*(3), pp. 297-306.
- Shaw, W., Hong, Q. N., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation, 18*(1), pp. 2-15.
- Shortell, S. M. (1988). The Evolution of Hospital Systems: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Medical Care Review, 45*(2), pp. 177-214.
- Shortell, S. M., Zulosky, A. P., Alexander, J. A., Bazzoli, G. J., Conrad, D. A., Hasnain-Wynia, R., et al. (2002). Evaluating partnership for community health improvement: Tracking the footprints. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 27*(1), pp. 49-91.
- Silka, L. (1999). Paradoxes of partnerships: Reflections on university-community collaborations. *Research in Politics and Society, 7*, pp. 335-359.
- Simoens, S., & Scott, A. (2005). Integrated primary care organizations: To what extent is integration occurring and why? *Health Services Management Research, 18*, pp. 25-40.
- Slomski, A. (1995). Maybe bigger isn't better after all. *Managed Care Economics, 72*(4), pp. 55-60.
- Soderberg, E., Vimarlund, V., & Alexanderson, K. (2010). Experiences of professionals participating in inter-organisational cooperation aimed at promoting clients' return to work. *Work, 35*(2), pp. 143-151.
- Sofaer, S. (2000). *Working together, moving ahead: A manual to support effective community health coalition*. New York: New York School of Public Affairs.

- Stacey, R. D. (1996). *Management e caos. La creatività nel controllo strategico d'impresa*. Milano: Guerini e associati.
- Stahl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2009). A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), pp. 299–310.
- Strandberg-Larsen, M., & Krasnik, A. (2009). Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *International Journal of Integrated Care*, 9, pp. 1-10.
- Stuckley, J., & White, D. (1993). When and when not to vertically integrate. *Sloan Management Review*, 34(3), pp. 71-83.
- Sullivan, B. A. (2012). Inter-organizational relationships of health partnerships: characteristics of the Fulton County SPARC Program. *Journal of Health and Human Services Organization*, 35(1), pp. 44-70.
- Sullivan, H., & Skelcher, C. (2002). *Working Across Boundaries*. Basingstoke: Palgrave.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., Waddell, C., Armitage, G. D., & Huebner, L. A. (2007). *Health system integration. Definition, processes and impacts: A research synthesis*. Calgary: Alberta Health Services.
- Thorstensson, C. A., Mathiasson, J., Arvidsson, B., Heide, A., & Petersson, I. F. (2008). Cooperation between gatekeepers in sickness insurance - the perspective of social insurance officers. A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 8(231).
- Tiny, A. (1994). Taking responsibility and giving power. *Disability and Society*, 9, pp. 249-254.
- Tjerbo, T., & Kjekshus, L. E. (2005). Coordinating health care: lessons from Norway. *International Journal of Integrated Care*, 5, pp. 1-9.
- Torkington, C. (2002). Research into practice. *Community Care*, 1443, 46.
- Travis, P., Bennett, S., Haines, A., Pang, T., Bhutta, Z., Hyder, A. A., et al. (2004). Overcoming health system constraints to achieve the Millennium Development Goals. *364(9437)*, pp. 900-906.
- Trivedi, D., Goodman, C., Gage, H., Baron, N., Scheibl, F., Iliffe, S., Manthorpe, J., Bunn, F., Drennan, V. (2013). The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 21(2), pp. 113–128.
- Tsiachristasa, A., Hipple-Waltersb, B., Lemmens, K. M. M., Nieboerb, A. P., Rutten-van Mölkena, M. (2011). Towards integrated care for chronic conditions: Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers. *Health Policy*, 101(2), pp. 122-132.

- Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. (2009). Networking Literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration*, 88, pp. 1-23.
- van der Linden, B., Spreeuwenberg, C., & Schrijvers, A. (2001). Integration of health care in the Netherlands: the development of transmural care. *Health Policy*, 55(2), pp. 111-120.
- van Raak, A., de Rijk, A., & Morsa, J. (2005). Applying new institutional theory: the case of collaboration to promote work resumption after sickness absence. *Work, Employment and Society*, 19(1), pp. 141-151.
- Van Raak, A., Meijer, E., Meijer, A., & Paulus, A. (2005). Sustainable partnerships for integrated care: The role of decision making and its environments. *International Journal of Health Planning and Management*, 20(2), pp. 159-180.
- van Raak, A., Mur, I., Hardy, B., Steenberg, M., & Paulus, A. (2003). *Integrated care in Europe: description and comparison of integrated care in six EU countries*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Van Raak, A., Mur-Veeman, I., & Paulus, A. (1999). Understanding the feasibility of integrated care: A rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context. *International Journal of Health Planning and Management*, 14, pp. 235-248.
- Vickers, J., & Waterson, M. (1991). Vertical relationships: An introduction. *The Journal of Industrial Economics*, 39(5), pp. 445-449.
- Vidal, I. (2006). Reflection on the market, networking and trust. *Public Management Review*, 8(4), pp. 583-589.
- Von Koff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), pp. 1097-1102.
- Vrijhoef HJF, S. C., Eijkelberg, I. M., Wolffenbuttel, B. H., & van Merode, G. (2001). Adaptation of a disease management model for diabetes in the region of Maastricht. *British Medical Journal*, 323, pp. 9783-9785.
- Waddington, C., & Egger, D. (2008). *Integrated Health Services - What and Why?* World Health Organization - Technical Brief No 1, 2008 .
- Waddock, S. A. (1988). Building successful partnerships. *Sloan Management Review*, 29(3), pp. 17-23.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), pp. 511-544.

- Wagner, E. H., Bennet, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., & Vonkroff, M. (2005). Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(1), pp. 7-15.
- Weech-Maldonado, R., Benson, K. J., & Gamm, L. D. (2003). Evaluating the Effectiveness of Community Health Partnerships: A Stakeholder Accountability Approach. *Journal of Health and Human Service Administration*, 26(1), pp. 58-91.
- Weiner, B. J., & Alexander, J. A. (1998). The challenges of governing public private community health partnerships. *Health Care Management Review*, 23, pp. 39-55.
- Weiner, B., Alexander, J., & Zuckerman, H. (2000). Strategies for effective management participation in community health partnerships. *Health Care Management Review*, 25(3), pp. 48-66.
- Weiss, M. E. (1998). Case management as a tool for clinical integration. *Advanced Practise Nursing Quarterly*, 4, pp. 9-15.
- Whitehead, D. (2001). Applying collaborative practice to health promotion. *Nursing Standard*, 15, pp. 33-37.
- Widmarck, C., Sandhal, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International Journal of Integrated Care*, 11, pp. 1-9.
- Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., & Madge, B. (2004). How to create successful partnerships: A review of the literature. *Health Information and Libraries Journal*, 21, pp. 3-19.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *The solid facts. Social determinants of health*. Copenhagen: WHO Europe.
- Willumson, E. (2006). Leadership in interprofessional collaboration - The case of childcare in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 20(4), pp. 403-413.
- Wilson, A., & Charlton, K. (1997). *Making partnerships work: A practical guide for the public, private, voluntary and community sectors*. York: Joseph Rowntree Foundation: York Publishing Services.
- Wilson, C. B. (1999). The impact of medical technologies on the future of hospitals. *British Medical Journal*, 319, pp. 1287-1291.
- Woods, K. J. (2001). The Development of Integrated Health Models in Scotland. *International Journal of Integrated Care*, 1, pp. 1-10.
- Wulsin, L. R., Sollner, W., & Pincus, H. A. (2006). Models of integrated care. *Medical Clinics of North America*, 90, pp. 647-677.

- Zacocs, R. C., & Edwards, E. M. (2006). What explains community coalition effectiveness? A review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(4), pp. 351-361.
- Zeffane, R. (1995). The widening scope of inter-organizational networking: economic, sectoral and social dimensions. *Leadership & Organization Development Journal*, 16(4), pp. 26 - 33.
- Zuckerman, H. S., Kaluzny, A. D., & Ricketts, T. C. (1995). Alliances in health care: What we know, what we think we know and what we should know. *Health Care Management Review*, 20, pp. 54-64.
- Zuckerman, H., & D'Aunno, T. (1990). Hospital alliances: Cooperative strategy in a competitive environment. *Health Care Management Review*, 15(2), pp. 21-30.

CAPITOLO IV

L'integrazione socio-sanitaria in pillole: le esperienze internazionali e il caso italiano del budget di salute

4.1 Cenni introduttivi

La dottrina aziendalistica ha mutuato dalle scienze della natura una proposizione normativa nota come legge della “varietà necessaria” – o, ricorrendo alla più comune definizione anglosassone, “*law of the requisite variety*” (Ashby, 1958) – affermando che le organizzazioni dovrebbero dotarsi di un repertorio variegato di risposte strategiche, organizzative e gestionali, in maniera tale da conseguire una capacità di risposta rapida ed efficace alle mutevoli sfide di un ambiente esterno sempre più dinamico e complesso (Godsiff, 2010; Douglas & Weick, 1990). Tale impostazione trova un’utile applicazione nell’ambito della salute pubblica: al giorno d’oggi, infatti, come si può evincere dal quadro esposto nei capitoli che precedono, le organizzazioni preposte all’erogazione di servizi di assistenza alla persona si trovano a dialogare con un’utenza che esprime bisogni socio-assistenziali eterogenei e qualificati, potendo far leva su un esiguo ammontare di risorse economiche, finanziarie tecniche e umane per far fronte a essi (Eklund & Wilhelmson, 2009; Kochevar & Yano, 2006).

La creazione di relazioni inter-organizzative tra gli istituti che operano nei diversi ambiti del sistema di assistenza alla persona, in questi termini, rappresenta una soluzione coerente alla legge della varietà necessaria: l’integrazione socio-sanitaria, difatti, si rivela imprescindibile per consentire di far fronte con una gamma articolata di prestazioni alle rinnovate caratteristiche dell’ambiente in cui le aziende sanitarie e sociali operano, stimolando un più armonioso coordinamento reciproco tra esse. Alla luce delle argomentazioni sin qui esposte, inoltre, è possibile presumere che le relazioni inter-organizzative nell’ambito dei servizi di tutela e promozione della salute garantiscano una maggiore qualità della cura, abbattendo sia i rischi di frammentazione che di inappropriata accessibilità nell’accesso alle cure (Kodner, 2009; Kodner & Spreuwenberg, 2002).

Il numero di utenti i cui bisogni di salute richiedono l’implementazione di un approccio di cura olistico, invero, è in costante crescita. Il graduale processo di invecchiamento demografico, cui si correla l’incremento nella diffusione delle patologie croniche, in congiunzione all’impoverimento del tessuto di relazioni sociali tra gli individui in stato di bisogno e i loro potenziali *caregiver* informali, crea notevoli stimoli all’evoluzione da un modello di cura “bio-medico”, orientato esclusivamente al trattamento clinico della patologia, a un approccio di tipo “bio-psico-sociale”, inteso a considerare ad ampio raggio i determinanti che incidono sul livello di benessere fisico e psichico della persona, guardando alle dimensioni sociali, economiche e ambientali, oltre che biologiche, della salute (Engel, 2004).

Tale evoluzione nella filosofia di cura si traduce nella graduale transizione da un modello di assistenza impersonale, organizzato per lo più alla luce delle caratteristiche architettoniche e professionali delle organizzazioni che operano all'interno del sistema di offerta, a un approccio che privilegia la centralità del paziente, stimolando una riconfigurazione del sistema socio-sanitario in considerazione dei reali bisogni di salute della popolazione servita (Newman, Steed, & Mulligan, 2004). Mutano, in corrispondenza, i tratti professionali degli attori che operano al servizio delle organizzazioni sanitarie e sociali: le barriere tra i diversi ambiti di specializzazione diventano meno solide e vincolanti, fenomeno che agevola l'implementazione di rapporti protesi alla collaborazione e alla cooperazione reciproca (San Martín-Rodríguez, *et al.*, 2005)⁹³.

Come ampiamente illustrato, tuttavia, manca ancora una definizione univoca del concetto di integrazione socio-sanitaria. Esso assume natura eclettica, presentando numerose declinazioni che, in parte, dipendono dalla specifica prospettiva d'indagine adottata per le finalità di analisi (Howarth & Haigh, 2007; Ouwens, *et al.*, 2005). Semplificando la questione e sistematizzando le riflessioni reperibili in letteratura, è possibile definire l'integrazione socio-sanitaria come un processo che conduce all'istituzione di un sistema di assistenza integrato e comprensivo, all'interno del quale i servizi di tutela e promozione della salute sono pianificati, organizzati, gestiti ed erogati da organizzazioni che riconoscono una forte interpenetrazione delle rispettive attività di tutela e promozione della salute (Raak, *et al.*, 2003).

L'integrazione socio-sanitaria, dunque, sottende la costituzione di una rete coordinata ed equilibrata, intesa a creare interconnessione tra le organizzazioni che operano in ambito sociale e sanitario; queste ultime, a loro volta, si impegnano a approfondire in maniera complementare e coordinata i propri sforzi, nell'intento di garantire una migliore qualità della cura e una maggiore continuità delle prestazioni a favore dei pazienti. In ragione della loro adesione al rapporto collaborativo, le organizzazioni *partner* sono propense a render conto in una prospettiva sistemica – sia sotto il profilo istituzionale che finanziario e gestionale – degli impatti generati grazie alla loro attività di assistenza sullo stato di salute della popolazione servita, varcando in tal modo i rigidi limiti segnati

⁹³ La frammentazione delle attività di assistenza è diffusamente percepita come uno dei principali limiti dei sistemi socio-sanitari nella maggior parte dei Paesi sviluppati; sebbene connaturata alla crescente specializzazione, essa non offre la possibilità di rispondere in maniera appropriata agli attuali bisogni dell'utenza, sempre meno coerenti con la rigida compartimentalizzazione delle competenze sanitarie e sociali (Atun, Bennett, & Duran, 2008).

dai confini imposti dal quadro normativo di riferimento (Shortell, Gillies, & Anderson, 1994).

Come sarà meglio argomentato nel prosieguo, la promozione delle relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali offre la possibilità di minimizzare i rischi di discontinuità della cura, evita le duplicazioni e concorre ad abbattere i casi di inappropriata gestione delle risorse finanziarie, umane e tecniche a disposizione del sistema di assistenza nel suo complesso. In questa prospettiva, l'integrazione socio-sanitaria esprime una molteplicità di impatti, che potrebbero trovare un'efficace sintesi nella riduzione dei costi sostenuti per la realizzazione delle attività di tutela e promozione di salute, con particolare riferimento agli oneri correlati ai casi di inappropriatazza delle prestazioni; inoltre, essa è strumentale al miglioramento degli *outcome* assistenziali, che potrebbero essere coniugati in termini di rinvigorismento dello stato di salute fisico e psichico della popolazione servita, di più elevata soddisfazione dell'utenza e di miglioramento del rapporto costo/efficacia in relazione alle prestazioni erogate (Singh & Ham, 2006).

L'implementazione di modelli integrati di assistenza, tuttavia, si rivela un'attività di non facile implementazione, sia in considerazione della sua complessità intrinseca sotto il profilo istituzionale, finanziario, gestionale e operativo, che delle forti resistenze opposte ai tentativi di ricomposizione di un sistema integrato di cura (Shortell *et al.*, 2000). Il processo di costruzione di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario, in questi termini, deve essere concepito quale fattispecie articolata e iterativa, che racchiude al suo interno una molteplicità di fenomeni contestuali, quali l'integrazione organizzativa tra le aziende coinvolte nel percorso di cura, l'integrazione professionale tra gli attori che, facendosi portatori di un bagaglio eterogeneo e stratificato di competenze e di conoscenze, erogano servizi di tutela e promozione della salute, nonché l'integrazione clinica dei percorsi terapeutici in un'ottica di globalità e continuità della presa in carico del paziente (Delnoij, Klazinga, & Glasgow, 2002). Ovviamente, quanto più diversificati in termini di specializzazione professionale, competenze e responsabilità istituzionali sono gli attori che entrano a far parte della relazione inter-organizzativa, tanto più ampio risulterà il respiro del processo di integrazione e, di conseguenza, più complicate saranno le attività di coordinamento e di gestione della rete integrata di assistenza (Minkman, 2011).

Il processo di integrazione socio-sanitaria, in tale prospettiva, non può essere concettualizzato né descritto come percorso lineare e predicibile *a priori*; esso, piuttosto, assume connotati di dinamicità e complessità, oltre che natura ricorsiva. La creazione di un sistema integrato di assistenza, invero, non ha ad oggetto semplicemente l'allineamento e il

coordinamento di strutture, risorse, competenze e percorsi di assistenza; esso concerne, in primo luogo, la promozione di interazioni sociali e lo sviluppo di reciproche relazioni di fiducia tra le entità coinvolte nel rapporto collaborativo. Tra queste ultime, d'altronde, si innescano giochi di potere di natura più o meno esplicita, incompatibilità culturali e conflitti di interesse, che inevitabilmente condizionano sia le opportunità di nascita che le probabilità di successo e di sopravvivenza nel tempo delle relazioni inter-organizzative (Minkman, 2011).

In questo capitolo conclusivo, l'attenzione sarà prevalentemente focalizzata su un'esperienza di successo – il “*budget di salute*” – un'iniziativa pilota di integrazione socio-sanitaria recentemente promossa in alcuni ambiti del sistema socio-sanitario italiano, il cui buon esito in diverse aree di sperimentazione ne ha favorito la diffusione e la replicazione. Attraverso l'analisi critica di un caso di studio avente ad oggetto l'esperienza realizzata presso l'ex ASL “Caserta 2”, che ha previsto una coniugazione del modello del budget di salute secondo la metodologia dei Progetti Terapeutico/Riabilitativi Individuali (PTRI), si tenterà di evidenziare gli aspetti che hanno contribuito al successo dell'iniziativa, osservando, al contempo, i fattori che, tuttora, ne ostacolano un rapido radicamento nel relativo contesto di riferimento.

L'analisi empirica del caso di studio sarà preceduta da un quadro sintetico, e per questo stesso motivo non esaustivo, dei caratteri distintivi delle esperienze di integrazione realizzate in alcuni Paesi del Continente Americano, dell'Australia e dell'Europa, allo scopo di porre in rilievo le peculiarità degli interventi finalizzati alla creazione di un sistema integrato di assistenza posti in essere in ciascuno di essi e di asseverarne la coerenza rispetto al quadro teorico tracciato nel capitolo che precede.

Prima di proseguire nell'esposizione, si ritiene utile soffermarsi su una precisazione: l'avvio di processi di cambiamento istituzionale e organizzativo improntati all'integrazione socio-sanitaria rappresenta un fenomeno ormai comune alla gran parte dei sistemi di assistenza dei Paesi sviluppati e degli Stati a più rapido ritmo di crescita, a prescindere dalla loro matrice pubblica ovvero dal loro orientamento al mercato. Per tale motivo, nella sintetica trattazione relativa alle più significative esperienze di integrazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale realizzate a livello internazionale, si è ritenuto preferibile – per esigenze di sintesi espositiva – trascurare le peculiarità istituzionali che contraddistinguono i sistemi sanitari in cui queste ultime hanno trovato implementazione; d'altro canto, non è possibile omettere la forte influenza esercitata dalle variabili istituzionali e, più in generale, dai fattori contingenti sia sulle opportunità di nascita che

sulle probabilità di successo delle relazioni inter-organizzative tra le aziende che operano nel sistema di tutela e promozione della salute.

4.2 Le esperienze di integrazione socio-sanitaria nel continente americano

4.2.1 L'integrazione socio-sanitaria negli Stati Uniti d'America

La dottrina americana è concorde nell'identificare l'oggetto del processo di integrazione socio-sanitaria nella creazione di condizioni di allineamento, coordinamento, cooperazione e collaborazione tra le aziende che erogano servizi di assistenza alla persona in stato di bisogno, facendo leva su politiche, tecnologie e strumenti che favoriscano l'interazione sotto il profilo finanziario, amministrativo e operativo tra esse (Kodner & Kyriacou, 2000). La collaborazione, ovviamente, non deve essere intesa come azione fine a se stessa; i rapporti simbiotici che si innestano tra le organizzazioni che operano in ambito sociale e sanitario, infatti, sono diretti a promuovere una migliore qualità della cura, una maggiore appropriatezza delle prestazioni rispetto alle esigenze dell'utenza, una più elevata soddisfazione dei pazienti, nonché il conseguimento di più solide condizioni di efficienza organizzativa, in particolar modo nel momento in cui l'attenzione sia focalizzata sulle prestazioni di assistenza socio-sanitaria a favore degli individui affetti da patologie croniche multiple o da gravi disabilità che compromettano l'auto-determinazione della persona (Swarbrick, 2013).

I tentativi di integrazione socio-sanitaria negli Stati Uniti d'America, non a caso, hanno riguardato prevalentemente i servizi di tutela e promozione della salute a favore dei pazienti in età avanzata e degli individui affetti da disabilità multiple. Nel contesto americano, infatti, l'assistenza sanitaria e quella sociale si caratterizzano per una forte frammentazione istituzionale, oltre che per l'assenza di formule di coordinamento intese a favorire una risposta integrata ai mutevoli e sempre più complessi bisogni di salute espressi dall'utenza (Edgren, 2008). I due settori si sono tradizionalmente ispirati a quadri normativi divergenti, spesso in reciproco contrasto nei loro contenuti in ragione della divergenza nella filosofia di assistenza prevalente nell'uno o nell'altro caso (McGlynn, *et al.*, 2003). La preponderante tensione alla medicalizzazione e all'istituzionalizzazione del paziente, in aggiunta, ha causato una generalizzata incapacità di presa in carico del paziente con cronicità multiple, dando vita a una spirale crescente di costi sanitari e all'impovertimento nella qualità delle prestazioni (Kodner & Kyriacou, 2000).

La dottrina statunitense ha individuato alcuni presupposti necessari per l'appropriato avvio di iniziative finalizzate al coordinamento e all'interazione tra l'assistenza sociale e quella sanitaria, in assenza dei quali il processo di integrazione tra i due ambiti potrebbe rivelarsi di difficile implementazione (Robinson & Steiner, 1998; Graber & Kilpatrick, 1997). Si ritiene utile, in primo luogo, agire sulle barriere istituzionali, burocratiche e giuridiche che segnano i confini tra i due contesti di assistenza alla persona. Infatti, l'assistenza sanitaria e i servizi di promozione sociale patiscono una separazione artificiale generata da regolamentazioni, etiche professionali e modelli gestionali in contrasto reciproco; l'attenuazione di tali divergenze, pertanto, è propedeutica all'innesto di relazioni inter-organizzative finalizzate a restituire continuità e globalità ai percorsi di assistenza alla persona.

All'integrazione istituzionale, inoltre, è opportuno accompagnare una più intensa armonizzazione dei meccanismi di finanziamento utilizzati per l'allocazione delle risorse disponibili tra i diversi ambiti di tutela e promozione della salute. Al riguardo, occorre evitare che la presenza di meccanismi eterogenei per le diverse aree di assistenza, poco o per niente coerenti l'uno rispetto all'altro, causi l'emersione di duplicazioni, omissioni o ridondanze, fattispecie particolarmente critiche in un contesto segnato dalla continua crescita dei bisogni di salute espressi dall'utenza e dalla contestuale riduzione delle risorse a disposizione per far fronte a essi.

Infine, è necessario agire sulle leve gestionali, allo scopo di dar vita, sotto il profilo strutturale e operativo, a un sistema di assistenza integrato, che risponda in maniera comprensiva alle qualificate aspettative della collettività. A tal pro, è opportuno prevedere l'istituzione di un punto di incontro unitario tra il paziente e il sistema socio-sanitario, a cui si congiunge l'introduzione di strumenti di valutazione multi-dimensionale dei bisogni di assistenza del paziente, nonché modelli integrati di *care management*, protesi a garantire l'implementazione di un approccio di assistenza incentrato sulle esigenze di salute della persona, in una prospettiva di umanizzazione, globalità e continuità della cura.

Affinché ciò sia possibile, è essenziale pervenire all'introduzione di una configurazione architettuale di tipo reticolare all'interno del sistema di assistenza, che ponga in relazione i vari attori attivi sul versante delle attività di cura e prevenzione. All'interno di tale rete deve essere coinvolto anche il sistema di assistenza primaria, in maniera tale da garantire la continuità della presa in carico sin dal primo episodio di accesso dell'individuo al sistema socio-sanitario. L'integrazione dei flussi informativi, resa possibile attraverso l'istituzione di un sistema informativo omogeneo e condiviso tra i

membri della rete, costituisce un collante imprescindibile ai fini del processo di creazione e promozione delle relazioni inter-organizzative, agevolandone lo sviluppo.

Tali azioni, nel loro complesso, offrono la possibilità di bilanciare le principali cause di disintegrazione tra l'assistenza sociale e l'assistenza sanitaria evidenziate dalla dottrina (Montenegro, *et al.*, 2011). Il diffuso individualismo organizzativo, la predominanza – sia all'interno delle organizzazioni sanitarie che delle aziende sociali statunitensi – di programmi di tipo verticale e settoriale, le scarse competenze di *governance* maturate delle autorità centrali e locali preposte al governo del sistema di assistenza, l'eterogeneità degli approcci di allocazione dei fondi e la prevalenza, tuttora largamente riscontrabile, di modelli di cura coerenti alla tradizionale impostazione bio-medica rappresentano fenomeni difficili da sopraffare, che generano intense resistenze all'introduzione di iniziative intese all'integrazione socio-sanitaria (PAHO/WHO, 2011).

A partire dagli anni Ottanta, numerosi programmi dimostrativi sono stati lanciati in diversi Stati degli USA, allo scopo di promuovere la costruzione di un sistema di assistenza integrato a favore degli individui con bisogni assistenziali multipli e di lungo termine. Tra essi, ai fini del presente lavoro, particolare rilievo assumono, da un lato, le *Social Health Maintenance Organizations (S/HMO_s)* e, dall'altro, il *Program of all-inclusive care for the elderly (PACE)*, in considerazione delle interessanti inferenze empiriche che è possibile desumere da essi (Kodner & Kyriacou, 2000).

Le S/HMO_s sono istituite formalmente nel 1984, in seno agli interventi istituzionali diretti alla riduzione del *deficit* pubblico americano. A esse, infatti, è associato l'obiettivo di creare coordinamento tra l'assistenza sanitaria per le patologie acute, già garantita e finanziata all'interno del programma *Medicare*, e le formule di assistenza sociale, non coperte da quest'ultimo. L'introduzione delle S/HMO_s, in ultima analisi, è intesa a promuovere e tutelare lo stato di buona salute degli individui in età avanzata e dei pazienti con disabilità multiple attraverso un opportuno coordinamento tra le prestazioni di tutela della salute, i servizi di prevenzione e la promozione del benessere psico-fisico nei contesti quotidiani di vita. La loro azione si fonda sull'assunto di fondo secondo cui approcci integrati garantiscano un abbattimento dei costi di cura e una maggiore appropriatezza del trattamento, contribuendo tanto alla riduzione della spesa sanitaria quanto al miglioramento dello stato di salute della popolazione servita.

Le S/HMO_s, in particolare, prevedono un'integrazione di tipo finanziario e amministrativo tra i *partner*, in assenza di una pretesa di sintesi sotto il profilo gestionale, organizzativo e clinico delle attività di assistenza di competenza di questi ultimi. Sebbene

esse prevedano la presenza di un'organizzazione focale – nella veste, appunto, della S/HMO – con il compito di stimolare e alimentare nel tempo le relazioni tra i nodi del sistema integrato di assistenza, ricorrendo all'impiego di incentivi di varia natura, quest'ultima di norma non è coinvolta direttamente nelle attività di prestazione. Essa, in sostanza, si preoccupa della creazione di una piattaforma per il coordinamento tra organizzazioni sanitarie e sociali, senza interferire in maniera incisiva sulle attività svolte dai *partner*, implementando un approccio di controllo dall'esterno secondo il modello della *Network Administrative Organization*.

Risultati inferiori rispetto alle aspettative, tuttavia, sono emersi dalle attività di valutazione condotte negli anni Novanta e nei primi anni del nuovo millennio sulle sperimentazioni del modello delle S/HMO_s (Thompson, 2002; Newcomer, Harrington, & Friedlob, 1990). Più nel dettaglio, al nuovo modello di assistenza sono stati associati più elevati costi rispetto agli approcci tradizionali (Newcomer, *et al.*, 1995), un tasso di mortalità più elevato per gli individui con patologie gravi (Manton, *et al.*, 1993; Manton, *et al.*, 1994) e una minore soddisfazione dell'utenza servita (Leutz, *et al.*, 1995).

Parte della dottrina ha ricondotto la motivazione di tali risultati all'assenza di un'adeguata tensione verso un concreto processo di integrazione gestionale e professionale delle prestazioni sanitarie e sociali, nonché all'inadeguato coinvolgimento delle cure primarie all'interno del sistema di assistenza, il cui apporto è da ritenersi fondamentale per il buon esito delle prestazioni di tutela e promozione della salute (Harrington, Lynch, & Newcomer, 1993). A partire dalle informazioni sui risultati delle prime sperimentazioni, si è tentato di correggere il tiro nelle fasi successive di sviluppo delle S/HMO_s: l'approccio originario è stato rivisitato nella prospettiva di una più profonda integrazione tra le formule di assistenza sanitaria e sociale, oltre che alla luce di un più intenso coinvolgimento delle cure primarie nel sistema integrato di assistenza, allo scopo di pervenire a un *continuum of care* a favore dei pazienti serviti. Cionondimeno, si è ancora lontani dal conseguimento dei risultati attesi dagli interlocutori istituzionali, fattispecie che ha provocato un declino della legittimazione sociale dell'iniziativa.

Il PACE si distingue rispetto alla precedente iniziativa in virtù della maggiore propensione alla costituzione di un percorso di assistenza unitario sotto il profilo strutturale e professionale a favore del paziente affetto da disabilità multiple. Esso, difatti, può essere inteso come un sistema pienamente integrato di prestazioni sanitarie e di formule di assistenza sociale, il cui coordinamento è attribuito a una struttura focale interna alla rete. Quest'ultima dirige il sistema attori coinvolti nel programma, promuovendo

l'umanizzazione del percorso di cura, un controllo clinico più appropriato ed efficace basato sulle evidenze, l'abbattimento dei costi di assistenza e più ampie opportunità di coordinamento tra i professionisti coinvolti nel percorso di tutela e promozione della salute (Hansen, 1999; Kane, Illston, & Miller, 1992).

I pazienti che beneficiano delle prestazioni erogate in seno al PACE hanno la possibilità di interagire con un *team* multi-disciplinare di specialisti, i quali trovano il loro comune riferimento nelle linee guida sancite dall'organizzazione focale; quest'ultima coordina il percorso di cura in un'ottica di continuità e globalità della prestazione, ricorrendo – qualora necessario – anche a competenze specialistiche esterne al sistema di attori. Obiettivo chiave del programma è creare condizioni di abilitazione per i pazienti, di modo che essi ricorrano il meno possibile all'istituzionalizzazione, prediligendo i percorsi di cura che si sviluppano all'interno del rispettivo territorio di appartenenza. Tale approccio, di conseguenza, trova esito sia in migliori *outcome* di salute che nella riduzione dei costi dell'assistenza, con benefici di lungo termine per il sistema socio-sanitario nel suo complesso. Invero, la dottrina ha associato all'iniziativa una significativa riduzione delle ammissioni ospedaliere e una più bassa durata degli episodi di ospedalizzazione, un abbattimento del ricorso all'assistenza residenziale, un minore tasso di mortalità, una migliore qualità percepita della vita e una maggiore soddisfazione dei pazienti (Bodenheimer, 1999; Chatterji, *et al.*, 1998).

PACE, in sintesi, si è dimostrato efficace quale strumento di integrazione socio-sanitaria (Kodner & Kyriacou, 2000): la maggiore flessibilità che esso offre ai fini dell'attivazione delle diverse competenze e specializzazioni disponibili per rispondere ai più qualificati e complessi bisogni di assistenza dell'utenza, le più ampie opportunità di coordinamento tra le prestazioni di assistenza sociale e sanitaria grazie alla presenza di una struttura focale, su cui ricade la responsabilità per il buon andamento del sistema di assistenza, e l'approccio inter-disciplinare nelle attività di presa in carico del paziente contribuiscono a spiegare il successo del programma rispetto alla meno fortunata esperienza delle S/HMO, (Eng, *et al.*, 1997; Kane, Illston, & Miller, 1992). Il sostegno istituzionale espresso dai referenti politici e dagli *stakeholder* esterni rappresenta un'ulteriore declinazione del buon esito dell'iniziativa: PACE, infatti, è attualmente inserito in maniera permanente nel programma *Medicare*, in virtù delle vantaggiose condizioni di efficienza ed efficacia da esso garantite (Tanaz & Anderson, 2009).

A dispetto del successo conseguito, la diffusione del programma nel contesto americano risulta inferiore alle aspettative. La dottrina ha individuato diverse cause del

mancato radicamento di PACE nel sistema di assistenza americano (Lynch, Hernandez, & Estes, 2008), tra cui la mancata attrattività di quest'ultimo nei confronti di alcuni potenziali destinatari, i quali tendono a valutare negativamente l'adesione a un modello di assistenza alternativo a quello ordinario a causa della necessità di recidere il rapporto con il professionista sanitario di riferimento a livello territoriale a favore del sistema di offerta proposto dal programma. Rilevano, inoltre, lo scarso interesse delle organizzazioni sanitarie e sociali *for profit* nei confronti dei contenuti del programma, la carenza di risorse pubbliche a disposizione a livello federale e nazionale per la promozione degli interventi da implementare e i consistenti investimenti iniziali necessari ai fini dell'avvio dell'iniziativa (Gross, *et al.*, 2004).

4.2.2 I percorsi di integrazione dell'assistenza in Canada e nell'America Latina

Il sistema socio-sanitario canadese, sebbene peculiare sotto il profilo istituzionale, amministrativo e operativo rispetto a quello statunitense, presenta alcuni tratti in comune con quest'ultimo. Infatti, anche in Canada l'inadeguata interazione tra il sistema sanitario e quello sociale ha causato diversi problemi in termini di garanzia della continuità dell'assistenza e di accessibilità alle prestazioni di cura (Hébert, *et al.*, 2003). La presenza di molteplici punti di accesso al sistema di assistenza, un'eccessiva focalizzazione sugli aspetti strutturali dell'offerta piuttosto che sui peculiari connotati della domanda, una forte frammentazione dei contesti di cura, l'inappropriato impiego di risorse sanitarie ad elevato costo e l'inadeguato flusso di informazioni tra le organizzazioni che erogano prestazioni di tutela e promozione della salute rappresentano delle innegabili debolezze del modello di assistenza canadese, tanto più in una situazione storica caratterizzata dall'inasprimento dei determinanti sociali, economici, demografici ed epidemiologici della salute⁹⁴ (Bergman, *et al.*, 1997).

Per rispondere in maniera appropriata a tali condizioni di contesto, l'integrazione dei servizi di assistenza alla persona e la globalità delle prestazioni di cura risultano degli

⁹⁴ L'impovertimento delle interazioni sociali all'interno del nucleo familiare, con la conseguente rarefazione delle attività di *caregiving* informale, il numero sempre più elevato di famiglie a basso reddito e scarsamente alfabetizzate sotto il profilo sanitario, il rapido invecchiamento della popolazione e l'intensificarsi della diffusione delle patologie croniche creano i presupposti per un rapido incremento della domanda di assistenza. Si aggiunga che i sempre più stringenti vincoli economici e finanziari impediscono un tempestivo adattamento del sistema di assistenza alle rinnovate esigenze in termini di salute dell'utenza, aspetto che determina un elevato rischio di inappropriata nelle prestazioni di assistenza sanitaria (Hébert, 1997).

interventi imprescindibili per il recupero di appropriatezza ed efficacia del sistema di tutela e promozione della salute; esse presumono la creazione di condizioni di equilibrio, coordinamento e continuità tra le diverse parti che compongono il sistema di assistenza, nell'intento di fornire una risposta integrata e onnicomprensiva ai bisogni socio-assistenziali espressi dai pazienti fragili, con particolare riferimento agli individui in età avanzata. Al riguardo, il progetto *Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy* (PRISMA), avviato nella seconda metà degli anni Novanta nella provincia del Québec, rappresenta uno dei più riusciti tentativi di coordinamento tra l'assistenza sanitaria e quella sociale: esso prevede un livello di integrazione tra le due aree di assistenza particolarmente intenso, che coinvolge contestualmente diversi aspetti (Hébert, *et al.*, 2003).

In primo luogo, l'interazione concerne dimensioni di natura politica e strategica: il programma, infatti, prevede la costituzione di un "tavolo di concertazione" (*Table de Concertation*), al quale prendono posto tutte le organizzazioni coinvolte nel sistema di assistenza, concorrendo alla formulazione di *policy* concertate e, per tale motivo, condivise. In tal modo, si crea un'unità di intenti tra le organizzazioni sociali e sanitarie, allo scopo di abbattere la frammentazione connaturata al sistema di assistenza. In secondo luogo, PRISMA incentiva un'integrazione di respiro tattico tra gli attori coinvolti, i quali sono invitati a partecipare a un comitato di coordinamento dei servizi finalizzati alla tutela e alla promozione della salute: in questa sede, essi traducono gli indirizzi strategici in piani di azione concreti, tentando contestualmente di minimizzare i rischi di duplicazione o omissione nella prestazione dell'assistenza e di garantire la continuità della cura a favore dei pazienti assistiti. Infine, il programma promuove un intenso coordinamento di tipo operativo tra i *partner*, creando condizioni favorevoli all'integrazione professionale e gestionale tra le diverse specializzazioni che concorrono alla definizione e alla concreta implementazione del percorso di cura.

Siffatto approccio di integrazione è reso possibile grazie ad alcuni interventi di tipo organizzativo e operativo, diretti alla creazione dei presupposti per un'integrazione strategica, strutturale e funzionale tra aziende sociali e sanitarie. A tal pro, si prevede l'istituzione di una porta unica di accesso al sistema di assistenza, attiva 7 giorni su 7 e 24 ore su 24: essa è presidiata da un *team* multi-disciplinare di professionisti, a cui è attribuito il compito di valutare in una prospettiva multi-dimensionale i bisogni di assistenza dei pazienti serviti. Questi ultimi sono ammessi al sistema integrato di assistenza solo qualora presentino alcuni requisiti codificati in sede di programmazione, tra cui particolare rilievo

assumono la presenza di patologie a lungo decorso, la possibilità di permanenza presso il proprio domicilio malgrado la disabilità sofferta e la contestuale necessità di prestazioni socio-assistenziali eterogenee (Hébert, Spiegelhalter, & Brayne, 1997).

I pazienti ammessi al sistema di assistenza integrato sono assegnati a un *case manager*, su cui ricade la responsabilità della loro presa in carico. In linea con quanto previsto dalla letteratura (Eggert, *et al.*, 1991), per poter valorizzare il più possibile il contributo del *case manager* alle attività di assistenza, è necessario che questi sia coinvolto in prima persona nella prestazione dei servizi di cura, non limitandosi a svolgere un mero ruolo di coordinamento tra i *provider* sociali e sanitari. Egli, piuttosto, funge da attore *pivotale* del sistema di assistenza, preoccupandosi di pervenire a una ricognizione appropriata dei bisogni di assistenza espressi dall'utente attraverso il ricorso ad approcci multi-disciplinari di rilevazione del suo stato di salute.

In questi termini, il *case manager* si preoccupa di pianificare – in concertazione con gli altri professionisti coinvolti nel percorso di assistenza – le prestazioni necessarie ai fini del miglioramento dello stato di salute fisica e psichica del paziente, di agevolare l'accesso di quest'ultimo ai servizi socio-assistenziali, di supportarlo passo dopo passo durante l'intero percorso di cura e di agevolare l'orientamento all'interno del sistema di assistenza. Il *case manager*, infine, assume il compito di monitorare e valutare gli esiti delle prestazioni erogate, allo scopo di apprezzare la risposta del paziente al trattamento ricevuto e, se opportuno, di rivalutare i bisogni assistenziali di quest'ultimo.

Per ciascun individuo ammesso al sistema di cure integrato, dunque, si perviene alla redazione di un piano di assistenza individuale, al cui interno trovano sintesi la diagnosi dello stato di salute dell'interessato, il trattamento più opportuno per far fronte ai bisogni rilevati, gli obiettivi da raggiungere e la scansione temporale dei traguardi che si auspica di conseguire. Affinché si possa trarre il massimo beneficio dalla costituzione di tale modello di assistenza, è opportuno che i *partner* abbiano la possibilità di condividere il medesimo sistema informativo, indispensabile per un tempestivo, appropriato e continuo accesso a tutti i dati e alle informazioni necessari per la valutazione dei progressi del percorso di assistenza e dello stato di salute del paziente: grazie alla pronta disponibilità di dati e informazioni, infatti, è possibile apportare i correttivi ritenuti necessari per ridefinire il percorso di assistenza nell'eventualità di suo scarso impatto.

La dottrina ha ampiamente discusso gli impatti attribuibili al progetto PRISMA, pervenendo a valutazioni per lo più positive (Hébert, *et al.*, 2010; Hébert, *et al.*, 2008; MacAdam & MacKenzie, 2008; Tourigny, *et al.*, 2004); sebbene gli effetti del programma

sui tassi di mortalità e sui tassi di istituzionalizzazione dei pazienti assistiti non forniscano informazioni univoche, è possibile concludere che il programma abbia generato significative riduzioni della disabilità percepita dai pazienti assistiti, un minore ricorso all'ospedalizzazione e, in particolare, ai servizi di emergenza o urgenza, effetti positivi sul livello di soddisfazione dell'utenza e un incremento del livello di *empowerment* dei pazienti.

Il successo di PRISMA potrebbe essere ricondotto, in ultima analisi, tanto alla profondità dell'integrazione promossa tra le organizzazioni coinvolte nel sistema di assistenza, le quali sono incentivate a valorizzare le reciproche sinergie sotto il profilo strategico, organizzativo e operativo, quanto al forte sostegno politico e istituzionale espresso dagli *stakeholder* esterni nei confronti dell'iniziativa. Difatti, sia gli organi di governo che l'accademia hanno manifestato un costante interesse nei confronti dell'implementazione del progetto, creando un contesto favorevole al cambiamento istituzionale e organizzativo; tale clima ha consentito il sedimentarsi di una solida e reciproca fiducia tra i *partner*, i quali hanno aderito con convinzione al processo di integrazione. Il sostegno politico si è anche tradotto in più diffusa consapevolezza sulla bontà del progetto PRISMA: attraverso valutazioni periodiche e pubblicazioni dei risultati ottenuti, il progetto ha acquisito una crescente attrattività, divenendo un'iniziativa consolidata all'interno del sistema di assistenza canadese.

In tale caso, la costituzione di una porta unica di accesso e la previsione della figura del *case manager* suggeriscono l'implicita presenza di uno o più attori focali all'interno della rete integrata di assistenza, cui è attribuito il compito di creare armonia ed equilibrio tra i nodi che partecipano alla relazione. Le entità focali, dunque, si configurano quali attori interni al sistema di assistenza, coinvolti in prima persona nelle attività di tutela e promozione della salute: in virtù della loro partecipazione all'erogazione dei servizi, essi maturano un forte *commitment* al percorso di integrazione, garantendo una presa in carico globale e comprensiva a favore del paziente. Questi, pertanto, ha la possibilità di beneficiare di un servizio di cura olistico, con ripercussioni positive sul suo stato di salute sia sotto il profilo sanitario che sociale.

L'integrazione socio-sanitaria assume un significativo rilievo istituzionale anche nei Paesi dell'America Latina, in particolar modo alla luce delle iniziative promosse dalla *Pan American Health Organization* (PAHO), finalizzate a promuovere un coordinamento più stretto tra il sistema di assistenza sanitaria e i servizi di promozione sociale (PAHO/WHO, 2007). Attraverso l'istituzione di reti integrate di assistenza, infatti,

l'istituto si propone di promuovere una migliore accessibilità ai servizi di cura, di conseguire economie di sistema attraverso l'abbattimento dei casi di ridondanza dei servizi e di duplicazione delle strutture, nonché di sviluppare una maggiore capacità di risposta ai rinnovati bisogni di salute dell'utenza (Montenegro, *et al.*, 2011).

In termini generali, la politica latino-americana in tema di integrazione socio-sanitaria prevede quattro aree prioritarie di azione: la rivisitazione della concezione di salute da cui traggono tuttora ispirazione le politiche in materia di assistenza alla persona a livello nazionale e locale, la ridefinizione degli approcci di governo applicati alle attività di tutela e promozione della salute, la riorganizzazione delle strutture e dei meccanismi operativi correlati a questi ultimi e, infine, la riconfigurazione delle modalità di allocazione delle risorse finanziarie disponibili.

Approfondendo il livello di dettaglio, per favorire il successo delle iniziative di integrazione socio-sanitaria si ritiene opportuno definire con precisione la popolazione destinataria delle prestazioni offerte dalla rete di assistenza e pervenire alla costituzione di un sistema articolato e comprensivo di tutela e promozione della salute, che combini in maniera armonica le attività di prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie, così come i percorsi di riabilitazione. A tali azioni si correla la costruzione di un *continuum of care*, il cui appropriato funzionamento è garantito dalla presenza di un attore preposto al coordinamento del sistema di assistenza, avente il compito di agevolare le interazioni tra i diversi nodi del *network* (PAHO/WHO, 2011).

Tali interventi, ovviamente, possono trovare implementazione solo in presenza di un sistema di *governance* integrato, il cui adeguato funzionamento è reso possibile attraverso l'implementazione di un sistema informativo comune, che consenta un'intima e continua connessione tra tutti gli attori coinvolti nella rete di assistenza. Allo stesso modo, determinante è l'introduzione di un sistema omogeneo di valutazione delle attività assistenziali basato sui risultati, accanto alla definizione di un modello di allocazione delle risorse finanziarie armonizzato, che favorisca l'allineamento degli obiettivi tra i diversi attori che fanno parte della rete di assistenza alla persona (PAHO/WHO, 2011).

L'Argentina può essere annoverata tra i Paesi che hanno posto maggiore enfasi sull'integrazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale: essa, infatti, ha recentemente previsto l'istituzione di un sistema socio-sanitario unitario a livello federale, gettando le fondamenta per la costruzione di un modello integrato di assistenza in un'ottica di promozione globale del benessere psico-fisico della persona (PAHO/WHO, 2007). In maniera quasi del tutto analoga, con l'iniziativa pilota "*More health: a right for everyone*"

e con l'istituzione del "Sistema Unico di Salute", il Brasile ha dato l'avvio a consistenti processi di integrazione tra le attività di prevenzione, cura e promozione della salute. L'intento prioritario è quello di pervenire alla costruzione di un sistema integrato di assistenza, all'interno del quale l'attore pubblico è tenuto a svolgere un ruolo di catalizzazione e di attivazione nei confronti degli istituti a vario titolo coinvolti nelle attività di tutela e promozione della salute, mirando sia al conseguimento di maggiore accessibilità alle cure che a una maggiore equità dell'assistenza sanitaria (Gragnotati, Lindelow, & Couttolenc, 2013).

Negli ultimi anni, anche il Messico ha patrocinato un'interessante iniziativa di integrazione funzionale delle attività di assistenza alla persona, facilitando la convergenza sotto il profilo istituzionale, organizzativo, gestionale e finanziario tra le organizzazioni attive in ambito sociale e sanitario (Bonilla-Chacín & Aguilera, 2011). Approccio affine è stato adottato, a livello nazionale, dall'Uruguay e, a livello locale, dal Venezuela; questi due Paesi, infatti, hanno tentato – con diversi approcci – di dar vita a un modello di cure integrato e comprensivo, inteso a garantire, da un lato, l'equità nell'accesso alle cure e, dall'altro, l'universalità e la continuità delle prestazioni (PAHO/WHO, 2007).

Il processo di integrazione, nondimeno, si è rivelato estremamente complesso e sfidante in tutti i casi sin qui citati, in ragione della sua natura di iniziativa a lungo termine e delle difficoltà intrinseche alla sua implementazione. L'integrazione socio-sanitaria, infatti, richiede cambiamenti radicali e di ampia portata, che vanno ben oltre le mere azioni di cambiamento incrementale; in aggiunta, essa presume la stretta coesistenza di professionalità, culture ed etiche di assistenza divergenti, il cui incontro potrebbe tradursi in conflitto piuttosto che in opportunità di coordinamento.

In questi termini, l'intervento di un attore focale, in grado di attivare le relazioni inter-organizzative tra gli attori della rete di assistenza e, nei casi di maggiore resistenza, di imporre coercitivamente la partecipazione al sistema integrato, si rivela imprescindibile. L'attore pubblico, sotto questo punto di vista, dispone delle competenze e del rilievo istituzionale per poter promuovere e patrocinare le iniziative di integrazione socio-sanitaria, evitando l'emersione di rapporti conflittuali e competitivi tra le organizzazioni che compongono il sistema di tutela e promozione della salute.

4.3 Gli approcci di “integrated care” in Australia

La frammentazione delle prestazioni di assistenza alla persona costituisce uno dei problemi di maggiore attualità e complessità con cui il sistema socio-sanitario australiano deve confrontarsi. La sua rilevanza è avvertita a tal punto da indurne la diffusa percezione quale principale fonte di debolezza del sistema nazionale di tutela e promozione della salute, in grado di intaccare profondamente le condizioni di sostenibilità finanziaria ed economica di quest'ultimo (Australian Medicare Local Alliance, 2012). Al riguardo, vi è chi ha fatto ricorso in termini metaforici all'immagine del “triangolo delle Bermuda”, nell'intento di rappresentare in termini iconici la situazione di smarrimento vissuta dai pazienti che si rivolgono alle strutture assistenziali australiane (Ahgren, 2010).

A causa della prevalente situazione di disintegrazione che si riscontra nell'accesso alle prestazioni di cura, infatti, gli utenti esibiscono una scarsa capacità di orientamento tra i diversi ambiti di assistenza, fattispecie che determina la mancanza di continuità della presa in carico e l'assenza coordinamento tra gli attori coinvolti nel sistema di tutela e promozione della salute (Department of Health and Ageing, 2010). La propensione del *policy maker* a privilegiare la specializzazione, la professionalizzazione e, soprattutto, il decentramento delle competenze ha aggravato, con il passare degli anni, la già profonda condizione di disintegrazione strutturale, gestionale e culturale tra le aziende sociali e sanitarie; tale condizione, a sua volta, ha trovato espressione in una netta diversificazione dei ruoli, delle funzioni e delle responsabilità attribuiti a queste ultime, pregiudicando le possibilità di far leva sulle sinergie reciproche (Willumsen, Ahgren, & Odegård, 2012).

Il contesto istituzionale prevalente in Australia, in questi termini, ha legittimato la progressiva emersione di approcci manageriali incentrati sul monismo organizzativo, producendo la generalizzata diffusione di rapporti ispirati alla competizione piuttosto che alla cooperazione. Ne consegue l'inidoneità del sistema di assistenza di rispondere in maniera appropriata ed efficace a bisogni di salute trasversali espressi da una fetta sempre più ampia dell'utenza; questi ultimi, infatti, attraversano diametralmente le aree di competenza presidiate dalle organizzazioni sociali e sanitarie, richiedendo, in tal senso, la valorizzazione delle interdipendenze esistenti tra esse.

Come ampiamente esplicitato nei documenti di pianificazione nazionale approvati negli ultimi anni (Australian Medicare Local Alliance, 2012), la frammentazione dei servizi di assistenza alla persona risulta particolarmente pernicioso qualora l'utenza servita esprima richieste di assistenza complesse, frutto della contestuale manifestazione di co-

morbilità multiple, tipiche delle classi più longeve della popolazione; caso analogamente critico può essere riscontrato nell'ipotesi in cui il trattamento socio-sanitario necessario per far fronte ai bisogni di salute del paziente sia complesso e di lunga durata, implicando il contestuale ricorso a competenze e specializzazioni provenienti da ambiti professionali variegati. In aggiunta, l'integrazione delle prestazioni di assistenza è indispensabile sia qualora le persone assistite non siano nelle condizioni di poter accedere agevolmente alle prestazioni offerte dal sistema di assistenza, come spesso accade con riferimento alla popolazione aborigena o agli immigrati, sia nei casi in cui gli individui in stato di bisogno dispongano di risorse e di competenze limitate per potersi orientare in maniera autonoma nel sistema di assistenza, a causa di disabilità psichiche o di condizioni di emarginazione sociale e culturale.

In tali circostanze, è utile promuovere un coordinamento più stretto e continuo tra le entità coinvolte nell'erogazione dei servizi di assistenza alla persona; attraverso l'interazione si persegue lo scopo di pervenire alla definizione di un modello di presa in carico globale del paziente, che presenti i caratteri della comprensività, sia coerente rispetto ai bisogni implicitamente o esplicitamente espressi dall'utente e sia centrato sulla persona. L'integrazione dei servizi di assistenza sanitaria e sociale, in questi termini, risulta particolarmente opportuna con riferimento alle prestazioni di cure primarie, vale a dire alle prestazioni di base finalizzate alla prevenzione e alla promozione della salute individuale e collettiva.

Il sistema di cure primarie in Australia si caratterizza per una consistente presenza di operatori privati con specializzazioni diversificate, la cui remunerazione è basata su un meccanismo di tipo assicurativo che non offre adeguate opportunità di valorizzazione delle reciproche sinergie (Australian Institute of Health and Welfare, 2009_a). L'insufficienza del numero di professionisti socio-sanitari rispetto ai bisogni di assistenza della popolazione e la loro concentrazione nelle aree urbane del Paese, in termini opposti, creano i presupposti per la nascita di relazioni competitive piuttosto che collaborative (Australian Institute of Health and Welfare, 2009_b).

Sebbene la mancanza di pregressi scambi di informazioni e di risorse tra le organizzazioni coinvolte nel sistema di assistenza, così come l'assenza di strumenti e di piattaforme condivise per la raccolta, la catalogazione e il trasferimento dei dati generino consistenti ostacoli alla nascita di rapporti simbiotici, impedendo l'interazione tra le organizzazioni sociali e sanitarie (Powell Davies, *et al.*, 2009), la crescente attenzione delle aziende assicuratrici nei confronti delle patologie croniche determina maggiori incentivi

alla collaborazione, favorendo la costituzione di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario (Jordan, *et al.*, 2008). Al riguardo, è opportuno precisare che il sistema di cure primarie australiano si compone di quattro categorie di erogatori, i quali presidiano diverse aree del sistema di assistenza alla persona: i medici di base (*general practitioner*), le comunità di assistenza locale (*community health services*), gli studi specialistici privati (*private allied health providers*) e le comunità di assistenza destinate alla popolazione aborigena (*indigenous community controlled health services*).

I medici di base occupano una posizione di prestigio all'interno del sistema socio-sanitario, agendo da coordinatori nella definizione del percorso di cura più appropriato rispetto alle specifiche esigenze di salute avvertite dal paziente assistito (Powell Davies & Fry, 2005). Si tratta per lo più di attori privati, che lavorano – individualmente o in *partnership* con colleghi di varia estrazione professionale – su chiamata, in assenza di un sistema di registrazione formale dei pazienti. Ne consegue una situazione di forte frammentazione, in parte attenuata grazie all'istituzione di divisioni di medicina generale, nate dalla volontà del governo nazionale di promuovere un maggiore coordinamento all'interno del sistema di cure primarie allo scopo di incrementare la qualità delle prestazioni di assistenza primaria. Tali divisioni, in sostanza, agiscono nella veste di organismi di intermediazione – vale a dire, utilizzando il gergo proposto nei capitoli che precedono, quali organizzazioni focali – con la funzione di creare più ampi spazi di interazione tra gli attori preposti all'erogazione delle prestazioni di assistenza di base; esse si preoccupano di patrocinare la pianificazione e l'implementazione di programmi finalizzati alla tutela e alla promozione della salute individuale e collettiva, incentivando il contestuale coinvolgimento di tutti gli attori inseriti nel sistema di cure primarie (Department of Health and Ageing, 2004).

I *community health services* coadiuvano i medici di base, provvedendo all'erogazione di servizi di assistenza sociale che oltrepassano le competenze di questi ultimi. Essi sono finanziati da risorse pubbliche e focalizzano la loro azione sulle attività di supporto e sostegno all'autonomia individuale, nel precipuo intento di evitare i casi impropri di istituzionalizzazione e proponendosi, tra l'altro, di agevolare l'orientamento del paziente all'interno del sistema socio-sanitario (Harris & Harris, 2006). A dispetto del loro compito di supporto e affiancamento ai medici di base, le sinergie tra i due ambiti di assistenza non sono sfruttate e valorizzate in maniera opportuna, a causa della resistenza opposta da gran parte dei professionisti sanitari alla perdita di autonomia e discrezionalità professionale (Powell Davies, *et al.*, 2009).

Le ultime due categorie, vale a dire i *private allied health providers* e gli *indigenous community controlled health services*, presentano connotati del tutto peculiari rispetto alle prime due. Gli studi specialistici privati, infatti, offrono servizi specialistici, di norma non compresi tra le prestazioni dei medici di base: i professionisti che afferiscono a essi operano, nella maggior parte dei casi, in maniera individuale, spesso in assenza di formule di coordinamento con gli altri attori che compongono il sistema di assistenza. Le comunità di assistenza destinate alla popolazione aborigena agiscono in ambito rurale, coinvolgendo sia professionisti sanitari che operatori sociali; esse adottano un approccio di prevenzione, nell'intento di ridurre gli episodi di istituzionalizzazione degli assistiti. In virtù della loro specifica natura, le comunità locali mancano di un adeguato collegamento con le altre strutture del sistema di cure primarie, aspetto che provoca la loro incapacità di far fronte a richieste di assistenza complesse e continuative espresse dall'utenza.

Ragionando in termini generali, dunque, è possibile identificare tre cause alla base dell'inadeguata integrazione delle prestazioni di assistenza alla persona all'interno del sistema di cure primarie dell'Australia (Powell Davies, *et al.*, 2009). Rileva, in primo luogo, la mancanza di un *framework* istituzionale e strategico condiviso tra le diverse sfere di specializzazione del sistema socio-sanitario, riconducibile precipuamente alla rigida ripartizione delle competenze e delle responsabilità tra le entità che operano al suo interno. A tale aspetto si congiunge la scarsa armonia nella definizione di modelli di cura integrati, che consentano di coniugare le prestazioni sanitarie e quelle sociali in uno sforzo univoco di abilitazione del paziente; tale situazione è causata dall'eterogeneità dei sistemi di finanziamento delle prestazioni di assistenza, nonché dall'impossibilità di creare condizioni di compatibilità tra questi ultimi. Infine, è evidente l'assenza di collegamenti di natura strutturale, operativa e professionale tra i servizi protesi alla tutela e alla promozione della salute, fattispecie che ha prodotto non solo una crescente frammentazione delle prestazioni, ma anche l'impossibilità di promuovere la continuità della cura a favore dei pazienti che esprimono bisogni di assistenza complessi e di lunga durata.

Per favorire una maggiore integrazione tra i servizi di assistenza alla persona, il governo australiano ha di recente promosso diverse iniziative finalizzate ad agevolare l'istituzione di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario. A tal pro, si ritiene indispensabile patrocinare un profondo riassetto istituzionale del sistema di tutela e promozione della salute, pervenendo alla definizione di un quadro omogeneo con riferimento alle linee strategiche che ne ispirano l'azione e all'allocazione delle risorse finanziarie tra le diverse organizzazioni che ne fanno parte. Strumentale per il

conseguimento di tale obiettivo, inoltre, è la costituzione di un'organizzazione focale, preferibilmente di rilievo nazionale, avente il compito di creare adesione e condivisione in merito alle strategie di integrazione socio-sanitaria e di rimuovere le barriere che, sotto il profilo culturale, organizzativo, operativo e professionale, ostacolano una rivisitazione in chiave sistemica dell'assistenza alla persona (Luxford, 2008).

Affinché le interazioni tra organizzazioni e professionisti socio-sanitari possano effettivamente attecchire e svilupparsi nel tempo, è necessario riconfigurare gli approcci di valutazione delle prestazioni individuali, dando maggior peso alla capacità dei singoli attori di soddisfare in maniera integrata i sempre più complessi bisogni di assistenza espressi dalla popolazione servita. Ovviamente, affinché ciò sia possibile, occorre intervenire non solo sugli artefatti strutturali, vale a dire sull'architettura del sistema socio-sanitario, ma anche su variabili *soft*, tra cui le etiche di cura prevalenti all'interno della maggior parte delle organizzazioni che operano al servizio della persona in stato di bisogno, tuttora legate a un modello bio-medico di salute, non idoneo di fronte alle mutate caratteristiche del contesto in cui queste ultime si trovano ad agire (South Australia Department of Health, 2007).

Infine, le relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario richiedono la costituzione di un sistema informativo armonizzato, che connetta le organizzazioni che si rivolgono alla medesima tipologia di utenza, garantendo un reciproco scambio di dati e di informazioni, imprescindibile sia per la pianificazione di un percorso di cura integrato che per la fertilizzazione del capitale intellettuale individuale. Le interazioni che in tal modo vengono strette preparano la strada per il continuo sviluppo del capitale sociale delle aziende coinvolte nella relazione, le quali maturano maggiore consapevolezza in merito al valore aggiunto creato dall'integrazione e all'opportunità di stringere rapporti collaborativi con le altre entità inserite nel sistema di assistenza alla persona.

4.4 Le esperienze di integrazione socio-sanitaria in Europa

4.4.1 Il rilievo istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria

Due fenomeni – contestuali, ma divergenti – accomunano i sistemi socio-sanitari dei Paesi europei, influenzando profondamente sul loro buon andamento. Da un lato, la composizione della domanda di salute manifesta un tendenziale mutamento, condizionata dal fenomeno di transizione epidemiologica che conduce dalla prevalenza di stati morbosi

acuti alla diffusione di condizioni patologiche multiple e di lunga durata, le quali non possono essere adeguatamente trattate facendo ricorso ai tradizionali approcci di cura; dall'altro lato, la crescente spinta alla specializzazione, generata tanto dalle aspettative più qualificate dell'utenza quanto dallo smembramento in molteplici rivoli professionali della conoscenza scientifica, genera evidenti situazioni di frammentazione, che si ripercuotono a cascata sulla capacità del sistema di assistenza di far fronte alle istanze espresse dalla collettività servita (Busse, *et al.*, 2010; Mur-Veeman, *et al.*, 2003; World Health Organization, 2002).

In accordo all'approccio bio-medico, tuttora prevalente in gran parte del continente europeo, i sistemi di assistenza sociale e sanitaria sono concepiti come comparti separati sotto il profilo istituzionale, organizzativo e gestionale, ai cui confini si ergono elevate barriere di tipo normativo, culturale e operativo. La situazione di disintegrazione che ne consegue implica l'emersione di relazioni conflittuali tra i vari ambiti di assistenza, cui si congiunge la manifestazione di fenomeni di ridondanza strutturale, di duplicazione delle prestazioni, di asimmetria informativa, di bassa qualità dei servizi erogati, nonché di insufficiente soddisfazione delle aspettative espresse dall'utenza (Lloyd & Wait, 2006; Wagner, Austin, & von Korff, 1996).

La costituzione di un sistema integrato di assistenza, in questa prospettiva, rappresenta un'esigenza ampiamente avvertita tra i Paesi del Vecchio Continente: ne è testimonianza il rilievo assunto dall'integrazione socio-sanitaria nei documenti di pianificazione predisposti dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Grone & Garcia-Barbero, 2001). Tale istituto, in collaborazione con i 53 Stati Membri che ne fanno parte, ha recentemente formulato un piano strategico comune, a cui è stata attribuita la denominazione di "Salute 2020" ("*Health 2020*", volendo ricorrere alla denominazione anglosassone), i cui obiettivi di fondo possono essere sintetizzati, da una parte, nell'abbattimento delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni di cura e, dall'altra, nella costruzione di un sistema di *governance* partecipata, cui prendano parte in maniera armoniosa tutti gli attori coinvolti nel sistema di assistenza alla persona (Hunter, 2012; Kickbusch & Gleicher, 2011; Hardy, *et al.*, 1999).

Ai fini del perseguimento di tali obiettivi, l'Ufficio Europeo individua quattro assi prioritari di azione, vale a dire la promozione di un approccio comprensivo alla cura (Jagger, *et al.*, 2013), l'*empowerment* del paziente, l'implementazione di percorsi di assistenza ispirati alla *patient centeredness* (South, White, & Gamsu, 2013) e la costituzione di comunità resilienti ai processi di deterioramento dello stato di salute

individuale e collettivo, da conseguire attraverso la promozione della salubrità ambientale (Jakab, 2011). Queste quattro aree di azione sottendono, nel loro insieme, un rinnovato modello di assistenza alla persona, ispirato all'integrazione dei servizi sociali e sanitari in una prospettiva di continuità della cura e di globalità della prestazione (World Health Organization, 2013).

Gli interventi finalizzati a sostenere l'interazione strategica, organizzativa e gestionale tra le aziende sanitarie e sociali, in questa prospettiva, si rivelano indispensabili nell'ottica della transizione da un modello di cura di tipo bio-medico, che focalizza l'attenzione sul singolo episodio patologico, a un approccio bio-psico-sociale, orientato al recupero della centralità del paziente, al miglioramento dell'efficacia delle prestazioni di assistenza e, in ultima analisi, all'umanizzazione del percorso di cura. Non stupisce, da questo punto di vista, che l'integrazione socio-sanitaria si collochi tra le priorità dell'agenda politica in materia di salute dei principali Paesi europei.

4.4.2 L'integrazione socio-sanitaria nell'Europa settentrionale

La Finlandia può essere annoverata tra gli Stati europei con una più consolidata tradizione in materia di integrazione socio-sanitaria; infatti, le prime iniziative di coordinamento tra l'assistenza sanitaria e quella sociale lanciate nel Paese risalgono alla seconda metà degli anni '70 dello scorso secolo. Una legislazione nazionale scarsamente vincolante nei confronti delle organizzazioni impegnate sul fronte delle attività di tutela e promozione della salute, la presenza di una netta demarcazione istituzionale tra il sistema sanitario e gli altri ambiti di assistenza alla persona e la sedimentazione nel tempo di percorsi di formazione nettamente distinti tra le professioni sociali e quelle sanitarie hanno contribuito ad alimentare una marcata atomizzazione delle prestazioni di assistenza, causando consistenti ostacoli alla continuità della cura e il consolidamento di interessi settoriali, difficilmente scardinabili in una prospettiva di esaltazione delle interdipendenze tra i diversi ambiti di assistenza (Sinkkonen & Jaatinen, 2003).

In assenza di un attore centrale dotato di sufficiente rilievo strategico e di adeguato spessore istituzionale per patrocinare l'integrazione socio-sanitaria, le amministrazioni locali hanno tipicamente rivestito un ruolo chiave nella promozione delle relazioni inter-organizzative tra le aziende operanti al servizio della persona in stato di bisogno. Esse, infatti, in virtù del controllo esercitato sulle leve di allocazione delle risorse finanziarie destinate alle finalità di tutela e promozione della salute, della discrezionalità di manovra

nella gestione delle leve di *policy making* e del compito di coordinamento del sistema socio-sanitario locale, si sono trovate nella posizione più favorevole per incentivare l'avvio di processi di interazione tra le organizzazioni sociali e sanitarie, perseguendo lo scopo ultimo di garantire la presa in carico globale della persona assistita (Mur-Veeman, van Raak, & Paulus, 2008).

Un ruolo non meno rilevante è giocato dalle aziende impegnate nell'erogazione delle attività assistenziali, sia nell'ambito delle cure primarie che nei contesti di assistenza specialistica; queste ultime, infatti, sono chiamate a recepire e tradurre in prassi operative le linee guida e le direttive di *policy* formulate dagli organi di governo, implementando in concreto un sistema integrato di tutela e promozione della salute, in un'ottica di comprensività della prestazione e di umanizzazione della cura. Il caso finlandese, sotto questo punto di vista, assevera in termini empirici quanto già esposto sotto il profilo concettuale: le iniziative di integrazione socio-sanitaria necessitano di un forte supporto istituzionale ai fini della loro fattiva realizzazione; allo stesso tempo, è necessario che le organizzazioni coinvolte nella relazione siano consapevoli del valore aggiunto generato dal rapporto e partecipino attivamente nella costituzione dei legami collaborativi.

La Svezia ha avviato un lento percorso di integrazione tra il sistema sanitario e i servizi sociali con un significativo ritardo rispetto al caso finlandese, attivandosi a tal fine solo a partire dai primi anni del 1990. Il modello svedese si caratterizza per una più marcata formalizzazione del processo di costruzione e sviluppo delle relazioni inter-organizzative: infatti, si è tentato di colmare le profonde divergenze istituzionali e culturali sedimentatesi nel tempo tra i due ambiti di assistenza attraverso strumenti di natura normativa (Swedish Federation of County Councils, 2004), piuttosto che facendo leva sulla promozione di approcci organizzativi e manageriali coerenti a una gestione integrata dei servizi di tutela e promozione della salute.

In questa prospettiva, gli attori pubblici, sia di rilievo nazionale che locale, giocano un ruolo importante ai fini dell'attivazione e della gestione delle leve di integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari. Il bilanciamento istituzionale tra le contrastanti tensioni all'accentramento e al decentramento amministrativo, l'attenuazione delle logiche competitive generate dalle riforme dirette a introdurre criteri di gestione privatistica all'interno del sistema di tutela e promozione della salute e l'appianamento delle divergenze culturali ed etiche tra le diverse professioni coinvolte nel sistema di assistenza rappresentano le principali priorità perseguite in seno al modello svedese di integrazione socio-sanitaria (Ahgren & Axelsson, 2011).

Alla portata cogente delle norme, nondimeno, si accompagna un continuo tentativo di valorizzazione delle relazioni inter-professionali tra gli attori che operano all'interno delle aziende sanitarie e sociali (Adamiak & Karlberg, 2003). La concertazione e la condivisione di linee guida comuni per la gestione del percorso di assistenza, la definizione di percorsi di cura orientati alla continuità della prestazione e alla presa in carico globale del paziente, la predisposizione di un sistema informativo integrato che offra la possibilità di aggregare i flussi informativi tra entità abituate a operare in maniera separata l'una rispetto all'altra e l'esaltazione del territorio quale *setting* assistenziale da privilegiare nell'espletamento delle attività di assistenza alla persona rappresentano interventi imprescindibili, in assenza dei quali le iniziative di integrazione perderebbero in efficacia e rapidità di implementazione (Adamiak & Karlberg, 2003).

I governi che negli ultimi anni si sono succeduti in Gran Bretagna hanno dimostrato una crescente attenzione nei confronti delle condizioni di salute dei pazienti affetti da patologie multiple e portatori di una domanda di assistenza di lungo termine (Goodwin, *et al.*, 2012). La necessità di un maggiore coordinamento tra i servizi sociali e sanitari, inteso al miglioramento qualitativo delle prestazioni di assistenza, all'umanizzazione della cura e alla valorizzazione della dignità del paziente, è divenuto un elemento ricorrente in seno alle politiche socio-sanitarie anglosassoni (Care Quality Commission, 2011; Equality and Human Rights Commission, 2011). Tale fenomeno ha generato una traslazione dell'integrazione socio-sanitaria da mero argomento di interesse per il dibattito accademico a soluzione politica e gestionale, la cui implementazione è ritenuta strumentale al conseguimento di maggiore appropriatezza ed efficacia nell'erogazione dei servizi di assistenza alla persona (Field, 2011). Difatti, nel contesto anglosassone l'integrazione socio-sanitaria è diffusamente concepita quale strumento indispensabile per il conseguimento degli obiettivi di qualità, innovazione, prevenzione e produttività sanciti all'interno dei documenti di pianificazione nazionale, aprendo la strada a un modello organizzativo più efficace e sostenibile nel lungo termine (Department of Health, 2011).

Tali tematiche hanno assunto un rilievo tale da alimentare il dibattito anche in seno alla società civile organizzata: il consorzio "*National Voices*", cui aderiscono numerose organizzazioni di volontariato operanti in ambito sociale e sanitario ha recentemente indicato l'integrazione socio-sanitaria come il più rilevante contributo che il sistema di assistenza nazionale possa esprimere ai fini della tutela e della promozione della salute individuale e collettiva (National Voices, 2011). Per far fronte a una domanda di salute sempre più qualificata e complessa, infatti, si ritiene imprescindibile ampliare la capacità di

risposta del sistema socio-sanitario; in un periodo di crescenti ristrettezze finanziarie e di tagli al *budget*, la creazione di un sistema integrato di presa in carico del paziente rappresenta un intervento strategico e organizzativo di ampia portata, che consente di pervenire – senza aggravii di spesa – al miglioramento della qualità e dell'efficacia delle prestazioni di cura, nonché all'irrobustimento della sostenibilità del sistema di assistenza nel suo complesso. In tal senso, si afferma che il processo di integrazione dovrebbe essere alimentato da riforme istituzionali intese a privilegiare gli investimenti nelle attività di riabilitazione, a rinvigorire il sistema di assistenza primaria e a promuovere processi di de-istituzionalizzazione e di recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di cura (National Voices, 2011).

Rispetto alle altre esperienze internazionali sin qui discusse, il caso britannico presenta una peculiarità di non poco rilievo: l'attenzione, infatti, è prioritariamente concentrata sulle esigenze espresse dai destinatari della prestazione, piuttosto che sulle caratteristiche organizzative e gestionali del sistema di assistenza (Goodwin, *et al.*, 2012). Il medesimo concetto di integrazione socio-sanitaria, difatti, è concepito quale approccio innovativo, finalizzato ad assicurare che i servizi di assistenza siano coordinati alla luce delle specifiche istanze esplicitamente o implicitamente espresse dell'utenza servita (Shaw, Rosen, & Rumbold, 2011).

Nella riorganizzazione del sistema di assistenza, dunque, si assume la prospettiva del paziente, in maniera tale da privilegiare le finalità di umanizzazione e di miglioramento dell'appropriatezza della prestazione (Lloyd & Wait, 2006). Un sistema di assistenza integrato, in questi termini, non prevede la mera implementazione di interventi di natura istituzionale o strutturale (Curry & Ham, 2010); esso, piuttosto, richiede una profonda integrazione professionale e funzionale tra gli attori che, con diverse specializzazioni e competenze, prendono parte al processo di erogazione del servizio, incentivando questi ultimi a orientare la propria attenzione non già sul contenuto oggettivo del servizio da erogare, quanto sugli specifici bisogni di salute del paziente (Thistlethwaite, 2011).

L'integrazione socio-sanitaria è prima di tutto foriera di miglioramento qualitativo delle prestazioni di assistenza, oltre che di abbattimento dei costi e di razionalizzazione della spesa (Goodwin, *et al.*, 2012; Thistlethwaite, 2011; Irani, *et al.*, 2007): essa prepara la strada a un sensibile incremento dell'appropriatezza delle cure, all'abbattimento del ricorso improprio ai servizi di emergenza e urgenza, a un minore ricorso all'ospedalizzazione, alla riduzione della durata media degli episodi di istituzionalizzazione, al più diffuso ricorso

alle formule di assistenza territoriali e, in ultima analisi, a un incremento della soddisfazione dei pazienti e dei rispettivi *caregiver* informali.

La dottrina anglosassone ha identificato alcuni presupposti necessari ai fini dell'implementazione di un approccio integrato di tutela e promozione della salute (Goodwin, *et al.*, 2012). *In primis*, si ritiene opportuno patrocinare le iniziative di innovazione organizzativa e gestionale all'interno del sistema sanitario nazionale, abbandonando l'impostazione conservatrice e avversa al rischio intrinseca all'impostazione bio-medica tradizionale. È necessario, in aggiunta, che l'innovazione si traduca nel progressivo indebolimento delle barriere istituzionali, amministrative e professionali che si interpongono tra l'assistenza sanitaria e quella sociale: tale processo potrebbe essere facilitato grazie all'introduzione di un sistema informativo condiviso e pervasivo, che garantisca una più rapida circolazione delle informazioni relative al paziente e offra un costante supporto al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni.

Gli ostacoli alle iniziative di integrazione socio-sanitaria, d'altro canto, hanno natura sia politica che organizzativa. Da un lato, la precipua attenzione riservata all'introduzione di formule di quasi-mercato nelle recenti riforme del sistema di assistenza, cui si correla la focalizzazione sulle *performance* individuali e sul diritto di scelta dell'utente (Cribb, 2008), e, dall'altro, l'assenza di artefatti strutturali e culturali che favoriscano la nascita di relazioni inter-organizzative (Boyle, 2011) ostruiscono la concreta implementazione di rapporti collaborativi e cooperativi, incentivando all'opposto l'individualismo organizzativo.

In maniera quasi del tutto analoga, sulla base delle esperienze empiriche realizzate nella prassi, parte della letteratura ha identificato alcuni ingredienti necessari per la realizzazione di adeguati interventi di integrazione socio-sanitaria (Ham, *et al.*, 2011). La chiara definizione della popolazione *target* costituisce un determinante fondamentale del buon esito delle iniziative di integrazione; in aggiunta, occorre provvedere all'allineamento degli incentivi finanziari a disposizione, nell'intento di stimolare il lavoro in *partnership* tra le aziende che operano in ambito sanitario e sociale. La costituzione di un sistema integrato di *accountability* risulta imprescindibile: esso consente di rilevare l'apporto delle singole organizzazioni al conseguimento degli obiettivi sistemici e di evidenziare tempestivamente atteggiamenti non in linea rispetto ai principi di collaborazione promossi sul piano istituzionale.

Il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura attraverso programmi di *empowerment* e di alfabetizzazione sanitaria offre la possibilità di catalizzare le iniziative

di integrazione, amplificandone gli impatti. Tale azione si rivela strumentale all'incremento dell'appropriatezza della cura, incentivando il ricorso al *self care* e accrescendo l'adesione del paziente al trattamento clinico prescritto. Per alimentare le iniziative di integrazione socio-sanitaria, altresì, è necessario intervenire sulle pratiche organizzative delle aziende che erogano servizi di assistenza alla persona: la promozione di una cultura orientata alla centralità del paziente, la creazione di una relazione di fiducia reciproca tra *manager* e professionisti e la costituzione di *team* multi-disciplinari, al cui interno agiscono, spalla a spalla, professionisti sanitari e sociali per rispondere in maniera comprensiva ai bisogni di cura del paziente, rappresentano importanti fattori agevolanti per la proficua implementazione di relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario.

Last but not least, occorre agire tempestivamente sugli impedimenti che ostruiscono una rapida implementazione delle formule di integrazione socio-sanitaria. In particolare, l'eterogeneità professionale e culturale che caratterizza le aziende *partner*, le divergenze in termini di gestione finanziaria che si frappongono tra esse e la forte specializzazione funzionale non favoriscono il radicamento delle iniziative di coordinamento inter-istituzionale; come se ciò non bastasse, la tensione dell'organo di governo centrale a dirigere unilateralmente le iniziative di integrazione tra il settore sociale e quello sanitario crea le condizioni per un ulteriore aggravamento della situazione. Tale approccio non genera coinvolgimento e adesione tra le organizzazioni destinatarie delle iniziative di promozione delle relazioni inter-organizzative, fenomeno che pregiudica sin dalle origini le probabilità di successo dell'intervento di riorganizzazione.

4.4.3 Le esperienze di integrazione nell'Europa centrale

In maniera quasi del tutto simile a quanto accade nel resto d'Europa, in Francia le due cause principali di frammentazione tra le prestazioni di assistenza sociale e sanitaria sono rappresentate dalla rigida ripartizione istituzionale delle competenze tra le organizzazioni che compongono il sistema di tutela e promozione della salute e dalla presenza di canali di finanziamento non comunicanti tra loro⁹⁵. Si tratta di problemi che manifestano una particolare persistenza, malgrado i primi tentativi di integrazione socio-sanitaria realizzati nel Paese risalgano a più di un decennio fa; ne conseguono evidenti

⁹⁵ Una situazione analoga si riscontra anche nei Paesi Bassi, come argomentato dalla letteratura che ha discusso le caratteristiche dei processi di integrazione socio-sanitaria in tra contesto nazionale (Mur-Veeman, *et al.*, 2003).

conflitti inter-organizzativi, da cui derivano, a loro volta, fenomeni di assenza di coordinamento tra gli ambiti di assistenza territoriale e ospedaliera, discontinuità delle cure e inadeguata capacità di risposta ai sempre più complessi bisogni di salute espressi dalla popolazione servita (Somme & De Stampa, 2011).

Piccoli segnali di cambiamento si sono manifestati a partire dal 2006, anno in cui è stata introdotta una riforma legislativa di ampia portata, intesa a riconfigurare il ruolo del medico di base quale attore chiave del processo di presa in carico del paziente. Smettendo i panni del “curatore”, questi assume il compito di coordinare il contatto tra il paziente e il sistema di assistenza, indirizzando il primo verso le prestazioni ritenute più appropriate rispetto ai bisogni di salute percepiti e agendo da *gatekeeper* nei confronti delle sue richieste di assistenza (Cases, 2006; Com-Ruelle & Dourgnon, 2006;).

Pur non intervenendo in profondità sull'organizzazione del sistema socio-sanitario, un tale riassetto normativo è stato concepito in un'ottica di riconoscimento dell'esigenza di maggiore interazione tra le diverse sfere di assistenza alla persona, in linea con la contestuale evoluzione dei bisogni di salute della collettività. Ai medici di medicina generale è attribuito il compito di provvedere *ex post* all'aggregazione dei servizi di assistenza disponibili, fungendo da collante tra le organizzazioni inserite nel sistema di tutela e promozione della salute. Un'ulteriore riforma approvata nel 2010 ha fornito nuova linfa vitale al percorso di integrazione, prevedendo l'istituzione a livello regionale di 26 agenzie della sanità (*Agence Régionale de Santé*), con il compito di promuovere all'interno del proprio territorio di riferimento un più proficuo e intenso rapporto di collaborazione tra le diverse aree di assistenza alla persona in stato di bisogno (Chevreul, *et al.*, 2010).

Le iniziative istituzionali finalizzate alla creazione di armonia tra il sistema sanitario e quello sociale, tuttavia, hanno riscosso uno scarso successo; per tale ragione, negli ultimi anni si propende verso un approccio concertato e condiviso dal basso, che prevede la partecipazione nella pianificazione del percorso di integrazione di tutti gli attori a vario titolo coinvolti al suo interno. Per il successo della strategia integrativa, infatti, si ritiene opportuno pervenire alla costituzione di una tavola rotonda in cui discutere della strategia collaborativa, espressione di tutti gli *stakeholder* direttamente o indirettamente interessati al processo di integrazione socio-sanitaria. Essa offre la possibilità di far emergere tutte le prospettive utili a informare la costruzione di relazioni inter-organizzative tra le aziende sanitarie e quelle sociali, creando consapevolezza e adesione nei confronti della strategia collaborativa.

Per agevolare il coordinamento delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale è altresì necessario pervenire all'istituzione di una porta unica di accesso ai servizi di tutela e promozione della salute, che consenta un dialogo unitario tra le organizzazioni sanitarie e sociali e la popolazione servita; presso quest'ultima si effettua una ricognizione multi-dimensionale dei bisogni di salute ascrivibili alla persona assistita, al fine di evitare che la mancata percezione delle esigenze di natura sanitaria o sociale possa scaturire in episodi di inappropriata cura. Allo stesso modo, imprescindibile è l'omogeneizzazione dei sistemi informativi attivati presso le organizzazioni inserite nel sistema di assistenza, allo scopo di favorire una più rapida e immediata interazione tra esse. Infine, a ciascun paziente dovrebbe essere associato un piano individuale di assistenza, che risponda ai requisiti chiave di globalità e continuità della prestazione (Somme & De Stampa, 2011).

Il sistema di assistenza elvetico, se confrontato ai casi sin qui discussi, si caratterizza per un più intenso decentramento delle responsabilità relative alle attività di tutela e promozione della salute a livello territoriale, oltre che per l'elevata autonomia organizzativa e gestionale attribuita alle aziende che operano al suo interno. Da tale configurazione deriva una situazione di disintegrazione, che si traduce nell'espressione di atteggiamenti egoistici e conflittuali da parte degli attori che erogano prestazioni di assistenza alla persona. In presenza di tali condizioni di contesto, pronosticare l'avvio di iniziative promosse dall'alto allo scopo di favorire l'integrazione socio-sanitaria risulta improbabile; è opportuno, in via preventiva, ricorrere a una graduale armonizzazione dell'autonomia riconosciuta alle singole organizzazioni che operano nel sistema socio-sanitario, favorendo l'adozione da parte di esse di una prospettiva reticolare sia nella pianificazione che nella concreta attuazione dei percorsi di assistenza di loro competenza (Berchtold & Peytremann-Bridevaux, 2011).

La creazione di condizioni operative che agevolino la nascita di relazioni inter-organizzative, in questa prospettiva, si rivela ancor più critica degli interventi istituzionali intesi a predisporre formalmente la strada all'integrazione dell'assistenza sanitaria e di quella sociale. Volendo approfondire il grado di dettaglio, le soluzioni introdotte devono consentire un percepibile miglioramento delle condizioni di efficienza, efficacia e appropriatezza delle organizzazioni coinvolte nel sistema di assistenza, in maniera tale da indurre queste ultime ad abbandonare il tradizionale approccio monistico di gestione delle attività di tutela e promozione della salute, per sposare una logica sistemica di presa in carico del paziente assistito.

Non a caso, la costituzione sul piano operativo di reti integrate di assistenza governate da *Health Maintenance Organizations* (HMO), ispirate al modello americano di Kaiser Permanente, ha prodotto consapevolezza in merito ai benefici generabili dall'integrazione socio-sanitaria, creando incentivi all'avvio di iniziative proiettate a un più stretto coordinamento tra le diverse sfere di assistenza. Tali episodi di integrazione socio-sanitaria, infatti, si sono dimostrati capaci di condurre verso risultati favorevoli in termini di abbattimento dei costi socio-assistenziali, miglioramento dell'appropriatezza della cura, più elevata soddisfazione dell'utenza e minore ricorso all'istituzionalizzazione, facendo maturare tra le organizzazioni sanitarie e sociali una crescente apertura nei confronti delle strategie collaborative (Steurer-Stey, et al., 2010; Schwenkglenks, Preiswerk, Lehner, Weber, & Szucs, 2006; Etter & Perneger, 1998; Perneger, Etter, & Rougement, 1996).

Sebbene in voga da diversi anni sia nei documenti di pianificazione strategica che di programmazione operativa di rilievo nazionale e locale, tuttavia, l'integrazione socio-sanitaria non riesce ad attecchire nel contesto svizzero. Nella maggior parte dei casi, i professionisti sanitari si manifestano fedeli all'impostazione bio-medica tradizionale; a partire da questa prospettiva, essi ritengono che la promozione di percorsi di cura integrati non conduca a significativi miglioramenti della qualità della prestazione, affermando che i risparmi di spesa in tal modo conseguiti derivino dalla creazione di ostacoli all'accesso alle cure, piuttosto che alla maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate (Berchtold & Peytremann-Bridevaux, 2011). Le resistenze opposte dai professionisti sono, in primo luogo, il frutto del loro scarso coinvolgimento nella definizione degli interventi di integrazione socio-sanitaria: le iniziative proposte sono percepite come una minaccia piuttosto che come un'opportunità, in quanto considerate di rottura rispetto agli schemi di azione convenzionali sedimentatesi nel tempo sia in ambito sanitario che sociale.

La Germania ha avviato numerose iniziative dirette a incentivare una più intensa interazione tra il sistema sanitario e le prestazioni di natura sociale, senza tuttavia conseguire risultati apprezzabili in termini di riconfigurazione dei modelli di assistenza in una prospettiva di continuità e umanizzazione delle cure (Amelung, Hildebrand, & Wolf, 2012). Per quanto il sistema tedesco si sia dimostrato in grado di conseguire elevati *standard* di qualità, ampia accessibilità ai servizi e varietà delle prestazioni, la frammentazione tra i diversi ambiti di assistenza incide negativamente sulla sua appropriatezza, generando oneri non sostenibili nel lungo periodo (Barnighausen & Sauerborn, 2002).

Diversi fenomeni si collocano alla base della prevalente disintegrazione del sistema socio-sanitario tedesco. In primo luogo, rileva l'ormai consolidata mancanza di scambi di informazioni e comunicazioni tra i professionisti che operano in ambito sanitario e tra questi ultimi e gli attori che compongono il sistema di assistenza sociale. Tale situazione genera molteplici problemi, che si riverberano sia sull'appropriatezza delle prestazioni di assistenza che sui costi connessi a esse; in mancanza di scambi informativi, infatti, i rischi di duplicazioni e ridondanze sono particolarmente rilevanti, con un conseguente aggravio di spesa e una minore soddisfazione dell'utenza. Grava, inoltre, la profonda separazione istituzionale tra i diversi ambiti di assistenza, la quale trova espressione tanto in termini di disgiunzione dei rispettivi sistemi di pianificazione e programmazione quanto in assenza di armonia nei criteri di allocazione delle risorse finanziarie a disposizione.

Analogamente a quanto osservato con riferimento al caso elvetico, lo scarso successo delle iniziative di integrazione avviate in Germania potrebbe essere attribuito alla resistenza espressa dagli attori che operano all'interno del sistema di assistenza; anch'essi, infatti, manifestano una forte fedeltà nei confronti del tradizionale approccio bio-medico e dell'impostazione monistica invalsa nel passato (Schoen, *et al.*, 2011). Affinché le iniziative intese alla promozione dell'integrazione socio-sanitaria possano andare in porto, è necessario creare coinvolgimento e consapevolezza tra gli attori che erogano le prestazioni di assistenza, facendo emergere in maniera evidente il valore aggiunto riconducibile all'attivazione di reciproche relazioni simbiotiche. Un altro importante stimolo attraverso cui è possibile smuovere tali attori si riscontra nella riconfigurazione dei meccanismi di allocazione delle risorse finanziarie: la ricerca di una maggiore flessibilità in tal senso, infatti, prepara la strada a più diretti e continui rapporti tra il sistema sanitario e quello sociale, stimolando la graduale istituzione di un sistema di assistenza integrato e comprensivo in cui le risorse seguono i bisogni espressi dai pazienti assistiti.

4.4.4 I modelli di integrazione nell'Europa meridionale

I sistemi socio-sanitari pubblici, finanziati prevalentemente attraverso le risorse ricavate dalla tassazione generale, non sono esenti dai problemi di coordinamento e frammentazione sin qui discussi, come dimostrato in maniera emblematica dal caso spagnolo (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012). L'integrazione tra i servizi di assistenza sanitaria e sociale, infatti, è all'ordine del giorno nei documenti di pianificazione e programmazione del sistema iberico; per le finalità espositive, a dispetto della molteplicità degli approcci di integrazione socio-sanitaria proposti e sperimentati

all'interno del Paese, la dottrina ha fornito una loro sistematizzazione in due ampie categorie concettuali (Nuño, Sauto, & Toro, 2012). Una di esse concerne le iniziative di integrazione socio-sanitaria di livello "micro", vale a dire le azioni che si concretizzano nella riconfigurazione di percorsi di assistenza collegati a specifiche fattispecie cliniche; l'altra, invece, presenta una connotazione di tipo "macro", che focalizza l'attenzione ora sugli aspetti istituzionali, ora su quelli architetture propedeutici alla implementazione di profondi interventi di integrazione organizzativa all'interno del sistema socio-sanitario nazionale.

Concentrando lo sguardo sulla prima categoria, le iniziative implementate hanno ad oggetto la formulazione di percorsi integrati di assistenza che sono destinati a specifiche tipologie di utenza, i cui bisogni di salute presentano connotati di cronicità e complessità; in tale ipotesi, si persegue l'intento di pervenire alla definizione di modelli di assistenza che garantiscano la continuità della cura a favore della persona assistita, riducendo gli episodi di istituzionalizzazione e privilegiando la presa in carico globale del paziente all'interno del suo quotidiano contesto di vita, evitandone l'istituzionalizzazione. L'integrazione di tipo "macro", diversamente, implica l'avvio di iniziative che esprimono evidenti ripercussioni sulle caratteristiche architetture delle organizzazioni coinvolte, sia che esse afferiscano al sub-sistema sanitario che a quello sociale. In tali circostanze, si propende verso una radicale riconfigurazione del sistema di assistenza in una prospettiva di centralità del paziente, evitando che il percorso di cura si focalizzi sugli aspetti procedurali di natura clinica piuttosto che sulle reali esigenze di salute dell'individuo. A tal pro, si adotta una prospettiva sistemica di organizzazione del percorso di cura, la quale consente di pervenire al governo della domanda di salute attraverso un più intimo coordinamento tra i servizi di assistenza e una maggiore attenzione agli *outcome* di salute che è possibile conseguire attraverso uno sforzo congiunto del sistema socio-sanitario nel suo complesso (Suter, *et al.*, 2009).

Ovviamente, i due approcci ivi esposti non si escludono a vicenda; anzi, essi debbono essere coniugati in maniera equilibrata, nell'intento di pervenire alla graduale riorganizzazione del sistema socio-sanitario nazionale. Generalizzando, l'introduzione di modelli di organizzazione e gestione innovativi che privilegino le istanze dei pazienti portatori di bisogni di salute complessi, l'istituzione della figura del *case manager*, spesso identificato in un professionista socio-sanitario preposto al coordinamento dei percorsi di assistenza, la formulazione concertata di protocolli di cura armonizzati che minimizzino i rischi di duplicazioni od omissioni e, infine, l'integrazione dei sistemi informativi tra le

aziende *partner* sono considerati interventi essenziali ai fini del successo dell'intervento di integrazione qualsiasi sia il suo livello di profondità e il numero di entità effettivamente coinvolte (Nuño, *et al.*, 2012).

Il sistema di assistenza ellenico presenta delle rilevanti specificità, che lo caratterizzano rispetto agli altri Paesi europei; si tratta, infatti, di uno dei sistemi socio-sanitari più privatizzati in Europa, gestito attraverso un'impostazione prevalentemente verticistica, che privilegia gli ambiti di assistenza sanitaria rispetto alle attività di prevenzione e promozione della salute. Malgrado il suo penetrante ruolo politico e istituzionale, l'organo di governo centrale si è rivelato incapace di pervenire a una chiara e puntuale definizione delle priorità strategiche e operative da anteporre al sistema socio-sanitario nazionale, con la conseguente impossibilità di gestire in misura appropriata le sempre più scarse risorse finanziarie a disposizione per le attività di tutela e promozione della salute (Geitona, Zavras, & Kyriopoulos, 2007; Kontodimopoulos, *et al.*, 2007).

Malgrado l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali sia stata riconosciuta sul piano operativo come intervento imprescindibile per favorire il recupero in termini di efficienza e di efficacia del sistema di assistenza, l'incapacità dell'attore pubblico di farsi promotore della costituzione e dello sviluppo delle relazioni inter-organizzative in ambito socio-sanitario si è rivelata perniciosa. L'inerzia degli organi di governo si è tradotta in primo luogo nell'assenza di un'organizzazione focale in grado di patrocinare l'integrazione socio-sanitaria, con la conseguente prevalenza delle resistenze al cambiamento espresse dalle organizzazioni coinvolte nel sistema di tutela e promozione della salute (Tountas, Karnaki, & Pavi, 2002).

In assenza di indirizzi di *policy* univoci, si è tentato di promuovere timidamente l'integrazione socio-sanitaria attraverso l'investimento in piattaforme informative e comunicative armonizzate, ovvero ricorrendo alla ridefinizione dei percorsi di assistenza allo scopo di ridurre il più possibile le duplicazioni, le omissioni e il dispendio improprio di risorse. Le difficoltà incontrate nel ricondurre a sistema le singole iniziative avviate, d'altro canto, hanno prodotto risultati inferiori alle aspettative, non creando alcun incentivo per le organizzazioni *partner* alla definizione di un modello di salute ispirato alla globalità della cura (Mitropoulos, *et al.*, 2006; Pappa & Niakas, 2006; Orphanoudakis, 2004).

Il caso greco pertanto, dimostra con evidenza come la mancanza di un quadro normativo e istituzionale, che stimoli la nascita di stabili relazioni inter-organizzative, intralci il successo delle iniziative finalizzate all'integrazione delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale, con la conseguente emersione di problemi di coordinamento (Lionis, *et*

al., 2009). Il sistema ellenico, difatti, preserva la sua tradizionale configurazione piramidale, orientata al trattamento della patologia e all'istituzionalizzazione del paziente piuttosto che alla promozione della salute individuale e collettiva. Per poter pervenire a una più concreta rivisitazione dell'architettura e del funzionamento del sistema socio-sanitario è necessario annoverare la creazione di relazioni inter-organizzative tra le priorità politiche in materia di salute, conferendo una maggiore legittimazione istituzionale alle iniziative di integrazione socio-sanitaria; contestualmente, è opportuno alimentare la costante formazione di consapevolezza a livello individuale e collettivo in merito al valore aggiunto generato dalla valorizzazione delle sinergie reciproche, promuovendo in tal modo adesione e coinvolgimento nei confronti delle strategie collaborative (Souliotis & Lionis, 2005).

Di forte impatto si rivela anche la rivisitazione dei percorsi formativi seguiti dai professionisti che operano nel campo dell'assistenza sanitaria e sociale, tuttora caratterizzati da una forte specializzazione; occorre puntare su un approccio interdisciplinare, inteso a creare nei destinatari dei percorsi formativi la capacità di rispondere a problemi complessi attraverso approcci concertati (Panagopoulou, *et al.*, 2006; Belos, Lionis, *et al.*, 2005). Infine, bisogna riprogettare i processi di assistenza, adottando una prospettiva di comprensività della prestazione: in considerazione della situazione di profonda disintegrazione che affligge il sistema di assistenza greco, è necessario ricorrere a un bilanciato impiego di strumenti di natura politica, legislativa, organizzativa e gestionale. L'attribuzione di responsabilità a un attore focale con forte prestigio istituzionale, in tal senso, risulta indispensabile per catalizzare il cambiamento: l'azione di quest'ultimo, infatti, garantisce un più convinto *commitment* alla strategia cooperativa e, di conseguenza, una più rapida maturazione della consapevolezza sul valore aggiunto generato grazie all'integrazione socio-sanitaria (Lionis, *et al.*, 2009).

4.4.5 Un quadro di sintesi delle esperienze europee di integrazione socio-sanitaria

Dalla trattazione sin qui condotta, è possibile desumere alcuni tratti comuni alle esperienze europee di integrazione socio-sanitaria, nell'intento di introdurre più agevolmente la discussione del caso di studio esposto nella parte conclusiva del presente lavoro. *In primis*, è pacifico osservare che il bisogno di coordinamento tra il sistema sanitario e quello sociale sia diffusamente percepito all'interno del contesto europeo; tra i due ambiti di assistenza, tuttavia, si ergono elevate barriere di natura istituzionale, organizzativa, gestionale, culturale e professionale, le quali impediscono un'opportuna interazione tra le entità che operano al loro interno. In questi termini, uno stimolo

normativo esterno, inteso a smuovere il sistema di assistenza dalla condizione di inerzia che lo lega all'impostazione tradizionale, risulta indispensabile, generando l'energia necessaria a rompere le consistenti resistenze al cambiamento.

Lo stimolo normativo offre la possibilità di colmare il divario che, nel tempo, si è consolidato tra le prestazioni di assistenza sanitaria e i servizi di rilievo sociale: tale riavvicinamento, infatti, si può conseguire attraverso radicali interventi di riconfigurazione istituzionale del sistema di assistenza, aventi ad oggetto sia variabili *hard* che aspetti di tipo *soft*. Per quanto concerne le prime, è necessario creare le condizioni infrastrutturali dirette ad agevolare l'interazione tra le organizzazioni sanitarie e gli istituti sociali, attraverso – a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo – l'armonizzazione dei quadri normativi vigenti nei due settori di assistenza, la creazione di finestre inter-istituzionali per la pianificazione integrata delle prestazioni di assistenza, l'istituzione di porte uniche di accesso e il coordinamento formale dei meccanismi di raccolta e ripartizione delle risorse finanziarie allocate per le finalità di tutela e promozione della salute. Con riferimento alle seconde, invece, è necessario creare i presupposti culturali per una concreta integrazione delle prestazioni di assistenza, ad esempio attraverso una rivisitazione dei percorsi di formazione professionale sia in ambito sanitario che sociale in una prospettiva di interdisciplinarietà, evitando una focalizzazione esclusiva sull'assorbimento di competenze specialistiche da parte dei destinatari degli interventi di formazione.

In ragione della numerosità degli attori coinvolti, tuttavia, il solo stimolo normativo non può essere ritenuto sufficiente; a esso deve congiungersi l'attribuzione di una forte legittimazione istituzionale a favore di un attore focale, a cui spetta il compito di patrocinare la costruzione di relazioni inter-organizzative tra le diverse entità coinvolte nel sistema di assistenza, favorendo la nascita di interazioni basate sulla fiducia reciproca, sulla consapevolezza in merito al valore aggiunto generato dalla collaborazione e sull'adesione psicologica al legame collaborativo. L'attore focale, inoltre, è chiamato a promuovere la realizzazione degli investimenti strumentali alla facilitazione delle relazioni inter-organizzative, tra cui forte rilevanza è assunta dalla predisposizione di un sistema informativo condiviso tra tutti gli attori coinvolti nella relazione, affinché tra essi si attivi quel flusso di risorse indispensabile per il buon esito del rapporto.

Ai fini dell'effettiva implementazione dell'integrazione socio-sanitaria, infine, è opportuno non trascurare la sua natura di processo complesso e conflittuale. I professionisti che operano all'interno delle organizzazioni sanitarie e delle aziende sociali esprimono

forti resistenze all'adesione a reciproche relazioni collaborative, temendo che queste ultime possano compromettere la loro discrezionalità individuale. Per superare tale ostacolo, è opportuno un ampio coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* nella pianificazione e nella conseguente implementazione delle iniziative di integrazione socio-sanitaria, creando adesione fattiva e consapevole al sistema integrato di assistenza.

In questa prospettiva, il processo di integrazione non potrebbe essere gestito in maniera unilaterale da un solo attore focale, che si proponga di dirigere la rete di attori attraverso il presidio dei canali informativi nevralgici, la centralizzazione del controllo sulle risorse a disposizione e l'implementazione di un modello di governo unitario e verticistico. La nascita e lo sviluppo di un sistema integrato di assistenza dipendono in maniera preponderante dalla densità e dall'intensità delle relazioni che si innescano tra i diversi nodi che compongono la rete, ciascuno dei quali deve essere posto nelle condizioni di esprimere un contributo significativo ai fini del buon esito delle iniziative di integrazione socio-sanitaria, evitando che gli interventi strumentali alla costituzione del rapporto si traducano nell'eccessiva sottrazione di discrezionalità gestionale ai *partner*, compromettendo di conseguenza la longevità dell'interazione.

4.5 L'integrazione socio-sanitaria nel quadro normativo italiano

L'integrazione socio-sanitaria ha tradizionalmente rappresentato un tema di forte interesse nel panorama normativo italiano, trovando spazio tra le priorità del legislatore addirittura prima dell'istituzione del sistema sanitario nazionale. Infatti, il Decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 24 luglio 1977, in attuazione della delega legislativa contenuta nel primo articolo della Legge n. 382 del 22 luglio 1975 in materia di ordinamento regionale e organizzazione della pubblica amministrazione, è espressione di una certa premura del legislatore rispetto alle esigenze di coordinamento tra i diversi ambiti di assistenza alla persona. La disposizione, più nel dettaglio, attribuiva alle regioni il compito di identificare gli ambiti territoriali più appropriati per la gestione integrata dei servizi socio-assistenziali, alla luce delle strette interdipendenze funzionali tra le prestazioni sanitarie e quelle sociali. Consapevole tanto della rilevanza strategica e gestionale dell'integrazione socio-sanitaria quanto della resistenza al cambiamento degli attori interessati, il legislatore prevedeva la possibilità per le amministrazioni regionali di ricorrere a strumenti coercitivi allo scopo di promuovere la nascita di rapporti collaborativi all'interno del sistema di tutela e promozione della salute, vincolando in tal modo le aziende sanitarie e sociali ad un'azione coordinata.

Facendo eco a tale impostazione, la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), menziona – seppur distrattamente – la necessità di una maggiore integrazione tra le prestazioni di assistenza alla persona, identificando l'integrazione socio-sanitaria quale risposta appropriata ai bisogni di salute espressi dagli utenti affetti da patologie di lunga durata. Il primo articolo della normativa, recante i principi ispiratori dell'istituendo sistema di assistenza nazionale, esplicita la garanzia del coordinamento dei servizi di natura sanitaria con tutte le altre attività e gli interventi incidenti, in maniera diretta o indiretta, sullo stato di salute individuale o collettivo. In questa prospettiva, le regioni sono chiamate, nell'esplicazione delle proprie funzioni istituzionali, a tener conto delle esigenze di integrazione tra le prestazioni sanitarie e i servizi di natura sociale, evitando di creare ostacoli di qualsivoglia natura a un equilibrato coordinamento tra le due sfere di assistenza.

La rilevanza dell'integrazione socio-sanitaria trova conferma alcuni anni dopo nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 agosto 1985, recante linee di indirizzo in materia di servizi di rilievo socio-sanitario. Tale disposizione specifica il significato da attribuire all'integrazione socio-sanitaria, associando tale concetto a tutte le attività di tutela e promozione della salute che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali; questi ultimi, in particolare, sono finalizzati al miglioramento del benessere psico-fisico della persona, trovando espressione in interventi a sostegno delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, in assenza dei quali le medesime prestazioni sanitarie non potrebbero conseguire condizioni di appropriatezza o produrre in pieno gli effetti desiderati⁹⁶. Siffatta definizione recepisce, da un lato, l'importanza dell'integrazione tra l'assistenza sociale e quella sanitaria nel fornire una risposta appropriata ai bisogni di salute dalla popolazione servita, ma, dall'altra, conserva un'impostazione retriva, che privilegia il ruolo dei servizi di natura sanitaria, rispetto ai quali le prestazioni socio-assistenziali assumono una connotazione meramente accessoria (Carloni, Fiori, & Mele, 2007; Vecchiato, 2000).

⁹⁶ Volendo ricorrere ad alcuni esempi, l'assistenza economica in denaro a favore degli individui che manifestano patologie invalidanti, così come l'assistenza in natura e le formule di sostegno domestico non potrebbero essere annoverate tra le prestazioni di rilievo socio-sanitario; alla stessa stregua, sono escluse le comunità alloggio, le strutture destinate alla realizzazione di attività formative, l'erogazione di corsi di formazione professionale, gli interventi finalizzati all'inserimento o al reinserimento lavorativo, i centri di aggregazione o di incontro diurni, i soggiorni estivi e, infine, i ricoveri in strutture extra-ospedaliere che presentino una natura meramente sostitutiva dell'assistenza familiare.

Non a caso, all'indomani dell'istituzione del SSN l'integrazione socio-sanitaria è svilita ad argomento riconosciuto e valorizzato nella forma, ma raramente sviluppato e implementato nella prassi. Tra il sistema sanitario e le formule di assistenza sociale, difatti, si consolidano elevate barriere istituzionali e gestionali, che ostacolano il ricorso a reciproche strategie collaborative. La presenza di quadri normativi specifici e tendenzialmente divergenti per ciascuno dei due settori, il radicamento al loro interno di logiche di assistenza diametralmente opposte, l'introduzione di meccanismi di allocazione delle risorse non armonizzati e la netta separazione tra i percorsi di formazione previsti per le professioni sanitarie e per quelle socio-assistenziali sono alla base delle profonde divaricazioni tra i due sistemi di assistenza alla persona. La situazione di disintegrazione strategica, finanziaria, gestionale e culturale tra i due ambiti di assistenza ha condotto, nella maggior parte dei casi, a un'impostazione prevalentemente bio-medica alla cura, nonché alla focalizzazione dell'attenzione sulle sole prestazioni sanitarie, provocando una generalizzata negligenza nei confronti del ruolo giocato dai servizi di rilievo sociale ai fini della tutela e della promozione della salute (Bosi, Dirindin, & Turati, 2009; Villa, 1999).

Nei primi anni novanta l'impostazione bio-medica trova espressione anche sul piano normativo, come testimoniato dal riordino della disciplina in materia sanitaria contenuto nel Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, successivamente emendato dal Decreto Legislativo n. 517 del 7 dicembre 1993. Il tema dell'integrazione socio-sanitaria, infatti, è residuale, lasciando spazio a un'interpretazione managerialista della gestione dei servizi di assistenza sanitaria: in altri termini, le esigenze di coordinamento tra l'assistenza sanitaria e quella sociale sono sacrificate all'altare del processo di aziendalizzazione delle organizzazioni che operano nel SSN. L'integrazione socio-sanitaria è menzionata una sola volta all'interno del punto *c* del quarto comma del primo articolo della normativa di riordino, assumendo, tra l'altro, un mero rilievo funzionale e operativo per la realizzazione dei progetti-obiettivo del sistema sanitario.

Ciò che emerge, secondo quanto confermato dalla lettera del quadro normativo, è una separazione artificiale tra i due ambiti di assistenza alla persona, dettata da un'impostazione politica e istituzionale che pretende di scindere, da un lato, il momento del *curing*, da intendersi quale trattamento finalizzato alla tutela della salute attraverso un atto medico risolutivo nei confronti dello stato patologico, e, dall'altro, il momento del *caring*, concepito quale presa in carico globale e continuativa della persona in stato di bisogno (Folgheraiter, 2009).

Il carattere pernicioso della separazione forzata tra i servizi di assistenza sanitaria e le prestazioni socio-assistenziali, d'altro canto, è riconosciuto quasi immediatamente in occasione della redazione del primo Piano Sanitario Nazionale (PSN) italiano, approvato per il triennio 1994-1996. Esso, infatti, contrapponendosi – in maniera implicita – al contenuto del quadro normativo allora vigente, identifica la costituzione di un sistema socio-sanitario integrato come una “scelta di civiltà”, che offre la possibilità di rispondere in maniera più efficace ed efficiente ai bisogni di salute espressi dalla popolazione servita. Il distretto sanitario di base, in questa prospettiva, è presentato quale articolazione fondamentale del sistema di assistenza italiano, presso cui è si perviene a un'equilibrata composizione delle prestazioni sanitarie e sociali, nell'intento di garantire la continuità e la globalità nell'assistenza a favore della persona assistita.

L'integrazione socio-sanitaria, comunque, preserva una connotazione prettamente operativa e funzionale, non ottenendo alcun riconoscimento quale impostazione strategica e organizzativa in grado di favorire un ripensamento del sistema di assistenza. Essa, infatti, è presentata come intervento puntuale, diretto sia al conseguimento di una maggiore efficacia della prestazione, in ragione della risposta integrata ai bisogni complessi di assistenza espressi da una porzione sempre più ampia della popolazione, che all'ottenimento di significativi risparmi di spesa, in considerazione delle condizioni di flessibilità, appropriatezza e tempestività che essa offre.

Il PSN relativo al triennio 1998-2000, evocativamente intitolato “Un patto di solidarietà per la salute”, suggella una ri-concettualizzazione dell'integrazione socio-sanitaria: essa, infatti, trova valorizzazione quale rinnovata impostazione strategica nell'organizzazione e nella gestione del sistema di assistenza, piuttosto che come mero strumento operativo idoneo a fornire una risposta di breve termine alle complesse richieste di salute espresse da una porzione crescente della popolazione. In quest'ottica, l'integrazione socio-sanitaria è annoverata tra le idee forti per il rilancio del sistema di assistenza, accanto al rafforzamento della libertà di scelta del paziente, alla promozione dell'appropriatezza nell'accesso ai servizi di cura, alla riduzione delle disuguaglianze in termini di salute, all'incentivazione di stili di vita salutari, alla lotta alle patologie più comuni nel territorio nazionale, all'*empowerment* del paziente cronico, al rilancio della ricerca e all'investimento nella valorizzazione delle risorse umane.

In considerazione del suo rilievo strategico prima ancora che operativo, l'integrazione socio-sanitaria è perseguita a più livelli: sotto il profilo istituzionale, essa implica il coordinamento e la collaborazione tra istituti diversi, in primo luogo aziende

sanitarie ed enti locali, al fine di favorire il perseguimento di obiettivi comuni in termini di protezione e miglioramento dei livelli di benessere psico-fisico individuale e collettivo; sotto il profilo gestionale, essa prevede l'introduzione di configurazioni organizzative e di meccanismi di coordinamento atti a garantire uno svolgimento più efficace e coerente delle attività di assistenza rispetto alle attese dell'utenza; infine, sotto il profilo professionale, l'integrazione richiede l'armonizzazione dei percorsi di formazione, nonché l'adozione di linee guida comuni allo scopo di orientare il lavoro inter-professionale nell'erogazione dei servizi socio-assistenziali.

In sostanza, l'integrazione socio-sanitaria è espressione di un rinnovato approccio strategico, che nasce dall'implementazione di un rapporto più stretto e continuo tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione; esso, in particolare, è finalizzato a promuovere e valorizzare la continuità assistenziale tra ospedali, aziende sanitarie e territorio, incentivando gli investimenti in termini di salute all'interno delle comunità locali. Il sistema di assistenza, pertanto, ha bisogno di essere ri-organizzato alla luce degli effettivi bisogni di cura della popolazione servita, piuttosto che delle caratteristiche strutturali dell'offerta. Un tale approccio è coerente al mutato contesto ambientale di riferimento, caratterizzato dalla prevalenza di patologie croniche e di lunga durata rispetto alla situazione precedente, che vedeva primeggiare le condizioni patologiche acute.

Lo spirito della pianificazione sanitaria nazionale è rapidamente recepito dal governo, che, in ragione della delega contenuta nella Legge n. 419 del 30 novembre 1998, adotta il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, recante norme per la razionalizzazione del SSN. Tale disposizione normativa qualifica nuovamente e con una maggiore precisione le prestazioni socio-sanitarie, identificandole come quelle attività di assistenza finalizzate a soddisfare bisogni di salute che richiedono, in maniera unitaria, servizi sanitari e azioni di protezione sociale: esse trovano concretizzazione in percorsi assistenziali integrati, che debbono essere in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione della persona.

La riforma recepisce la centralità del coordinamento di tipo finanziario tra le prestazioni di natura sanitaria e sociale, prevedendo due macro-categorie di prestazioni socio-sanitarie. Da un lato, vi sono le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, vale a dire le attività di assistenza intese alla promozione della salute, alla prevenzione e alla rimozione di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite: esse sono prevalentemente finanziate attraverso risorse attinte dal fondo sanitario nazionale e, in parte residuale, da fondi alimentati dagli enti locali, secondo quanto disposto all'interno di

un apposito atto di indirizzo adottato a livello regionale. Esulano da tale previsione le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare intensità terapeutica, le quali sono finanziate interamente con risorse delle aziende sanitarie, in quanto comprese tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria. Dall'altro lato, vi sono le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, intese a supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione che condizionano lo stato di salute: esse sono di competenza degli enti locali e prevedono un impegno finanziario parziale per le aziende sanitarie.

Infine, il decreto legislativo 229/99 dedica ampia attenzione tanto ai percorsi di formazione dei professionisti impegnati nelle aree a forte integrazione socio-sanitaria quanto alle attività di ricerca scientifica di competenza di questi ultimi. Per quanto riguarda il primo aspetto, l'articolo 3-*octies* prevede l'istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria all'interno del SSN, con la conseguente definizione di specifici profili professionali da associare a quest'ultima: la formazione di tali professionisti avviene in ambito universitario, tenendo conto delle esigenze di inter-disciplinarietà connaturate alle loro peculiari competenze. Con riferimento al secondo punto, la riforma si propone di favorire la ricerca scientifica e la sperimentazione negli ambiti di assistenza ad elevata integrazione socio-sanitaria, allo scopo ultimo di promuovere sia il miglioramento dell'interazione multi-professionale che la continuità assistenziale.

A conferma del rilievo assunto sotto il profilo istituzionale dall'integrazione socio-sanitaria, è opportuno il riferimento a una delle più importanti normative nazionali intese a disciplinare in maniera sistemica le prestazioni di assistenza sociale a favore delle persone in stato di bisogno, vale a dire la Legge n. 328 dell'8 novembre 2000, rubricata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali". Tra i principi che, secondo tale disposizione, dovrebbero ispirare sia la programmazione degli interventi che l'allocazione delle risorse disponibili in ambito sociale, infatti, appare il coordinamento con i servizi sanitari; quest'ultimo si realizza attraverso la cooperazione tra i diversi livelli di assistenza alla persona, allo scopo di pervenire a condizioni di efficacia e di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di cura.

La legge quadro, in particolare, prevede la predisposizione di un piano nazionale triennale degli interventi e dei servizi sociali, che, tra gli altri aspetti, individua le azioni necessarie a pervenire a condizioni di armonioso coordinamento con le politiche e le azioni sanitarie. Le regioni, a loro volta, sono tenute all'adozione di specifici strumenti di programmazione in ambito sociale, con cui si impegnano a recepire le linee guida nazionali

e a promuovere l'integrazione socio-sanitaria, alla costante ricerca di condizioni di bilanciamento con il contenuto della pianificazione sanitaria. I comuni, raggruppati in ambiti associativi definiti dall'amministrazione regionale di appartenenza, pervengono alla redazione concertata di un piano sociale di zona, all'interno del quale, d'intesa con le aziende sanitarie di riferimento, identificano gli interventi sociali e socio-sanitari da realizzare sulla base delle risorse effettivamente a disposizione, specificando nel contempo le formule di concertazione con le organizzazioni sanitarie per la realizzazione degli interventi a elevata integrazione e i correlati criteri di ripartizione delle spese.

Oltre a contenere disposizioni normative dirette a favorire l'integrazione socio-sanitaria con riferimento ad alcune categorie di utenti, tra cui persone disabili e anziani non autosufficienti, il quadro normativo introduce la necessità di pervenire a condizioni di integrazione informativa allo scopo di incentivare un più stretto collegamento tra le formule di assistenza sociale e i servizi sanitari. Invero, la costituzione del sistema informativo dei servizi sociali, prevista dall'articolo 21, è ritenuta strumentale alla raccolta di dati e informazioni che supportino tanto la programmazione, l'implementazione e la valutazione delle politiche sociali, quanto la loro integrazione con i servizi di assistenza sanitaria.

Il PSN 2001-2003 si muove sulla stessa scia della Legge Quadro 328/2000, prevedendo l'innovazione tecnologica e l'integrazione dei sistemi informativi in ambito socio-sanitario quali strategie essenziali per favorire la transizione dalla sanità alla salute, obiettivo chiave della pianificazione nazionale. Recependo la criticità di un approccio inter-settoriale e inter-disciplinare alla salute, si riconosce che i determinanti della salute presentano un'estensione che supera il mero ambito di intervento sanitario. Spostare il *focus* dalla sanità alla salute, in questi termini, richiede la promozione di una maggiore integrazione tra le prestazioni sanitarie e quelle sociali, valorizzando, da un lato, le iniziative di prevenzione e di promozione della salute e, dall'altro, abbattendo le disuguaglianze che si manifestano nell'accesso alle prestazioni di assistenza.

Il PSN adottato per il triennio 2003-2005 annovera l'integrazione socio-sanitaria tra gli otto principi che ispirano il ripensamento del SSN in una prospettiva di transizione dalla sanità alla salute, insieme alla promozione del diritto alla salute, all'equità nell'accesso alle cure, alla responsabilizzazione degli utenti, al coinvolgimento dei cittadini, alla qualità delle prestazioni, allo sviluppo della conoscenza e della ricerca scientifica e alla sicurezza sanitaria dei cittadini. Attraverso una radicale riconfigurazione del SSN si intende pervenire alla riduzione del ricorso all'ospedalizzazione e al potenziamento della rete di

assistenza territoriale, garantendo al paziente la possibilità di accedere a prestazioni di cura continuative e comprensive. Sebbene spesso associata in maniera riduttiva alla ridefinizione delle prestazioni di assistenza a favore di specifiche categorie di utenza, tra cui anziani, pazienti affetti da cronicità e da disabilità multiple, tossicodipendenti, individui con problemi di salute mentale e immigrati, l'integrazione socio-sanitaria è presentata quale strategia di ampio respiro, che apre la strada a un radicale ripensamento del sistema di assistenza in una prospettiva di recupero dell'appropriatezza clinica e di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza organizzative.

All'interno del terzo capitolo, dedicato alle strategie di sviluppo del sistema di assistenza nazionale, il PSN 2006-2008 dedica uno specifico paragrafo all'integrazione socio-sanitaria. Si ribadisce che la creazione di condizioni di armonia sotto il profilo strategico e finanziario tra il sistema sanitario e quello sociale sia necessaria, ma non sufficiente; allo stesso tempo, si ritiene indispensabile pervenire a modelli di programmazione operativa integrata, che superino la tradizionale impostazione settoriale e offrano la possibilità di modulare l'accesso alle cure in considerazione non solo dell'appropriatezza clinica, quanto anche del grado di fragilità sociale della persona assistita. In questi termini, ci si incammina definitivamente verso un rinnovato modello di tutela e promozione della salute, che non si struttura in considerazione della composizione dell'offerta di assistenza, ma sulla base dei caratteri della domanda di salute espressa dalla popolazione servita.

Giungendo agli strumenti di pianificazione più recenti, vale a dire gli "Obiettivi del piano sanitario nazionale 2009", fissati dalla Conferenza Permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, e lo schema di PSN 2011-2013, la centralità dell'integrazione socio-sanitaria quale approccio strumentale al riposizionamento del sistema di assistenza è confermata; a essa si congiunge l'identificazione di alcune soluzioni gestionali prioritarie, in grado di agevolare la costruzione di legami simbiotici tra le organizzazioni sanitarie e quelle sociali.

Forte rilievo assumono, da un lato, l'armonizzazione dei sistemi informativi organizzativi, intesi a favorire un più frequente scambio di dati e informazioni tra i diversi enti coinvolti nel sistema integrato dell'assistenza, e, dall'altro, la previsione della costituzione di porte uniche di accesso, concepite quale strumento indispensabile per accrescere l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni di assistenza. Queste ultime, in particolare, si propongono di contribuire al miglioramento del coordinamento tra i diversi attori che compongono il sistema socio-sanitario, abbiano essi natura pubblica o meno. Ciò

è possibile in virtù dell'unitarietà della prestazione di cura consentita dalla raccolta in un unico punto delle istanze di assistenza espresse dalla popolazione servita, dal più efficace orientamento dei pazienti all'interno del sistema socio-sanitario, dall'adeguato governo della domanda, dalla valutazione multi-dimensionale della domanda di salute e dalla conseguente più elevata appropriatezza nella definizione del percorso di cura inteso a soddisfare i bisogni di salute espressi dall'utenza.

L'integrazione socio-sanitaria, in conclusione, è depositaria di una forte legittimazione istituzionale nel contesto italiano; siffatta legittimazione trova concretizzazione tanto all'interno di disposizioni di legge quanto in strumenti di pianificazione di rilievo nazionale e regionale che, da un lato, riconoscono le relazioni inter-organizzative tra aziende sanitarie e sociali quale soluzione imprescindibile per rispondere ai rinnovati bisogni di salute percepiti dalla popolazione servita e, dall'altro, identificano alcune iniziative strumentali al conseguimento di condizioni di coerenza organizzativa e gestionale tra i diversi ambiti di assistenza alla persona. In linea con il quadro teorico tracciato nel capitolo che precede, è possibile distinguere alcune azioni particolarmente rilevanti ai fini del coordinamento strategico e gestionale tra le organizzazioni sanitarie e sociali: tra esse si evidenziano la creazione di sistemi informativi integrati, l'armonizzazione dei meccanismi di finanziamento e di allocazione delle risorse e l'istituzione di porte uniche di accesso.

Nel paragrafo che segue, l'attenzione sarà concentrata su un'esperienza di successo protesa all'integrazione socio-sanitaria, rappresentata dal *budget* di salute; quest'ultimo è inteso quale approccio di assistenza diretto alla formulazione di una risposta continuativa e coordinata ai bisogni di salute di pazienti affetti da condizioni patologiche multiple e di lunga durata. Per fornire una rappresentazione quanto più dettagliata possibile della fattispecie, si esporranno i risultati di un *case study* relativo all'implementazione della metodologia del *budget* di salute presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) dell'ex Azienda Sanitaria Locale (ASL) "Caserta 2", rivolto a individui portatori di disabilità mentale. Ad esito della trattazione, si tenterà di pervenire all'individuazione dei punti di forza e dei punti di debolezza del caso indagato, fornendo sia linee di indirizzo per il *policy maker* che implicazioni pratiche di particolare interesse per i *practitioner*.

4.6 Il “budget di salute”: il caso dell’ASL di Caserta

4.6.1 La metodologia del budget di salute

Il coordinamento tra i servizi sanitari e le prestazioni socio-assistenziali offre la possibilità di fornire una risposta appropriata al decadimento dello stato di salute provocato dalla manifestazione di una fattispecie patologica di lungo termine e, allo stesso tempo, di contribuire in misura significativa alla promozione dei diritti fondamentali della persona, inevitabilmente pregiudicati dalle condizioni di vulnerabilità biologica, economica e sociale associate alla malattia. Il *budget* di salute, oggetto di analisi all’interno del presente paragrafo, si prefigge, appunto, questi due obiettivi di fondo: in ultima analisi, esso è finalizzato a restituire un livello di funzionamento sociale accettabile alla persona in stato di bisogno, apprestando una risposta globale e comprensiva ai suoi bisogni di natura socio-assistenziale, nell’intento di pervenire non già alla mera cura della patologia, quanto all’incremento delle condizioni di benessere fisico e psichico dell’individuo.

Il *budget* di salute, come si può evincere dalla sua peculiare denominazione, potrebbe essere immaginato come un portafoglio di risorse, le quali sono destinate al finanziamento di un progetto di riabilitazione individualizzato e integrato; l’implementazione di quest’ultimo è affidata non solo ai professionisti che operano in ambito sanitario e sociale, ma anche al paziente e ai suoi *caregiver* informali, nella veste di co-produttori delle prestazioni di cura e riabilitazione. Tale strumento, da questo punto di vista, potrebbe essere interpretato come una “unità di misura”: esso identifica in termini monetari il corrispettivo delle risorse economiche, umane e professionali necessarie per la realizzazione di un percorso di assistenza integrato, che congiunga armonicamente la dimensione sanitaria e quella sociale.

In questi termini, il *budget* di salute sottende un pacchetto di prestazioni multiple, le quali sono di volta in volta progettate e coordinate alla luce degli specifici bisogni di salute espressi dalla persona assistita (Starace, 2011). Esso si fonda su un modello organizzativo e gestionale alternativo rispetto alla tradizionale impostazione bio-medica, prevedendo l’attivazione di un sistema articolato di attori aventi competenze e specializzazioni eterogenee, i quali finalizzano le loro prestazioni alla tutela e alla promozione del benessere bio-psico-sociale della persona attraverso un intervento continuativo sui determinanti della salute.

Gli attori che contribuiscono all’implementazione del *budget* di salute si coordinano sulla base delle linee guida formulate da un’entità focale di riferimento, la quale, di norma,

assume la veste giuridica di fondazione con patrimonio alimentato prevalentemente da risorse pubbliche, ma aperto alla partecipazione del capitale privato. La fondazione persegue lo scopo istituzionale di coordinare le entità che aderiscono al sistema di assistenza, proponendosi di pervenire tanto al miglioramento dell'appropriatezza dei servizi erogati, quanto all'incremento della qualità della vita della popolazione *target*. In aggiunta, la fondazione assume l'oneroso compito di patrocinare in via formale e informale lo sviluppo continuo di iniziative protese all'integrazione socio-sanitaria, sollecitando, per lo più attraverso leve non coercitive e incentivi di natura finanziaria, l'ingresso di nuovi attori all'interno del sistema integrato di assistenza.

Come è possibile evincere da quanto argomentato nei capitoli che precedono, la presenza di un ente focale riconosciuto e legittimato dai nodi della rete genera molteplici vantaggi, tra cui la possibilità di conseguire un'elevata partecipazione alle dinamiche decisionali e un'intensa concertazione durante le fasi di pianificazione, programmazione e valutazione degli interventi da realizzare; tale democraticità, d'altro canto, non compromette la rapidità decisionale, garantita dalla riconduzione di un incisivo potere di direzione e coordinamento in capo all'attore focale. La fondazione, da questo punto di vista, rappresenta il fulcro della rete di assistenza: essa ha il compito di formulare una missione, una visione e dei valori di fondo che creino adesione, consapevolezza e *commitment* tra i *partner*.

Per incentivare il collegamento funzionale tra i *partner*, il modello del *budget* di salute prevede la costituzione di una porta unica di accesso al sistema di assistenza, vale a dire di un punto unitario di raccolta delle richieste di cura espresse dalla popolazione di riferimento. In tale sede, si provvede a una valutazione multi-dimensionale dei bisogni di salute espressi dai pazienti assistiti, sulla base della quale è possibile programmare l'attivazione delle risorse più appropriate per fornire una risposta tempestiva ed efficace alle loro richieste di cura, creando le condizioni necessarie a una gestione integrata della presa in carico della persona. È opportuno precisare che le relazioni tra gli attori coinvolti nel sistema di assistenza non sono ispirate a un meccanismo di mera delega; tra i *partner* si attivano intense relazioni inter-organizzative, protese all'equilibrata ripartizione delle relative responsabilità e alla valorizzazione delle rispettive specializzazioni, creando condizioni favorevoli allo sfruttamento e alla valorizzazione delle reciproche interdipendenze.

Per incentivare lo sviluppo di relazioni inter-organizzative, d'altronde, non è sufficiente l'iniziativa del solo attore focale, anche in considerazione dell'impossibilità per

quest'ultimo di far leva su strumenti di natura coercitiva per vincolare i propri interlocutori all'adesione nei confronti del legame cooperativo. È altresì necessario che gli *stakeholder* istituzionali – in primo luogo gli enti locali che operano nel territorio di afferenza del sistema integrato di assistenza – si impegnino nella promozione di percorsi di cambiamento strategico, organizzativo e operativo, diretti a ribaltare il tradizionale approccio manageriale di ispirazione bio-medica tuttora prevalente in ambito socio-sanitario. Al riguardo, la letteratura che ha discusso l'esperienza italiana dei *budget* di salute ha fornito una sistematizzazione degli interventi necessari per l'implementazione di un rinnovato modello di assistenza alla persona che si riveli coerente all'impostazione sistemica (Righetti, 2013; Starace, 2011); questi ultimi possono essere catalogati in base alla loro natura, articolandosi in azioni di tipo istituzionale, architetturale e gestionale.

In primo luogo, occorre alimentare la legittimazione istituzionale delle iniziative protese all'implementazione di progetti integrati di assistenza, identificando queste ultime quali soluzioni ottimali per rispondere ai rinnovati bisogni di salute dell'utenza. A tal pro, è necessario intervenire sulla natura degli strumenti di pianificazione strategica prevalenti in ambito socio-sanitario, riconfigurandoli alla luce della molteplicità degli attori che è necessario coinvolgere ai fini della definizione e della gestione dei percorsi integrati di assistenza. Le attività di pianificazione, in genere, dovrebbero prendere spunto dalla definizione concertata del profilo di salute della popolazione servita, sulla base del quale si perviene alla formulazione degli obiettivi di salute da conseguire attraverso un approccio comprensivo di presa in carico del paziente.

Il contenuto dei piani strategici è il frutto di un approccio partecipativo, inteso alla negoziazione degli obiettivi da perseguire, all'appropriata definizione dei criteri di ripartizione delle risorse e all'assegnazione delle responsabilità tra i diversi *partner* che partecipano al sistema integrato di assistenza. Sin dalle fasi di pianificazione, inoltre, è opportuno prevedere sia il ricorso a informazioni di rilievo sanitario che l'utilizzo di indicatori socio-economici ai fini della valutazione degli impatti generati dall'implementazione di un modello integrato di assistenza: in tal modo, infatti, è possibile ottenere una percezione globale del miglioramento delle condizioni di benessere bio-psico-sociale delle persone assistite, discriminando l'impatto delle iniziative poste in essere sui determinanti della salute.

In un'ottica di promozione della sussidiarietà orizzontale e di attivazione delle energie del privato sociale ai fini del rinvigorismento del sistema di assistenza, è utile prevedere la costituzione di organismi di rappresentanza – quale, a titolo esemplificativo,

la consulta aziendale del terzo settore – perché agiscano da intermediari tra gli *stakeholder* istituzionali e le entità interessate alla partecipazione al sistema integrato di assistenza. Tali enti dovrebbero preoccuparsi di supportare la più ampia partecipazione possibile al modello di presa in carico della persona sotteso al *budget* di salute, incentivandone la legittimazione istituzionale; a tal pro, essi dovrebbero preoccuparsi della raccolta e dell'elaborazione di proposte relative alla programmazione in ambito territoriale delle attività socio-sanitarie, farsi patrocinatori e promotori di queste ultime presso gli interlocutori istituzionali, partecipare alla definizione di sperimentazioni che coinvolgano, accanto ad attori pubblici, aziende private e soggetti del terzo settore, nonché incentivare l'adesione di nuovi *partner* al sistema integrato di assistenza, creando consapevolezza sul valore aggiunto generato dall'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali.

Per quanto riguarda gli aspetti architettureali, è opportuno stimolare la propensione all'apertura dei confini organizzativi delle singole aziende *partner*, incentivando la loro capacità di *boundary spanning* e prevedendo la costituzione di unità organizzative intermedie, che agiscano quale piattaforma di collegamento tra i diversi nodi della rete. Tra queste ultime, particolare rilievo assumono le Unità di Valutazione Integrata (UVI), costituite da esponenti provenienti dalle diverse organizzazioni coinvolte nel sistema integrato di assistenza. Le UVI hanno il compito di effettuare una valutazione globale e comprensiva del bisogno di assistenza espresso dall'utenza, agendo nella veste di catalizzatore delle relazioni inter-organizzative: esse favoriscono il riconoscimento delle interdipendenze esistenti tra gli attori coinvolti nella rete integrata di assistenza non già alla luce della composizione dell'offerta di servizi di assistenza, quanto in considerazione delle specifiche caratteristiche della domanda di salute effettivamente espressa dalla popolazione servita.

Analoghe funzioni di *boundary spanning* e di appianamento delle barriere inter-organizzative sono adempiute dagli uffici socio-sanitari istituiti a livello distrettuale, che rappresentano un vero e proprio raccordo organizzativo tra l'ambito di assistenza sanitaria e quello socio-assistenziale. Questi ultimi, infatti, supportano la programmazione integrata delle attività di assistenza, agendo da *liaison* tra le entità che partecipano alle attività di tutela e promozione della salute; essi fungono da stimolo per la costituzione e l'attivazione delle UVI, si occupano del monitoraggio delle attività di assistenza ad elevata integrazione socio-sanitaria e prevedono la realizzazione di azioni correttive, qualora se ne ravvisi la necessità. Specifici uffici socio-sanitari sono istituiti anche presso le aziende ospedaliere, in ragione della centralità di tali istituti all'interno del SSN: in tal caso, essi hanno il

peculiare compito di favorire il conseguimento di un maggiore coordinamento tra le strutture ospedaliere e il territorio, promuovendo un approccio integrato di tutela e promozione della salute anche nelle ipotesi di istituzionalizzazione del paziente. In tal modo, si persegue lo scopo di ridurre gli episodi di ricovero improprio e di inappropriata nella prestazione dei servizi di cura, incentivando un più ampio ricorso alle formule di assistenza territoriale e domiciliare.

Sotto il profilo operativo, è indispensabile pervenire a un modello di presa in carico del paziente che sposi un'impostazione comprensiva di assistenza, nell'intento di favorire l'interazione tra le diverse entità e specializzazioni presenti all'interno del sistema di tutela e promozione della salute. Ciò diventa possibile abbattendo le barriere che si oppongono all'interazione tra le organizzazioni sanitarie e sociali, puntando sulla costituzione di sistemi informativi integrati, sull'armonizzazione dei meccanismi di allocazione delle risorse finanziarie, sulla predisposizione di incentivi – di natura finanziaria e non – che aprano la strada a più ampie opportunità di collaborazione e sulla rivisitazione delle modalità di valutazione delle *performance* organizzative, spostando il *focus* dalle prestazioni individuali a quelle di sistema.

Affinché il modello integrato di assistenza possa effettivamente essere messo in atto, infine, è indispensabile intervenire sulle leve di formazione delle risorse umane, in una prospettiva di rinnovamento della cultura professionale prevalente in ambito sanitario e sociale; percorsi di formazione improntati all'inter-disciplinarietà consentono di stimolare la transizione da un approccio bio-medico della salute a un'impostazione di tipo bio-psico-sociale, che riconosce a tutto tondo i determinanti del benessere della persona. In maniera del tutto analoga, è necessario intervenire sugli strumenti di *budgeting* e rendicontazione, promuovendo l'evoluzione da un modello di rilevazione che guarda precipuamente alle prestazioni erogate a un impianto contabile costruito sulla base dei bisogni di assistenza della persona. In tal modo, risulta possibile articolare la spesa non già in considerazione dei servizi di assistenza prestati, quanto alla luce delle esigenze di salute concretamente espresse dall'individuo.

4.6.2 Le aree di intervento del budget di salute

La metodologia del *budget* di salute presenta una portata che eccede la semplice prestazione integrata di servizi di assistenza sanitaria e socio-assistenziale, trovando declinazione in quattro ambiti prioritari di azione che corrispondono, per larghi tratti, ai

principali determinanti del benessere psico-fisico individuale. Più nel dettaglio, gli ambiti di azione del *budget* di salute comprendono l'area apprendimento ed espressività, il supporto all'habitat sociale, la formazione professionale e vocazionale e il supporto alla socialità e all'affettività dell'individuo. In corrispondenza delle aree di intervento del *budget* di salute si realizza un armonico coordinamento tra l'iniziativa pubblica e quella privata, in accordo alle linee guida formulate in maniera partecipativa dalla fondazione, la quale coordina, nella veste di organizzazione focale, i nodi che aderiscono alla rete integrata di assistenza.

L'area apprendimento ed espressività concerne tutte le attività finalizzate alla maturazione delle competenze e delle abilità fondamentali della persona, allo scopo di valorizzarne le capacità di comprensione e di comunicazione verbale e non verbale, così come l'idoneità alla gestione delle disponibilità personali monetarie e materiali. Tra le azioni che rientrano in tale area ricade, in primo luogo, l'educazione primaria, con particolare riferimento alle abilità di lettura, scrittura e calcolo; ad essa si congiungono interventi protesi alla sollecitazione delle attività sensoriali, quali l'uso conscio e volontario dei sensi ai fini della corretta percezione degli stimoli esterni. La persona assistita, inoltre, è incentivata ad esprimere in maniera autonoma la propria identità, con riferimento sia alla propria fede religiosa che all'appartenenza politica; infine, per quanto riguarda le prestazioni più propriamente assistenziali, interventi specifici sono rivolti alla promozione delle attività di auto-cura, favorendo l'adozione di uno stile di vita appropriato e di una dieta bilanciata, cui associare lo svolgimento di adeguate attività sportive e l'eliminazione di comportamenti ad elevato rischio per la salute.

L'intervento nell'ambito dell'habitat sociale è inteso a favorire il percorso di emancipazione del paziente, facendo in modo che la condizione di vulnerabilità economica, sociale e bio-fisica associata alla patologia non si traduca nell'impossibilità di vivere in condizioni di normalità nel proprio contesto di vita quotidiano. In questa prospettiva, il *budget* di salute si propone di contribuire alla tutela e alla promozione dell'indipendenza abitativa della persona, valorizzando la capacità di quest'ultima di interagire con il proprio ambiente di riferimento. La persona assistita è indotta a sviluppare un'adeguata abilità di auto-gestione dei propri spazi di vita, individualmente o all'interno di comunità-alloggio, facendo affidamento, ovviamente, sul supporto informale proveniente sia da familiari che da operatori sociali. Tali interventi, di riflesso, contribuiscono alla riduzione della richiesta di istituzionalizzazione, incentivando il ricorso

alle cure domiciliari: ne deriva un cospicuo risparmio di spesa, che non produce alcuna ripercussione in termini di deterioramento della qualità dei servizi di assistenza erogati.

Gli individui affetti da disabilità multiple o da patologie di lunga durata sono, nella maggior parte dei casi, oggetto di vessazione e di esclusione sociale, che possono esitare in episodi di discriminazione all'interno del mercato del lavoro. La condizione patologica, in questi termini, rappresenta un ostacolo al reperimento di un'occupazione, determinando l'emersione di condizioni di dipendenza non solo assistenziale, ma anche economica da parte dell'interessato. In considerazione della sua natura di percorso globale e comprensivo di assistenza, la metodologia del *budget* di salute esprime forte attenzione anche nei confronti delle attività di formazione vocazionale del paziente, allo scopo di incrementare le sue opportunità di partecipazione attiva alla forza lavoro. La possibilità di ottenere un'occupazione lavorativa, difatti, apre la strada a numerosi vantaggi, tra cui maggiori opportunità di interazione sociale, il conseguimento di condizioni di indipendenza economica, la piena integrazione sociale ed economica della persona nel proprio contesto di vita e, in ultima analisi, il miglioramento del suo benessere psico-fisico.

L'ultima area di intervento del *budget* di salute ha ad oggetto l'ambito di socialità e affettività; allo scopo di incrementare il livello di funzionamento sociale della persona, infatti, è imprescindibile valorizzare la sua capacità di stringere relazioni di tipo formale e informale all'interno del proprio contesto di vita, indispensabile per soddisfare i bisogni di interazione sociale inevitabilmente compromessi dalla manifestazione della patologia. L'intento precipuo è quello di accrescere il capitale sociale a disposizione dell'individuo, favorendo la partecipazione di quest'ultimo a iniziative protese allo sviluppo delle proprie abilità relazionali. La metodologia del *budget* di salute, in quest'ottica, si propone di collocare il paziente nelle condizioni di partecipare attivamente alla costituzione di micro-sistemi economici e sociali, all'interno dei quali sia possibile, da un lato, esprimere la propria identità e, dall'altro, coltivare proficue interazioni sociali.

Le quattro aree ivi discusse non debbono essere considerate quali compartimenti stagni, nettamente separati gli uni rispetto agli altri; essi, piuttosto, presentano una forte compenetrazione reciproca, in quanto contestualmente necessari per l'implementazione di un modello integrato di assistenza alla persona. La riabilitazione del paziente, in questa prospettiva, ha ad oggetto non solo l'erogazione di prestazioni cliniche, che si concretizzano nella prestazione di formule di assistenza sanitaria rivolte a fornire una risposta bio-medica al decadimento dello stato di salute; essa include, altresì, aspetti di natura economica, ambientale e sociale, nella consapevolezza della molteplicità e della

complessità dei determinanti della salute. I quattro ambiti in parola e l'erogazione di prestazioni di natura sanitaria, dunque, debbono trovare una declinazione congiunta all'interno di un progetto terapeutico/riabilitativo individuale (PTRI), con cui si perviene a una puntuale programmazione di tutti gli interventi di rilievo sanitario e sociale necessari al fine di ripristinare e promuovere il funzionamento sociale della persona.

Il PTRI può assumere tre diversi livelli di intensità, in considerazione della gravità delle condizioni di salute dell'individuo e del conseguente impoverimento in termini di funzionamento sociale causato dalla patologia. All'intensità del progetto terapeutico corrisponde uno specifico ammontare di risorse finanziarie, destinate a finanziare la riabilitazione del paziente: ovviamente, maggiore è il livello di intensità, più ampia è la porzione di risorse assegnate al paziente per il finanziamento del suo percorso di cura. I PTRI ad elevata intensità sono destinati agli individui che soffrono di patologie multiple e di lunga durata, le quali generano profonde ripercussioni sul livello di funzionamento sociale della persona. Di norma, chi beneficia di progetti riabilitativi ad alta intensità non ha la possibilità di contare su un adeguato supporto informale proveniente da parenti o *caregiver* informali; in tal caso, pertanto, i pazienti dispongono dell'attribuzione di un congruo ammontare di risorse, da utilizzare per il finanziamento di formule integrate di assistenza che presentino i connotati della continuità e della proattività. In genere, le prestazioni socio-assistenziali sono erogate da professionisti qualificati, di estrazione sia sanitaria che sociale.

Qualora, pur manifestando condizioni di salute critiche, i pazienti preservino un discreto livello di funzionamento sociale e abbiano la possibilità di contare su un adeguato supporto informale da parte dei loro *caregiver* informali, essi sono indirizzati verso percorsi riabilitativi a media intensità. In tali circostanze, infatti, gli assistiti necessitano di un supporto professionale limitato ad alcune prestazioni socio-assistenziali, erogate entro un arco temporale ben definito. I *caregiver* informali e gli operatori sociali giocano un ruolo fondamentale sia nella programmazione che nell'implementazione del percorso di cura, accompagnando costantemente il paziente durante il percorso di riabilitazione e supportandone lo sviluppo di abilità sociali e funzionali. Il PTRI, in tali circostanze, si propone l'obiettivo prioritario di pervenire all'abilitazione – o, utilizzando un lemma ormai comune in ambito socio-sanitario, all'*empowerment* – del paziente, incentivando la trasformazione dei suoi bisogni di natura sanitaria in bisogni di assistenza sociale, gestibili in ambito territoriale con un risparmio di spesa e un incremento nella qualità della prestazione.

Infine, qualora il decadimento nello stato di salute non implichi ripercussioni evidenti sul livello di funzionamento sociale del paziente, ovvero non ostacoli il conseguimento dei diritti fondamentali della persona, si prevede l'attivazione di un percorso di riabilitazione di bassa intensità, con un'allocatione di risorse limitata al solo finanziamento di alcune prestazioni necessarie a favorire l'emancipazione economica e sociale dell'assistito. In tale ipotesi, le prestazioni di assistenza erogate in base alla metodologia del *budget* di salute sono finalizzate a promuovere l'indipendenza e l'autonomia della persona, facilitandone l'accesso alle reti sociali e promuovendone i diritti di cittadinanza. Il progetto riabilitativo, inoltre, si propone di prevenire gli episodi di istituzionalizzazione, riducendo i rischi di inappropriatezza nell'accesso alle prestazioni e generando tanto economie di spesa quanto maggiore appropriatezza delle prestazioni di assistenza alla persona.

4.6.3 L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta: alcune riflessioni conclusive

In applicazione di quanto previsto in ambito sanitario dal Decreto Legislativo 229/99 e in ambito sociale dalla Legge 328/2000, nonché in conformità alle linee guida dettate dalla Regione Campania in materia di integrazione socio-sanitaria con la deliberazione di Giunta n. 6467 del 30 dicembre 2002, l'ex ASL di Caserta 2 – successivamente confluita nell'unica ASL provinciale – ha avviato un percorso di sperimentazione della metodologia del *budget* di salute nel suo Dipartimento di Salute Mentale (DSM), promuovendo a tal fine la costituzione di una *partnership* allargata con il coinvolgimento di attori pubblici – primi tra tutti enti locali – e organizzazioni del terzo settore a vario titolo impegnate nell'erogazione di prestazioni socio-assistenziali a favore di individui in stato di bisogno. L'ASL di Caserta, in particolare, ha proposto una peculiare declinazione empirica della metodologia del *budget* di salute, nel precipuo intento di pervenire alla formulazione di un approccio di cura comprensivo, che consentisse allo stesso tempo il coinvolgimento dei pazienti e dei loro *caregiver* informali nella definizione e nella gestione del percorso di riabilitazione.

L'avvio della sperimentazione ha preso spunto dalla definizione di un accordo formale tra l'ASL proponente e gli enti locali coinvolti nell'iniziativa, che ha visto i secondi vincolarsi nella destinazione di una quota delle risorse a loro disposizione ai fini del finanziamento dei *budget* di salute e la prima impegnarsi a riqualificare la composizione della propria spesa di assistenza in una prospettiva di valorizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, privilegiando la realizzazione di investimenti di salute a

livello territoriale. L'ASL di Caserta non ha previsto l'istituzione di un nuovo organismo, nella veste di fondazione con capitale misto, cui conferire il ruolo di organizzazione focale della rete integrata di assistenza, discostandosi in tal modo dal modello tipico di *budget* di salute; l'organizzazione proponente, piuttosto, ha preferito concentrare nelle proprie mani il controllo e il coordinamento della sperimentazione, attribuendo la responsabilità sulle attività da realizzare ai fini della costruzione del sistema integrato di assistenza all'area di coordinamento socio-sanitario inserita nel suo organigramma.

Per lo svolgimento delle proprie funzioni, il coordinamento socio-sanitario ha previsto la costituzione di un'unità organizzativa dedicata, all'interno della quale sono stati raggruppati gli attori dell'ASL coinvolti nella programmazione e nell'erogazione delle prestazioni di assistenza a elevata integrazione socio-sanitaria. Nella veste di attore focale della relazione inter-organizzativa, il coordinamento socio-sanitario si è preoccupato di pianificare, programmare, indirizzare e coordinare le attività da realizzare all'interno della rete di attori sottesa al *budget* di salute, adottando a tal fine un approccio partecipativo, che prevede il coinvolgimento in tutte le fasi decisionali degli istituti pubblici e privati inseriti nel sistema integrato di assistenza.

In una prospettiva di armonizzazione e coordinamento tra le entità facenti parte del *network*, l'ASL di Caserta, nella veste di attore focale, si è impegnata nella realizzazione di interventi di natura strutturale e gestionale, finalizzati a facilitare l'emersione di una cultura comune e di modelli di lavoro condivisi tra i *partner*. A tal pro, il coordinamento socio-sanitario ha patrocinato la costituzione di un sistema informativo condiviso, necessario per agevolare uno scambio di dati e informazioni quanto più ampio e trasparente possibile tra i diversi nodi; in aggiunta, la formulazione concertata di protocolli di assistenza condivisi, improntati alla valorizzazione dell'assistenza territoriale e domiciliare, ha rappresentato un'ulteriore priorità, in quanto requisito essenziale ai fini dell'integrazione delle prestazioni di assistenza alla persona. Infine, nell'intento di preservare le condizioni organizzative e operative favorevoli all'implementazione di un percorso di cura continuativo e globale, l'ASL ha previsto la realizzazione di un monitoraggio continuo delle attività svolte e dei risultati conseguiti, in base ai cui risultati è stato possibile pervenire all'identificazione di opportune soluzioni gestionali, dirette ad identificare e, conseguentemente, eliminare gli ostacoli alla piena integrazione dei servizi di assistenza sociale e sanitaria.

L'attore focale ha altresì provveduto all'istituzione di una porta unica di accesso al sistema di assistenza, con una funzione di *back office* ai fini della raccolta delle richieste di

assistenza della popolazione *target*; in tal modo, è stato possibile pervenire alla puntuale definizione del profilo dei bisogni di salute da affrontare, creando contestualmente un'infrastruttura preposta alla definizione dei percorsi terapeutici e riabilitativi più appropriati rispetto alle esigenze socio-assistenziali percepite dall'utenza servita. La valutazione dei bisogni di assistenza implicitamente o esplicitamente espressi dai pazienti, in particolare, si realizza all'interno di UVI, sulla base di una valutazione multidisciplinare e multi-professionale. Coerentemente alla natura comprensiva del percorso di riabilitazione, la ricognizione delle esigenze assistenziali è realizzata secondo una prospettiva globale, intesa a riconoscere la molteplicità e l'intima correlazione esistente tra i determinanti del benessere psico-fisico della persona.

Ai fini della fattiva implementazione di un sistema integrato di assistenza, ampio rilievo ha assunto la rivisitazione dei meccanismi di allocazione delle risorse finanziarie complessivamente disponibili. Di concerto con gli enti locali coinvolti nella sperimentazione, l'ASL di Caserta ha previsto l'istituzione di un fondo comune da cui attingere le risorse necessarie all'implementazione del *budget* di salute; tale fondo ha tratto alimento da risorse provenienti dal fondo sanitario nazionale, da finanziamenti collegati a progetti di rilievo nazionale e regionale aventi ad oggetto la promozione di prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria, da trasferimenti degli enti locali, da co-finanziamenti europei e da donazioni di enti pubblici e privati. La gestione amministrativa del fondo è stata concentrata nelle mani dell'attore focale, che ha provveduto alla rimodulazione delle fonti di finanziamento in accordo alla metodologia del *budget* di salute.

Secondo le linee guida formulate dall'area di coordinamento socio-sanitario, le prestazioni di assistenza sono attribuite, da un lato, agli ordinari erogatori pubblici e, dall'altro, alle organizzazioni del terzo settore iscritte in un apposito elenco dei co-gestori dei PTRI finanziati con *budget* di salute. Diverse associazioni di volontariato operano, a titolo gratuito, in collaborazione con gli erogatori pubblici e privati, prestando servizi di supporto alle attività di tutela e promozione della salute degli assistiti. Il percorso di riabilitazione, dunque, è frutto dell'azione congiunta di numerose entità, le quali presentano natura, specializzazioni, competenze e identità culturali eterogenee, ma agiscono in sfere di azione caratterizzate da una forte complementarità reciproca. La loro azione congiunta è ispirata dalle linee di indirizzo proposte dall'attore focale, il quale si preoccupa del mantenimento dell'infrastruttura finanziaria, economica e sociale necessaria alla concreta implementazione di un sistema integrato di assistenza.

La sperimentazione realizzata presso l'ASL di Caserta ha coinvolto, nella sua prima implementazione, circa 300 pazienti affetti da problemi di salute mentale, proponendosi lo scopo ultimo di favorire il recupero da parte di questi ultimi delle più elevate condizioni di funzionamento sociale possibile, strumentali all'autonomo soddisfacimento dei bisogni individuali. In questa prospettiva, la metodologia del *budget* di salute è stata utilizzata quale approccio utile per la definizione di un percorso di cura globale, integrato e personalizzato, che consentisse di ri-focalizzare il processo di cura e riabilitazione alla luce degli specifici bisogni di salute della persona, favorendone l'emancipazione sociale. La progettazione del PTRI è stata realizzata in considerazione dell'esigenza di ridurre gli episodi di istituzionalizzazione, molto frequenti prima dall'avvio della sperimentazione, favorendo in tal modo la permanenza degli assistiti presso le strutture residenziali in cui essi sono stati trasferiti allo scopo di incentivarne l'indipendenza abitativa.

Un *case manager* con specializzazione in ambito psicologico è stato preposto a ciascuna unità abitativa, con il compito di coordinare il percorso di riabilitazione associato ai pazienti assistiti; il gruppo di lavoro alle dipendenze di quest'ultimo ha visto la partecipazione di operatori socio-sanitari e di altri lavoratori appartenenti alle organizzazioni del terzo settore e alle associazioni di volontariato coinvolte nella gestione del percorso terapeutico. Nessun professionista di estrazione sanitaria è entrato a far parte del gruppo di lavoro presente in maniera continuativa presso le strutture residenziali; nondimeno, essi hanno contribuito al percorso riabilitativo attraverso l'erogazione di prestazioni di assistenza puntuali, seguendo gli approcci ordinari di assistenza.

I pazienti, in conformità con le caratteristiche tipiche del *budget* di salute, hanno beneficiato non solo di servizi socio-assistenziali, ma anche di prestazioni di supporto nello svolgimento delle loro attività di vita quotidiane, in una prospettiva di riabilitazione e di *empowerment* globale dell'individuo. In particolare, accanto all'*habitat* sociale, ampia attenzione è stata dedicata alle aree dell'inserimento lavorativo e dell'affettività, mentre non sono state implementate azioni a supporto delle capacità di apprendimento ed espressività della persona. Tutte le prestazioni di riabilitazione sono state progettate e implementate in un'ottica di rete, che ha previsto il costante coinvolgimento di tutti gli attori direttamente o indirettamente coinvolti nella gestione del percorso di cura.

Secondo i dati desunti da una valutazione sistematica degli impatti generati dalla sperimentazione del *budget* di salute su un campione rappresentativo di 43 pazienti (Starace, 2011), è evidente sia il miglioramento dello stato di salute dei pazienti assistiti che l'incremento della loro soddisfazione rispetto alla qualità dell'assistenza ricevuta. La

riconversione della spesa sanitaria e sociale ai fini del finanziamento dei piani riabilitativi, inoltre, ha generato significativi risparmi economici, legati in primo luogo al consistente abbattimento dei costi impropri riconducibili ai tradizionali approcci di assistenza sanitaria di ispirazione bio-medica. Gli esiti della valutazione, dunque, testimoniano l'elevato livello di efficacia e di efficienza riconducibile all'esperienza di implementazione del *budget* di salute presso l'azienda sanitaria casertana. Tale metodologia di assistenza ha offerto la possibilità di liberare un discreto ammontare di risorse finanziarie grazie all'eliminazione di alcune inefficienze di sistema, le quali sono state reinvestite nel finanziamento di iniziative strumentali alla promozione del modello di *welfare community*.

A dispetto dei lusinghieri risultati conseguiti, l'iniziativa non ha trovato continuità; sebbene si discuta tuttora di una possibile riattivazione dei PTRI finanziati con il modello del *budget* di salute per i pazienti affetti da problemi di salute mentale e per gli individui con patologie croniche multiple, il riavvio stenta a decollare, sintomo dell'esistenza di alcuni problemi di natura contingente, strutturale e gestionale che ostacolano il pieno conseguimento di condizioni di integrazione tra i servizi sanitari e le prestazioni socio-assistenziali.

Per quanto concerne le variabili di contesto, rileva la forte imprevedibilità dell'ambiente in cui agiscono le organizzazioni che compongono il sistema di tutela e promozione della salute. Da un lato, il fenomeno di transizione demografica ed epidemiologica esprime in misura sempre più marcata i suoi effetti sul profilo dei bisogni di salute espressi dalla popolazione servita, contribuendo all'inappropriatezza del tradizionale modello bio-medico di assistenza alla persona; dall'altro lato, il quadro istituzionale e strategico si presenta quanto mai incerto e dinamico, ostacolando una puntuale pianificazione e programmazione degli interventi di integrazione socio-sanitaria. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, i recenti interventi di riforma normativa, tra cui i provvedimenti di accorpamento delle ASL e dei distretti socio-sanitari, così come l'assenza di un *framework* strategico unitario, causato dall'incapacità del governo nazionale di pervenire all'approvazione di un piano socio-sanitario definitivo, generano una situazione di forte confusione, la quale non favorisce la propensione delle aziende sanitarie e sociali a impegnarsi in progetti di cambiamento di natura strutturale e gestionale.

La scarsa munificenza ambientale rappresenta un altro fattore in grado di intralciare le iniziative di integrazione socio-sanitaria; le risorse disponibili sia a livello nazionale che regionale ai fini del finanziamento delle attività di assistenza, infatti, risultano sempre più scarse, alla luce del periodo di ristrettezza economica e finanziaria patito dagli attori

pubblici. In presenza di tali contingenze, è inevitabile l'emersione di consistenti resistenze delle aziende sanitarie e sociali di fronte a progetti di cambiamento che potrebbero limitare la loro discrezionalità decisionale e manageriale. Invero, per promuovere il cambiamento istituzionale e organizzativo in una prospettiva di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, è necessario attivare nuove risorse, al fine di creare continui incentivi all'istituzione di reti integrate di assistenza; è indispensabile, altresì, ricorrere a fonti alternative rispetto ai tradizionali approcci di reperimento delle risorse, attivando le energie del privato *for profit* e sociale, così come attraendo finanziamenti comunitari.

Il supporto esterno espresso nei confronti dell'implementazione della metodologia del *budget* di salute è tuttora debole, sebbene non assente; sia gli *stakeholder* politici che gli altri portatori di interesse si dimostrano poco compatti nel dichiarare il loro supporto nei confronti delle iniziative di integrazione socio-sanitaria. In alcuni casi, queste ultime sono considerate come meri interventi di natura architettuale, che poco incidono sui livelli di appropriatezza, efficacia ed efficienza conseguiti all'interno del sistema di assistenza; in altri casi, la loro applicazione appare limitata ad alcune categorie di utenza, ritenendo non possibile un'applicazione generalizzata al sistema socio-sanitario nel suo complesso. È opportuno, pertanto, tentare una "generalizzazione" degli interventi di integrazione socio-sanitaria, fornendo a essi un respiro più ampio rispetto a quello da essi assunto nel passato; a tal fine, è necessario intervenire tanto sugli aspetti istituzionali, patrocinando i riassetti normativi che prevedono una riconfigurazione in chiave sistemica delle attività di tutela e promozione della salute, quanto sugli aspetti organizzativi, promuovendo la creazione di artefatti culturali e strutturali che favoriscano l'istituzione di reti integrate di assistenza.

Per conseguire condizioni di sostenibilità nel lungo termine della relazione inter-organizzativa, è necessario conferire alcuni requisiti fondamentali di natura sia strutturale che operativa alla rete integrata di assistenza, in assenza dei quali la sua sopravvivenza potrebbe risultare compromessa. In primo luogo, occorre identificare un attore esterno alla rete, cui attribuire l'oneroso compito di esercitare il controllo sulle attività realizzate all'interno del sistema di assistenza; tale attore dovrebbe assumere la veste di *Network Administrative Organization*, vale a dire di organizzazione focale che si preoccupa in via esclusiva di orientare e gestire dall'esterno le interazioni che si realizzano tra i *partner* della rete, incentivando il conseguimento degli obiettivi attesi e valutando continuamente i risultati conseguiti. Quest'ultima non dovrebbe preoccuparsi semplicemente di indirizzare e coordinare gli attori che entrano a far parte del sistema integrato di assistenza; essa dovrebbe, contestualmente, svolgere un'importante funzione di assorbimento della

complessità e dell'incertezza esterna, per garantire ai nodi della rete di agire in condizioni di stabilità interna.

Per creare armonia e coesione tra i nodi che compongono la rete di assistenza, bisogna prevedere l'implementazione di appropriati meccanismi e di strumenti di integrazione, che amplino il più possibile le opportunità di interazione tra le entità che prendono parte al sistema integrato di assistenza. Al riguardo, la costituzione di *liaison* e di costellazioni di lavoro che favoriscano l'implementazione di prestazioni di assistenza multi-professionali e multi-disciplinari, la formulazione di percorsi terapeutici integrati intesi a stimolare l'interazione tra aziende sanitarie e sociali, l'armonizzazione dei sistemi informativi tra i *partner* e la concertazione dei criteri di ripartizione e allocazione delle risorse rappresentano, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, alcuni interventi utili per agevolare la nascita delle relazioni inter-organizzative.

Sebbene un certo livello di formalizzazione sia utile per agevolare l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, attraverso la creazione di piattaforme di comunicazione e di interazione comuni tra le aziende che operano al servizio della persona in stato di bisogno, esso non deve assumere una rigidità tale da ostacolare la discrezionalità dei *partner*. L'esperienza dell'ASL di Caserta, al riguardo, si è caratterizzata per una sensibile formalizzazione, che nelle fasi iniziali si è dimostrata imprescindibile per creare un diffuso *commitment* nei confronti delle iniziative realizzate; con la progressiva maturazione della sperimentazione, tuttavia, essa si è dimostrata d'intralcio all'adattamento del sistema integrato di assistenza alle mutate contingenze ambientali. Per promuovere la libertà di azione individuale, senza che quest'ultima pregiudichi il conseguimento degli interessi collettivi, è opportuno incrementare l'*accountability* delle organizzazioni *partner*, incentivando queste ultime a render conto della loro capacità di contribuire al conseguimento degli obiettivi concertati a livello di sistema.

L'introduzione di questi piccoli accorgimenti di natura architettonica e gestionale nella sperimentazione della metodologia del *budget* di salute nel DSM dell'ASL di Caserta, con molta probabilità, non causerebbe ripercussioni sugli *outcome* di salute che tale modello di assistenza si è dimostrato in grado di conseguire, tra cui il miglioramento dello stato di salute dei pazienti assistiti, l'innalzamento della qualità di vita e la maggiore soddisfazione rispetto ai servizi erogati. D'altro canto, tali correttivi sarebbero strumentali all'acquisizione di una maggiore legittimazione istituzionale da parte della metodologia del *budget* di salute, in virtù dell'impatto positivo che essi sono in grado di esprimere sulla sostenibilità e sulla stabilità delle relazioni inter-organizzative tra i *partner*, sulla capacità

di innovazione e di cambiamento di questi ultimi, sul *commitment* individuale alla strategia collaborativa e sulla consapevolezza dei singoli attori rispetto al valore aggiunto creato grazie alla valorizzazione delle rispettive sinergie. La riproposizione della sperimentazione, pertanto, dovrebbe includere tali interventi, in una prospettiva di sostenibilità di lungo termine delle iniziative di integrazione socio-sanitaria.

4.7 Bibliografia

- Australian Medicare Local Alliance. (2012). *Improving integration of care. A discussion paper for Medicare locals*. Manuka: The University of New South Wales.
- Adamiak, G., & Karlberg, I. (2003). The situation in Sweden. In A. van Raak, I. Murveeman, B. Hardy, M. Steenbergen, & A. Paulus, *Integrated Care in Europe. Description and Comparison of Integrated Care in Six EU Countries* (pp. 41-72). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Ahgren, B. (2010). Dissolving the Patient Bermuda Triangle. *International Journal of Care Coordination*, 4, pp. 137-141.
- Ahgren, B., & Axelsson, R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care*, 11, e007.
- Amelung, V., Hildebrand, H., & Wolf, S. (2012). Integrated care in Germany—a stony but necessary road! *International Journal of Integrated Care*, 12, pp. 1-5.
- Ashby, W. (1958). Requisite variety and its implications for the control of complex systems. *Cybernetica*, 1(2), pp. 83-99.
- Atun, R., Bennett, S., & Duran, A. (2008). *When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? Policy Brief*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health and policies.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2009). *Australian hospital statistics 2007–08*. Canberra: AIHW.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2009). *Health and community services labour force*. Canberra: AIHW.
- Barnighausen, T., & Sauerborn, R. (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine*, 54, pp. 1559–1587.
- Belos, G., Lionis, C., Fioretos, M., Vlachonicolis, J., & Philalithis, A. (2005). Clinical undergraduate training and assessment in primary health care: experiences gained from Crete, Greece. *BMC Medical Education*, 5(1), DOI: 10.1186/1472-6920-5-13.
- Berchtold, P., & Peytremann-Bridevaux, I. (2011). Integrated care organizations in Switzerland. *International Journal of Integrated Care*, 11, pp. 1-8.
- Bergman, H., Beland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A. P., Tousignant, P., Brunelle, Y., *et al.* (1997). Care for Canada's frail elderly population—fragmentation or integrations. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), pp. 1116–1121.

- Bodenheimer, T. (1999). Long-Term Care for Frail Elderly People - The On Lok Model. *New England Journal of Medicine*, 341(17), pp. 1324-1328.
- Bonilla-Chacín, M., & Aguilera, N. (2011). *The Mexican social protection system in health*. Washington, D. C.: The World Bank.
- Bosi, P., Dirindin, N., & Turati, G. (2009). *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione sociosanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*. Milano: Vita e Pensiero.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1), pp. 1–486.
- Busse, R., Blumel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- Care Quality Commission . (2011). *The State of Health Care and Adult Social Care in England: An overview of key themes in care 2010/11*. London: The Stationery Office.
- Carlioni, A., Fiori, C., & Mele, S. (2007). L'integrazione socio-sanitaria e le reti sociali nel nuovo Welfare: un'esperienza di e-Care a Napoli. *Salute e Società*, 2, pp. 1-27.
- Cases, C. (2006). French health system reform: recent implementation and future challenges. *Eurohealth*, 12(3), pp.10-11.
- Chatterji, P., Burstein, N. R., Kidder, D., & White, A. J. (1998). *The impact of PACE on participant outcomes*. Cambridge, Massachusetts: Abt Associates.
- Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C. & Mladovsky, P. (2010). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(6), pp. 1– 291.
- Com-Ruelle L, & Dourgnon P. (2006) Can physician gate-keeping and patient choice be reconciled in France? Analysis of recent reform. *Eurohealth*, 12(1), pp. 17-20.
- Cribb, A. (2008). Organizational reform and health-care goods: concerns about marketization in the UK NHS. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 33(3), pp. 221-240.
- Curry, N., & Ham, C. (2010). *Clinical and Service Integration: the route to improved outcomes*. London: The King's Fund.
- Delnoij, D., Klazinga, N., & Glasgow, I. (2002). Integrated care in an International Perspective. *International Journal of Integrated Care*, 2(e04).
- Department of Health. (2011). *The Operating Framework for the NHS in England 2012/13*. London: The Stationery Office.

- Department of Health and Ageing. (2004). *Divisions of General Practice: future directions. Government response to the report of the Review of the Role of Divisions of General Practice*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Department of Health and Ageing. (2010). *Building a 21st Century primary health care system. Australia's First National Primary Health Care Strategy*. Barton: Commonwealth of Australia.
- Douglas, O. J., & Weick, E. K. (1990). Loosely coupled systems: a reconceptualization. *Academy of Management Review*, 15(2), pp. 203-223.
- Edgren, L. (2008). The meaning of integrated care: a systems approach. *International Journal of Integrated Care*, 8(23), e-68.
- Eggert, G. M., Zimmer, J. G., Hall, W. J., & Friedman, B. (1991). Case management: a randomized controlled study comparing a neighborhood team and a centralized individual model. *Health Services Research*, 26(4), pp. 471-507.
- Eklund, K., & Wilhelmson, K. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health & Social Care in the Community*, 17(5), pp. 447-458.
- Eng, C., Pedulla, J., Eleazer, G. P., McCann, R., & Fox, N. (1997). Program of all-inclusive care for the elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, pp. 223-232.
- Engel, G. L. (2004). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In L. A. Caplan, J. J. McCartney, & A. D. Sisti, *Health, disease, and illness: concepts in medicine* (p. 51-64). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Equality and Human Rights Commission. (2011). *Close to Home: An inquiry into older people and human rights at home*. Manchester: Equality and Human Rights Commission.
- Etter, J. F., & Perneger, T. V. (1998). Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and global budget in a Swiss health insurance plan. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, pp. 370-376.
- Field, S. (2011). *NHS Future Forum. Summary report on proposed changes to the NHS*. London: NHS Future Forum.
- Folgheraiter, F. (2009). Integrazione socio-sanitaria. *Lavoro Sociale*, 9(3), pp. 435-448.
- Geitona, M., Zavras, D., & Kyriopoulos, J. (2007). Determinants of healthcare utilization in Greece: implications for decision-making. *The European Journal of General Practice*, 13(3), pp. 144-150.
- Godsiff, P. (2010). Service Systems and Requisite Variety. *Service Science*, 2(1/2), 92-101.

- Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., *et al.* (2012). *Integrated Care - for patients and populations: Improving outcomes by working together. A report to the Department of Health and the NHS Future Forum.* London: King's Fund and Nuffield Trust.
- Graber, D. R., & Kilpatrick, A. O. (1997). Health care organisation and incentives under emerging models of elderly health care. *Journal of Health and Human Services Administration, 19*(4), pp. 410–424.
- Gragnotati, M., Lindelow, M., & Couttolenc, B. (2013). *Twenty years of health system reform in Brazil : an assessment of the sistema unico de saude. Directions in development : human development.* Washington DC : World Bank.
- Grone, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care, 1*, pp. 1-10.
- Gross, D. L., Temkin-Greener, H., Kunitz, S., & Mukamel, D. (2004). The Growing Pains of Integrated Health Care for the Elderly: Lessons from the Expansion of PACE. *Milbank Quarterly, 82*(2), pp. 252-287.
- Ham, C., Imison, C., Goodwin, N., Dixon, A., & South, P. (2011). *Where next for the NHS reforms? The case for integrated care.* London: The King's Fund.
- Hansen, J. C. (1999). Practical lessons for delivering integrated services in a changing environment: the PACE model. *Generations, 22*(8), pp. 22–28.
- Hardy, B., Mur-Veeman, I., Steenbergen, M., & Wistow, G. (1999). Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy, 48*, pp. 87–105.
- Harrington, C., Lynch, M., & Newcomer, R. J. (1993). Medical services in Social Health Maintenance Organizations. *The Gerontologist, 33*, pp. 790-800.
- Harris, M. F., & Harris, E. (2006). Facing the challenges: general practice in 2020. *Medical Journal of Australia, 185*(2), pp. 122–124.
- Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association Journal, 157*(8), pp. 1037–1045.
- Hébert, R., Durand, P. J., Dubuc, N., & Tourigny, A. (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care, 3*, pp. 1-8.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M. F., Gueye, N. R., Dubuc, N., Tousignant, M., & Group, P. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of*

- Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(1), pp. 107-118.
- Hébert, R., Spiegelhalter, D. J., & Brayne, C. (1997). Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(12), pp. 1305–1308.
- Hébert, R., Veil, A., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., & Tousignant, M. (2008). Evaluation of the implementation of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Québec. *Journal of Integrated Care*, 16(6), pp. 4-14.
- Howarth, M. L., & Haigh, C. (2007). The myth of patient centrality in integrated care: the case of back pain services. *International Journal of Integrated Care*, 7, pp. 1-8.
- Hunter, J. D. (2012). Tackling the health divide in Europe: the role of the World Health Organization. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37(5), pp. 867-878.
- Irani, M., Dixon, M., Drinkwater, C., & Reader, P. (2007). *Specialist Doctors in Community Health Services: opportunities and challenges in the modern NHS*. London: NHS Alliance.
- Jagger, C., McKee, M., Christensen, K., Lagiewka, K., Nusselder, W., Van Oyen, H., *et al.* (2013). Mind the gap - reaching the European target of a 2-year increase in healthy life years in the next decade. *The European Journal of Public Health*, 23(5), pp. 829-833.
- Jakab, Z. (2011). Embarking on Developing the New European Health Policy—Health 2020. *European Journal of Public Health*, 21(1), pp. 130-132.
- Jordan, J., Briggs, A., Brand, C., & Osborne, R. (2008). Enhancing patient engagement in chronic disease self-management support initiatives in Australia: the need for an integrated approach. *Medical Journal of Australia*, 189(10s), pp. 9–13.
- Kane, R. L., Illston, L. H., & Miller, N. A. (1992). Qualitative analysis of the program of all-inclusive care for the elderly (PACE). *The Gerontologist*, 32(6), pp. 771–780.
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2011). *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kochevar, L. K., & Yano, E. M. (2006). Understanding health care organization needs and context. Beyond performance gaps. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 2), pp. 25-29.
- Kodner, D. L. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13, pp. 6-15.
- Kodner, D. L., & Kyriacou, C. K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, pp. 1-19.

- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, pp. 1-6.
- Kontodimopoulos, N., Moschovakis, G., Aletras, V. H., & Niakas, D. (2007). The effect of environmental factors on technical and scale efficiency of primary health care providers in Greece. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 5(14), DOI: 10.1186/1478-7547-5-14.
- Leutz, W., Greenlick, M. R., Ripley, J., Ervin, S., & Feldman, E. (1995). Medical services in Social HMOs: a reply to Harrington et al. *The Gerontologist*, 35, pp. 6-9.
- Lionis, C., Symvoulakis, E. K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., et al. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 9, pp. 1-14.
- Lloyd, J., & Wait, S. (2006). *Integrated care: a guide for policy makers*. London: Alliance for Health and the Future.
- Luxford, Y. (2008). *Towards a national primary health care strategy: a discussion paper from the Australian government*. Sydney: The Royal Australasian College of Physician.
- Lynch, M., Hernandez, M., & Estes, C. (2008). PACE: Has it Changed the Chronic Care Paradigm? *Social Work in Public Health*, 23(4), pp. 3-24.
- MacAdam, M., & MacKenzie, S. (2008). System integration in Quebec: the Prisma project. *Health Policy Monitor*, Available on line at <http://www.hpm.org/survey/ca/b12/2>.
- Manton, K. G., Newcomer, R., Lowrimore, G. R., Vertrees, J. C., & Harrington, C. (1993). Social Health Maintenance Organization and fee-for-service health outcomes over time. *Health Care Financing Review*, 15(2), pp. 173-202.
- Manton, K. G., Newcomer, R., Vertrees, J. C., Lowrimore, G. R., & Harrington, C. (1994). A method for adjusting capitation payments to managed care plans using multivariate patterns of health and functioning: the experience of Social/Health Maintenance Organizations. *Medical Care*, 32, pp. 277-297.
- McGlynn, A. E., Asch, M. S., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, A. E. (2003). The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 348, pp. 2635-2645.
- Ministry of Health, Social Services and Equality. (2012). *National Health System of Spain*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Minkman, M. M. (2011). *Developing integrated care. Towards a development model for integrated care*. Deventer: Kluwer.
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., Giannikos, I., & Sissouras, A. (2006). A biobjective model for the locational planning of hospitals and health centers. *Health Care Management Science*, 9(2), pp. 171–179.
- Montenegro, H., Holder, R., Ramagem, C., Urrutia, S., Fabrega, R., Tasca, R., *et al.* (2011). Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Journal of Integrated Care*, 19(5), pp. 5-16.
- Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*, 65(3), pp. 227-241.
- Mur-Veeman, I., van Raak, A., & Paulus, A. (2008). Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? *Health Policy*, 85, pp. 172-183.
- Mur-Veeman, I., van Raak, A., Steenbergen, M., & Paulus, A. (2003). Situation in the Netherlands. In A. Van Raak, I. H. Mur-Veeman, M. Steenbergen, & A. Paulus, *Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care delivery and its context in six EU countries* (p. 121-143). Maarsse: Elsevier gezondheidszorg.
- National Voices. People shaping health and social care. (2011). *Principles of integrated care*. London: National Voices.
- Newcomer, R., Harrington, C., & Friedlob, A. (1990). Social Health Maintenance Organizations: assessing their initial experience. *Health Services Research*, 25(3), pp. 425-454.
- Newcomer, R., Manton, K., Harrington, C., Yordi, C., & Vertrees, J. (1995). Case-Mix controlled service use and expenditures in the Social Health Maintenance Organization Demonstration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 50A(1), pp. 111-119.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364, pp. 1523-1537.
- Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCC Framework. *Health Policy*, 105(1), pp. 55-64.
- Nuño, R., Sauto, R., & Toro, N. (2012). Integrated care initiatives in the Spanish Health System. *International Journal of Health Care*, 12, pp. 1-7.
- Orphanoudakis, S. (2004). HYGEIAnet: the integrated regional health information network of Crete. *Studies in Health Technology and Informatics*, 100, pp. 66–78.

- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, pp. 141-146.
- PAHO/WHO. (2007). *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization*. Washington, D.C: PAHO/WHO.
- PAHO/WHO. (2011). *Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization - WHO.
- Panagopoulou, E., Kavaka, N., Giannakopoulos, S., Aslanoglou, T., Smirnakis, E., Kiranou, M., *et al.* (2006). Integrating communication, clinical and research skills in medical education: The Daisy Project. *Education for Health*, 19(1), pp. 106–110.
- Pappa, E., & Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6(146), DOI: 10.1186/1472-6963-6-146.
- Perneger, T. V., Etter, J., & Rougement, A. (1996). Switching Swiss enrollees from indemnity health insurance to managed care: the effect on health status and satisfaction with care. *American Journal of Public Health*, 86, pp. 388–393.
- Powell Davies, G., Perkins, D., McDonald, J., & Williams, A. (2009). Integrated primary health care in Australia. *International Journal of Integrated Care*, 9(14), pp. 1-9.
- Powell Davies, P. G., & Fry, D. (2005). General practice in the health system. In A. G. Ageing, *General practice in Australia* (p. 420–64). Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Paulus, A. (2003). *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Righetti, A. (2013). *I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche*. Milano: Editori Laterza.
- Robinson, R., & Steiner, A. (1998). *Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1, pp. 132-147.
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2011). New 2011 Survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*, 30(12), pp. 2347–2448.

- Schwenkglenks, M., Preiswerk, G., Lehner, R., Weber, F., & Szucs, T. D. (2006). Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*, pp. 24–30.
- Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care?* London: Nuffield Trust.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000). Integrating health care delivery. *Health Forum Journal*, *43*, pp. 35-39.
- Shortell, S., Gillies, R., & Anderson, D. (1994). The new world of managed creating organized delivery systems. *Health Affairs*, *13*, pp. 46-64.
- Singh, D., & Ham, C. (2006). *Improving care for people with long-term conditions. A review of UK and International frameworks*. Birmingham: NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Sinkkonen, S., & Jaatinen, A. (2003). Situation in Finland. In A. van Raak, I. Mur-Veeman, B. Hardy, M. Steenbergen, & A. Paulus, *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries* (p. 15-38). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Somme, D., & De Stampa, M. (2011). Ten years of integrated care for the older in France. *International Journal of Integrated Care*, *11*, pp. 1-7.
- Souliotis, K., & Lionis, C. (2005). Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *Journal of Medical Systems*, *29*(2), pp. 187–196.
- South Australia Department of Health. (2007). *GP Plus Health Care Strategy*. Adelaide: Department of Health.
- South, J., White, J., & Gamsu, M. (2013). *People-centred Public Health*. Bristol: The Policy Press.
- Starace, F. (2011). *Manuale pratico per l'integrazione socio-sanitaria. Il modello del budget di salute*. Roma: Carocci Faber.
- Steuere-Stey, C., Frei, A., Schmid-Mohler, G., Malcolm-Kohler, S., Zoller, M., & Rosemann, T. (2010). Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*(122), DOI: 10.1186/1477-7525-8-122.
- Suter, E., Oelke, N., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly*, *13*, pp. 16–23.
- Swarbrick, M. A. (2013). Integrated care: Wellness-Oriented Peer approaches: a key ingredient for integrated care. *Psychiatric Services*, *64*(8). doi: 10.1176/appi.ps.201300144.

- Swedish Federation of County Councils (2004). *Swedish health care in transition: resources and results with international comparisons*. Stockholm: EO Print
- Tanaz, P., & Anderson, G. (2009). Program of All-Inclusive Care for the Elderly. *Health Policy Monitor*, available on line at: <http://www.hpm.org/survey/us/b13/2>.
- Thistlethwaite, P. (2011). *Integrating health and social care in Torbay: Improving care for Mrs Smith*. London: The King's Fund.
- Thompson, T. G. (2002). *Evaluation results for the Social/Health Maintenance Organization - II demonstration*. Washington, D.C.: Secretary of Health and Human Services.
- Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). Reforming the reform: the Greek National Health System in Transition. *Health Policy*, 62(1), pp. 15–29.
- Tourigny, A., Durand, P., Bomin, L., Hébert, R., & Rochette, L. (2004). Quasi-Experimental Study of the Effectiveness of an Integrated Delivery Network for the Frail Elderly. *Canadian Journal of Aging*, 23(3), pp. 231-246.
- Vecchiato, T. (2000). L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria. *Studi Zancan - Politiche e Servizi*, 4, pp. 7-28.
- Villa, F. (1999). *Percorsi di integrazione tra sociale e sanitario. Una esperienza di assistenza domiciliare agli anziani*. Milano: Vita e Pensiero.
- Wagner, E., Austin, B. T., & von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), pp. 511-544.
- Willumsen, E., Ahgren, B., & Odegård, A. (2012). A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 3, 198-204.
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization. (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: World Health Organization.