

DOTTORATO DI RICERCA IN SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

XX CICLO

TESI DI DOTTORATO

**MODELLI ORGANIZZATIVI E SISTEMI INFORMATIVI PER
UN'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA INTEGRATA**

Advisor

Chiar.mo Prof. Alessandro D'Atri

Candidata

Dott.ssa Valentina Albano

Gennaio 2008

INDICE DELLA TESI

INDICE	2
INTRODUZIONE	5
PERCORSI EVOLUTIVI NEL SISTEMA ASSISTENZIALE: ANALISI DELLO SCENARIO	10
INTRODUZIONE.....	10
LA CRISI DEL MODELLO <i>OSPEDALOCENTRICO</i>	11
LA RIVALUTAZIONE DEL GOVERNO DELLE CURE PRIMARIE	15
L'ASSISTENZA PRIMARIA: UN CONCETTO IN EVOLUZIONE.....	17
DA UN MODELLO ASSISTENZIALE INCENTRATO SUL MMG AL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE	20
FORMULAZIONE DEL PROBLEMA DI RICERCA: IL BISOGNO DI RICOMPOSIZIONE DELL' ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA.....	23
LA RETE ASSISTENZIALE: UNA PRIMA CONCETTUALIZZAZIONE	26
INTRODUZIONE.....	26
IL PARADIGMA DELL' <i>INTEGRATED CARE</i>	27
LA DIMENSIONE ORGANIZZATIVA DELL'INTEGRATED CARE: LA RETE ASSISTENZIALE.....	28
LE PROSPETTIVE DI RICERCA SULLE RETI IN SANITÀ	31
<i>I due filoni di ricerca dominanti</i>	31
<i>La prospettiva di ricerca adottata: l'analisi multilivello delle dinamiche di coordinamento tra i nodi</i>	33
LE DIMENSIONI DELL'INTEGRAZIONE NELLE RETI ASSISTENZIALI	35
<i>La natura dell'integrazione</i>	35
<i>L'intensità dell'integrazione</i>	36
DUE DIVERSI APPROCCI ALL'INTEGRAZIONE NELLA RETE ASSISTENZIALE	37
<i>La riduzione della necessità di integrazione: l'approccio del “patient-focused hospital”</i>	38
<i>L'aumento delle capacità organizzative di integrazione</i>	39
I MECCANISMI DI COORDINAMENTO NELLA RETE ASSISTENZIALE.....	40
<i>Il percorso assistenziale</i>	40

<i>Il ruolo integratore: il case manager</i>	47
<i>Il team assistenziale</i>	49
I VINCOLI ATTUATIVI DEI MECCANISMI DI COORDINAMENTO NELLA DIMENSIONE DI RETE	52
IL RUOLO DELL' INFORMAZIONE NEL PROCESSO DI INTEGRAZIONE	
ASSISTENZIALE	52
INTRODUZIONE.....	52
L' ICT NEL DOMINIO SANITARIO: L' EHEALTH.....	53
L' ELECTRONIC HEALTH RECORD	55
<i>Le funzionalità di un sistema EHR</i>	56
<i>Criticità nell' implementazione di un Sistema EHR</i>	60
DIVERSI APPROCCI ALLA GESTIONE DELL' INFORMAZIONE NELLE RETI ASSISTENZIALI	65
<i>La co-location come strategia di integrazione: il modello del</i> <i>Community Health Center</i>	65
<i>La rete assistenziale virtuale: L' EHR come tecnologia di coordinamento</i>	67
L' IMPATTO DELL' EHR SULLE PERFORMANCE DELLA RETE ASSISTENZIALE	68
<i>La qualità assistenziale nella prospettiva della rete</i>	68
<i>La valutazione delle performance della rete assistenziale: un framework di analisi</i> ...	70
<i>L' impatto dell' Electronic Health Record sulla qualità assistenziale</i>	76
<i>EHR-S e performance della rete assistenziale: il framework di analisi come</i> <i>"lente" di osservazione</i>	78
L' IMPATTO DEL SISTEMA EHR SULLA PERFORMANCE DELLA RETE	
ASSISTENZIALE: UN' ANALISI EMPIRICA	80
INTRODUZIONE.....	80
L' APPROCCIO METODOLOGICO	80
<i>La selezione dei casi di studio</i>	81
<i>Il metodo di raccolta e analisi dei dati</i>	83
L' AMBITO DI INDAGINE: IL COMPARTO ITALIANO DELL' ASSISTENZA PRIMARIA.....	85
<i>La nascita della concezione di salute come fenomeno unitario: il Sistema Sanitario</i> <i>Nazionale</i>	85
<i>Verso il nuovo paradigma assistenziale: dal rafforzamento del Distretto alla</i> <i>Casa della Salute</i>	88
<i>Il modello della Casa della Salute</i>	90

<i>Le prime sperimentazioni italiane di un modello assistenziale integrato</i>	<i>93</i>
I CASI DI STUDIO ANALISI DEI RISULTATI	95
<i>La Rete per le Cure Primarie</i>	<i>95</i>
<i>Il Centro per le Cure Primarie</i>	<i>102</i>
DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	110
CONCLUSIONI.....	116
BIBLIOGRAFIA.....	120

RIASSUNTO

Il governo dell'assistenza territoriale è oggi sempre più determinante per la realizzazione degli obiettivi dei sistemi sanitari. Mentre l'ospedale viene riconosciuto come il luogo di erogazione di prestazioni e servizi per acuti, di elevata complessità e contenuto tecnologico, il territorio dovrebbe diventare il luogo elettivo per la prevenzione, la gestione delle patologie croniche e la personalizzazione dell'assistenza.

Affinché, tuttavia, l'auspicato spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio possa tradursi in un effettivo incremento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza è necessario avviare un radicale processo di riordino delle cure primarie, atto a far fronte alle mutate condizioni del panorama assistenziale. In presenza di una progressiva specializzazione delle competenze ed al contempo della crescente multidimensionalità e protrazione nel tempo del bisogno dei pazienti, le cure primarie cessano, infatti, di essere prerogativa del singolo medico di famiglia, per andare a configurarsi come un sistema articolato di atti socio-sanitari ad opera di una rete di attori variamente distribuiti sul territorio.

È in questo contesto che il presente lavoro intende inserirsi. Il problema di ricerca da cui trae le mosse risulta essere, infatti, rappresentato dall'emergente necessità di individuare nuove soluzioni organizzative atte a soddisfare il crescente fabbisogno di integrazione tra le diverse giurisdizioni, istituzioni e professioni coinvolte nel percorso assistenziale. Il fine perseguito è quello di assicurare la ricomposizione di quella unitarietà degli interventi reattivi e proattivi, che rappresenta uno degli obiettivi chiave delle cure primarie (McWhinney, 1997) e che tradizionalmente era garantita dal medico di medicina generale.

Tali considerazioni inducono una focalizzazione sul modello della rete assistenziale, qui definita come un'organizzazione complessa in cui una pluralità di soggetti reciprocamente autonomi e indipendenti, che offrono servizi tra loro integrati, lavorano in modo coordinato, superando i confini esistenti dettati dalla professione e dalla struttura organizzativa (Alexander et al., 2003; Cicchetti 2002; Shortell, Gillies e Anderson 1994). Ricco è infatti il dibattito sul contributo che l'adozione di modelli

reticolari potrebbe fornire all'erogazione dei servizi sanitari, in termini di efficacia, efficienza gestionale e appropriatezza, tanto nella letteratura internazionale (Shortell et al 1994; Pointer et al. 1994; Hurley 1993) che nazionale (Cicchetti, 2002; Lega, 2002; Meneguzzo, 1996).

In particolare, la prospettiva di ricerca prescelta all'interno dello studio della rete predilige, all'analisi delle caratteristiche dei nodi, l'osservazione delle dinamiche di integrazione, di coordinamento e di interdipendenza, mirando a fornire una descrizione della sua struttura e del funzionamento (Starkweather, 1990; Fennell e Warnecke, 1988; Levin e White, 1961).

Dalla riflessione sugli approcci all'integrazione e sui meccanismi di coordinamento più diffusi nella pratica assistenziale (il percorso assistenziale, il case management e il team interdisciplinare) emerge come tali strumenti, sorti prevalentemente in una dimensione ospedaliera, riscontrino importanti limiti applicativi nel dominio dell'assistenza territoriale. La causa principale è rintracciabile nella difficoltà di comunicazione, presupposto alla base del coordinamento (Barnard, 1938). In un ambiente ad alta intensità informativa quale quello sanitario l'integrazione tende a dipendere, infatti, essenzialmente dalla disponibilità di informazioni e conoscenze variamente composte e strutturate al variare degli specifici ruoli, compiti ed obiettivi dei singoli operatori coinvolti.

In questa prospettiva, l'ICT, in quanto tecnologia a supporto dei processi di comunicazione e decisione di individui che svolgono compiti tra loro interdipendenti (Ciborra, 1989), risulta costituire una dimensione di analisi di grande interesse nel dominio in esame.

Partendo dunque da tali considerazioni con il presente lavoro si intende investigare:

- *quale ruolo può essere assunto dall'ICT nel processo di ricomposizione intorno ai bisogni del paziente degli sforzi dei diversi servizi che compongono la rete assistenziale; e soprattutto*
- *in che termini tale contributo può influenzare le performance della stessa rete.*

Oggetto dell'indagine è dunque l'eHealth, in quanto ICT applicata al dominio sanitario (Della Mea, 2001) e nello specifico l'EHR, definibile come un'infrastruttura multifunzionale in cui fonti di dati e informazioni eterogenee e distribuite geograficamente vengono dinamicamente filtrate, integrate e composte per supportare le specifiche esigenze degli stakeholder, attraverso il ricorso a viste multiple e circostanziate sui dati (Contenti, Albano 2007).

Da un'analisi delle caratteristiche e funzionalità, basata sulla letteratura di settore, è emerso come un sistema EHR sia in grado di influenzare le dinamiche di coordinamento (Venkatraman e Tanriverdi, 1999), i processi di business (Berg, 1999) e di attivare un processo di virtualizzazione delle relazioni, superando i vincoli di spazio e di tempo che limitano la possibilità di interazione tra i diversi professionisti. L'EHR rappresenta, quindi, un interessante fattore abilitante per la definizione di un modello di rete socio-sanitaria virtuale, in grado di riconfigurarsi dinamicamente in funzione dei bisogni manifestati dalla comunità e di estendere i suoi confini sino a comprendere lo stesso paziente, il quale da semplice vettore passivo di informazioni diviene soggetto attivo e partecipa alla propria cura.

L'EHR sembra fornire, dunque, una strategia alternativa alla co-localizzazione dei servizi come dimensione di progettazione non strutturale in grado di promuovere forme di problem solving volontarie e cooperative tra i confini delle unità organizzative (Galbraith, 1994), su cui sembra fondarsi il modello del Community Health Center (Ovretveit, 1997). Tale modello è attualmente molto diffuso nei sistemi assistenziali occidentali e in Italia è stato recentemente proposto, istituzionalmente, attraverso il lancio delle cosiddette Case della Salute (Ministero della Salute, 2007).

Al fine di consolidare i risultati della riflessione teorica e di investigare in che modo l'EHR-S possa effettivamente impattare sulle performance della rete socio-sanitaria - e dunque sulla sua capacità di garantire un'erogazione assistenziale efficace ed efficiente - è stata condotta un'analisi empirica. Quest'ultima trova la sua giustificazione nel fatto che la natura multidimensionale del concetto di qualità in sanità e della stessa rete socio-sanitaria induce a ritenere riduttivo l'assunto a cui sembrano ricondursi i pochi studi che vanno in questa direzione (Mercer, 2001), secondo il quale sussiste una relazione diretta tra integrazione e performance del sistema assistenziale.

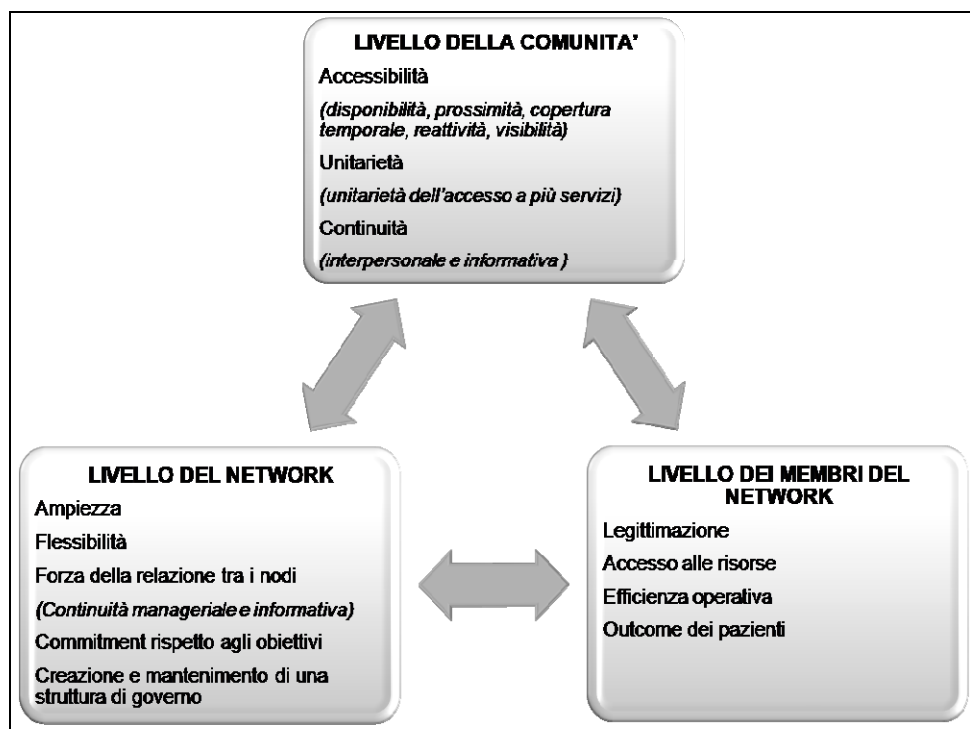
Come dimostrano i risultati dello studio di Provan e Milward (1995), infatti, ad influenzare l'efficienza non è tanto l'intensità dell'integrazione quanto piuttosto la struttura della rete e, in particolare, le modalità e strategie di integrazione adottate. Pertanto non è sufficiente evidenziare come l'EHR rafforzi l'integrazione per poter ragionare sul suo effettivo impatto sulle performance.

Le considerazioni riportate hanno dunque indotto a prendere come riferimento di analisi un framework precedentemente teorizzato da Provan e Milward (2001) per la valutazione dell'efficacia del network. Quest'ultimo è infatti apparso particolarmente adatto ad evidenziare la multidimensionalità dell'impatto dell'EHR sulla qualità assistenziale, che, come ipotizzato, comprende ma non si conclude nel suo ruolo di integratore. Il framework individua tre diversi livelli di analisi, cui corrispondono le tre principali categorie di stakeholder di riferimento: la comunità (gli utenti destinatari del servizio), il network (i principali che lo monitorizzano e finanziano e le sue attività); i membri del network (amministratori e professionisti socio-sanitari).

Tale framework, ulteriormente sviluppato (*Figura 1*), è stato successivamente considerato, non come un vero e proprio strumento di misurazione ma piuttosto come una "lente" attraverso cui andare ad interpretare le caratteristiche strutturali e le modalità operative rese possibili attraverso il ricorso ad un sistema EHR in un dato contesto assistenziale.

L'approccio metodologico di stampo qualitativo è giustificato dal fatto che il principale oggetto di analisi non è stato verificare "quanto" è efficace il network ma soprattutto il "come" ed il "perché" le soluzioni organizzative proposte nell'esperienza di network virtuale possono effettivamente garantire il conseguimento di elevati livelli di efficacia ed eventualmente quali sono i fattori critici da dover considerare ed affrontare per poter rendere replicabile l'esperienza.

Figura 1. Il Framework per la valutazione del network socio-assistenziale



L'ambito di indagine prescelto è il comparto delle cure primarie italiano, da qualche anno coinvolto in un consistente processo di innovazione che ha condotto alla diffusione di una costellazione di sperimentazioni organizzative. In particolare, tra quelle riscontrate è stata selezionata una delle prime esperienze nazionali assimilabili al cosiddetto network virtuale. Tale esperienza – nel lavoro indicata con l'espressione *Rete per le Cure Primarie* - risultava operativa, al momento della selezione, da circa tre anni, un tempo stimato come sufficiente per consentire una valutazione attendibile dei risultati riscontrati.

La stessa metodologia di indagine - condotta su base documentale in combinazione con interviste semi-strutturate - è stata successivamente applicata ad una seconda esperienza. Quest'ultima è del tutto assimilabile al caso precedente in relazione alle modalità costitutive (entrambe sono state promosse a livello aziendale) ed alle caratteristiche di contesto. Tuttavia, si caratterizza per aver sperimentato una soluzione alternativa di strutturazione del network e scelte di integrazione - tipiche del modello del Community Health Center - che non prevedono, almeno nella fase iniziale, il ricorso a tecnologie informatiche. In particolare, il caso specifico si basa su una forma di co-location dei servizi in cui gli stessi, pur rimanendo in una reciproca situazione di

autonomia, in quanto gerarchicamente dipendenti dalle specifiche funzioni, dipartimenti o istituzioni di appartenenza, vengono ad essere fisicamente concentrati in quello che nel lavoro è stato identificato come *Centro per le cure primarie*.

Tale scelta ha sia una giustificazione metodologica sia una più propriamente operativa. In merito alla prima, si tenta di rafforzare la conferma delle ipotesi di partenza attraverso l'individuazione di un caso "contrario" (Grandori, 1997). Dal punto di vista operativo, invece, il confronto tra le due esperienze consente di arricchire ulteriormente la riflessione relativa all'EHR-S e soprattutto di ragionare su una possibile evoluzione del modello del Community Health Center che integri il concetto di network virtuale.

Sebbene l'impostazione della ricerca non abbia fornito gli strumenti necessari ad una valutazione dell'effettiva natura della relazione che intercorre tra l'utilizzo dell'EHR-S e le dimensioni di performance del network individuate, dall'osservazione delle caratteristiche strutturali delle due esperienze esaminate e soprattutto dalle risposte fornite dai vari attori coinvolti, sono emerse alcune importanti considerazioni.

L'EHR sembra fornire un importante contributo alla continuità informativa e a quella manageriale alla base dell'integrazione tra i diversi nodi della rete, attraverso la creazione di un ambiente favorevole alla cooperazione. Inoltre, la presenza di una forma di interazione diretta piuttosto che mediata dal paziente contribuisce ad una migliore efficienza operativa e, al contempo, a rendere il sistema più reattivo alle richieste dell'utente.

Al contrario, nel caso del Centro per le Cure Primarie, la comunicazione diretta abilitata dalla condivisione degli spazi non sembra sufficiente alla gestione e organizzazione dei complessi flussi informativi che ruotano intorno al percorso assistenziale. Come evidenziato dagli stessi professionisti, è proprio la mancata possibilità di condivisione delle cartelle cliniche tra i diversi membri dell'associazione di MMG a rallentare, ad esempio, l'utilizzo dello sportello della Medicina Generale presso il centro, in quanto ostacolo alla continuità informativa.

Gli impatti positivi sono stati resi peraltro possibili senza intervenire sull'allocazione delle risorse – ad eccezione di quelle relative allo sviluppo, implementazione e adozione dell'EHR - e soprattutto, contrariamente all'esperienza del

Centro, senza alterare la struttura formale della ASL di riferimento. Il ricorso alle funzionalità del sistema informatico sembrano infatti aver contribuito alla costituzione di una sorta di “grammatica tecnica” (Argyres, 1999), o di un insieme di convenzioni sociali intorno a cui possono essere coordinate le attività, limitando il bisogno di formalizzazione di meccanismi atti a promuovere il coordinamento. L’assenza di una necessità di formalizzazione delle relazioni del resto contribuisce a garantire, insieme alle caratteristiche di scalabilità e modularità della tecnologia, una maggiore flessibilità alla rete nel suo complesso, agevolando il processo di annessione e uscita da parte delle strutture e dei servizi dell’area di riferimento.

Un’interessante riflessione emerge anche in merito all’accessibilità: oltre a impattare direttamente sulle dimensioni organizzative l’EHR-S sembra poter influenzare anche quelle definibili “strutturali”.

Lo strumento informatico infatti promuove un nuovo concetto di prossimità dei servizi e di unitarietà dell’accesso di tipo “virtuale”, rendendo alcuni tipi di prestazioni parzialmente indipendenti dal luogo fisico in cui si trova l’operatore o il cittadino. In questo modo l’EHR interviene positivamente sul trade off, particolarmente stringente in presenza di risorse limitate, tra questi due bisogni in conflitto, contribuendo alla definizione di soluzioni complessivamente più soddisfacenti.

In altri termini, il ricorso all’EHR-S, e più in generale all’ICT può contribuire ad arricchire la valenza del modello del Community Health Center attraverso l’attribuzione di un nuovo significato alla sua fisicità. Potenzialmente risolto, attraverso lo strumento informatico, il problema della soddisfazione del bisogno di condivisione di informazioni e conoscenza – che attualmente sembra rappresentare uno dei principali determinanti di tale modello – potrebbero assumere un maggiore rilievo altre dimensioni, quali la distribuzione geografica della popolazione, la tipologia di bisogni manifestati, la frequenza degli accessi ai vari servizi, nonché la disponibilità di risorse. In questo modo, in funzione di tali dimensioni la rete potrebbe agilmente declinarsi in un continuum di configurazioni più o meno accentrate. In presenza di una rete fortemente interconnessa il Centro potrebbe infatti, in condizioni estreme (ad esempio una piccola isola), addirittura identificarsi con un solo attore, in grado di fungere da gateway – o da “facilitatore” - per l’accesso rapido ed efficace all’intero sistema dei servizi socio-sanitari, massimizzando dunque la comprehensiveness. Inoltre, la disponibilità, resa

possibile dall'ICT, di efficaci strumenti di raccolta ed elaborazione di dati completi e costantemente aggiornati sulla dinamica dei bisogni del territorio e delle risorse disponibili potrebbe contribuire a definire il Centro come una struttura altamente flessibile e rimodulabile, in grado di adattarsi alle dinamiche dell'ambiente in cui opera.

Affinché, tuttavia, questo scenario possa avere una possibile concretizzazione è necessario il verificarsi di una serie di condizioni.

Considerare infatti che il successo dell'esperienza della rete sia imputabile tout court all'introduzione dell'EHR risulta essere estremamente riduttivo. Una simile conclusione non potrebbe, infatti, giustificare la presenza in letteratura di un numero consistente di casi di insuccesso o di rallentamento dei progetti di implementazione (Avison e Young, 2007; Tarmizi et al, 2006).

Come emerso anche dall'indagine, un fattore critico dell'impatto dell'EHR sulle performance della rete assistenziale è rappresentato dalla modalità di introduzione dell'innovazione. Nel caso della rete l'intero progetto nasce da una stretta cooperazione tra il Direttore del Dipartimento per le cure primarie dell'ASL di riferimento, un esperto informatico e, soprattutto, un Medico di Medicina Generale che ha successivamente svolto una sorta di ruolo di "attivatore" per tutti gli altri professionisti sanitari del territorio (in primis altri MMG). In altri termini, il progetto si è fondato su una forte interazione tra quelle che possono essere definite le tre "culture dominanti" del rinnovato panorama sanitario (quella professionale, quella manageriale e quella tecnologica). Ciò ha consentito il raggiungimento di soluzioni non "ottimali" ma che piuttosto si configurano come un "compromesso", tra le tre prospettive.

Alla forte interazione informale tra i tre principali agenti del cambiamento si è poi affiancata l'organizzazione di incontri periodici con i diversi professionisti, amministrativi e sanitari, referenti dei vari servizi coinvolti nella sperimentazione. L'approccio seguito è dunque di tipo "bottom-up", fondato sul coinvolgimento degli utilizzatori finali e sull'osservazione non soltanto delle interdipendenze funzionali ma anche delle relazioni professionali esistenti. Tale approccio ha consentito di assecondare e valorizzare i percorsi assistenziali esistenti ed emergenti dall'azione organizzativa (Cicchetti e Lomi, 2000). Inoltre, ha attribuito agli operatori la possibilità di ragionare sulle proprie modalità di lavoro e di maturare una diversa consapevolezza circa il

proprio ruolo nel processo di assistenza del paziente, creando in questo modo un ambiente favorevole al recepimento delle nuove modalità operative poste in essere.

Queste caratteristiche consentono di distinguere l'esperienza esaminata dai casi di insuccesso riportati in letteratura in cui, al contrario, prevale una visione del rapporto IT/Organizzazione improntato sull'imperativo tecnologico che tende a sottovalutare la comprensione preliminare delle logiche strutturali pregresse e la componente dell'interazione umana, basandosi esclusivamente sullo studio delle determinanti tecnologiche.

Inoltre, l'approccio al cambiamento perseguito nell'esperienza della Rete consente di evidenziare che il successo nell'implementazione dell'EHR-S sia subordinato alla capacità di creare un ambiente favorevole al cambiamento, in cui i professionisti si sentono responsabilizzati rispetto all'innovazione e in cui viene a creare un clima di fiducia reciproca.

Tale coinvolgimento e compartecipazione non è stato, invece, riscontrato nell'esperienza del Centro di Cure Primarie, dove, al contrario, a prevalere è stato un approccio al cambiamento tipicamente "top down". La scelta di attivazione della sperimentazione è stata definita dal management dell'ASL e non è stata condivisa con i professionisti se non nel momento di attivazione del Centro. Ciò ha contribuito a generare uno scarso commitment rispetto agli obiettivi dell'innovazione. È evidente, infatti, come i professionisti percepiscano il centro semplicemente come "un altro luogo in cui continuare a svolgere la propria attività" secondo le tradizionali modalità operative, contribuendo in questo modo a perseverare un approccio tipicamente institution-centric di erogazione dell'assistenza. Lo scarso commitment e la mancata comunicazione e creazione di consenso intorno al progetto non hanno, dunque, favorito lo sviluppo di quel clima di collaborazione che, molto probabilmente, avrebbe contribuito a ridurre le problematiche di coordinamento ancora presenti.

I risultati conseguiti, tuttavia, soffrono della presenza di una visione estremamente parziale su quelle che sono effettivamente le performance conseguite nell'ambito delle due esperienze. Quest'ultima è in primo luogo dovuta all'impossibilità di isolare dati di sintesi, tanto sulle prestazioni erogate che sull'operatività dei professionisti, vista l'assenza in entrambi i casi di studio di sistemi di reporting

operativi al momento dell'indagine. A questo fattore si è poi aggiunta l'impossibilità di coinvolgere i destinatari dei servizi socio-assistenziali. quest'ultima ha, infatti, comportato la necessità di "ricavare" dalle stesse considerazioni dei professionisti e del management gli effetti sulla valutazione del network, a livello della comunità, dell'impatto dell'EHR-S così come delle scelte strutturali poste in essere nel Centro per le Cure Primarie

Tali limiti sono in parte imputabili al carattere "pionieristico" dei due casi analizzati. Sebbene le iniziative di sviluppo di strutture assimilabili ai Community Health Center e di sistemi EHR territoriali siano numerose, al momento in cui si scrive risultano essere ancora pressoché ferme ad una fase progettuale o di start-up. In particolare, per quanto concerne la dimensione tecnologica, a prevalere continua ad essere uno sviluppo tecnologico "a isole", con problemi rilevanti di interoperabilità e integrazione. La stessa esperienza osservata si contraddistingue per avere una natura proprietaria. In questa prospettiva, dunque, l'EHR-S introdotto sembra abilitare semplicemente uno spostamento del problema dell'integrazione dai confini tra ospedale e territorio a quelli tra aree distrettuali o ASL diverse, rendendosi quindi incapace di garantire un'effettiva continuità assistenziale, in un regime in cui vige il diritto dei pazienti alla mobilità sanitaria sull'intero territorio nazionale.

A fronte dei limiti indicati, tuttavia, i risultati riportati e più in generale l'analisi effettuata si inseriscono in un contesto al momento estremamente dinamico e ricco di svolte evolutive. In linea con le indicazioni europee definite dall'e-Health Acton Plan della Commissione Europea varato nel 2004, anche il SSN, attraverso il Tavolo di Sanità Elettronica¹, ha elaborato un framework di riferimento condiviso, linee guida e specifiche tecniche entro cui ogni singola regione, nel rispetto della devolution, è chiamata ad elaborare il proprio framework di eHealth, indipendente ma al contempo interoperabile e interconnesso (TSE, 2005; 2006). All'interno di questo contesto è stata

¹ Il Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica (TSE) nasce nel 2004 come sede istituzionale di confronto e consultazione tra le Regioni, le Province autonome e l'amministrazione centrale, per l'armonizzazione delle politiche della Sanità Elettronica e l'attuazione dei piani d'azione nazionale e regionali. Il TSE è composto dai rappresentanti del Ministro per l'Innovazione e le Tecnologie, del Ministero della Salute e delle Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome e scaturisce da un'iniziativa congiunta del Ministero della Salute e del Dipartimento dell'Innovazione e delle Tecnologie del Ministero delle Riforme e dell'Innovazione nella Pubblica Amministrazione (www.sanitaelettronica.gov.it)

dunque lanciata una pluralità di progetti finalizzati ad un'effettiva e rapida adozione delle soluzioni di ICT in sanità. Tra questi, ad esempio, emerge il Progetto Pilota della Rete di Medici di Medicina Generale incentrato sul setting dell'assistenza primaria nell'ambito di 9 regioni del centro e del sud Italia e finalizzato alla progettazione, implementazione e adozione di infrastrutture ICT destinate a supportare oltre 13.500 MMG nella loro pratica quotidiana e nel processo di integrazione con gli altri operatori socio-assistenziali (Colantonio, 2007).

Tali dati di contesto consentono, dunque, di evidenziare da un lato la rilevanza di approfondire ulteriormente tali tematiche, visto il carattere pervasivo che l'EHR e più in generale l'eHealth si accinge ad assumere anche nel dominio sanitario italiano, dall'altro la necessità di dover attendere purtroppo ancora qualche anno prima di poter effettuare valutazioni accurate del suo effettivo impatto sul continuum assistenziale.

Il presente lavoro si apre con un'analisi del contesto di riferimento in cui si trovano ad operare attualmente le organizzazioni sanitarie da cui scaturisce il problema di ricerca (Capitolo 1). Successivamente viene introdotto il concetto di rete socio-assistenziale e la prospettiva di analisi adottata (Capitolo 2). Dopo aver evidenziato la rilevanza che la componente della comunicazione assume nel processo di coordinamento tra i diversi nodi della rete, nel Capitolo 3 vengono discusse le caratteristiche e le funzionalità dell'Electronic Health Record System, evidenziando il suo ruolo di fattore abilitante una soluzione alternativa alla co-localizzazione per il superamento dello stato di isolamento in cui vertono i servizi socio-sanitari. Il capitolo si conclude con la definizione del framework teorico per l'osservazione dell'impatto dell'EHR-S sulle performance della rete assistenziale. Su tale framework è stata fondata l'analisi empirica presentata nel capitolo successivo (Capitolo 4). Una discussione sui limiti dello studio presentato e una serie di riflessioni di sintesi completano il lavoro (Capitolo 5).

BIBLIOGRAFIA

AAS I.H.M. (2007). *The organizational challenge for health care: from telemedicine and e-health*. Oslo: Work Research Institute.

ADAY L.A., ANDERSEN R.. (1974). *A framework for the study of access to medical care*. Health Service Research :208-220.

ADINOLFI P., (2000). *Cambiamenti ambientali e innovazioni organizzative nelle aziende sanitarie*. Atti dal convegno nazionale AIES: “La sanità tra Stato e mercato”.

AHGREN B. (2003). *Chain of care development in Sweden: results of a national study*. International Journal of Integrated Care 7:3.

AHGREN B., AXELSSON R.. (2005). *Evaluating integrated health care: a model form measurement*. International Journal of Integrated Care, 5:e01

ALEXANDER J.A., LEE S.D., BAZZOLI G.J.. (2003). *Governance Arrangements in Health Networks and Systems*. Health Care Management Review 28: 228-242

ALTER C., HAGE J.. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

ANTRAS-FERRY J., LAPRÉRIE A.L., GRAVOUEILLE E. ET AL. (2006). *Les problématiques et les apports de l'évaluation d'un réseau de santé*. Annales de cardiologie et d'angiologie, 55,1:3-5

ARGYRES N.S. (1999). *The Impact of Information Technology on Coordination: evidence from the B-2 “Stealth” Bomber*. Organization Science; 10(2):162-181

ATELLA V., DONIA SOFIO A, MENEGUZZO M, MENNINI F.S., SPANDONARO F. (a cura di), (2005), *Rapporto CEIS-Sanità 2005 – Sette parole chiave del SSN*. IEP Italpromo Esis Publishing, Roma

ATUN, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*, Health Evidence Network (HEN). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

AUSTIN C. (1983) *Case management in long-term care: options and opportunities*. Health and Social Work, 8, 1:16–30.

AVISON D., YOUNG T., (2007). *Time to Rethink Health Care and ICT?* Communication of the ACM; 50(6):69-74

BARNARD C.J. (1938). *The functions of executive*, Harvard University Press Cambridge MA,(ed. It. Le funzioni del dirigente, UTET, Torino, 1970)

BATES DW, COHEN M, LEAPE LL, OVERHAGE JM, SHABOT MM, SHERIDAN T. (2001). *Reducing the frequency of errors in medicine using information technology*.

BERG M. (1999). *Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach*. International Journal of Medical Informatics; 55:87-101

BERNABEI R., LANDI F., GAMBASSI G. ET AL. (1998). *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community*, BMJ, 316(7141):1348-1351

BERRY L.L. SEIDERS K.. (2003). *Innovations in access to care: a patient-centred approach*. Annals of Internal Medicine, 139(7):568-574.

BORGONOV, E. (1988), (a cura di), *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw Hill, Milano

BRAILER DJ, TERASAWA EL. (2003). *Use and Adoption of Computer-based Patient Records*. California Healthcare Foundation.

BROWN J.S., DUGUID P.. (2001). *Knowledge and organization: a social-practice perspective*. Organization Science;12(2):198–211.

BUTERA F. (1990). *Il castello e la rete*. Franco Angeli, Milano

CABANA MD, JEE SH. (2004). *Does continuity of care improve patient outcomes?* J Fam Pract; 53:974-80

CAMPBELL S.M., ROLAND M.O., BUETOW S.A.. (2000). *Defining quality of care*. Social Science and Medicine 51:1611-1625

CAMPBELL SM, HANN M, HACKER J, ET AL. (2001). *Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study*. BMJ; 323:1-6

CAMUFFO A., (1997) *Le interdipendenze*, in Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di organizzazione aziendale, vol. II, UTET, Torino.

CARLILE P.R.. (2002). *A pragmatic view of knowledge and boundaries: boundary objects in new product development*. Organization Science;13(4):442–55.

CARMICHAEL LP (1997). *The GP is back*. American Family Physician, 56:713-714

CARNEVALI O., MORLUNGI P.(1986). *L'ospedale oggi*, La nuova Italia scientifica, Roma

CARROLL AE, CHRISTAKIS DA. (2004). *Pediatricians' use of and attitudes about personal digital assistants*. Pediatrics, 113:238-42.

CASATI G., VICHI M.C. (2002). *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*. Mc Graw-Hill, , Milano.

CASSELL C, SYMON G. (1994). *Qualitative Methods in Organizational Research: A Practical Guide*. Sage Publications, London

CAVICCHI I. (2007). *Autonomia e responsabilità*. Edizioni Dedalo, Bari.

CEC – COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2004). *e-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area*, COM (2004) 356 final.

CHALLIS D, DARTON R, HUGHES J, HUXLEY P, STEWART K (1998) *Emerging models of care management for older people and those with mental health problems in the United Kingdom*. Journal of Case Management, 7, 4:153–160.

CHAN B.T.B. (2002). *The declining comprehensiveness of primary care*. Canadian Medical Association Journal, 166(4): 429–434

CIBORRA C.. (1989). *Tecnologie di coordinamento*. Franco Angeli, Milano

CICCHETTI A., CIPOLLONI E., DE LUCA A., MASCIA D., PAPINI P., RUGGERI M. (2005). *L'analisi dei network organizzativi nei sistemi sanitari: il caso della rete di emergenza della Regione Lazio*. Atti del Convegno Nazionale della Associazione Italiana di Economia Sanitaria, Genova 10-11 novembre 2005.

CICCHETTI A., LOMI A. (2000), *Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario*, in Maggi, B. (a cura di), *Le sfide organizzative di fine e inizio secolo*, Etas, Milano.

CICCHETTI A.. (2002) *L'organizzazione dell'ospedale: fra tradizioni e strategie per il futuro*, Vita e pensiero, Roma

CICCHETTI A.. (2004). *La Progettazione Organizzativa. Principi, strumenti e applicazione nelle organizzazioni sanitarie*. Franco Angeli/Sanità, Milano

COLANTONIO K. (2007). *Il Fascicolo Sanitario Elettronico del progetto Rete dei Medici*. Forum PA 2007, Roma

CONTENTI M., ALBANO V.. (2006). *Classifyng eHealth Information Systems and services for Disease Management. Proceeding of "MCIS2006 – 2006. Mediterranean Conference on Information Systems"*,

CONTENTI M., BARBINI F. M., ALBANO V. (2007). *From improvisation to standardization for achieving a better quality of care: a counter-intuitive interpretation of Disease Management and its implication of healthcare information systems*. Proceeding of "MCIS2007 – 2007 Mediterranean Conference on Information Systems"

COPIT (2007). *Sanità elettronica, quale futuro possibile*. Quaderni del Copit - 11

CORRADINI A. (1996) *I modelli organizzativi per le aziende U.s.l.: tradizione e innovazione*. Mecosan, n.20.

COSTA G., GUBITTA P.(2004). *Organizzazione aziendale*. McGraw-Hill Italia, Milano

COUGHLIN J. F., POPE J. E., ET AL. (2006). *Old Age, New Technology and Future Innovations in Disease Management and Home Health Care*. *Home Health Care Management & Practice*, 18(3): 196-207.

CUEL R., FERRARIO R., CAMUSSONE P.F. (2007). *Gli effetti dei sistemi informativi sui processi di comunicazione: un caso studio*. In Fabbri T.M., Golzio L.E. *Relazioni di lavoro e forme organizzative*. Carocci, Roma

DAFT R.L. (2004). *Organizzazione Aziendale*. Apogeo, Milano

DAVENPORT, T.H. NOHRIA N. (1994). *Case Management and the Integration of Labor*. Sloan Management Review; 35(2):11-23

DAVIES B., CHALLIS D. (1986). *Matching Resources to Needs in Community Care*. Aldershot, Gower.

DECASTRI M. (1997). *Il coordinamento e l'integrazione*, in Costa G., Nacamulli R.C.D., *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. III, UTET, Torino.

DEL VECCHIO M., (2003). *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica*. In Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di). "Rapporto OASI 2003, L'aziendalizzazione della sanità in Italia", Egea

DEL VECCHIO, M. (2000). *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende pubbliche*. Mecosan, n.33.

DELLA MEA V. (2001). *What is e-Health (2): The death of telemedicine?* J Med Internet Res 3(2): e22

DONALDSON MS, VANSELOW NA. (1996). *The Nature of Primary Care*. Journal of Family Practice, 42:113.

EICHELBERG M., ADEN T. RIESMEIER J. (2005). *A Survey and Analysis of Electronic Healthcare Record Standards*. ACM Computing Surveys; 37(4):277–315.

ELLINGSEN G., MUNKVOLD G. (2007). *Infrastructural arrangements for integrated care: implementing an electronic nursing plan in a psychogeriatric ward*. International Journal of Integrated Care 7.

EYSENBACH, G. (2001). *What is e-health?* J Med Internet Res, 3(2):e20.

FENNELL M.L., WARNECKE R.B. (1988). *Diffusion of Medical Innovations: An Applied Network Analysis*, Plenum, New York.

FLOCKE SA. (1997). *Measuring attributes of primary care: development of a new instrument*. J Fam Pract, 45:64-74.

FONTANA F. (2005). *Clinical Governance: verso una visione sistemica della qualità*. Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale; Maggio-Giugno 361-372

FREEMAN G, WEAVER T, LOW J, ET AL. (2001). *Promoting continuity of care for people with severe mental illness whose needs span primary, secondary and social care. Report for the National Co-ordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).*

GALBRAITH J..(1973). *Designing complex organizations.* Reading, MA: Addison-Wesley

GALBRAITH J.R. (1994). *Competing with Flexible Lateral Organizations,* Addison-Wesley, Reading, MA

GERSTICK C. (1991). *Revolutionary change theories: a multi-level exploration of the punctuated equilibrium paradigm.* Academy of Management Review; 16, 1:10-36

GINNEKEN, A. M. (2002). *The computerized patient record: balancing effort and benefit.* International Journal of Medical Informatics, 65, 97-119.

GITTELL J. H. (2002). *Relationships between service providers and their impact on customers.* Journal of Service Research, 4, 4:299-311.

GITTELL J. H., FAIRFIELD K., BIERBAUM B., HEAD W., JACKSON R., KELLY M., LASKIN R., LIPSON S., SILISKI J., THORNHILL T. AND ZUCKERMAN J. (2000). *Impact of relational coordination on the quality of care, post-operative pain and functioning, and the length of stay: a nine-hospital study of surgical patients.* Medical Care, 38, 8:807-19

GITTELL J.H., WEISS L.. (2004). *Coordination Networks within and across organizations: a multi-level framework.* Journal of Management Studies 41:1

GOLDSMITH J., *How will the internet change our health system?* Health affairs, 19(1) 148-157

GRANDORI A. (1997). *Disegni di ricerca in organizzazione.* in Costa G. e Nacamulli C.D., *Manuale di Organizzazione Aziendale,* UTET Torino.

GRANDORI A., SODA G. (1995). *Inter-firm networks: antecedents, mechanisms, and forms.* Organization Studies, 16, 2. 183-214

GRANDORI A..(1999). *Organizzazione e comportamento economico.* Il Mulino, Bologna

GRANOVETTER M. (1985). *Economic action and social structure: the problem of embeddedness*. American Journal of Sociology, 91, 481-510.

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; 1

GRUMBACH K., BODENHEIMER T.. (2004). *Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice?* JAMA. 2004;291:1246-1251.

GUZZANTI (1997). *L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia: considerazioni e proposte*, Ricerca sui Servizi Sanitari;1(1).

HAGGERTY, J. L., R. J. REID, ET AL. (2003). *Continuity of care: a multidisciplinary review.*" BMJ 327(7425): 1219-1221.

HAMPSON J.P., ROBERTS R.I., MORGAN D.A. (1996). *Shared care: a review of the literature*. Family Practice;13(3):264–79.

HARRIS J. M. JR. (1996). *Disease Management: New Wine in New Bottles?*. Ann Intern Med; 124, 9: 838-842.

HELLES R, SORENSEN L, LORENSEN M. (2005). *Nurses' information management across complex healthcare organizations*. International Journal of Medical Informatics. 74(11-12): 960-972

HILLESTAD, R., BIGELOW, J., BOWER, A., GIROSI, F., MEILI, R., SCOVILLE, R. AND TAYLOR, R. (2005). *Can electronic Medical Record Systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs*. Health Affairs, 24(5), 1103-1117.

HOFFMAN C, RICE DP, SUNG H-Y. *Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs*. JAMA 1996; 276: 1473-79.

HUNTER D. J., FAIRFIELD G.. (1997). *Managed care: Disease management*. BMJ; 315,7099:50-53.

HURLEY R. (1993). *The Purchaser-Driven Reformation in Health Care: Alternative Approaches to Leveling Our Cathedrals*. Frontiers of Health Services Management 9:5-35

INGRAM H, DESOMBRE T. (1999). *Teamwork in health care. Lessons from the literature and from good practice around the world.* J Manag Med;13(1):51-58.

INSTITUTE OF MEDICINE, DIVISION OF HEALTH MANPOWER AND RESOURCES DEVELOPMENT. (1978), *Report of a study: a manpower policy for primary health care.* Washington, DC: National Academy of Sciences , IOM publication 73-02;

INSTITUTE OF MEDICINE. (1994). *Defining Primary Care: An Interim Report.* Washington, DC: National Academy Press,.

IOM - INSTITUTE OF MEDICINE (2001). *Crossing the Quality Chasm A New Health System for the 21st Century.* Washington D.C.: National Academies Press.

ISTAT (2007). *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari anno 2005.*

JAKOVIDIS I. (1998). *Towards personal health record: current situation, obstacles and trends in implementation of electronic healthcare record in Europe.* International Journal of Medical Informatics, 52(1-3): 105-115.

JENCKS ET AL. (2003) *Change in the quality of Care Delivered to medicare beneficiaries 1998-1999 to 2000-2001.* Journal of the American Medical Association 289, 3:305-312

JONES, R., ROGERS, R., ET AL. (2005). *What Is eHealth (5): A Research Agenda for eHealth Through Stakeholder Consultation and Policy Context Review.* J Med Internet Res, 7(5): e54.

KODNER D.I., KYRIACOU C. K.. (2000). *Fully integrated care for frail elderly: two American models.* International Journal of Integrated Care 1; 1.

KODNER D.I., SPREEUWENBERG C.. (2002). *Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper.* International Journal of Integrated Care 14; 2.

KUMAR A., OW P.S., PRIETULA M.J. (1993), *Organizational simulation and information systems design: an operations level example,* Management Science 39(2): 218-239

KURTZ S., SILVERMAN J. DRAPER J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine.* Abingdon: Radcliffe Medial Press.

LA PIETRA L. FERRARI M. (1999). *La cartella clinica "in rete"*. In Bucci O. *La cartella clinica. Profili strumentali, gestionali, giuridici e archivistici*. Maggioli Editore, Rimini

LARIZGOITIA I., STARFIELD B.. (1997). *Reform of primary health care: the case of Spain*. *Health Policy*, 41:121-137

LATHROP J.P. (1993). *Restructuring Health Care: the Patient Focused Paradigm*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

LAURENCE CO, BEILBY J, CAMPBELL S, ET AL. (2004) *Process for improving the integration of care across the primary and acute care settings in rural South Australia: asthma as a case study*. *Aust J Rural Health*;12:264-8.

LAWRENCE P.R., LORSCH J.W. (1967), *Organization and Environment*, Harvard University, Boston

LEATT P., PINK G.H., GUERRIERE M. (2000). *Towards a Canadian model of integrated healthcare*. *Healthcare Papers*;1(2):13–35.

LEGA F. (1998), *Scelte strategiche e definizione dei confini dell'ospedale. Dalla struttura focalizzata alla struttura a rete*, *Organizzazione Sanitaria*, 1: 43-66.

LEGA, F. (2002). *Gruppi e reti aziendali in sanità*. Milano Egea.

LEGGAT S.G., LEATT P.A. (1997). *A framework for assessing the performance of integrated health delivery systems*. *Healthcare Management Forum*; 10(1):11-26

LEUTZ W. (1999). *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom*. *The Milbank Quarterly*;77(1):77–110.

LEVIN S., WHITE P.E. (1961). *Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships*; *Administrative Science Quarterly*, 5:583-601.

LONGO, F. E RIPA DI MEANA, F. (1995), *Quali modelli organizzativi si stanno delineando per il nuovo distretto?*, ASI, n.49-50.

LORIMER W, MANION J.. (1996). *Team-based organizations: leading the essential transformation*. *PFCA Rev*:15-19

- LUCIONI C., GARANCINI M., MASSI-BENEDETTI M. (2003). *The costs of type 2 diabetes mellitus in Italy. A CODE-2 sub-study*. *Treat Endocrinology* 2(2): 121-133.
- MACERATINI R., RICCI F.L. (2000) *Il Medico On-Line*. Verduci Editore, Roma
- MACINKO J., STARFIELD, B., SHI, L. (2003), *The contribution on primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998*. *Health Services Research* 38:3:831-865
- MAGGI B. (1989). *L'organizzazione dei servizi sanitari*. Sviluppo e Organizzazione, 115:53-64
- MAGI M. (2004). *Cronicità: i progetti concreti della medicina generale. Linee Guida Fimmg sull'Ospedale di Comunità*. Avvenire Medico.
- MARCH J.G., SIMON H.A. (1958), *Organizations*, McGraw-Hill, New York.
- MARKUS M., ROBEY D. (1988). Information Technology and Organizational Change, *Management Science*; 34:583-598
- MCWHINNEY I. (1998) *Primary care: core values Core values in a changing world*. *BMJ*, 316:1807-1809
- MENEGUZZO M. (1996) (a cura di), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*. EGEA, Milano
- MERCER, K. (2001). *Examining the impact of health information networks on health system integration in Canada*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*,.14, 4/5.
- MERLINO C., RUBINO S., ALLOCCA A, MESSINCO A,(1994). *L'Ospedale*, Società Editrice Universo, Roma
- MILLER R. H., SIM I.(2004) *Physicians' Use Of Electronic Medical Records: Barriers And Solutions*. *Health affairs*, 23(2): 116-126
- MILLER R.H. LUFT H.S. (1997). *Does managed care lead to better or worse quality of care?* *Health Affairs*, Vol 16, Issue 5, 7-25.
- MINTZBERG H. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Prentice Hall, Englewood Cliffs (trad. It. La progettazione delle organizzazioni. Il Mulino, Bologna, 1985)

MOIDUDDIN A., GAYLIN D.S. (2007). *Health information technology adoption among health centers: a digital divide in the making?* National Health Policy forum. Available on www.nhpf.org

MONTI M. (2004). *I modelli organizzativi della Medicina Generale l'evoluzione della specie: dal medico singolo all'UTAP*. Società Italiana di Medicina Generale; 5-6

MONTI R., ORIANI G.. (1997). *La reingegnerizzazione dei processi aziendali*. In Costa G et Nacamulli RCD, *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. II, UTET, Torino.

MOSCOVICE I., WELLEVER A., CHRISTIANSON J. ET AL. (1997). *Understanding Integrated Rural Health Networks*. *The Milbank Quarterly*; 75(4)

MOSKOVICE I, CHRISTIANSON J.B., WELLEVER A. (1995). *Measuring and evaluating the performance of vertically integrated rural health networks*. *Journal of Rural Health*, 11(1): 9-21.

MOXLEY D.. (1989). *The Practice of Case Management*. Newbury Park

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* 65:227-241

NASMITH L, COTÉ B, COX J, ET AL. (2004). *The challenge of promoting integration: conceptualization, implementation, and assessment of a pilot care delivery model for patients with type 2 diabetes*. *Fam Med*;36:40-5. 25

OECD (2005), *Long-term care for older people*, The Oecd Health Project

OECD, (1994). *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. Health Policy Studies No.5.

OH, H., RIZO, C., ET AL. (2005). *What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions*. *J Med Internet Res*, 7(1):e1.

ONDO K J, WAGNER J, GALE KL. (2002). *The Electronic Medical Record (EMR), Hype OR Reality?*, 2002 HIMSS Proceedings.

ORLIKOWSKI W.(1992). *The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations*. *Organization Science*; 3 (3):398-427

OVRETVEIT J. (1998). *Integrated care: models and issues*. Goteborg, Sweden: A nordic school of Public Health Briefing paper.

PAGLIARI, C., SLOAN, D., ET AL. (2005). *What Is eHealth (4): A Scoping Exercise to Map the Field*. J Med Internet Res, 7(1):e9.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas*. PAHO HQ Library Cataloguing–in–Publication, Washington

PANELLA M., MORAN, N., DI STANISLAO F., (1997). Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. QA, 8:1-16.

PARCHMAN ML, PUGH JA, NOEL PH, ET AL. (2002). *Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes*. Med Care; 40:137-44

PATTON M.Q.. (1987). *How to use qualitative methods*. Evaluation, Sage Publications, Newbury Park, CA.

PATTON MQ (1999). *Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis*. Health Services Research, 34 (5):1189-1208

PLOCHG T., KLAZINGA N.S. (2002). *Community-based integrated care: myth or must?* International Journal for Quality in Health Care, 14,2:91-101

POINTER D., ALEXANDER J., ZUCKERMAN H. (1994). *Loosening the Gordian Knot of Governance in Integrated Health Care Delivery Systems*. Frontiers of Health Services Management 11:3-37

PONTIGGIA A. (2001) *L'impiego efficiente delle tecnologie di informazione: apprendimento e cambiamento organizzativo*. Egea, Milano

POWELL J. BUCHAN I. (2005). *Electronic Health Records Should Support Clinical Research*. J Med Internet Res 7(1): e4.

PROVAN K. G., MILWARD H. B., (1995). *A preliminary Theory of Interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems*. Administrative Science Quarterly, 40: 1-33.

PROVAN K. G., MILWARD H.B.. (2001). *Do network really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks*. Public Administration Review, 61, 4.

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; 5.

ROGER J E CURTIS P (1980). *The concept and measurement of continuity in primary care*. American Journal of Public Health; 70:122-127

ROSSI MORI A. - CONSORTI F. - NARDI R. - RICCI F.. (2006). *Un quadro di riferimento sulle tecnologie dell'informazione nel settore sanitario*, Gruppo di Lavoro ICT, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere CNR - ITBM, 210

ROTHMAN J., SAGER J.S. (1998). *Case Management: Integrating Individual and Community Practice*. Needham Heights, Massachusetts, Allyn & Bacon.

ROUSSEAU D. M. (1985). *Issues of level in organizational research: multi-level and cross-level perspective*. Research in Organizational Behavior, 7:1-37

RUFFINI R. (1997), *La sanità*. In Costa G et Nacamulli RCD, *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. IV, UTET, Torino.

SACKETT D. L., ROSENBERG W. M. C., MUIR GRAY J. A., HAYNES R. B., RICHARDSON W. S. (1996). *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. British Medical Journal 312: 71-72.

SAFRAN C, JONES PC, RIND D, BUSH B, CYTRYN KN, PATEL VL. (1998). *Electronic communication and collaboration in a healthcare practice*. Artificial Intelligence in Medicine, 12 137-151

SAFRAN C, RIND DM, DAVIS RB, ET AL. (1995). *Guidelines for the management of HIV infection with computer-based patient's record*. Lancet; 346: 341

SALVEMINI S., PIANTONI G..(1991). *Gestire persone e idee nel terziario avanzato*. Egea, Milano

SAULTZ J.W.. (2003). *Defining and measuring interpersonal continuity of Care*. Annals of Family Medicine 1:134-143.

SENIN U., CHERUBINI A., MECOCCI P. (2003). *Impatto dell'invecchiamento della popolazione sull'organizzazione socio-sanitaria: necessità di un nuovo modello di assistenza continuativa*, Ann Ital Med Int, 18: 6-15.

SHORTELL S., GILLIES R., DEVERS K.. (1995). *Reinventing the American hospital*. The Milbank Quarterly, 73, 2:131-60.

SHORTELL S.M. (1993), *Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators*. Hospital and Health Services Administration 38(4): 447-66.

SHORTELL, S., GILLIES R., ANDERSON D.. (1994). *The new world of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems*. Health Affairs 13:46-64

SHOWSTACK J., LURIE N. LARSON E.B. ET AL. (2003). *Primary Care: The Next Renaissance*. Annals of Internal Medicine; 138 (3): 268-272

SIMON H. A. (1947), *Administrative Behaviour*, MacMillan, New York.

SITTIG DF, KUPERMAN GJ, FISKIO J. (1999). *Evaluating physician satisfaction regarding user interactions with an electronic medical record system*. Proc AMIA Symp, 400-4.

STARFIELD B. (1992). *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. London: Oxford University Press.

STARKWEATHER D.B. 1990. *Competition, Integration, and Diversification: Seven Hospitals of Growthville, U.S.A.*, Journal of Health Administration Education, 8(4):519-570.

STEFANELLI M., (2002). *The role of methodologies to improve efficiency and effectiveness of care delivery process for the year 2013*. International Journal of Medical Informatics 66:39-44

STEWART M. (2001). *Towards a global definition of patient centred care*. BMJ 2001; 322: 444-445)

TANG P. (2003). *Key Capabilities of an Electronic Health Record System. Letter Report*. Institute of Medicine Committee on Data Standards for Patient Safety. Board on Health Care Services. Washington D.C.: National Academies Press.

TARMIZI H., KHAZANCHI D., NOTEBOOM C. (2006). *Electronic Medical Records: barrier to adoption and diffusion*. Proceedings of the First Midwest United States Association for Information Systems, Grand Rapids, MI May 5-6.

TEDESCHI P. (2004). *Il governo delle cure primarie attraverso reti di servizi territoriali di tutela della salute: determinanti, modelli relazionali e dinamiche evolutive nell'esperienza francese, inglese e statunitense*. Atti dal Convegno AIES – I livelli di governo della sanità.

TERRANOVA O. (2006). *Telemedicina*. Piccin, Padova

THE BOSTON CONSULTING GROUP. (1995). *The Promise of Disease Management*. Mass: The Boston Consulting Group Inc, Boston.

THOMPSON J.D. (1967), *Organizations in Actions*, McGraw-Hill, New York.

TICHY, N. M. (1981). *Networks in organizations*. In Nystrom, P G. and Starbuck, VV. (Eds), *Handbook of Organizational Design*. New York: Oxford University Press

TORRANCE, G. W. (1986). *Measurement of Health State Utilities for Economic Appraisal*. *Journal of Health Economics*. 5:1-30.

TOUSSANT P.J., VERHOEF J., VLIELAND T.P.M., ZWETSLOOT-SCHONK J.H.M. (2003). *Improving the quality of communication in health care*. In Baud R. et al. (eds). *Proceeding of MIE 2003. The new navigators: from professionals to patient*, Amsterdam, IOS Press, 857-862

TOZZI V. (2003). *Il percorso assistenziale: uno strumento innovativo di gestione* In Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di). *Rapporto OASI 2003, L'aziendalizzazione della sanità in Italia*; Egea, Milano

TSE - TAVOLO PERMANENTE PER LA SANITÀ ELETTRONICA (2005). *Una politica condivisa per la Sanità Elettronica*

TSE - TAVOLO PERMANENTE PER LA SANITÀ ELETTRONICA (2006). *Strategia Architetture per la Sanità Elettronica*

MINISTERO DELLA SALUTE. (2007). *La Casa della Salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale*, Intervento del Ministro della Salute all'Incontro Nazionale "La casa della salute", Roma 22 Marzo 2007

VENKATRAMAN N., TANRIVERDI H.. (1999). *Creation of Professional Networks: An Emergent Model Using Telemedicine as a Case*. Proceedings of the 32nd Hawaii International Conference on System Science.

VERA A., KUNTZ L. (2007) *Process-based organization design and hospital efficiency*. Health Care Management Review; 32,1: 55-65.

VUORI H. (1986). *Health for all, primary health care and the general practitioners*. Keynote address, WONCA.

WALSH JA,WARREN KS. (1979). *Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries*. N Engl J Med, 301(18):967–974.

WANG S. J., PROSSER L.A., BARDON C. G. ET AL. (2003). *A Cost-benefit analysis of Electronic Medical Records in Primary Care*. The American Journal of Medicine, 114

WASSERMAN S., FAUST K.. (1995). *Social Network Analysis: Methods and Application*. Cambridge University Press.

WASSON JH, SAUVIGNE AE, MOGIELNICKI RP, FREY WG, SOX CH, GAUDETTE C AND ROCKWELL A,(1984). *Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial*. Jama; 252:2413-2417

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Alma-Ata 1978: primary health care*. (1978). Geneva: World Health Organisation

WIECHA J, , POLLARD T., (2004). *The interdisciplinary eHealth Team: chronic care for the future*. Journal of Medial Internet Research, 6(3).

WILKIN D, GILLAM S, ET SMITH K (2001). *Primary care groups: Tackling organisational change in the new NHS*. British Medical Journal; 322:1464-1467.

WOODS, K. (2001). *The development of integrated health care models in Scotland*. International Journal of Integrated Care, 1:1

WOODWARD C.A., ABELSON J., TEDFORD S., HUTCHISON B.. (2004). *What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders*. Social Science & Medicine; 58:177-192

YIN R.K. (1999). *Enhancing the quality of case studies in health services research*. Health Services Research 34:5 Part II.

YIN, R.K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*, SAGE Publications, U.S.

ZAMARIAN M.. (2002). *Le routine organizzative: percorsi di apprendimento e riproduzione*, Torino: UTET Libreria

ZANGRANDI A. (1988). *Un modello d'analisi dell'ospedale*, in Borgonovi, E., (a cura di). (1988) *L'organizzazione dell'ospedale*, McGraw Hill, Milano

ZANGRANDI A. (2003). *Il Disease Management come modalità organizzativa per il coordinamento e la gestione delle risorse*. Quaderni de Il Sole 24 Ore Sanità 3,5:22-

23