

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

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' <i>INTEGRATED CARE</i> : LA RETE ASSISTENZIALE.....	29
LE PROSPETTIVE DI RICERCA SULLE RETI IN SANITÀ	31
<i>I due filoni di ricerca dominanti.....</i>	<i>31</i>
<i>La prospettiva di ricerca adottata: l'analisi multilivello delle dinamiche di coordinamento tra i nodi.....</i>	<i>33</i>
LE DIMENSIONI DELL' INTEGRAZIONE NELLE RETI ASSISTENZIALI	35
<i>La natura dell' integrazione</i>	<i>35</i>
<i>L'intensità dell' integrazione.....</i>	<i>36</i>
DUE DIVERSI APPROCCI ALL' INTEGRAZIONE NELLA RETE ASSISTENZIALE	37
<i>La riduzione della necessità di integrazione: l'approccio del “patient-focused hospital”</i>	<i>38</i>
<i>L'aumento delle capacità organizzative di integrazione.....</i>	<i>39</i>
I MECCANISMI DI COORDINAMENTO NELLA RETE ASSISTENZIALE.....	40
<i>Il percorso assistenziale</i>	<i>40</i>
<i>Il ruolo integratore: il case manager</i>	<i>44</i>

<i>Il team assistenziale.....</i>	47
I VINCOLI ATTUATIVI DEI MECCANISMI DI COORDINAMENTO NELLA DIMENSIONE DI RETE.	49
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 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 "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 Nazionale.....</i>	85
<i>Verso il nuovo paradigma assistenziale: dal rafforzamento del Distretto alla 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

INTRODUZIONE

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, illustrato nel *Capitolo 1*; 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 cui è dedicato il *Capitolo 2*. La rete assistenziale è 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).

In particolare, nel *Capitolo 3*, attraverso un'analisi delle funzionalità di un EHR-S verrà evidenziato il potenziale impatto che tale strumento può assumere sulle dinamiche di coordinamento e sulla strutturazione delle relazioni tra i nodi della rete socio-assistenziale. Un'enfasi particolare verrà poi attribuita alla sua capacità di procedere ad una virtualizzazione delle relazioni, attraverso il superamento dei vincoli di spazio e di tempo che limitano la possibilità di interazione tra i diversi professionisti. Il modello della rete assistenziale virtuale abilitata dal ricorso ad un sistema EHR verrà quindi confrontato con una strategia alternativa al superamento dello stato di isolamento in cui vertono gli operatori socio-sanitari, basata sulla co-localizzazione dei servizi. In tale strategia, su cui sembra fondarsi il modello attualmente molto diffuso nei sistemi assistenziali occidentali del Community Health Center, l'aggregazione fisica degli operatori è, infatti, interpretata come una dimensione di progettazione non strutturale, in grado di promuovere forme di problem solving volontarie e cooperative.

Nel *Capitolo 4*, verrà presentata l'analisi empirica realizzata al fine di consolidare i risultati della riflessione teorica e soprattutto 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. Quest'ultima trova la sua giustificazione nel fatto che la natura multidimensionale del concetto di qualità in sanità e della stessa rete socio-assistenziale 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.

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 del network e, in particolare, le modalità e strategie di integrazione. 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, 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.

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 contraddistingue per aver sperimentato una soluzione alternativa di strutturazione del network e scelte di integrazione - tipiche di un Community Health Center - che non prevedono, almeno nella fase iniziale, il ricorso a tecnologie informatiche.

Tale scelta ha sia una giustificazione metodologica sia una più propriamente operativa. In merito alla prima, si è tentato 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 ha consentito di arricchire ulteriormente la riflessione relativa all'EHR e soprattutto di ragionare su una possibile evoluzione del modello del Community Health Center che integri il concetto di network virtuale.

Il lavoro si conclude con una discussione dei risultati ottenuti, dei limiti che contraddistinguono lo studio realizzato e delle nuove possibili linee di ricerca che da esso scaturiscono, cui è dedicato il *Capitolo 5*.

PERCORSI EVOLUTIVI NEL SISTEMA ASSISTENZIALE: ANALISI DELLO SCENARIO

Introduzione

Sebbene l'organizzazione sanitaria abbia ormai maturato una lunga tradizione, la pluralità dei contributi riconducibili a tale area tematica si sono sino ad oggi essenzialmente concentrati sulla realtà propriamente ospedaliera (Cicchetti, 2002; Borgonovi, 1988; Meneguzzo, 1996), trascurando un sistema estremamente eterogeneo ed articolato quale quello dell'assistenza territoriale. Tale atteggiamento sembra essere giustificato dal fatto che a lungo l'ospedale ha mantenuto e progressivamente rafforzato un ruolo di assoluta centralità all'interno dei sistemi assistenziali, tanto di stampo privatistico che pubblico, demandando al sistema territoriale un ruolo limitato e marginale.

In presenza di condizioni economiche, culturali, sociali ed epidemiologiche del tutto rinnovate, tuttavia, si sta assistendo ad un sostanziale ripensamento delle logiche organizzative del sistema assistenziale che riconosce tra le principali direttrici di azione, il tentativo di "spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio" (Cavicchi, 2007).

Obiettivo di questo capitolo è proprio quello di delineare i tratti principali di questo cambiamento paradigmatico evidenziandone i principali determinanti e soprattutto le criticità che si accompagnano ad esso e che i sistemi sanitari si trovano a dover fronteggiare. In particolare verranno evidenziate le principali implicazioni organizzative che tale passaggio comporta e che rappresentano un ampio ambito di indagine estremamente attuale, da cui tale lavoro intende trarre le mosse.

La crisi del modello *ospedalocentrico*

Per lungo tempo l'ospedale ha rappresentato il punto focale dell'intero sistema dell'assistenza sanitaria. Tale istituzione dalle origini europee - sorta come struttura di beneficenza in cui trovavano alloggio gli emarginati e successivamente divenuta luogo di confino per gli individui malati al fine di scongiurare le epidemie - grazie all'evoluzione della scienza medica ed al prevalere di un contesto epidemiologico fortemente caratterizzato dalle acuzie, cui tradizionalmente si rivolge, si è gradualmente affermata come sede naturale di tutte le funzioni assistenziali di rilievo (Carnevali et al. 1986).

La centralità dell'ospedale è stata peraltro fortemente accentuata anche dall'evoluzione della cultura sociale e soprattutto della normativa del XX secolo. Queste hanno determinato le condizioni favorevoli all'espansione dell'istituzione in tutti i sistemi sanitari, sia di stampo privatistico che di carattere pubblico. Considerando ad esempio il contesto italiano, Guzzanti (1997) ha individuato tre fattori primari che hanno contribuito a tale processo di espansione. Il primo è rappresentato dalla disponibilità di risorse pubbliche per lo sviluppo nell'epoca del boom economico. Il secondo è dato, invece, dalla persistenza per molto tempo di un sistema di remunerazione basato sulla retta giornaliera di degenza. Quest'ultima, associata alla presenza di una mutualità sempre più generalizzata, ha, infatti, stimolato l'accrescimento delle entrate attraverso l'aumento dei posti letto. In fine, come ultimo determinante dell'espansione, Guzzanti indica la spinta generalizzata a conseguire le classificazioni superiori definite dalla legge di riforma del 1968¹ che distingueva gli ospedali in zonali, provinciali e regionali, attraverso ampliamenti dimensionali.

Nel corso degli ultimi anni, tuttavia, le rinnovate condizioni socio-economiche, culturali ed epidemiologiche sembrano aver messo in crisi il modello noto come "ospedalocentrico", evidenziando le debolezze del tradizionale modo di intendere ed organizzare il sistema della salute.

L'affermazione, avvenuta nel corso degli ultimi decenni, di un approccio manageriale alla sanità ha promosso una maggiore responsabilizzazione delle

¹ Legge n. 132 del 12 febbraio 1968

aziende sanitarie verso il raggiungimento di obiettivi finanziari, verso il mantenimento dell'equilibrio economico e verso un maggiore orientamento alla soddisfazione del cliente, in vista di una massimizzazione del rapporto costo-efficacia. Tale approccio si è progressivamente tradotto in una spinta al ripensamento delle pratiche diagnostiche e scientifiche e all'affermazione di una medicina basata sulle evidenze² (Sackett, 1996) in un'ottica di miglioramento della qualità tecnica delle prestazioni e di riduzione della variabilità. Inoltre, lo stesso ha stimolato la necessità di ricercare strategie di razionalizzazione delle modalità organizzative e di utilizzo dei servizi atte, ad intervenire sugli sprechi e sulle inefficienze che l'espansione degli ospedali e il corrispondente accentramento delle risorse ha comportato.

Il bisogno di nuove strategie di razionalizzazione delle risorse è stato peraltro accentuato dalla necessità di preservare la sostenibilità economica anche in presenza di una domanda assistenziale sempre più complessa e multidimensionale. Tale complessità è dovuta in parte alla presenza di un quadro epidemiologico mondiale profondamente mutato ed in parte alla presenza di pazienti sempre più consapevoli ed esigenti. Come, infatti, rileva Del Vecchio (2003) i pazienti cessano di limitarsi ad assumere un ruolo passivo nel processo assistenziale e richiedono una maggiore trasparenza delle strutture sanitarie.

Relativamente al quadro epidemiologico, negli ultimi anni le patologie croniche, ovvero "le malattie di durata superiore ai tre mesi e non auto-limitanti" (Hoffman et al., 1996), sembrano iniziare a prevalere, in termini di diffusione, rispetto alle patologie acute su cui per lungo tempo si è strutturato l'intero sistema sanitario.

Malattie quali il diabete, il cancro, le cardiopatie e numerose malattie respiratorie sono infatti divenute le principali cause di mortalità nei paesi occidentali.

² L'Evidence Based Medicine (EBM), movimento culturale sviluppatosi in seno alle professioni mediche come possibile risposta al problema della qualità assistenziale, si fonda sull'assunto che le competenze cliniche acquisite con la formazione e l'esperienza diretta non siano sufficienti per affrontare la complessità delle scelte relative alle impostazioni terapeutiche per i pazienti. In tal senso l'EBM, contrapponendosi all'Opinion Based Medicine, promuove una metodologia sistematica e razionale, a supporto del decision making nella pratica clinica, basata sulla combinazione dell'esperienza del singolo medico e dei bisogni emotivi o delle preferenze del paziente con le migliori evidenze scientifiche disponibili (Sackett et al., 1996)

In particolare, in Italia ben il 13,1% della popolazione con più di 65 anni dichiara di soffrire almeno di una malattia cronica grave ed il 13,3% di tre o più patologie croniche (ISTAT, 2007). Inoltre, tali patologie, associate alla progressiva riduzione delle capacità funzionali legata alla frequente sedentarietà - oltre che al fenomeno generalizzato dell'invecchiamento - contribuiscono alla diffusione della disabilità, che attualmente interessa, in Italia, circa 2 milioni di anziani (Senin et a. 2003).

La diffusione di tali patologie sembra peraltro destinata a subire nel tempo ulteriori progressivi incrementi, vista la stretta correlazione con il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, che caratterizza la pluralità dei paesi occidentali. L'OECD prevede, infatti, che tra il 2000 e il 2040 nei paesi industrializzati la quota delle persone con più di 65 anni passerà dal 13,8% al 25,6% della popolazione (OECD, 2005), mentre gli ultraottantenni passeranno nello stesso periodo dal 3,1% al 7,7%. In Italia, sempre secondo l'OECD (2005), la percentuale della popolazione anziana dovrebbe aumentare dal 18,1% al 33,7% (nel 2040 sarà inferiore solo al 35,3% del Giappone) e, in particolare, si prevede che gli ultraottantenni passeranno dal 4% al 10% della popolazione totale (una percentuale inferiore solo a quella del Giappone, con il 14,1%, e della Svizzera, con l'11,1%).

Le patologie cronico-degenerative si caratterizzano per un'elevata onerosità di gestione dovuta alle caratteristiche intrinseche che le contraddistinguono. In particolare, le patologie croniche comportano un bisogno assistenziale e un'attività clinica persistente nel tempo che spesso si traduce in frequenti e prolungati periodi di degenza ospedaliera e soprattutto nel ricorso ad una pluralità di operatori sanitari. Inoltre la naturale tendenza a situazioni degenerative e di disabilità temporanea o permanente implicano la necessità di un intervento sociale particolarmente incisivo.

Tali caratteristiche implicano, dunque, che un'adeguata gestione delle malattie croniche sia subordinata all'organizzazione e l'erogazione di servizi assistenziali secondo approcci sensibilmente differenti da quelli tradizionalmente impiegati nella cura e nella riabilitazione delle malattie acute, al contrario caratterizzate da elevata complessità ma da una durata del bisogno contenuta.

In altri termini, in questo contesto peraltro reso ulteriormente più complesso dalla evoluzione della famiglia - tradizionale punto di riferimento per l'anziano

cronico e disabile - ed alle sue crescenti difficoltà a garantire forme di sicurezza, di assistenza e di cura, un sistema sanitario esclusivamente strutturato intorno all'ospedale manifesta numerosi limiti.

In particolare, Merlino et al. (1994) nelle loro riflessioni in merito alla gestione del cosiddetto "anziano fragile" individuano tre motivi principali che rendono il setting ospedaliero non appropriato al trattamento delle patologie cronico-degenerative e della disabilità.

La prima è una motivazione di carattere sociale. Con l'affermazione del passaggio dal concetto di sanità a quello di salute, si è riconosciuta la natura multidimensionale del benessere che trascende gli aspetti meramente fisici e mentali per andare a considerare anche quelli propriamente di carattere sociale (WHO, 1978). L'assistenza necessita di un'organizzazione coerente con le caratteristiche sociali del paziente e di un orientamento al miglioramento della qualità della vita. In questa prospettiva, l'ospedale difficilmente risulta il luogo più opportuno per il trattamento dell'anziano cronico caratterizzato da un bisogno assistenziale protratto nel tempo. La degenza ospedaliera rischia, infatti, di impattare negativamente sul mantenimento dell'inserimento nel proprio ambiente familiare, aumentando la probabilità di diffusione di situazioni di isolamento ed emarginazione. Con l'emergere di un approccio alla sanità maggiormente incentrato sul paziente e non più sull'istituzione erogatrice, maggiore attenzione viene invece attribuita alle forme di domiciliarizzazione dell'assistenza. Tali soluzioni sono sicuramente molto più attente a mitigare l'impatto della malattia sulla qualità della vita, così come le forme di responsabilizzazione del paziente (empowerment) e la sua partecipazione attiva nella gestione della propria condizione di salute (self-care).

Il secondo motivo è di natura economica. Sebbene il XX secolo si sia contraddistinto per la naturale tendenza della medicina a spostarsi sempre più verso forme di cura specialistica, non sempre tale scelta corrisponde ad un evidente guadagno di efficacia, mentre corrisponde spesso ad un incremento dei costi unitari (Longo, 1999). Ciò è essenzialmente dovuto all'eccessiva onerosità che implica la gestione di casi a bassa complessità, o dei casi di lungodegenza, attraverso il ricorso alle costose tecnologie e risorse ospedaliere. Si consideri, ad esempio che nel caso del diabete, una delle patologie croniche a maggiore diffusione, si attestano costi più

di due volte superiore alla spesa sanitaria media pro-capite e che circa l'80% di tale spesa risulta essere destinata a ospedalizzazioni improprie per complicanze (Lucioni C., Garancini M. P. et al., 2003).

Al fine di garantire una maggiore razionalizzazione delle risorse, dunque, l'ospedale necessita di rispettare la propria *mission*, terzo ed ultimo motivo introdotto. In presenza di un sistema che si estende dalla diagnosi al trattamento fino a comprendere la prevenzione e la riabilitazione, l'ospedale cessa di configurarsi come centro pressoché assoluto della assistenza per andare a concentrarsi su specifiche attività della catena del valore assistenziale. In particolare l'ospedale in quanto fondato su una tecnologia sofisticata e un'elevata competenza professionale deve mirare e risolvere quelle problematiche sanitarie che per la loro complessità non possono essere gestite in ambiti a minore intensità di cura quali: (i) le emergenze e le grandi acuzie cliniche non risolvibili in regimi alternativi; (ii) la formulazione diagnostica ad alta complessità o invasività; (iii) le terapie di particolare impegno; (iv) la media e la alta chirurgia; (v) la fase intensiva delle terapie riabilitative. Tutte le altre attività a medio-bassa complessità devono essere invece demandate all'insieme di strutture e servizi territoriali.

In altri termini un sistema assistenziale effettivamente in grado di fornire una risposta efficace ed efficiente alla complessità dei bisogni emergenti dei cittadini si basa sulla combinazione di una forma di assistenza ad intensività tecnologica, quale quella ospedaliera, e di un sistema ad estensività assistenziale, fondato sulle cure primarie.

La rivalutazione del governo delle cure primarie

La ricerca di soluzioni e setting alternativi all'ospedale in grado di garantire una maggiore appropriatezza dell'intervento assistenziale tanto in una prospettiva economica quanto in una sociale e più in generale di qualità assistenziale, hanno favorito lo spostamento dell'attenzione nei confronti del sistema di offerta territoriale, riconosciuto come luogo elettivo per la prevenzione, la gestione delle patologie croniche e la personalizzazione dell'assistenza.

Il governo delle cure primarie, e più in generale di quella che viene definita come assistenza territoriale, risulta essere infatti sempre più determinante per la realizzazione degli obiettivi di equità, efficacia, efficienza e responsabilizzazione dei sistemi sanitari (OECD, 1994). Tale tendenza, peraltro sembra accomunare tanto i sistemi assistenziali di natura pubblica quanto quelli di stampo privatistico quale quello americano, come evidenzia il ricorrere nella recente letteratura dell'appello alla ricostruzione del sistema sanitario e della necessità di rafforzare, appunto, il sistema delle cure primarie (Showstack et al. 2003)

Queste tendenze sembrano giustificate dai risultati di diversi studi internazionali che dimostrano come i paesi con robusti sistemi di cure primarie conseguano risultati migliori sia in termini economici che di qualità delle cure erogate, rispetto a quelli maggiormente improntati sull'assistenza specialistica.

In particolare, un recente studio coordinato da Atun (2004), sui vantaggi e svantaggi derivanti dal ristrutturare un sistema sanitario orientandolo maggiormente al settore delle cure primarie, ha, infatti, dimostrato che i sistemi improntati all'assistenza primaria generalmente riscontrano rispetto ai sistemi maggiormente incentrati sull'assistenza specialistica miglioramenti: (i) negli outcome di salute; (ii) nella soddisfazione dei pazienti; (iii) nell'equità e condizioni di accesso; (iv) nella continuità delle cure e, al contempo, (v) nel contenimento della spesa sanitaria. L'analisi di Atun (2004) conferma, peraltro, una precedente conclusione dello studio di Macinko et al. (2003), secondo il quale allo sviluppo delle cure primarie risulta corrispondere un miglioramento generalizzato delle condizioni di salute di una data popolazione. Jencks et al. (2003), in fine, evidenziano il ruolo strategico dell'assistenza primaria nella politica di razionalizzazione delle risorse. In particolare, evidenziano l'esistenza di una correlazione positiva tra il numero di medici di famiglia ed una migliore qualità delle cure e soprattutto un minor costo complessivo dell'assistenza sanitaria, imputabile all'efficace ruolo di filtro esercitato da i MMG nei confronti delle più costose cure specialistiche.

A fronte di tali vantaggi tuttavia, l'indagine di Atun (2004) ha rivelato come l'assistenza specialistica ed in particolare le strutture ospedaliere continuano ad accentrare gran parte delle risorse e delle tecnologie disponibili a discapito degli altri servizi deputati alla prevenzione e riabilitazione. A conclusioni simili sono arrivati

anche i ricercatori del CEIS (Atella et al. 2005) che rilevano come sebbene la prevenzione e la salute pubblica siano sempre più considerate quali chiavi di volta nell'outcome sanitario, i Paesi OCSE continuano a non destinare molte risorse a tali attività. In particolare, per l'Italia si registrano tra le percentuali di spesa più basse nella prevenzione, con uno 0,6% della spesa sanitaria totale nel 2003 contro una media OCSE pari al 2,8%.

Ciò dimostra come, sebbene da più parti riconosciuto come principale linea strategica da perseguire, il salto paradigmatico da un sistema ospedalocentrico ad un sistema incentrato sul territorio stenta ad affermarsi. Affinché l'auspicato spostamento del baricentro dall'ospedale al territorio possa tradursi in un effettivo incremento della qualità e dell'appropriatezza, le politiche sanitarie sono, infatti, chiamate a riconoscere e fronteggiare il profondo cambiamento strutturale che sta interessando il sistema delle cure primarie nel corso degli ultimi anni. Se, infatti, da un lato la crescente diffusione delle malattie croniche e delle co-morbilità geriatriche genera un'attenzione crescente rispetto all'assistenza territoriale, dall'altro determina la necessità di un ripensamento dell'organizzazione dell'attività connessa a tale forma assistenziale. Emerge l'esigenza di nuove configurazioni di strutture organizzative, contenuti di servizio e modelli di erogazione e soprattutto di nuove modalità di interazione con l'ospedale così come con gli altri livelli assistenziali.

L'assistenza primaria: un concetto in evoluzione

Il concetto dell'assistenza primaria è stato promosso ufficialmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1978. Nella celebre dichiarazione di Alma Ata (WHO, 1978), infatti, l'assistenza primaria viene definita come

“quella assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto

focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. E' il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale (...) e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria".

Da tale articolata definizione si evince che l'assistenza primaria può essere interpretata, in base a diverse prospettive, come (Vuori, 1986):

- un *set di attività*, quali, l'educazione sanitaria, l'identificazione e il controllo dei problemi sanitari, la garanzia di una corretta nutrizione, la garanzia di acqua pura e condizioni igieniche di base, l'assistenza pediatrica e gestazionale, l'immunizzazione, la prevenzione e controllo di malattie endemiche, il trattamento di patologie, la promozione della salute mentale e la distribuzione dei medicinali essenziali (Tarima e Webster, 1978);
- un *livello di cura*, per cui l'assistenza primaria interponendosi tra la popolazione e l'assistenza specialistica generalmente offerta in ambito ospedaliero rappresenta il primo livello di assistenza, definito anche di base (Daves 1920, Institute of Medicine, 1994);
- una *strategia per l'organizzazione dei servizi sanitari*, in quanto l'assistenza primaria ingloba la nozione di cura accessibile, rilevante rispetto ai bisogni della popolazione, funzionalmente integrata e basata sulla partecipazione della comunità, economicamente efficiente e caratterizzata dalla collaborazione tra settori della società;
- una *filosofia* che dovrebbe permeare l'intero sistema sanitario, per cui solo un sistema improntato alla giustizia sociale, all'equità, alla solidarietà sociale alla responsabilizzazione e all'accettazione della più ampia definizione di salute può definirsi garante dell'assistenza primaria.

Queste quattro diverse prospettive interpretative sono state di volta in volta privilegiate nelle politiche sanitarie delle diverse realtà nazionali, in funzione della peculiare cultura di sviluppo del sistema assistenziale e delle dinamiche socio-economiche esistenti. In particolare, nei paesi in via di sviluppo, dove l'equità

dell'accesso al sistema sanitario per tutte le fasce della popolazione risulta ancora oggi una sfida aperta, l'assistenza primaria è vista alternativamente come strategia a supporto dello sviluppo economico e sociale globale della collettività o come un set selezionato di interventi ad alto impatto contro le principali cause di mortalità infantile e contro le malattie infettive (Walsh e Warren, 1979).

In Europa, ed in generale in tutti i paesi industrializzati, a prevalere è stata invece l'accezione di "livello di cura" (PAHO, 2007), privilegiando la dimensione individuale a quella della comunità (McWhinney, 1998). In particolare le cure primarie, le cui differenze con il sistema di cure ospedaliere viene sintetizzato nella *Tabella 1*, riconoscono come proprio livello di riferimento quello più prossimo ai cittadini e cioè il territorio.

Tabella 1. Le differenze tra Sistema ospedaliero e Sistema delle cure primarie

Sistema Ospedaliero	Cure primarie
<ul style="list-style-type: none"> • Intensività assistenziale • Orientato alla produzione di prestazioni • Presidia l'efficienza • Tende all'accentramento attraverso economie di scala • Punta all'eccellenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Estensività assistenziale • Orientato alla gestione di processi assistenziali • Presidia l'efficacia e i risultati • Tenda al decentramento (partecipazione) • Punta all'equità

Fonte: Polillo, 2007

Le cure primarie dovrebbe essere una forma assistenziale centrata sul paziente (Stewart, 2001):

- in grado di soddisfare le sue esigenze informative e soprattutto di coinvolgerlo nel processo decisionale al fine di promuoverne la consapevolezza ed al contempo la responsabilizzazione rispetto al proprio stato di salute;
- attenta all'intera sfera personale dell'individuo, composta da una dimensione emozionale e sociale oltre che sanitaria;
- incentrata sulla prevenzione e la promozione della salute.

In particolare l'assistenza primaria e si fonda su quattro principi fondamentali (Insitute of Medicine, 1978; Starfield, 1992). Essa infatti deve:

- garantire l'*accessibilità* dovunque e in qualunque momento si manifesti il bisogno,
- essere *comprensiva* nel senso di soddisfare tutti i bisogni comuni della popolazione servita, ma al contempo di adattarsi agli specifici bisogni del paziente, alle sue scelte e preferenze;
- garantire la creazione ed il mantenimento di un rapporto longitudinale tra medico e paziente che trascende gli episodi multipli di malattia e include la responsabilità per la prevenzione (*continuità*);
- *coordinare* delle prestazioni specialistiche richieste per affrontare situazioni ad elevata complessità, affinché i bisogni e le preoccupazioni del paziente non vengano smarriti nel momento in cui si muove tra i diversi servizi e provider.

Numerose evidenze empiriche dimostrano l'impatto positivo di tali caratteristiche sulla qualità assistenziale. In particolare, nella prospettiva incentrata sul paziente sono soprattutto l'accessibilità e la continuità della cura ad impattare sulla qualità percepita (Cabana, 2004), sulla probabilità che i pazienti seguano i trattamenti prescritti (Parchman et al. 2002), sulla prevenzione ma anche su un utilizzo più razionale delle risorse (Wasson, 1984).

Da un modello assistenziale incentrato sul MMG al Sistema delle Cure Primarie

Nel modello tradizionale di assistenza primaria nel contesto occidentale, i quattro principi cardine dell'assistenza primaria tendono a tradursi nei compiti e nelle responsabilità attribuite al Medico di Medicina generale - noto nella cultura anglosassone come General Practitioner - (Carmichael, 1997). Tale ruolo è sorto proprio dall'idea che in presenza di una specializzazione crescente della medicina era necessario attribuire al paziente una risposta unitaria ed integrata ai suoi bisogni (Starfield, 1992; Donaldson et al., 1996; Flocke; 1997). Il MMG è infatti in grado di accogliere e soddisfare presso l'abitazione del paziente o nei pressi della stessa, un'ampia gamma di bisogni socio-sanitari che spaziano dalla prevenzione delle malattie e l'identificazione dei rischi, all'offerta di interventi tempestivi, alla

diagnosi, al trattamento e al coordinamento assistenziale, superando non solo i confini clinici ma anche la separazione tra aspetto medico e sociale dell'assistenza.

Il MMG ha tradizionalmente assunto un ruolo di controllo sul paziente, cui spetta la prima decisione relativa ad ogni problema sanitario e che, in caso di elevata complessità del bisogno procede a guidare il paziente all'interno della rete dei servizi socio-sanitari. Tale attività in molti sistemi sanitari, peraltro, oltre ad una valenza propriamente clinica ne assume anche una di carattere economico in quanto il medico generico assume il ruolo di controllo della domanda, promuovendo un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse sanitarie.

Il modello descritto, tuttavia, sembra dimostrarsi inappropriato a rispondere alla complessità emergente del nuovo contesto socio-sanitario.

Un primo importante fattore di complessità è rappresentato dall'espansione delle attività demandate all'assistenza primaria, dovuta alla multidimensionalità e protrazione nel tempo del bisogno assistenziale ed al riconoscimento di un ruolo strategico alle attività di prevenzione e riabilitazione. Con il rafforzamento dell'approccio patient-centric, infatti, il sistema sanitario non può più limitarsi ad assumere un ruolo reattivo, ma al contrario è chiamato ad anticipare i bisogni dei pazienti e soprattutto a seguirlo in maniera continuativa lungo l'intero percorso assistenziale.

All'estensione delle attività, che peraltro trascendono la dimensione propriamente sanitaria per comprendere anche quella sociale in una visione olistica del concetto di salute, si aggiunge la crescita progressiva della specializzazione in campo medico. In presenza di una sempre maggiore frammentazione dei saperi, infatti, risulta difficile per il medico di famiglia disporre delle professionalità necessarie ad affrontare in maniera completa un percorso di cura, continuando così a garantire una risposta comprensiva ed unitaria (Chan, 2002).

L'assistenza primaria risulta così essere distribuita all'interno di un sistema progressivamente più ampio ed articolato di più professionalità socio-sanitarie (infermieri, specialisti territoriali, assistenti sociali...), che risultano variamente interdipendenti, in virtù del loro coinvolgimento nel processo assistenziale del paziente.

Tabella 2. L’Evoluzione del sistema di assistenza primaria

Modello tradizionale	Modello innovativo
Focus	
Malattia	Salute
Cura	Prevenzione, assistenza e cura
Contenuto	
Trattamento	Promozione della salute
Assistenza episodica	Assistenza continua
Problemi specifici	Assistenza globale
Organizzazione	
Specialisti	MMG
MMG	Altro personale in gruppo
Pratica individuale	Team
Responsabilità	
Limitata al settore sanitario	Collaborazione intersettoriale
Dominanza professionale	Partecipazione della comunità
Ricezione passiva da parte del paziente	Responsabilizzazione del paziente

Adattato da Vuori (1985)

In questo scenario si assiste, dunque, al passaggio da una dimensione individuale di assistenza primaria ad una propriamente sistemica. È quindi il sistema nel suo complesso e non più il singolo MMG a dover rispondere ai principi di accessibilità, comprehensiveness, continuità e coordinamento, fornendo una risposta unitaria al paziente.

In questa prospettiva un sistema delle cure primarie appropriato deve dunque dimostrarsi in grado di erogare i servizi ai cittadini a prescindere dalla peculiarità del bisogno manifestato e del punto di accesso del paziente, evitando le situazioni di smarrimento in cui si può incorrere nel tentativo di individuazione del servizio o della struttura più opportuna alla soddisfazione del bisogno emerso. Il sistema deve essere in grado di garantire la stessa percezione di comprehensiveness assicurata dal singolo medico non rendendo visibili le differenze esistenti tra i vari componenti, minimizzando la variabilità delle prestazioni e soprattutto garantendo la continuità assistenziale. In una prospettiva sistemica, infatti, il concetto di continuità si arricchisce di ulteriori significati oltre a quello di relazione longitudinale tra medico e paziente (*continuità interpersonale*). In presenza di una pluralità di operatori il rispetto della continuità presuppone la ricomposizione degli interventi e la disponibilità di un quadro completo del paziente, atto a garantire l’erogazione di interventi appropriati. In questa visione del tutto rinnovata, dunque, il coordinamento da principio di base si tramuta in un elemento strutturale su cui si fondano gli altri.

Fattori chiave per la definizione di un sistema di cure primarie appropriato risultano essere, pertanto, la definizione di appropriati meccanismi di promozione del coordinamento e della cooperazione e della comunicazione tra i diversi attori coinvolti nel sistema assistenziale.

Formulazione del problema di ricerca: il bisogno di ricomposizione dell'assistenza socio-sanitaria

Da quanto considerato sino a questo punto si evince che la capacità del sistema delle cure primarie di continuare a garantire un'assistenza appropriata, tanto in una prospettiva propriamente clinica che economica, risulta essere subordinata all'individuazione di nuovi modelli operativi sinergici e sincronici atti a consentire la ricomposizione dell'unitarietà degli interventi reattivi e proattivi. Unitarietà che rappresenta uno degli obiettivi chiave delle cure primarie (McWhinney, 1997) e che tradizionalmente era garantita dal prevalere della figura del Medico di Medicina Generale.

Quella prospettata, tuttavia, si rivela una vera e propria sfida organizzativa in quanto le peculiarità dell'assetto organizzativo che tradizionalmente contraddistinguono le organizzazioni sanitarie sembrano opporre numerosi ostacoli alla soddisfazione dell'elevato fabbisogno di integrazione emergente.

In termini generali, le organizzazioni sanitarie possono essere ricondotte alla categoria delle burocrazie professionali delineata da Mintzberg (1985). In particolare esse si contraddistinguono innanzitutto per una significativa ampiezza della dimensione orizzontale, giustificata dalla elevata differenziazione dei servizi generalmente erogati. Le numerose unità organizzative (divisioni, unità operative distrettuali, servizi, ecc.) si caratterizzano, a loro volta, per un'elevata discrezionalità operativa e responsabilità onnicomprensiva (economica, competitiva, organizzativa, scientifica, professionale). Il funzionamento delle aziende sanitarie è infatti basato su un sistema di unità operative a capo delle quali operano i singoli professionisti in modo "relativamente indipendente dai propri colleghi" (Mintzberg, 1985 p. 294).

Tale decentramento è in parte determinato dall'eterogeneità dei processi che contraddistinguono l'attività sanitaria, peraltro dettata non solo dalla natura dei

compiti³ ma anche dal contenuto tecnologico delle stesse funzioni. Soprattutto i cicli funzionali medici, in quanto riferiti alle esigenze individuali dei pazienti risultano, infatti, per definizione diversi tra loro (Cicchetti, 2004).

Un altro determinante del decentramento è poi rappresentato dal principio di autonomia decisionale dei medici in merito ai percorsi assistenziali riferiti ai singoli pazienti (Zangrandi, 1988). Il medico assume un pieno controllo sulle sue decisioni e tende ad opporre a qualsiasi tentativo di regolazione esterna la sua diretta responsabilità etica e legale nei confronti del paziente.

Come rileva lo stesso Mintzberg (1985) tale radicamento al principio di autonomia professionale impatta negativamente sulla capacità di integrazione tra professionisti. Questi'ultimi, infatti, tendono a coordinarsi esclusivamente per l'utilizzo di risorse e servizi di supporto comuni, mentre si oppongono a qualunque forma di integrazione del lavoro. Tale situazione risulta essere peraltro ulteriormente rafforzata dalla presenza di forti identità professionali e dal riconoscimento di status differenziati che contribuiscono a creare divisioni tra le parti coinvolte nell'assistenza degli stessi pazienti. Tali fattori infatti finiscono per rafforzare i confini funzionali rendendo le relazioni e le comunicazioni ancora più difficili (Gittel e Weiss, 2004).

Questa organizzazione ha consentito il raggiungimento di economie di scala e lo sviluppo di competenze scientifiche sempre più sofisticate e specializzate, così come una chiara individuazione delle responsabilità lungo la linea gerarchica. D'altra parte ha, però, contribuito alla creazione organizzazioni sempre più settorializzate, sicuramente capaci di rispondere sempre più in profondità a particolari problemi di salute ma con evidenti criticità in merito alla gestione integrata e complessiva del paziente (Del Vecchio, 2000). Tale configurazione si rivela, infatti, del tutto incapace di favorire la trasversalità organizzativa e di concentrare gli sforzi delle diverse funzioni sull'obiettivo organizzativo dato dall'intervento sanitario sul paziente,

³ Maggi (1989) individua tre tipi di cicli funzionali che contraddistinguono l'azione sanitaria: (i) il *ciclo medico* caratterizzato dalle fasi tradizionali di diagnosi, terapia e controllo; (ii) il *ciclo dell'assistenza infermieristica e di supporto* alla degenza ospedaliera; e (iii) il *ciclo amministrativo* che attiene alla gestione di processi di contenuto economico-finanziario.

comportando una “perdita di unitarietà della gestione, dovuta alla scomposizione rigida della struttura in servizi tra loro “impermeabili” (Corradini, 1996).

La situazione, peraltro si rivela estremamente più complessa nel passaggio dalla realtà propriamente ospedaliera a quella territoriale. Il consistente decentramento dei servizi giustificato dalla necessità di migliorare l'erogazione implica la necessità di gestire le interdipendenze non solo a livello intra-organizzativo ma anche inter-organizzativo, ovvero tra le diverse strutture dislocate sul territorio, e addirittura inter-istituzionale. In merito a quest'ultimo punto, infatti, nel momento in cui si trascende la mera dimensione sanitaria dell'assistenza per andare a considerare anche la sfera propriamente sociale, il fabbisogno di integrazione si manifesta tra giurisdizioni, istituzioni e professioni diverse, frequentemente con regolazioni in conflitto ed estremamente eterogenee in termini di linguaggi, ruoli clinici, responsabilità e approcci al servizio.

In questo contesto il coordinamento tra i diversi operatori rischia di dipendere fortemente da relazioni informali molto spesso mediate dal paziente. Tradizionalmente è infatti quest'ultimo ad assumere il ruolo di integratore, il quale muovendosi attraverso l'intero sistema territoriale viene a costituirsi come il principale vettore di informazioni clinico-diagnostiche (Ruffini, 1997; Longo e Ripa di Meana, 1995).

LA RETE ASSISTENZIALE: UNA PRIMA CONCETTUALIZZAZIONE

Introduzione

Da quanto emerge dal capitolo precedente la capacità dei sistemi sanitari di erogare un'assistenza sanitaria appropriata, tanto in una prospettiva economica che sociale, è subordinata alla capacità di gestire l'elevato fabbisogno di integrazione tra la molteplicità di erogatori assistenziali che contribuiscono, in una situazione di autonomia reciproca seppur all'interno di un confine istituzionalizzato, al continuum assistenziale.

La nozione di integrazione, che deriva dal latino *integer* ovvero completare, rappresenta uno dei concetti chiave nell'approccio organizzativo sistemico - tanto di stampo meccanicistico quanto organicistico - che interpreta l'organizzazione come un insieme di elementi interagenti, ovvero che svolgono un ruolo complementare al fine del perseguimento di obiettivi comuni (Daft, 2004).

In questa prospettiva l'integrazione, intesa come la capacità di riportare verso l'unità comportamenti e atteggiamenti differenziati senza tuttavia rinunciare ai vantaggi forniti dalla divisione del lavoro, è tradizionalmente riconosciuta come uno dei problemi organizzativi a priorità assoluta (Decastri, 1997). Il fabbisogno di integrazione nasce, seguendo l'impostazione del famoso studio di Lawrence e Lorsch (1969), dalla presenza di un grado elevato di differenziazione organizzativa, orientamenti e cultura, di conoscenze e competenze, di obiettivi e interessi. Più in dettaglio, esso scaturisce dalla necessità di gestire le interdipendenze⁴ "residue"- non risolte dal disegno delle unità organizzative - che legano tra loro le unità differenziate attraverso appropriati meccanismi di integrazione⁵ o coordinamento (Grandori, 1999).

⁴ Le interdipendenze possono essere definite come lo scambio o condivisione di risorse materiali e di informazioni tra gli attori generato dai processi operativi all'interno delle unità organizzative e tra diverse unità organizzative (Grandori, 1999 e Camuffo, 1997).

⁵ Grandori (1999) specifica come la nozione di integrazione sia in genere prediletta a quella di coordinamento nella letteratura specialistica sull'organizzazione interna dell'impresa.

Alla stregua di quanto verificatosi in altri domini anche in quello sanitario la produzione scientifica relativa agli aspetti dell'integrazione e del coordinamento si rivela estremamente ricca e articolata. In particolare, una notevole spinta in tale direzione è stata fornita dall'affermazione nei paesi occidentali del paradigma dell'*integrated care*, fondato sull'assunto che esiste una relazione diretta tra l'integrazione dei servizi e la qualità assistenziale. È proprio con l'introduzione di questo paradigma olistico e multidimensionale che si apre il capitolo per poi andare ad esplorarne la dimensione propriamente organizzativa attraverso l'approfondimento del concetto di rete assistenziale. In particolare, coerentemente con gli obiettivi di ricerca definiti, in presenza di una pluralità di prospettive interpretative e di studio ad essere privilegiata sarà quella che si incentra sull'osservazione del funzionamento e del coordinamento tra i diversi nodi tra i network, al fine di evidenziarne le caratteristiche e le criticità.

Il paradigma dell'*Integrated care*

L'*integrated care* si identifica con una serie di metodi e di modelli volti a ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti con problemi complessi (Ovretveit, 1998). L'assunto alla base di questo paradigma è che un'assistenza maggiormente integrata si rivela in grado di garantire una maggiore efficienza economica e un miglioramento della qualità e della soddisfazione tanto degli utenti quanto degli stessi professionisti socio-sanitari.

Sebbene l'espressione *integrated care* sia divenuta di uso comune, tuttavia, continua a non avere dei confini propriamente definiti (Kodner e Spreeuwenberg, 2002). Ad esempio tale termine viene spesso ad essere assimilato ad approcci dalla portata più circoscritta quali:

- lo *shared care* che enfatizza la gestione contemporanea di diversi livelli di cura (Hampson et al., 1996);
- la *coordinated care* che enfatizza il coordinamento e l'aggregazione di risorse;

- la *managed care* che invece enfatizza l'integrazione verticale di servizi finanziari e clinici e della gestione di risorse; così come (Miller e Luft, 1997)
- il *disease management* (Harris, 1996) che in fine enfatizza il ruolo della prevenzione per la gestione efficace ed efficiente della cronicità.

In particolare due risultano essere le interpretazioni dell'integrated care prevalenti. Il primo orientamento adotta una prospettiva incentrata sul sistema sanitario. Secondo una visione organization-based l'integrazione può essere, infatti, interpretata come un processo di tipo top-down guidato da una esigenza organizzativa più generalizzata verso l'ottimizzazione. In questa prospettiva, l'integrazione assistenziale è interpretata prevalentemente come un driver per il potenziamento dell'efficienza e dell'efficacia. Essa consente, infatti, attraverso una maggiore interazione tra i diversi livelli assistenziali, una contrazione degli sprechi, una maggiore flessibilità del servizio ed un utilizzo più razionale dei diversi livelli di cura, in funzione dell'effettiva complessità dell'intervento richiesto (Grone e Garcia-Barbero, 2001). Questa visione dell'integrated care si riflette prevalentemente nel modello della *managed care* americana in cui alla base dei processi di integrazione si riscontra la presenza di una azione manageriale in risposta a pressioni contingenti di natura competitiva. Tuttavia, tale approccio è parzialmente diffuso anche in Europa dove alla pressione competitiva si sostituiscono le spinte istituzionali al recupero dell'efficienza a livello micro-strutturale (Chicchetti, 2002).

Ad una visione dell'assistenza integrata estremamente incentrata sull'efficienza organizzativa, Kodner e Spreuwenberg (2002) contrappongono una visione maggiormente patient-centric, enfatizzando il ruolo dell'integrated care nell'incoraggiare un approccio olistico e personalizzato alla multidimensionalità dei bisogni sanitari. I due autori ritengono, infatti, che l'integrazione non debba essere totale ma funzionale agli effettivi bisogni del paziente. In altri termini, seguendo un approccio bottom-up, riconoscono come dimensione principale nella scelta delle strategie di integrazione (cosa, come e dove integrare) gli effettivi bisogni della comunità, le sue credenze, preferenze e valori sociali, al fine di garantire un certo livello di partecipazione comune. A simili conclusioni giungono anche Plochg e

Klazinga (2002). La scelta di adottare come punto di partenza per l'integrazione i bisogni e i valori di una comunità consente di massimizzare i risultati sanitari in due diversi modi: da un lato in quanto un sistema di erogazione costruito sugli effettivi bisogni si rivela effettivamente in grado di impattare positivamente (nei limiti delle risorse disponibili) sullo stato di salute della comunità stessa. Inoltre, tale scelta incrementa la probabilità di sviluppo di una maggiore accettazione e partecipazione della comunità nei confronti del sistema sanitario.

Esempi di tale prospettiva risultano essere la continuità assistenziale e il Disease Management. Quest'ultimo in particolare può essere definito come una strategia *population-based* (Harris, 1996) in quanto il campo d'azione non fa riferimento al singolo paziente che su base episodica manifesta un problema medico, bensì ad una popolazione di pazienti con caratteristiche omogenee – malati cronici ad alto rischio di sviluppare complicanze particolarmente onerose. Rispetto a tale popolazione l'intero sistema di erogazione è chiamato a fornire, secondo una vista processuale, soluzioni economicamente e qualitativamente adeguate. Come rilevano Hunter e Fairfield (1997), inoltre, il Disease Management adotta una prospettiva patient-centred dell'assistenza non più interpretata come una serie di episodi discreti o come incontri isolati e frammentati tra i vari componenti del sistema ma piuttosto come entità che vivono il corso clinico della malattia. In questo senso il Disease Management promuove forme di integrazione e coordinamento delle risorse mediche sia lungo il continuum della malattia che attraverso l'intero sistema assistenziale (BCG, 1995).

La distinzione tra l'integrazione consumer-oriented e provider-oriented tuttavia non risulta essere l'unica testimonianza della presenza di assunti contrastanti sui contenuti della nozione di integrated care, così come sugli obiettivi perseguiti. A tal riguardo, ad esempio Reed et al. (2003) distinguono tra integrazione sanitaria e sociale, mentre Leatt et al. (2000) tra integrazione funzionale e clinica.

La dimensione organizzativa dell'integrated care: la rete assistenziale

A prescindere da tali difficoltà interpretative in ogni caso l'integrated care si fonda su un insieme interagente di iniziative a livello micro (relazione medico-

paziente), a livello meso (organizzazione sanitaria) e macro (politica sanitaria). Lo sviluppo di linee strategiche e organizzative non può, infatti, prescindere dalla realtà dei servizi erogati, così come quest'ultimi necessitano a loro volta di appropriate politiche e soluzioni organizzative di supporto.

Concentrandosi, tuttavia, sulla dimensione organizzativa, l'affermazione del paradigma dell'integrated care ha contribuito ad uno spostamento del focus di ricerca dalla singola organizzazione sanitaria - in primis l'ospedale - (Gittell, 2002; Gittell et al. 2000; Shortell et al. 1994), alla rete dei servizi assistenziali e dunque sulla necessità di individuare strumenti in grado di ottimizzare il funzionamento non tanto dei singoli nodi specializzati ma piuttosto della rete nel suo complesso (Shortell et al., 1995).

Estremamente ricca si dimostra infatti la letteratura sul modello organizzativo a rete applicato al dominio sanitario variamente definito come “organized delivery system” (Shortell et al. 1994), “integrated health care delivery system” (Pointer et al., 1994) “integrated delivery system” (Hurley 1993), “integrated service network” (Shortell et al. 1994), “integrated delivery network” (Shortell et al. 1994), “integrated rural health networks” (Moscovice et al. 1997), “réseaux de soins” (Antras-Ferry, 2006), o “chain of care” (Ahgren,2003).

A prescindere dalla diversa terminologia, la rete assistenziale si identifica in un'organizzazione complessa in cui una pluralità di soggetti reciprocamente indipendenti e autonomi, che offrono servizi tra loro integrati, lavorano in modo coordinato, superando i confini esistenti dettati dalla professione e dalla struttura organizzativa, al fine di assicurare servizi di alta qualità e clinicamente efficaci (Shortell et al. 1994; Cicchetti 2002; Alexander et al., 2003).

Un network assistenziale consente dunque di:

- gestire in modo più efficiente il personale
- ridurre i confini professionali e organizzativi
- condividere le buone pratiche
- mettere al centro dell'assistenza il paziente e
- migliorare l'accesso alla cura (NHS Confederation, 2002).

Le prospettive di ricerca sulle reti in sanità

Nel corso degli ultimi anni il dibattito sul contributo che l'adozione di modelli reticolari può fornire all'erogazione dei servizi sanitari, in termini di efficacia, efficienza gestionale e appropriatezza è divenuto progressivamente più acceso, con la conseguente intensificazione dell'affermazione di questo modello organizzativo in diversi sistemi sanitari, quali ad esempio quello americano (Tedeschi, 2004), francese (Antras-Ferry, 2006), britannico (Woods, 2001; Wilkin et al., 2001), spagnolo (Larizgoitia e Starfield, 1997) ed anche italiano (Cicchetti, 2002; Lega 1998; Meneguzzo, 1996).

In particolare, i numerosi contributi sul tema possono essere ricondotti a due principali filoni di ricerca distinti in termini di focus di indagine, livello di analisi considerato e metodi di analisi adottati (Cicchetti et al. 2005).

I due filoni di ricerca dominanti

Il primo filone è diretto ad analizzare il modello a rete, nelle sue caratteristiche sia strategiche che organizzative, prendendo come unità di analisi fondamentale i nodi del network. Basati sulle due prospettive teoriche prevalenti relative allo studio della rete – la teoria della dipendenza dalle risorse e l'economia dei costi di transazione – tale filone si concentra essenzialmente sull'analisi dei benefici che il modello è in grado di apportare alla singola organizzazione. Questi benefici sono valutabili sia in termini di razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, attraverso la realizzazione di economie di scala e di scopo, sia in relazione alle maggiori opportunità di apprendimento offerte dall'accresciuta interazione con altre strutture. In questo senso, il sistema a rete rappresenta lo strumento ideale per consentire una maggiore efficienza gestionale, unitamente ad elevate opportunità di integrazione, favorendo l'alta specializzazione e la concentrazione degli investimenti. Relativamente a tali aspetti, la letteratura sulle reti in sanità è dunque riconducibile in ampia misura al filone dello strategic management, richiamando ove possibile concetti e strumenti sviluppati in altri contesti settoriali (Cicchetti et al. 2005).

Sul piano organizzativo, invece, l'analisi si concentra sulle modalità di aggregazione/integrazione dei nodi di una rete. A tal riguardo, in particolare la letteratura tende a convergere rispetto a due categorie fondamentali (Lega, 1998; Leichsenring, 2004): le reti integrate orizzontalmente e le reti integrate verticalmente.

Nel primo caso, l'aggregazione scaturisce dalla combinazione di attività poste sul medesimo livello di cura, secondo un criterio territoriale o medico-specialistico. Il criterio territoriale, in particolare, prevale in presenza di un approccio population-based in quanto la rete che ne scaturisce consente di fornire una risposta comprensiva alla varia natura dei bisogni di una data popolazione servita. Esempi di tale forma di rete risultano essere i Primary Health Care Team spagnoli composti da professionisti medici e non che offrono servizi integrati destinati ad una specifica area geografica (Larizgoitia e Starfield, 1997). Il criterio di integrazione medico specialistico risulta essere invece coerente con un approccio organization-oriented, incentrato sulla massimizzazione dell'efficienza. Tali network, mirano all'incremento delle economie di scala, alla condivisione dei servizi amministrativi e di supporto in un'ottica di economicità, ma al contempo anche alla promozione di una specializzazione crescente. In merito a quest'ultima forma di network la dottrina fa ampiamente riferimento al modello cosiddetto *polo/antenne*, costituito da un polo d'eccellenza volto ad erogare prestazioni sanitarie generalmente di elevata complessità, e da centri periferici che fungono da antenne per il polo. Tale configurazione favorirebbe, inoltre, la specializzazione dei centri di eccellenza per il trattamento dei casi più complessi, permettendo alle antenne di gestire con una certa autonomia il trattamento delle casistiche di minore complessità. A tal riguardo Lega (2002) specifica come l'integrazione orizzontale possa generare una crescente specializzazione secondo il modello della *focused factory*, ovvero strutture focalizzate sui problemi di salute mirati, rinvenibile sul territorio nei cosiddetti ambulatori medici per patologia.

Le reti integrate verticalmente ricercano, invece, un'aderenza strutturale rispetto al percorso assistenziale del paziente e al continuum di prestazioni sanitarie di tipo preventivo-diagnostico, terapeutico e riabilitativo. L'integrazione verticale si riferisce, infatti, prevalentemente al consolidamento o alla combinazione di strutture

e professionisti interdipendenti posti su diversi livelli di cura (es. dai medici di famiglia, agli specialisti ambulatoriali, agli specialisti ospedalieri) oppure alla combinazione dell'assistenza sanitaria con quella propriamente sociale (Leggat and Leatt, 1997). In questo modo viene dunque promossa una triplice unitarietà: di presa in carico, di progetto assistenziale e di percorso di fruizione dei servizi. Ciò risponde alla logica di trattamento di una patologia al livello di intervento che a parità di efficacia costi meno (Lega, 2002).

Ai modelli evidenziati, Cicchetti et al. (2005) ne aggiungono un altro ampiamente analizzato in dottrina. Si tratta del modello *hub and spokes*, basato sulla presenza di una struttura centrale che assume una vocazione generalista di media-alta specialità (*hub*) - spesso in virtù delle maggiori risorse detenute - cui si affiancano le altre strutture (*spokes*) appartenenti al network, che svolgono funzioni di primo intervento (pronto soccorso) e di gestione della casistica più semplice (Cicchetti, 2005.; Lega, 2002). Il modello *hub & spoke* può essere dunque utilizzato convenientemente ed efficacemente per concentrare i servizi caratterizzati da bassi volumi di attività o da una elevata tecnologia.

Il secondo filone di studi non si dimostra invece particolarmente sviluppato nel dominio delle reti di servizi (Cicchetti et al. 2005). Quest'ultimo si concentra prevalentemente sui flussi che si determinano all'interno della rete. In altri termini tale filone predilige all'analisi delle caratteristiche dei nodi l'osservazione delle dinamiche di integrazione, di coordinamento e di interdipendenza, mirando a fornire una descrizione della struttura e del funzionamento del modello organizzativo a rete (Levin e White, 1961; Fennell e Warnecke, 1988; Starkweather, 1990).

La prospettiva di ricerca adottata: l'analisi multilivello delle dinamiche di coordinamento tra i nodi

È proprio quest'ultima prospettiva di osservazione che si dimostra strumentale agli obiettivi di ricerca perseguiti in quanto consente di concentrare l'attenzione su quelle che sono le problematiche connesse con la gestione del fabbisogno di integrazione tra i diversi nodi della rete in funzione dei cicli operativi posti in essere.

Tuttavia la peculiarità del dominio trattato impone un'ulteriore riflessione in relazione all'impostazione adottata. Gli schemi interpretativi del modello organizzativo a rete e dei meccanismi di coordinamento tra i nodi, sembrano dimostrare alcuni limiti applicativi nel dominio dell'assistenza territoriale in cui i nodi si identificano con i singoli servizi socio-sanitari erogati sul territorio di riferimento.

Considerando, ad esempio, la struttura del sistema socio-sanitario italiano emerge, infatti, come la tutela del continuum assistenziale implica la necessità di gestione delle interdipendenze tanto a livello intra-organizzativo, come quelle intercorrenti ad esempio tra diversi reparti ospedalieri o diverse unità afferenti ad un unico dipartimento (salute mentale, prevenzione...); quanto a livello inter-organizzativo se si considera il notevole contributo assicurato da professionisti o strutture convenzionate (MMG, specialisti summaisti...), tanto, in fine, a livello inter-istituzionale. Quest'ultime infatti si verificano nel caso di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali che rientrano nelle competenze non del sistema sanitario quanto delle amministrazioni locali (in primis i Comuni).

In presenza di un siffatto fenomeno organizzativo che non può essere esaminato senza un superamento dei livelli di analisi (Rousseau, 1995; Gersick, 1991), dunque, i tradizionali framework interpretativi che tendono a mantenere separato il livello intra-organizzativo da quello inter-organizzativo non si rivelano particolarmente appropriati.

Un primo tentativo di superamento dei confini tra i diversi livelli di analisi è tuttavia riconducibile alla *network theory*. Tale approccio si concentra sulla relazione tra unità interdipendenti che necessitano il trasferimento di informazioni e risorse per perseguire gli obiettivi definiti (Granovetter, 1985). La *network analysis* è stata infatti riconosciuta come un approccio multilivello in grado di collegare gli approcci micro e macro al comportamento organizzativo (Tichy, 1981). Wasserman e Faust (1995) considerano che nella *social network analysis* sono le entità a rappresentare l'unità di analisi e che queste unità possono identificarsi tanto con individui quanto con una o più organizzazioni. Da ciò ne deriva che i network intra e inter-organizzativi possono essere compresi all'interno di un singolo framework concettuale. Tuttavia, come rilevano Gittel e Weiss (2004), a tale approccio non

hanno fatto seguito numerosi lavori empirici e soprattutto quelli realizzati si concentrano essenzialmente sui sentieri di influenza o sull'uso strategico degli punti deboli strutturali piuttosto che sulla rete per il coordinamento.

Un ulteriore tentativo in tale direzione è quello effettuato da Gittel e Weiss (2004), i quali dimostrano la possibilità di superamento dei livelli di analisi evidenziando la presenza di similarità nell'interazione all'interno e tra le organizzazioni. I due autori giungono così a superare la tradizionale concezione che tende a sottostimare l'autonomia delle unità all'interno delle organizzazioni ed al contempo a sovrastimare l'autonomia reciproca tra organizzazioni. In questa prospettiva, quindi, lo strumento della gerarchia e del mercato non possono essere più considerate come le soluzioni più appropriate rispettivamente per le due situazioni, evidenziando, al contrario, come in realtà per entrambi i livelli si possa parlare semplicemente di relazioni tra parti interdipendenti.

Basandosi dunque sulle considerazioni di Gittel e Weiss nel prosieguo del lavoro potremo superare il problema della definizione del livello di analisi limitandoci a considerare il sistema di erogazione come un insieme di servizi interagenti e concentrandoci sulle interdipendenze intercorrenti tra tali servizi a prescindere dalla loro natura intra, inter-organizzativa e inter-istituzionale.

Le dimensioni dell'integrazione nelle reti assistenziali

Al secondo filone di ricerca individuato nel paragrafo precedente possono essere ricondotti gli studi inerenti le dimensioni dell'integrazione di rete. In particolare si individuano due distinte dimensioni: la natura e l'intensità dell'integrazione.

La natura dell'integrazione

In merito alla prima dimensione, Shortell et al. (1994) suggeriscono che i membri di un network devono gestire tre diversi tipi di integrazione: clinica, funzionale e l'integrazione tra il medico e il sistema. Le prime due forme di integrazione possono essere ricondotte ai tre cicli che compongono il processo

funzionale (medico, amministrativo e di supporto) (Maggi, 1989). Infatti l'integrazione clinica concerne il coordinamento o la combinazione dei servizi assistenziali tra le diverse unità, mentre quella funzionale il coordinamento o la combinazione delle funzioni e le attività di supporto. Il terzo tipo di integrazione, invece, concerne l'identificazione dei professionisti con il sistema che si manifesta con la partecipazione degli stessi nella sua pianificazione, gestione e governo. Questi tre tipi di integrazione sono tra loro interrelati: l'integrazione clinica può essere, ad esempio, promossa da alcuni tipi di integrazione funzionale e dalla partecipazione attiva nel processo decisionale (Shortell et al, 1994).

L'intensità dell'integrazione

La seconda dimensione, ovvero l'intensità dell'integrazione, risulta essere invece al centro dell'indagine di Leutz (1999), il quale propone una classificazione dei network assistenziali in funzione dell'intensità di integrazione tra i nodi.

Leutz (1999) individua tre modelli di network (linkage, coordination e full integration) che si distribuiscono su un continuum che spazia da un livello di integrazione molto basso (linkage) ad un livello di integrazione totale (full integration).

Il modello organizzativo definito da Leutz con il termine *linkage* risulta essere quello più vicino al tradizionale modo di operare del sistema socio-assistenziale. I diversi professionisti cui si rivolge la popolazione di un dato territorio continuano a svolgere le proprie funzioni in una situazione di sostanziale isolamento nel rispetto delle specifiche giurisdizioni, dei criteri di eleggibilità, limiti finanziari e limiti operativi specifici della propria attività. Tuttavia mantengono dei collegamenti, seppur deboli, con le altre organizzazioni del sistema. Tali collegamenti si esprimono sostanzialmente nella disponibilità delle informazioni necessarie ad orientare verso il servizio più appropriato il paziente in caso di degenerazione del quadro clinico. Il principale meccanismo di coordinamento su cui si basa tale forma è rappresentato, infatti, dalle linee guida universalmente riconosciute da cui gli operatori possono estrarre le indicazioni in merito alle procedure cliniche da seguire. (Ahgren e Axelsson, 2005).

Il modello denominato *coordination* si basa su una forma di integrazione più strutturata rispetto a quella proposta dal linkage. Tale modello, infatti, prevede il coordinamento tra le strutture reciprocamente autonome che compongono un dato sistema assistenziale. Il coordinamento si basa essenzialmente sulla definizione di meccanismi per la gestione del passaggio del mandato di cura tra i setting e per la condivisione dell'informazione, al fine di ridurre la confusione, la scarsa comunicazione, la frammentazione e la discontinuità all'interno del sistema e tra le diverse unità. L'enfasi è dunque sulla creazione di una infrastruttura per gestire l'intero continuum assistenziale e l'insieme di servizi, destinata ad una popolazione target.

L'ultimo modello proposto da Leutz, denominato *full integration*, si rivolge, in fine, a gruppi con bisogni estremamente complessi e si basa su una forma di integrazione totale delle responsabilità, risorse e finanziamenti all'interno di un unico quadro organizzativo. In altri termini, tale modello si basa su una radicale riconfigurazione del sistema di erogazione in favore della costituzione di un sistema atto a consentire la gestione interna dell'intero percorso assistenziale del paziente.

Due diversi approcci all'integrazione nella rete assistenziale

Sia il modello denominato *coordination* che *full integration* presuppongono l'adozione di un approccio di reingegnerizzazione del tradizionale modello organizzativo specialistico funzionale in favore di un approccio orientato al processo assistenziale in modo tale da garantire: (i) "l'unitarietà della presa in carico", tale per cui la struttura o il professionista responsabile del caso è di volta in volta identificato con chiarezza; (ii) l'unitarietà del progetto assistenziale, tale per cui l'individuo viene "umanizzato" attraverso il recupero di una sua visione olistica che combina "mente e corpo"; (iii) l'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi, tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata" (Lega, 1998, p.59).

Tuttavia i due modelli si caratterizzano per un diverso approccio all'adozione di una logica di processo.

La riduzione della necessità di integrazione: l'approccio del "patient-focused hospital"

Il modello di *full integration* si basa sulla promozione di una nuova logica organizzativa che abbandona radicalmente il principio della specializzazione per focalizzarsi sulle interdipendenze tra le attività riducendo in questo modo la necessità di integrazione (Monti e Oriani, 1997).

Nel dominio sanitario tale approccio, generalmente diffuso nel dominio ospedaliero, è anche noto con il termine *patient-focused hospital* basato sulla creazione di dipartimenti più o meno autonomi coinvolti nel trattamento di specifici gruppi di pazienti che necessitano di risorse omogenee (Lathrop, 1993). Nella sua accezione più estrema tale modello prevede che ogni paziente possa essere addirittura interpretato come uno specifico progetto, intorno a cui combinare in modo temporaneo le risorse necessarie.

In prima analisi questo approccio all'integrazione totale appare come il più appropriato per garantire da un lato la continuità assistenziale nel tempo e tra i diversi setting coinvolti, dall'altro, la riduzione delle duplicazioni, dei costi amministrativi e la promozione di una più equa allocazione delle risorse (Kodner e Kryiacou, 2000). Tuttavia questa soluzione presenta numerosi limiti applicativi. Un primo importante limite è legato all'inevitabile resistenza al cambiamento che un approccio così radicale potrebbe comportare. La presenza di una radicata cultura professionale così come di un forte principio di autonomia risultano essere infatti importanti fattori di inerzia da dover considerare. Ai fattori culturali si aggiungono anche i vincoli istituzionali che in numerose realtà rallentano se non addirittura impediscono radicali variazioni strutturali (Mur-Veeman et al. 2003; Hardy 1999). Tali vincoli risultano essere peraltro accentuati in presenza di una molteplicità di agenzie e istituzioni coinvolte, cui fanno variamente riferimento i diversi servizi assistenziali, a causa dell'eterogeneità delle fonti normative. Inoltre, la crescente specializzazione dei medici ed al contempo la ricerca di una crescente efficienza organizzativa inducono a ritenere preferibile ad una riorganizzazione radicale del sistema in favore di una struttura per processi, la ricerca dell'equilibrio tra l'organizzazione lineare e quella circolare, avente quale perno il paziente, più

rispondente alle necessità di operare per obiettivi con tempestività e sinergie (Salvemini e Piantoni, 1991).

Come suggerisce lo stesso Leutz (1999), l'approccio di integrazione totale si dimostra, infatti, estremamente complesso ed oneroso. Pertanto risulta essere appropriato per realtà ridotte e circoscritte quali la presenza di un sub set di pazienti cronici caratterizzato da condizioni instabili e complesse. In altri termini, l'integrazione totale può essere appropriata solo quando tutte le agenzie della rete sono richieste nell'erogazione della assistenza in maniera continuativa.

L'aumento delle capacità organizzative di integrazione

Alla luce delle considerazioni riportate in merito al modello di *full integration*, il modello di maggiore applicabilità risulta essere quello denominato *coordination*. Tale modello si basa, infatti, su una risposta al fabbisogno di integrazione crescente che ricorre ai meccanismi organizzativi "classici". In altri termini se la soluzione precedentemente esposta si fonda sulla riduzione del fabbisogno di integrazione attraverso l'adozione di nuovi criteri di raggruppamento delle unità organizzative, in questo caso il problema dell'integrazione viene affrontato con l'aumento delle capacità organizzative di integrazione delle attività costituenti un processo (Monti e Oriani, 1997). Assumendo come data la ripartizione tecnico-funzionale delle attività, tale approccio si basa, infatti, sul potenziamento o l'individuazione di nuovi meccanismi di collegamento. La logica seguita si fonda quindi sulla consapevolezza dell'orizzontalità dell'organizzazione a fronte però della necessità di mantenere le specializzazioni funzionali in essere.

L'adozione di meccanismi di coordinamento laterali - quali come vedremo più approfonditamente in seguito, i clinical pathways o il case manager - consente ai singoli servizi di superare lo stato di frammentarietà ed isolamento acquisendo una maggiore orientamento non più al risultato del singolo atto per se ma al suo inserimento e valore all'interno di una più ampia catena di interventi e, dunque, del suo contributo sul risultato finale. A tal riguardo, infatti, Kumar et al. (1993) rilevano, ad esempio, come i maggiori benefici delle agende integrate dei servizi ancillari si realizzano quando il personale di tali servizi non considera il proprio

prodotto come un output finale, adottando una prospettiva che pone al centro il paziente. In altri termini, accettare l'integrazione consente la definizione di un sistema sanitario in cui il passaggio fluido e senza intoppi del paziente è più importante dell'alto utilizzo delle risorse.

I meccanismi di coordinamento nella rete assistenziale

Alla luce delle considerazioni fin qui realizzate, risulta dunque necessario effettuare un'analisi di quelli che sono i meccanismi di coordinamento orizzontale che permettono di realizzare l'integrazione tra i diversi servizi che compongono la rete assistenziale.

I meccanismi di collegamento orizzontale sono stati inizialmente teorizzati nella prospettiva intra-organizzativa come strumentali a far fronte al crescente fabbisogno di coordinamento tra individui che svolgono attività interdipendenti e che pone in crisi la tradizionale struttura gerarchico-funzionale (Galbraith, 1973; Lawrence e Lorsch, 1967). Tuttavia successivamente ne è stato considerato il ruolo strategico anche a supporto della rete ed in particolare di quello tra imprese (Grandori, 1995).

Gli strumenti proposti in letteratura si sviluppano in un continuum che va da forme di carattere informale, quale il contatto diretto - a forme di carattere formale e più strutturate quali i ruoli di integrazione sino a giungere alla struttura matriciale o multi focalizzata. Tali meccanismi possono inoltre essere classificati in funzione alla loro stabilità nel tempo (permanenti e temporanei) e in relazione alla loro complessità (individuali o collettivi) (Daft, 2004).

In particolare qui di seguito verranno analizzati i tre meccanismi formali più diffusi nel dominio sanitario: il percorso assistenziale, il case manager ed il team, evidenziandone i punti di forza, le criticità e le modalità e condizioni applicative.

Il percorso assistenziale

I clinical pathways, più noti nella letteratura italiana come percorsi assistenziali (Casati e Vichi 2002) o profili di cura (Panella et al. 1997)

rappresentano degli strumenti di gestione clinica usati per definire, nel contesto applicativo locale, la sequenza ottimale degli interventi sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse, professionali e tecnologiche a disposizione. I percorsi assistenziali pongono, quindi, l'attenzione sul miglioramento dei processi per ridurre la variabilità non necessaria e per aumentare la qualità dell'assistenza e del servizio offerti.

Lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi assistenziali è considerato come uno dei principali step nell'orientamento per processi di un ospedale (Vera e Kuntz, 2007) o più in generale di un network assistenziale. Essi infatti rappresentano un potente strumento di coordinamento atto a soddisfare il fabbisogno di integrazione orizzontale, in grado di "favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori modalità per l'utilizzazione delle risorse" (Zangrandi, 2003).

Peraltro il percorso assistenziale assicura un coordinamento più efficace non solo tra le attività assistenziali ma anche tra queste ultime e i diversi processi di supporto, consentendo la programmazione del lavoro infermieristico o amministrativo, favorendo la standardizzazione degli input e quindi rendendo più efficiente l'utilizzo delle risorse (Cicchetti, 2004).

Tozzi (2003) invece enfatizza la capacità del percorso assistenziale di promuovere la condivisione delle conoscenze scientifiche e di sintetizzarle intorno ad un processo formalizzato facendo del confronto multidisciplinare il motore del cambiamento organizzativo. Infatti, solo dal confronto intra-professionale ed inter-professionale è possibile, infatti, garantire un insieme di comportamenti organizzativi coerenti tra di loro ed efficaci rispetto al risultato di salute del paziente.

La letteratura corrente ha dimostrato i miglioramenti degli outcome dei pazienti nei sistemi che adottano i percorsi assistenziali. I pazienti hanno l'opportunità di diventare membri attivi nella loro assistenza comportando alti livelli di soddisfazione.

Tuttavia a fronte dei notevoli vantaggi del ricorso ad una forma di coordinamento per standardizzazione quale quella introdotta dal percorso assistenziale non è possibile prescindere dai suoi limiti applicativi. Riprendendo un

approccio basato sulla classica teoria di J.D. Thompson (1967), infatti, la tecnologia medica è generalmente trattata come “prototipo” della cosiddetta tecnologia intensiva: il medico, nella cura del paziente, pone in essere attività ogni volta diverse, in quanto il trattamento messo in atto dipende in modo marcato dalle caratteristiche peculiari del paziente e della malattia in atto. Inoltre, il processo assistenziale è generalmente caratterizzato da un andamento e un esito non predeterminabili, ed è pertanto esposto a un ampio numero di contingenze che ne compromettono la razionalità nell’uso delle risorse. In questa prospettiva, una soluzione di coordinamento basata sulla standardizzazione, come quella che propone il percorso assistenziale, si rivela del tutto inappropriata, in quanto incapace di assorbire la variabilità e l’incertezza connessa al processo assistenziale. Per tale motivo il processo assistenziale sembra trovare un valido ambito applicativo in contesti limitati, in cui si rilevano casi di trasformazione standard o con ambiti di variazione ed incertezza prevedibili. Da tali considerazioni si deriva che un valido ambito applicativo del percorso assistenziale sia rappresentato dal Disease Management (Contenti et al. 2007).

Muovendosi in un’ottica di cura preventiva l’intervento in regime di Disease Management generalmente avviene, infatti, in assenza di particolari segni o sintomi scatenanti e l’anticipazione del problema permette di intervenire in condizioni di maggiore stabilità limitando le possibili contingenze alle quali è esposto il processo e la pressione temporale alla quale sono esposti gli operatori. Tali aspetti inducono, dunque, a ritenere tale approccio gestionale come basato su una tecnologia di mediazione (Thompson, 1967). Ciò a sua volta consente una maggiore semplicità nel coordinamento degli attori e pertanto la possibilità di ricorrere a routine e standard quali appunto i percorsi assistenziali. In presenza di casi pre-patologici e che quindi non sono suscettibili di creare contingenze eccessive, i medici che operano nel processo di DM, pur partecipando alla cura del paziente, non hanno, infatti, bisogno di cooperare in modo integrato, né di comunicare in modo intensivo: essi si trovano in interdipendenza per accumulazione ed è razionale che essa sia coordinata (come effettivamente avviene) attraverso la posizione di percorsi assistenziali.

Un’ulteriore considerazione teorica concerne la necessità di superare la spontanea tendenza ad interpretare l’approccio allo sviluppo dei percorsi

assistenziali come coerente con una visione “one-best fit”: a fronte di molti possibili processi di intervento da esercitare sul paziente, ne esiste uno più appropriato degli altri. Riconoscendo l'impossibilità per il decisore di predeterminare in modo rigoroso l'azione da svolgere, i percorsi assistenziali non possono essere considerati come procedure “ottime”, fisse e immutabili, ma piuttosto come dei cammini “routinari”. Infatti, come evidenziato da March e Simon (1958), la routine può essere interpretata come una regola che permette di identificare degli stimoli ambientali noti (già affrontati precedentemente) e di abbinare ad essi un programma d'azione che si è rivelato efficace in passato (March e Simon 1958, Zamarian 2002). Ovviamente, nel processo di azione effettivo, tale programma subirà delle variazioni e degli adattamenti che, se ritenuti più efficaci, andranno a modificare in futuro la routine. Secondo tale punto di vista, quindi, il percorso assistenziale altro non sarebbe che una regola routinaria che viene proposta al fine di garantire una risposta razionale a problemi noti e ricorrenti. D'altro canto, appare necessario porre attenzione al fatto che tale percorso non si trasformi in una procedura analitica, imponendo agli operatori medici dei sentieri di azione non modificabili.

Sebbene i percorsi assistenziali acquistino una rilevanza progressivamente maggiore, ancora la loro diffusione ed applicazione risulta essere piuttosto limitata. Inoltre, in diversi casi si attestano scostamenti anche rilevanti tra la loro definizione formale e le modalità implementative.

La scarsa diffusione e applicazione potrebbe essere imputata alla presenza di resistenze culturali da parte dei professionisti che continuano a interpretare il ricorso a queste forme di standardizzazione come tentativi di contenimento della propria autonomia professionale più che come efficaci strumenti di coordinamento e supporto della loro operatività. Mentre gli scostamenti tra definizione formale e modalità applicative sembrerebbero imputabili alla tendenza a perseverare nell'applicazione di un approccio top down nel processo di definizione, che induce a trascurare lo stato delle relazioni concrete di interdipendenza e di scambio tra i diversi attori. In presenza di vincoli formali, le relazioni fattuali tendono di conseguenza a generare percorsi alternativi che possono provocare il divario rilevato (Cicchetti e Lomi, 2000).

Il ruolo integratore: il case manager

Una prima ampia definizione del case management, noto anche con l'espressione di care management (Challis et al., 1998) è fornita da Austin (1983) il quale parla di un

“meccanismo per collegare e coordinare segmenti di un sistema di erogazione di servizi, al fine di garantire un programma comprensivo atto a soddisfare i bisogni assistenziali individuali”.

Nella sua accezione più estrema proposta da Davenport e Nohria (1994), il case management è interpretato come un derivato del BPR in virtù del suo forte orientamento al cliente e al processo. Esso si traduce nella rottura del convenzionale approccio alla divisione del lavoro e quindi nella concentrazione delle attività strumentali alla soddisfazione del bisogno espresso dal cliente presso un'unica risorsa (il case manager) o presso un team ristretto. Tale interpretazione, tuttavia, non si dimostra pienamente applicabile nel contesto sanitario in quanto, in presenza di servizi estremamente complessi e soprattutto della crescente specializzazione risulta improbabile che un'unica risorsa disponga di tutte le conoscenze necessarie al trattamento del caso.

In questa prospettiva è dunque preferibile l'assimilazione del case management al ruolo di integrazione individuale teorizzato in una prospettiva intra organizzativa da Galbraith (1973) e successivamente considerato da Grandori (1995) anche a supporto del network tra imprese. Tale ruolo si identifica con una posizione organizzativa la cui responsabilità esclusiva è quella di coordinare orizzontalmente le attività di diverse unità⁶.

Tale assimilazione peraltro induce a rifiutare l'interpretazione del Case management come uno strumento del Disease Management, in quanto risulta più appropriato nella gestione di casi maggiormente complessi e variabili per i quali la standardizzazione delle attività non è propriamente percorribile ma è necessario un adattamento progressivo del trattamento alla mutevolezza dei bisogni manifestati

⁶ Un tipico ruolo di integrazione individuato nella letteratura sull'organizzazione sanitaria è quello della caposala, in quanto punto di sintesi tra le funzioni prescrittive del medico curante e quelle dei diversi servizi diagnostici, terapeutici e di supporto (Cicchetti, 2004)

(Coughlin et al., 2006). Questa interpretazione risulta essere infatti molto più coerente rispetto al ruolo di integratore. Quest'ultimo rappresenta, infatti, un meccanismo di collegamento laterale atto a gestire la presenza di eccezioni in situazioni in cui non è possibile stabilire in anticipo e dunque standardizzare le modalità di risposta ai problemi inaspettati che comportate dallo svolgimento di attività caratterizzate da elevata varietà e variabilità (Galbraith, 1973)

Coerente con tale prospettiva è la definizione riportata da Moxley (1989) il quale definisce il case management come una persona o un team dedicato che organizza, coordina e sostiene una rete di supporti e attività formali e informali progettate per ottimizzare il funzionamento e il benessere di individui con bisogni multipli. Da tale definizione scaturisce, quindi, che il suo scopo è quello di assicurare una più tempestiva gestione del flusso di lavoro attraverso l'assunzione di una responsabilità trasversale tra diverse unità operative, facilitando le comunicazioni tra medici, strutture ospedaliere ed il paziente stesso. In particolare, il case manager ha il compito di assicurare che programmi di cura specifici e personalizzati siano concordati, implementati ed aggiornati in maniera flessibile al variare delle condizioni di salute, contribuendo a razionalizzare la numerosità e la varietà degli interventi che risultano generalmente erogati da soggetti diversi (Coughlin et al., 2006).

La focalizzazione sul singolo caso-paziente punta all'assicurazione dei tempi di percorrenza del paziente nell'ambito dell'ospedale, minimizzando il rischio di duplicazione dell'attività e l'attesa dei tempi morti tra diverse attività specialistiche. In questa prospettiva il case management assume un ruolo centrale nel processo di bilanciamento dei bisogni di un miglioramento della qualità assistenziale e del recupero di efficacia nell'erogazione.

Rothman e Sager (1998) introducono un'importante distinzione tra il case manager e quello che viene definito lavoratore chiave (key worker). Quest'ultimo identifica un approccio che mira al coordinamento delle azioni connesse all'erogazione di prestazioni complesse all'interno di uno specifico team, in vista dei bisogni specifici espressi da un dato paziente, spesso in un lasso di tempo relativamente ridotto. A tale approccio può ad esempio essere ricondotto il modello

attualmente in sviluppo in Italia del Day Service⁷ che, negli ultimi anni è andato ad affiancarsi ai già ampiamente diffusi Day Hospital e Day Surgery. Il case management infatti, contrariamente a tale approccio mira al coordinamento di servizi erogati da più team o addirittura da più agenzie in genere nel medio-lungo periodo.

Il case management è dunque destinato non alla pluralità dei pazienti ma ad un gruppo ben individuato, caratterizzato essenzialmente da problemi cronici e bisogni multipli tanto di carattere sociale che propriamente assistenziali (Davies e Challis, 1986). È proprio in presenza di tali realtà complesse, infatti, che il case manager può svolgere la sua attività di “broker” tra i diversi operatori coinvolti nell’assistenza.

Sebbene generalmente diffuso in ambito ospedaliero numerose risultano essere le applicazioni di tale meccanismo di coordinamento per l’integrazione dell’assistenza tra ospedale e territorio. In particolare Bernabei et al (1998) ne hanno dimostrato la validità, sia in termini di qualità dell’assistenza che di economicità, in riferimento alla gestione delle patologie disabilitanti per l’anziano. Tuttavia nel passaggio dalla realtà ospedaliera a quella territoriale il ruolo di coordinamento viene reso più difficoltoso dalla distanza spaziale tra i diversi provider assistenziali.

⁷ Il Day service, consiste nell’elaborazione di un pacchetto di prestazioni ambulatoriali gestite da un medico specialista che effettua la presa in carico del paziente. In questo modo è possibile garantire al paziente un più rapido inquadramento dal punto di vista clinico-diagnostico, bypassando l’allungamento burocratico dei tempi che spesso si interpone tra la richiesta del MMG e l’effettuazione della singola prestazione. Secondo questo approccio, infatti, l’utente ha la possibilità di accedere alle strutture ambulatoriali senza impegnativa del medico curante, senza dover provvedere personalmente alla fissazione degli appuntamenti e procedendo ad un’unica soluzione di pagamento del ticket, se dovuto, cumulativo di tutte le prestazioni ottenute

Tabella 3. Definizione del case management

Attributi chiave del case management	Caratteristiche distintive
Funzioni	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento e collegamento tra i servizi assistenziali • Personalizzazione delle risorse rispetto ai bisogni
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • Assicurare un'assistenza integrata con continuità; • incrementare la fattibilità dell'assistenza domiciliare • promuovere il benessere dei clienti • garantire un uso più efficiente delle risorse
Attività core	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione dei casi e screening; • valutazione • definizione del percorso assistenziale • monitoraggio e revisione del percorso • chiusura del caso
Popolazione target	<ul style="list-style-type: none"> • Pazienti cronici e con bisogni multipli
Caratteristiche distintive	<ul style="list-style-type: none"> • Intensità del coinvolgimento; • ampiezza dei servizi coperti • durata del coinvolgimento

Fonte: Challis, 1999

Il team assistenziale

Un livello di strutturazione più elevato rispetto al singolo ruolo di integrazione è invece garantito dal team assistenziale. In quanto non dipendente dalle capacità personali di un singolo integratore (Daft, 2004) il team si dimostra, contrariamente a quanto teorizzato da Galbraith (1973) più appropriato a gestire una maggiore imprevedibilità così come la necessità di una forte integrazione tra le diverse funzioni, sebbene frequentemente il team venga utilizzato congiuntamente ad un integratore full-time.

Il ricorso ai team in sanità è già ampiamente diffuso da tempo, tuttavia, la letteratura non sembra convergere verso una definizione unitaria del concetto. Una interessante definizione è quella fornita da Lorimer (1996) il quale suggerisce che

“un team è rappresentato da un numero limitato di persone impegnate nello svolgimento di un’attività condivisa, con comuni obiettivi di performance, competenze complementari e a volte sovrapposte e un comune approccio al lavoro”.

Wiecha e Pollard (2004) ricorrono a tale definizione per effettuare una distinzione tra team interdisciplinare, e team multidisciplinare.

In particolare si ha un'interazione interdisciplinare nel momento in cui tutti i membri partecipano nelle attività di team e interagiscono al fine di perseguire l'obiettivo definito. In altri termini tale modello aspira ad un profondo livello di collaborazione in cui i componenti combinano le proprie competenze al fine di erogare l'assistenza. Inoltre, tende ad includere lo stesso paziente nel team, coerentemente con il nuovo approccio alla gestione delle malattie croniche che impone il superamento di un ruolo passivo da parte del paziente nel processo assistenziale ed una sua maggiore responsabilizzazione rispetto al proprio stato di salute. Diversamente, il modello di team multidisciplinare prevede la presenza di operatori che trattano i pazienti indipendentemente e condividono le informazioni reciprocamente, mentre il paziente assume semplicemente un ruolo passivo di ricezione dell'assistenza.

Il ruolo del team nell'assistenza primaria è stato trattato da Grumrumbach e Bodenheimer (2004) i quali considerano il successo dei team di assistenza primaria come dipendenti da cinque fattori chiave:

- la presenza di chiari obiettivi e risultati misurabili condivisi
- la definizione di sistemi dettagliati per lo svolgimento dei compiti clinici ed amministrativi
- una chiara divisione del lavoro e dunque dell'assegnamento dei compiti
- la formazione del personale e
- la definizione di adeguati canali di comunicazione quali i meeting periodici combinati alla comunicazione diretta, sistemi e protocolli.

Numerose risultano essere in fine le evidenze che dimostrano come la presenza di team coesi e di un forte clima di teamworking impatta positivamente sulla qualità della cura, sulla la continuità assistenziale, sull'accessibilità e la soddisfazione dei pazienti (Campbell et al., 2001), ma anche sulla minimizzazione dei costi e sul miglioramento della qualità del lavoro (Ingram e Desombre, 1999).

I vincoli attuativi dei meccanismi di coordinamento nella dimensione di rete.

Affinché lo sviluppo e la diffusione dei meccanismi di coordinamento delineati possano effettivamente garantire un'assistenza integrata e la continuità assistenziale è necessario il verificarsi di alcune condizioni fondamentali.

Una prima importante condizione concerne la presenza della propensione alla collaborazione (Alter e Hage,1993) e di fiducia tra le unità coinvolte. È infatti quest'ultima a fungere da collante informale di tutta l'architettura di rete in sostituzione di quello tradizionale rappresentato dall'autorità gerarchica. I professionisti devono in altri termini essere disposti ad investire tempo nella relazione reciproca a raggiungere il consenso rispetto ai task, e soprattutto ad accettare una contrazione del proprio margine di autonomia che consegue lo sviluppo della relazione. Se una maggiore propensione alla cooperazione è riscontrabile all'interno delle mura ospedaliere vista la presenza di un ambiente favorevole alla creazione di relazioni informali, difficilmente si realizza nella dimensione territoriale visto il forte stato di isolamento in cui vertono gli operatori e, conseguentemente, il carattere limitato delle opportunità di contatto.

Tali considerazioni sembrano peraltro avvalorate dal riscontro di una certa lentezza con cui il modello del network tende a diffondersi nel dominio sanitario ed in particolare in quello italiano. La scarsa propensione alla cooperazione sembra essere infatti una caratteristica ben presente nella classe medica e nello specifico in quella dei Medici di Medicina Generale. Come evidenzia Monti (2004) osservando il sistema sanitario italiano, circa il 70% dei MMG ha iniziato, infatti, la professione autonomamente nel contesto della legge 833 del 1978 senza una formazione specifica dedicata e senza acquisire la cultura del lavoro in équipe.

In parte collegato a questo aspetto è il secondo limite rappresentato dalla difficoltà di comunicazione tra i diversi nodi della rete. La comunicazione è infatti alla base del coordinamento degli sforzi essenziali in un sistema di cooperazione. Tale concetto promosso da Barnard (1938), che per primo ha analizzato il ruolo della comunicazione all'interno delle organizzazioni, è stato ripreso ed esteso da Simon (1947). Quest'ultimo, in particolare, supera la tendenza del primo autore a identificare i canali di comunicazione con quelli di autorità, riconoscendo la presenza

di un'articolata rete di comunicazione verso l'alto, il basso e trasversalmente rispetto alle unità. Il problema del processo di comunicazione emerge, infatti, nel momento in cui non tutte le informazioni rilevanti per l'assunzione di una data decisione sono possedute dal decisore ma piuttosto sono distribuite tra più individui. Ciò si verifica in quanto non sempre la suddivisione dei compiti può coincidere con la distribuzione delle informazioni e, di conseguenza, è possibile che ciascun decisore non possieda individualmente la totalità dell'informazione di cui necessita (Arrow, 1974). In tale situazione, pertanto, è necessario che sussistano strumenti atti a trasmettere questi componenti da centri di produzione ai centri di aggregazione e trasmissione agli individui preposti alla decisione.

Nel caso di ricorso ai percorsi assistenziali tale strumento di trasmissione delle informazioni tra i soggetti decisori è generalmente identificato in letteratura con il registro multidisciplinare e il patient summary condiviso all'interno del team multidisciplinare (Overill, 1998; Campbell et al., 1998), due componenti che vanno ad arricchire la tradizionale cartella clinica. Campbell evidenzia come il ricorso a tale record condiviso contribuisca a contenere le ridondanze ed a comprendere il ruolo delle altre discipline, promuovendo lo sviluppo del teamworking.

Nel caso, invece del case management, lo strumento di trasmissione può in un certo senso identificarsi con lo stesso case manager, assimilabile a quello che Simon (1947) definisce come "organo di staff del decisore". Sebbene la comunicazione non sia necessariamente dotata di autorità, il case manager potrebbe essere, infatti, interpretato come l'attore preposto dal centro decisionale (il team di cura o lo stesso case manager nel caso in cui ne abbia le competenze) a svolgere un'attività di liaison con i vari operatori e a garantire tra essi il flusso di comunicazione. Tale ipotesi sembra avvalorata dal fatto che il case manager in genere si affianca al percorso assistenziale garantendone l'attivazione e il rispetto.

Nel caso del team, in fine, il coordinamento si realizza essenzialmente attraverso il contatto diretto favorito dalla condivisione di problematiche cliniche. La presenza in questo caso di una forma di interdipendenza reciproca, dovuta all'elevata variabilità della situazione rendono infatti il coordinamento per mutuo adattamento, basato sulla comunicazione diretta, la soluzione più appropriata (Cicchetti, 2004).

Se, tuttavia, tali meccanismi di comunicazione sono di agevole realizzazione in un contesto intraorganizzatizzato, quale può essere un ospedale, problematica si rivela invece l'interazione tra i servizi che compongono l'assistenza territoriale in quanto variamente distribuiti sul territorio.

Fuori le mura ospedaliere, infatti, il ricorso a registri condivisi incontra numerosi ostacoli sia dovuti agli stringenti vincoli di privacy, sia soprattutto alle modalità di trasmissione e scambio degli stessi. In assenza di contiguità spazio-temporale le relazioni tra professionisti tendono, infatti, a dipendere dal paziente, il quale continua a rappresentare il primario vettore delle informazioni clinico-diagnostiche. Tale soluzione, debole in generale, si rivela inefficace nel caso delle malattie croniche, vista la varietà e numerosità delle interazioni medico-paziente. Anche una semplice distrazione, infatti, rischia di minare la continuità informativa alla base di interventi appropriati su ciascun individuo (Haggerty, Reid et al., 2003).

La comunicazione nel dominio sanitario peraltro acquista anche una valenza ulteriore in relazione al suo impatto sulla qualità assistenziale. Le capacità di comunicazione possono infatti fare la differenza in merito a fattori quali la soddisfazione dei pazienti, la risoluzione di sintomi e i risultati psicologici (Kurtz et al. 1998). Errori di comunicazione in sanità hanno, inoltre, un forte impatto sulla morbilità e mortalità del paziente (Touissaint et al. 2003).

IL RUOLO DELL' INFORMAZIONE NEL PROCESSO DI INTEGRAZIONE ASSISTENZIALE

Introduzione

Sulla base di quanto emerso dalla riflessione condotta sulle dinamiche di integrazione riportata nel capitolo precedente, in un ambiente ad alta intensità informativa quale quello sanitario il coordinamento si fonda essenzialmente sulla disponibilità di informazioni e conoscenze circostanziate in funzione degli specifici ruoli, compiti ed obiettivi dei diversi nodi della rete assistenziale. In particolare, le informazioni e i dati funzionali al processo assistenziale si articolano in:

- informazioni sul *paziente* strumentali alla realizzazione dell'intervento in relazione all'effettivo status socio-clinico dello stesso e ai bisogni manifestati;
- informazioni sul *processo assistenziale*, ad esempio inerenti la sequenza delle attività da compiere per l'erogazione della cura allo specifico gruppo di pazienti e l'attribuzione di responsabilità e mandato di cura tra le fasi delle attività.

In questo contesto un possibile fattore abilitante la comunicazione e interazione tra i nodi della rete assistenziale dalle notevoli potenzialità è, dunque, rappresentato dalle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT).

Anche se con un certo ritardo rispetto ad altri settori definibili come *information intensive*, quale ad esempio quello finanziario, il ruolo dell'ICT nell'innovazione e nella sostenibilità dell'industria sanitaria è stato progressivamente riconosciuto e promosso in una dimensione globale (IOM, 2001; CEC 2004). Nel tempo molti termini sono stati adottati per riferirsi a standard tecnici, infrastrutture software e applicazioni adottate in questo dominio specifico. Inizialmente a prevalere è stato il concetto di *informatica medica* e di *telemedicina* (Aas, 2007), volto ad enfatizzare il ricorso a strumenti di comunicazione a distanza a supporto del processo di erogazione dell'assistenza. Si è poi assistito ad una graduale convergenza tra il

dominio della telemedicina e quello propriamente dell'ICT che ha indotto alla definizione del più ampio dominio dell'eHealth, il quale include, appunto, tutti i molteplici aspetti connessi all'ICT in sanità.

Qui di seguito, dopo un breve approfondimento delle caratteristiche del dominio dell'eHealth il focus verrà concentrato sull'Electronic Health Record System (EHR-S) che, grazie al suo ruolo di raccordo tra Sistemi Informativi diversi a supporto della molteplicità dei bisogni informativi dei nodi, assume un valore strategico nello sviluppo delle reti assistenziali. Attraverso il ricorso ad un'analisi della letteratura di settore, verranno, dunque, discusse le caratteristiche, le funzionalità e le criticità implementative di un EHR-S. In particolare verrà evidenziato come un EHR-S abiliti una soluzione alternativa alla co-localizzazione - su cui si basa il modello del Community Health Center - per il superamento della tradizione statale di isolamento in cui vertono i servizi socio-sanitari e la promozione della cooperazione. Il capitolo si conclude con la definizione del framework teorico per l'osservazione dell'impatto dell'EHR sulle performance della rete assistenziale su cui è stata fondata l'analisi empirica presentata nel capitolo successivo.

L'ICT nel dominio sanitario: l'eHealth

Nella comunità accademica numerosi sforzi sono stati realizzati per definire l'essenza del concetto di eHealth (Eysenbach, 2001; Oh et al., 2005; Pagliari et al., 2005; Jones et al., 2005). Una definizione generale e comprensiva è in ogni caso quella fornita dall'Unità europea per l'ICT in Sanità, secondo cui l'eHealth

“descrive l'applicazione dell'ICT all'interno dell'intero spettro delle funzioni del settore sanitario, dal medico al manager ospedaliero, agli infermieri agli specialisti dell'elaborazione dei dati, agli amministratori della sicurezza sociale e ai pazienti”.

Questa definizione, dunque, evidenzia come le applicazioni e i sistemi di eHealth stiano diventando pervasivi, essendo progettati, implementati e adottati per supportare di volta in volta, un set interdipendente di bisogni e processi clinici, amministrativi, manageriali, epidemiologici e relazionali. Del resto Eysenbach (2001) aveva evidenziato come la "e" in eHealth non sintetizza semplicemente il

concetto “electronic” ma piuttosto assume numerosi altri significati che contribuiscono ad una caratterizzazione più completa della nozione di eHealth. In particolare egli individua dieci diverse “e”:

- *Efficiency* - potenziando le opportunità di comunicazione tra i professionisti, e tra questi e i pazienti, contribuisce ad una riduzione delle duplicazioni degli interventi diagnostici e terapeutici;
- *Enhancing quality of care* - riducendo le asimmetrie informative tra pazienti e professionisti non solo può migliorare l’efficienza ma anche la qualità assistenziale, consentendo ai primi di effettuare una comparazione tra i diversi provider, al fine di effettuare la scelta migliore;
- *Evidence based* - gli interventi di eHealth dovrebbero essere evidence-based, nel senso che la loro efficienza ed efficacia non dovrebbe essere presunta ma dimostrata attraverso una rigorosa valutazione scientifica;
- *Empowerment* - abilita l’accesso del paziente alla conoscenza medica e del proprio percorso clinico, alla base dell’adozione di un approccio alla medicina evidence-based;
- *Encouragement of a new relationship between the patient and health professional* - contribuisce a rafforzare la relazione longitudinale tra medico e paziente promuovendo processi decisionali condivisi;
- *Education* - abilita la definizione di percorsi di formazione on line per i professionisti (educazione continua in medicina) così come per gli utenti (educazione sanitaria, campagne di prevenzione);
- *Enabling information exchange* - promuove una forma di scambio informativo e di comunicazione standardizzata tra i diversi servizi assistenziali;
- *Extending the scope of health care beyond its conventional boundaries* - consente l’estensione dei confini dell’assistenza oltre i confini geografici e concettuali, rendendo più semplice per i pazienti

accedere ai servizi on line da parte di professionisti operanti su scala globale;

- *Ethics* - implica nuove forme di interazione tra paziente e medico e pone nuove sfide e minacce rispetto agli aspetti etici legati alla pratica professionale on line, al consenso informato ed alla privacy.
- *Equity* - garantisce una maggiore equità nell'accesso all'assistenza, tuttavia il problema del digital divide al momento sembra ancora rallentare tale possibilità.

Più in dettaglio, il dominio dell'e-Health si struttura in quattro aree (Pagliari et al., 2005):

- la *Professional Clinical Informatics*, collegata alle funzionalità e alle tecnologie per i professionisti sanitari;
- la *Consumer Health Informatics*, dedicata agli aspetti relativi alle informazioni, educazione ed empowerment del paziente;
- l'*Healthcare Business Management*, inerente le problematiche amministrative, di tracciamento e di monitoraggio; ed in fine
- l'*Electronic Health Record*, dedicato alla gestione dell'insieme di informazioni cliniche digitalizzate relative all'intero percorso di vita di un individuo.

In particolare, il focus si concentra sull'Electronic Health Record che grazie al suo ruolo di elemento di raccordo di sistemi informativi diversi a supporto dei molteplici ed eterogenei bisogni degli attori in gioco, assume un valore strategico nello sviluppo delle reti socio-sanitarie.

L'Electronic Health Record

L'Electronic Health Record (di seguito indicato come EHR), si differenzia dalle altre categorie delineate nel paragrafo precedente in quanto non si incentra su specifiche categorie di utenti ma, secondo un approccio olistico, diviene strumento

principale per un'assistenza incentrata sul paziente, supportando tutte le varie categorie coinvolte in modo diretto o indiretto nel processo assistenziale.

L'EHR è stato definito come l'insieme di informazioni cliniche digitalizzate relative all'intero percorso di vita di un individuo, finalizzate a supportare la continuità della cura, l'educazione e la ricerca nel rispetto continuo del diritto alla privacy (Jakovidis, 1998). In una dimensione interorganizzativa può essere visto come un'infrastruttura multiforme 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 e Albano, 2006).

In questa prima interpretazione, affermatasi soprattutto nei Paesi anglosassoni e scandinavi intorno al 2002, ad essere enfatizzato è il ruolo di archivio di oggetti informativi, strumentale alla gestione di una successione di prese in carico articolate nel tempo, al fine di ricostruire la storia sanitaria del cittadino “dalla nascita alla morte”. Nel corso degli ultimi anni, tuttavia, il concetto ha acquisito una nuova e più articolata accezione che sostituisce ad uno scopo prevalentemente informativo uno propriamente operativo e organizzativo, spostando l'attenzione sugli aspetti di sincronizzazione delle attività per gestire un insieme correlato di prese in carico, parziali e contemporanee. Attualmente a prevalere è, infatti, una visione dell'EHR come strumento volto a favorire la collaborazione tra gli operatori sanitari che partecipano ad uno stesso programma di cura, o che devono comunque prendere atto reciprocamente delle attività in corso in ambiti diversi (Rossi Mori et al. 2006).

Le funzionalità di un sistema EHR

Dalle definizioni riportate si evidenzia come l'EHR ha una valenza molto ampia. A tal proposito Jakovidis (1998) effettua un'importante distinzione tra quello che è definibile EHR in sé in quanto contenitore, con il sistema EHR (EHR-S), caratterizzato da una molteplicità di funzionalità a supporto delle diverse modalità di interazione degli utenti con il contenitore stesso.

Sebbene numerosi framework descrittivi delle funzionalità di un EHR-S sono stati elaborati, tuttavia a prevalere è stata in genere una visione parziale di tale

strumento, prevalentemente incentrata sui bisogni del singolo medico, a discapito di una dimensione di team assistenziale e soprattutto della presenza di ruoli differenziati. Contrariamente all'approccio prevalente, infatti, le funzionalità core di un EHR-S derivano dall'individuazione dei tipi di utenti e dei bisogni di utilizzo potenziale (Tang, 2003). In particolare, Maceratini e Ricci (2000) individuano tre diversi tipi di utenti:

- *Coloro che forniscono assistenza*, ovvero tutti i professionisti medici e non che contribuiscono a fornire servizi assistenziali al paziente;
- *Coloro che utilizzano l'assistenza*, ovvero i pazienti e i familiari
- *Coloro che gestiscono l'assistenza*, quali gli amministratori.

A tali tre classi poi Tang (2003) ne aggiunge una quarta costituita dai cosiddetti utenti istituzionali, quali ad esempio i dipartimenti di salute pubblica, i formatori o gli enti di ricerca.

Gli usi che tali diverse categorie di attori possono effettuare dell'EHR-S possono essere di tipo primario, in quanto direttamente connessi con la gestione del paziente, o di carattere secondario, ovvero finalizzato ad attività strumentali alla politica sanitaria (quali l'assegnazione delle risorse, il controllo della salute pubblica e la pianificazione sanitaria), ma anche alla ricerca scientifica (Powell et al., 2005) e alla valutazione dell'impiego di specifiche tecnologie o di strumenti in sanità (*technology assessment*).

Adottando tale approccio lo IOM Committee ha individuato otto diverse categorie di funzionalità che caratterizzano un EHR-S e che possono essere variamente presenti nelle diverse implementazioni reali del sistema:

- *Capacità di elaborazione di dati e informazioni sanitarie*. L'EHR-S consente l'elaborazione di un'ampia varietà di documenti e dataset testuali o multimediali, strutturati o non strutturati (quali ad esempio i risultati di test di laboratorio, le allergie e le anamnesi). Tale capacità è strumentale a far sì che i professionisti dispongano di una visione globale del paziente, derivata dall'aggregazione dei dati indipendentemente dalla fonte e dell'input, a supporto dell'assunzione delle decisioni cliniche più appropriate. Un aspetto di estremo rilievo è poi la capacità

di fornire viste diverse su tali dati in funzione del contesto e delle caratteristiche dello stesso paziente. Le informazioni necessarie per affrontare una situazione da codice rosso sono, infatti, estremamente diverse rispetto a quelle necessarie per la gestione di una situazione di cronicità. In particolare, se nel primo caso è sufficiente un set minimo di informazioni essenziali, nel secondo, in presenza di una situazione che generalmente prevede interventi multi-specialistici, i vari operatori necessitano di acquisire conoscenza delle iniziative diagnostiche e terapeutiche portate avanti dai colleghi, di poter condividere un piano terapeutico ed estrapolare trend relativi all'andamento delle condizioni dei pazienti (Maceratini, Ricci, 2000).

- *Gestione dei risultati.* L'EHR-S fornisce le funzionalità per la notifica e il trasferimento al punto di cura dei risultati diagnostici di qualunque tipo (come dei test di laboratorio o di quelli radiologici) in modo da migliorarne l'accesso da parte dei provider assistenziali nel luogo e nel momento richiesto. La disponibilità di risultati elettronici può, infatti, agevolare l'individuazione tempestiva di anomalie e ridurre i tempi di attesa, riducendo i passaggi tradizionalmente previsti nel processo di gestione degli stessi.
- *Gestione degli ordini e processi amministrativi.* Tali funzionalità concernono la capacità di supportare la componente amministrativa del processo di erogazione dei servizi in modo da eliminare la perdita degli ordini e le ambiguità legate alla gestione di documenti cartacei e in modo da ottimizzare i tempi di erogazione.
- *Supporto decisionale.* Una componente essenziale del sistema EHR-S è rappresentato dagli strumenti che consentono le diagnosi assistite al computer così come gli strumenti a supporto delle linee guida cliniche *evidence based* e dei piani personalizzati di cura, in quanto strumenti primari per il coordinamento tra i membri del team assistenziale e del raggiungimento della continuità assistenziale.
- *Comunicazione elettronica e connettività.* Accanto agli strumenti di condivisione delle informazioni l'EHR-S supporta il bisogno relazionale tra i partner assistenziali coinvolti nel team multidisciplinare e multisetting, così come tra professionisti e pazienti, attraverso strumenti (quali i sistemi di mailing o di

videoconferenza) atti a ricreare il rapporto personale tra gli stessi (Avison e Young, 2007).

- *Supporto al paziente.* Una componente essenziale dell'EHR-S è rappresentata dagli strumenti elettronici che garantiscono al paziente un accesso a conoscenze cliniche mirate e alle pratiche amministrative. A tal riguardo si fa essenzialmente riferimento al Fascicolo personale elettronico o Libretto sanitario del paziente (Terranova, 2006). Attraverso tali strumenti quest'ultimo può infatti creare, gestire e condividere con i professionisti le proprie informazioni sanitarie. Tali funzionalità consentono, infatti, al cittadino di collaborare con gli operatori sanitari per la gestione della propria salute e del proprio processo di cura, giungendo così a migliorare i propri stili di vita (prevenzione attiva), comprendere la propria malattia, prendere parte in modo consapevole alle decisioni che lo riguardano e partecipare in modo cosciente alla gestione delle attività terapeutiche e riabilitative.
- *Monitoraggio e gestione della salute pubblica.* L'EHR-S, in fine, consente il monitoraggio a livello sia operativo che strategico, abilitando l'estrazione di sintesi significative dall'aggregato di dati raccolti. Tale uso secondario dell'EHR-S è, infatti, strumentale al supporto delle politiche di definizione dei rimborsi, di verifica della qualità assistenziale, del controllo della salute pubblica così come della ricerca scientifica. Prerequisito a queste soluzioni è l'identificazione corretta del singolo cittadino e l'integrazione dei dati che lo riguardano, e quindi la disponibilità di una gestione avanzata delle anagrafiche e una gestione elettronica, tempestiva ed affidabile, dei certificati di morte.

L'osservazione delle funzionalità consente, dunque, parafrasando la definizione di Ciborra (1989) di tecnologia di coordinamento, di definire l'EHR-S come un sistema di applicazioni atto a supportare i processi di comunicazione delle conoscenze e decisioni per gli operatori socio-sanitari che svolgono compiti tra loro interdipendenti. In particolare, esso sembra supportare la gestione di tutti i tre tipi di interdipendenza teorizzati da Thompson (1967)⁸: (i) quella per accumulazione, ad

⁸ Thompson (1967) individua tre tipi di interdipendenza ordinati secondo gradi di complessità crescente e inclusivi (nel senso che un tipo più complesso di interdipendenza incorpora anche quello più semplice):

esempio agevolando lo sviluppo di protocolli di trattamento; (ii) quella sequenziale, contribuendo alla gestione del flusso assistenziale all'interno della rete; ed in fine (iii) quella reciproca, legando (attraverso il supporto di strumenti di comunicazione meno formali quali la messaggistica o la video-conferenza) professionisti altamente autonomi con expertise specializzate a risolvere problemi intellettualmente molto complessi (Venkatraman e Tanriverdi 1999). È proprio quest'ultimo uno dei principali punti di forza dell'EHR-S: a differenza del modello di impresa in cui la comunicazione è essenzialmente fondata sulla condivisione di informazioni attraverso una infrastruttura IT, nella sanità occorre mantenere e rafforzare l'interazione tra persone ai fini di una diagnosi, trattamento, pianificazione e decision making collaborativo. In questa prospettiva, quindi, gli strumenti di comunicazione atti a ricreare le condizioni di una interazione face to face acquistano una rilevanza strategica (Avison e Young, 2007).

Inoltre, l'EHR-S può influenzare la dinamica stessa dei processi di business, sia in modo passivo, rendendo le informazioni accessibili a tutti gli attori che vi prendono parte, sia attivamente, mediante sistemi di notifica e allerta (warming) che attivano determinati comportamenti da parte dei professionisti e, conseguentemente può comportare dei cambiamenti nell'interazione fra essi. È per questo che spesso l'EHR-S è ritenuto in grado di ridisegnare processi di trattamento di alcune prestazioni sanitarie (Berg, 1999).

Criticità nell'implementazione di un Sistema EHR

A fronte delle potenzialità funzionali appena descritte le difficoltà implementative dell'EHR si rivelano, tuttavia, molteplici. Uno schema di riferimento per la classificazione delle barriere all'implementazione dell'EHR-S è stato proposto da Tarmizi et al (2006). Quest'ultimo, partendo dagli approcci tradizionali

-
- *interdipendenza generica o per accumulazione*: ogni attore contribuisce con la propria attività al fine comune dell'organizzazione in modo indiretto ed è supportato dal fatto che tutti gli attori si comportano allo stesso modo.
 - *interdipendenza sequenziale*: l'output di una attività rappresenta un input per la successiva, per cui ciascuno cumula il proprio lavoro su quello degli altri.
 - *Interdipendenza reciproca*: gli output di ogni parte diventano gli input di ogni altra. In questo caso la peculiarità è rappresentata dalla reciprocità dell'interdipendenza, con ogni unità che crea dipendenza all'altra.

all'adozione dell'IT in un contesto organizzativo considera che il successo dell'adozione è influenzato da:

- *fattori esterni*, ovvero dalle caratteristiche ambientali che influenzano la strategia organizzativa; e da
- *fattori interni*, quali la struttura organizzativa e la cultura di un'organizzazione.

Fattori esterni

Tra i fattori esterni in primo luogo si individuano i *fattori politici* legati agli specifici orientamenti dei governi locali e nazionali. Tali fattori peraltro assumono una dimensione più accentuata in presenza di sistemi sanitari a forte matrice pubblica in quanto soggetti ad una regolazione stringente. Particolarmente stringenti si rivelano ad esempio le disposizioni in materia di privacy, vista la natura sensibile dei dati clinici, che tendono a rappresentare un ostacolo consistente alla condivisione delle informazioni sui pazienti. A tale fattore, comune tanto allo sviluppo degli EHR quanto delle cartelle elettroniche locali, nel dominio in esame se ne aggiungono di ulteriori dovuti alla natura interistituzionale dei servizi cui in genere si accompagnano normative in conflitto o di difficile integrazione. In particolare estremamente complesso si rivela, ad esempio, il processo di armonizzazione delle funzionalità e delle strutture dei dati alla base dell'interoperabilità dei sistemi tra le varie istituzioni coinvolte.

Ai fattori politici tendono poi ad associarsi i *fattori economici*, legati essenzialmente all'onerosità dell'introduzione di sistemi EHR. In particolare Wang et al. (2003) classificano i costi in due categorie:

- i costi di sistema, relativi all'acquisizione di hardware e software, alla formazione e alle attività di sviluppo, implementazione e manutenzione; e
- i costi indotti, implicati dalla transizione da un sistema basato su ricorso alla documentazione cartacea, o comunque da un sistema pre-esistente, al nuovo sistema elettronico.

Tali costi sono infatti legati al decremento temporaneo di produttività che sembra contraddistinguere i professionisti. A tal riguardo un'indagine di Miller e Sim (2004) ha evidenziato come successivamente all'implementazione di una cartella elettronica esista un lasso di tempo che oscilla da alcuni mesi ad alcuni anni in cui molti professionisti (in questo caso i MMG) tendono a spendere più tempo per la gestione di un singolo paziente con un conseguente incremento dei tempi di lavoro o, alternativamente, una contrazione del numero complessivo di pazienti trattati. Il vincolo economico, peraltro, risulta essere ulteriormente accentuato in presenza di centri di assistenza dislocati sul territorio ed in particolare nelle realtà rurali, dove ai costi indicati si affiancano i vincoli infrastrutturali e, frequentemente, la scarsa connettività (Moiduddin e Gaylin, 2007).

I fattori sociali raggruppano, invece, il complesso di fattori intangibili connessi alla percezione, alle abitudini, cultura e tradizioni che caratterizzano il contesto sociale di riferimento. In proposito è opportuno evidenziare la presenza più o meno radicata, di una forma di opposizione dei pazienti alla condivisione dei propri dati e soprattutto una diffidenza ancora presente nei confronti del ricorso al supporto informatico per l'interazione con il sistema sanitario. Vista la natura complessa del bisogno e la sua ricchezza emotiva la dimensione umana del rapporto continua ad essere molto radicata.

Sebbene la *tecnologia* abbia negli anni effettuato notevoli progressi, al momento continuano a permanere alcuni ostacoli alla diffusione degli EHR-S. Uno dei principali è rappresentato dalla difficoltà di individuazione di standard comuni (sia per la terminologia, che per le caratteristiche di sicurezza, le architetture di registrazione e la trasmissione dei record tra gli utenti) ampiamente riconosciuti nella registrazione e trasmissione di informazioni cliniche. Diversi sono gli standard al momento in fase di sviluppo volti al superamento dei problemi di interoperabilità connessi all'implementazione di un EHR-S. In particolare i principali sono l'Health Level 7 (HL7), il Clinical Document Architecture (CDA), il CEN EN 13606, l'EHRcom e l'openEHR. Tali standard mirano a strutturare ed effettuare il markup dei contenuti clinici al fine di abilitarne lo scambio (Eichelberg et al. 2005).

Ai tali problemi Stafenelli (2002) aggiunge un'altra importante sfida tecnologica legata, in particolare, alla componente di workflow che caratterizza

l'EHR-S. La sua accettazione da parte dei professionisti risulta essere, infatti, subordinata alla capacità di bilanciamento tra il grado di standardizzazione giustificato dalla conoscenza disponibile e la flessibilità richiesta dalla storia clinica individuale. Il sistema di workflow deve essere in grado di assorbire la variabilità che contraddistingue un percorso assistenziale, rispondendo in maniera efficace al verificarsi delle eccezioni che impongono delle deviazioni dal percorso standard. Tali eccezioni possono emergere a causa di variazioni nelle risorse ma anche in presenza di specifiche richieste o di reazioni non previste al trattamento prospettato. Queste considerazioni riportano ad una riflessione di più ampia portata legata al rischio connesso all'ICT di introduzione di un fattore di rigidità nel processo operativo. L'ICT contribuisce ad istituzionalizzare e dunque a standardizzare alcune pratiche introducendo una serie di regole che disciplinano una sequenza di azioni. Tali caratteristiche, come già discusso in un altro punto del presente lavoro (*Capitolo 2*, par. 7.1), solo in situazioni circoscritte si adattano ad una realtà quale quella sanitaria, in quanto generalmente caratterizzata da una elevata variabilità e necessità di adattamento alle peculiarità del caso in esame.

Fattori interni

Uno dei principali fattori che ha ostacolato e molto spesso decretato l'insuccesso dell'implementazione dell'ICT nel dominio sanitario è rappresentato dall'incapacità di riconoscere le peculiarità delle organizzazioni sanitarie rispetto alle generiche imprese commerciali. Ciò infatti ha comportato l'adozione di un approccio "d'impresa" nello sviluppo dei sistemi informativi con la conseguente tendenza ad assimilare il processo assistenziale ad un generico processo di business. Avison e Young (2007) evidenziano, infatti, come nel dominio sanitario il focus delle applicazioni informatiche non può continuare, come avviene nella realtà aziendale, ad essere incentrato sulla singola organizzazione o unità (ad esempio un ospedale) quanto piuttosto sul processo. Il tentativo di costruire soluzioni intorno a piccole unità per poi procedere alla loro interconnessione, seguendo il modello inter-impresa, anche nel caso in cui condividano una infrastruttura o i servizi potrebbe portare, infatti, ad una soluzione inefficace e a barriere alla comunicazione dovute alla

frammentazione dell'infrastruttura. Inoltre, adottando l'approccio "d'impresa" il focus continua a rimanere incentrato sugli aspetti manageriali a discapito di quelli propriamente clinici.

Un'altra importante barriera è rappresentata dalle difficoltà incontrate nella definizione di una infrastruttura⁹ condivisa. Sebbene la tecnologia migliori l'accesso alle informazioni sul paziente e l'uso di sintesi strutturate rendano più rapida ed efficace la comprensione del quadro clinico del paziente, la sua efficacia rimane, infatti, inevitabilmente dipendente dalla capacità di identificare e chiarire i necessari contenuti che dovrebbero essere scambiati e catturati (Hellesø e Lorensen, 2005). In un contesto interorganizzativo, in cui operano organizzazioni con diversi obiettivi, valori, razionalità e che si rivolgono a pubblici diversi, tuttavia, la costruzione di un linguaggio comune rappresenta una vera sfida organizzativa. La ricerca nella comunicazione organizzativa ha abbondantemente dimostrato come il lavoro oltre i confini funzionali e la condivisione di conoscenza è estremamente complessa, perché la conoscenza è sempre localizzata e "embedded" (Brown e Duguid 2001; Carlile, 2002). Ciascuna ha la sua visione propria e unica dei bisogni del paziente, il suo proprio linguaggio e una visione fortemente territoriale del proprio coinvolgimento del processo di cura. Tale situazione si riflette nella presenza di un'architettura informativa estremamente frammentata, in cui ciascuna professione ha definito e organizzato il proprio sistema di dati.

Un'ultima barriera è data, in fine, dalla difficoltà da parte dei professionisti di percepire la necessità di un migliore coordinamento che porta a riconoscere un effettivo valore aggiunto negli strumenti atti a migliorare la comunicazione. Molte culture tendono a non supportare l'idea di condividere le informazioni sui pazienti a causa del radicamento ad una forte concezione del principio dell'autonomia professionale, cui si associa la frequente presenza di conflitti tra diversi specialisti e personale paramedico (Goldsmith, 2000).

⁹ Quest'ultima in particolare si basa sulla definizione dei: (i) percorsi assistenziali di riferimento, (ii) criteri per la selezione delle informazioni da includere nei diversi tipi di patient summary, (iii) principali data set clinici, (iv) corrispondenti sottoinsiemi di valori ammessi per le terminologie e le codifiche, (v) indicatori di processo e di esito (Rossi Mori et al. 2006)

Diversi approcci alla gestione dell'informazione nelle reti assistenziali

Le scelte nella gestione dei dati e delle informazioni sanitarie e più in generale nelle forme di comunicazione si muovono in un continuum che va da soluzioni completamente manuali a soluzioni completamente automatizzate.

Nei vari approcci all'organizzazioni dell'assistenza primaria è possibile rintracciare quale sia per scelta o conseguenza la soluzione adottata in relazione alla gestione delle informazioni. A tal proposito di seguito vengono brevemente illustrati due approcci particolarmente significativi, in quanto possono essere considerati come rappresentanti di due estremi di tale continuum.

La co-location come strategia di integrazione: il modello del Community Health Center

Sulla base delle considerazioni effettuate la crescente diffusione dei Centri per le cure primarie (definiti nella cultura anglosassone come Community Health Center) può essere interpretata come una possibile scelta organizzativa atta al superamento delle criticità riscontrate nella gestione delle informazioni all'interno di una rete assistenziale. Tale modello consiste infatti nell'aggregazione all'interno di una nuova struttura assistenziale, facilmente accessibile e prossima ai cittadini, della pluralità dei servizi sanitari e sociali (MMG, specialisti territoriali, assistenti sociali, infermieri, amministrativi etc.) inizialmente distribuiti sul territorio e destinati ad una popolazione circoscritta, sulla base di accordi formali tra le organizzazioni/istituzioni di riferimento. Esempi di tale soluzioni sono i Community Health Center australiani e canadesi e i Primary Care Group inglesi. Anche in Italia tale modello si è ampiamente diffuso negli ultimi anni identificandosi ad esempio con le Unità territoriali di Assistenza Primaria – UTAP e con la più recente Casa della Salute (vedi *Capitolo 4*).

Il rationale che sembra essere alla base di tale modello è che la co-localizzazione dei servizi può rappresentare una dimensione di progettazione non strutturale in grado di promuovere forme di problem solving volontarie e cooperative tra i confini delle unità organizzative e, conseguentemente, di creare le condizioni favorevoli all'introduzione di meccanismi formali (Galbraith, 1994). Numerosi

sono, infatti, gli studi, tanto in ambito industriale che specificatamente nel dominio sanitario, che evidenziano il ruolo della co-localizzazione come base per un lavoro congiunto di successo (Ovretveit, 1997; Hudon et al., 1997). La condivisione degli uffici o comunque il collocamento negli stessi edifici incrementa le opportunità di comunicazione tra dipendenti delle diverse agenzie comportando un miglioramento del coordinamento (Ovretveit, 1997; Connor & Tibbitt, 1988) e del team work.

Tale situazione si dimostra un importante fattore abilitante, inoltre, lo sviluppo di comunità di pratica¹⁰ intersettoriali, promuovendo la creazione di una conoscenza condivisa. Tuttavia al contempo, in assenza di altri strumenti di comunicazione, la stessa potrebbe porre un vincolo allo sviluppo di un'”expertise specialistica”. Paradossalmente, infatti, il centro potrebbe contribuire al superamento di una situazione di isolamento rispetto al territorio ma al contempo favorire un allontanamento dei professionisti dalle comunità specialistiche di riferimento.

Considerare tali centri, esclusivamente come risultato di una strategia di potenziamento della comunicazione tra professionisti, tuttavia, è una prospettiva riduttiva. I centri infatti contribuiscono a migliorare l'accessibilità ai servizi semplificandone l'accesso (ad esempio centralizzando l'informazione, la presa in cura e le attività di indirizzamento) e minimizzando gli spostamenti. Tali centri inoltre possono garantire una forma di accesso unitaria alla pluralità dei servizi territoriali riferiti ad una data popolazione e la presenza costante di almeno un professionista in grado di accogliere il bisogno del paziente e di istradarlo verso la sua soddisfazione. I centri di assistenza primaria possono infine consentire una maggiore razionalizzazione delle risorse di comunità, promuovendo forme di condivisione di risorse (ad esempio il supporto amministrativo, le infrastrutture, la strumentazione) e lo sviluppo di economie di scopo e di scala.

Numerose sono le evidenze empiriche che dimostrano i miglioramenti in termini di efficacia ed efficienza conseguiti in presenza di un centro di cure primarie. In particolare Church et al. (1995) rilevano come tale soluzione organizzativa sia in

¹⁰La comunità di pratica si configura come un gruppo di lavoro che emerge in modo spontaneo e si caratterizza in quanto sintesi di diverse conoscenze individuali. È costituita da individui che condividono le stesse modalità di lavoro che replicano costantemente e che interagiscono senza aver bisogno di una formalizzazione (Cicchetti, 2004)

grado di generare: (i) una riduzione dei costi dovuta alla contrazione del ricorso alla struttura ospedaliera da parte della popolazione servita da centro; (ii) migliori outcome in termini di qualità della vita e contrazione della mortalità infantile.

La rete assistenziale virtuale: L'EHR come tecnologia di coordinamento

Le caratteristiche delineate in precedenza consentono di evidenziare come l'EHR renda percorribile una soluzione alternativa alla co-localizzazione dei servizi per il superamento del tradizionale stato di isolamento dei professionisti assistenziali e la promozione della cooperazione, attivando un processo di virtualizzazione delle relazioni.

In altri termini il sistema dell'assistenza territoriale può configurarsi come un network virtuale di professionisti e strutture distribuite geograficamente, dinamicamente definito intorno al singolo paziente e in funzione delle peculiarità dei bisogni manifestati. Ogni singolo nodo in virtù delle sue interconnessioni con gli altri nodi della rete, può dunque rappresentare un gateway per l'accesso all'intero sistema assistenziale, in quanto in grado di recepire il bisogno a prescindere dalla sua natura e veicolare il paziente verso la sua soddisfazione, massimizzando in questo modo la comprehensiveness. La possibilità di ricorso all'Electronic Patient Record e agli strumenti di Telemedicina, inoltre consente l'estensione di tale network sino a comprendere lo stesso paziente il quale non è più il vettore passivo di informazioni alle quali solo i professionisti hanno accesso, perpetuando una asimmetria poco propensa allo sviluppo di una relazione medico-paziente adulta, ma soggetto attivo e partecipe alla propria cura.

Particolarmente ricco è il dibattito in merito alla capacità del supporto informativo di stimolare la cooperazione. Come evidenzia Costa (2004), l'informatizzazione aumenta la disponibilità di dati ma non aumenta di per sé la comunicazione tra soggetti la quale ha bisogno di significati più che di dati. La definizione di significati condivisi, infatti, difficilmente emergono in presenza di una comunicazione che avviene tramite ICT in quanto minaccia la dimensione sociale della relazione. Come evidenziano i risultati dello studio condotto da Safran et al. (1998) in una grande realtà ospedaliera, i professionisti che ricorrono all'EHR-S

percepiscono una situazione di isolamento, dovuta alla contrazione delle interazioni dirette. A conclusioni diverse sembra giungere invece Cuel et al (2007), il quale evidenzia come l'ICT possa contribuire a cambiare i processi di comunicazione e gestione delle informazioni, favorendo, attraverso l'integrazione di conoscenze provenienti dalle diverse unità operative, la discussione e dunque la costruzione di una conoscenza socialmente condivisa. Tuttavia la sua analisi è effettuata all'interno di un dato contesto organizzativo quale una RSA, in cui è presumibile che il sistema si affianchi ma non si sostituisca completamente al rapporto diretto.

Un altro aspetto rilevante concerne poi il fatto che il modello del Community Health Center il coordinamento può assumere una connotazione "emergente", in quanto il processo di costruzione organizzativa sembra derivare dall'insieme di azioni e decisioni interconnesse risultanti dall'interazione tra gli attori (March e Simon, 1958, Thompson, 1967). Al contrario, l'introduzione di un EHR-S implica in ogni caso ex-ante una definizione di quella che altrove è stata definita infostruttura, ovvero di regole e procedure condivise alla base dello sviluppo dello stesso sistema.

L'impatto dell' EHR sulle performance della rete assistenziale

Dal set di considerazioni effettuate emerge come, nei limiti e nelle modalità evidenziate, l'EHR-S si presenti come una componente infrastrutturale dell'integrated care (Ellingsen e Munkvold, 2007) in grado di supportare i processi di comunicazione delle conoscenze e decisioni per gli operatori socio-sanitari distribuiti sul territorio che svolgono compiti tra loro interdipendenti, superando i vincoli spaziali e temporali. Tuttavia rimane irrisolto in che termini l'EHR sia in grado di impattare sulle performance del network assistenziale e quindi sulla sua capacità di garantire elevati standard di qualità assistenziale.

La qualità assistenziale nella prospettiva della rete

Nella misurazione delle performance dell'assistenza sanitaria in genere oggetto di analisi è l'impatto del sistema su una delle tre categorie di attori (il

paziente, il medico e il manager) e soprattutto sulla relazione tra i vari professionisti o tra quest'ultimi e i pazienti, prediligendo, quindi, una dimensione individuale.

Da tale approccio sembra trasparire una visione parziale e limitata della qualità assistenziale, incapace di evidenziarne la sua connotazione multidimensionale. La qualità assistenziale nella sua accezione più ampia risulta essere determinata dall'interdipendenza tra le dimensioni chiave: (i) l'utente, che trova negli aspetti soggettivi che contraddistinguono la qualità percepita gli elementi di valutazione della prestazione; (ii) i professionisti che trovano gli elementi con cui generare confronti e valutazioni nell'ambito delle conoscenze consolidate dalle discipline scientifiche; (iii) il management che trova nella dimensione economica e di mercato i parametri con cui valutare la qualità delle prestazioni erogate, come componente della performance aziendale (Fontana, 2005).

Inoltre, per molto tempo, la valutazione della qualità assistenziale è rimasta a lungo circoscritta alla singola struttura erogatrice. Tale orientamento si rileva estremamente riduttivo in quanto il benessere del cittadino rappresenta la risultante della combinazione della pluralità di strutture coinvolte nel continuum assistenziale.

Con il diffondersi del paradigma dell'integrated care tuttavia la tendenza a concentrarsi più sul nodo che sul network nel suo complesso è stata sovvertita anche nel dominio sanitario, per cui hanno iniziato a diffondersi diversi studi orientati in questa direzione (Moskovic et al., 1995; Shortell, 1993). In particolare Shortell et al (1993) evidenziano come lo sviluppo di metodologie di misurazione a livello di network assistenziale assume una sorta di valenza culturale, in quanto contribuisce al superamento della tradizionale ottica locale e limitata, promuovendo la formazione e sedimentazione di un pensiero sistemico.

Nella prospettiva dell'integrated care – come osservato in precedenza nel capitolo 2, la valutazione del network parte dall'assunto che esiste una relazione diretta tra l'integrazione e la sua efficacia (Alter e Hage, 1993). Prevale, infatti, una implicita accettazione che la creazione di legami di interdipendenza tra due o più soggetti separati che decidono di collaborare e cooperare l'un l'altro sia a priori più efficace ed efficiente nell'offrire una determinata e complessa gamma di servizi ad una specifica comunità rispetto a quanto potrebbero fare gli stessi soggetti

separatamente. In questa prospettiva la valutazione del network si riduce ad una valutazione dell'intensità dell'integrazione tra i nodi della rete.

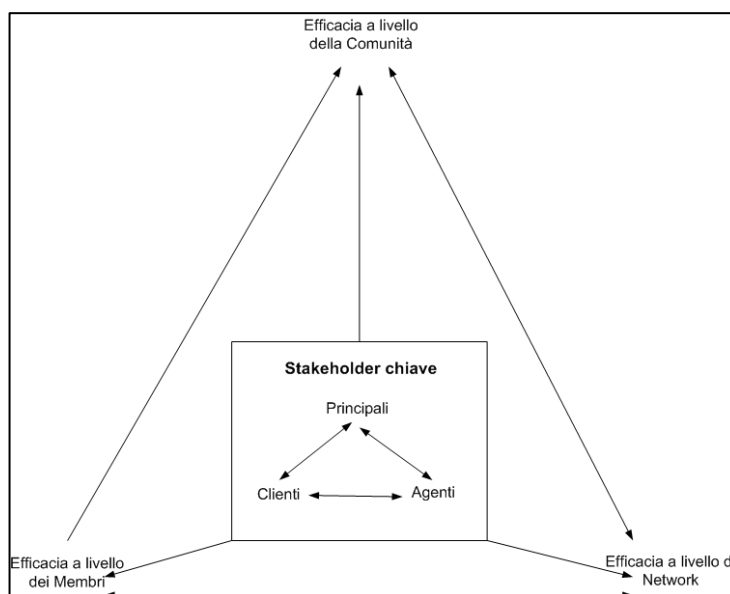
Tale approccio tuttavia non si rivela sufficiente ad evidenziare la multidimensionalità degli aspetti che contraddistinguono una rete. Come dimostrano i risultati dello studio di Provan e Milward (1995), la mera integrazione non garantisce necessariamente l'efficienza, ma piuttosto quest'ultima risulta essere influenzata dalla struttura del network e, in particolare, dalle modalità e strategie di integrazione e, dunque, dai meccanismi di coordinamento adottati.

La valutazione delle performance della rete assistenziale: un framework di analisi

Provan e Milward (2001) hanno evidenziato come l'efficacia a livello di network è subordinata alla capacità di soddisfare le dimensioni di performance a tre diversi livelli di analisi: la comunità di riferimento, i partecipanti ed il network stesso. Coerentemente con una prospettiva basata su stakeholder multipli, infatti, i tre livelli riflettono le tre ampie categorie di portatori di interesse nei confronti della rete: (i) i principali che monitorizzano e finanziano la sua costituzione e le sue attività; (ii) gli agenti che lavorano nel network sia in qualità di amministratori che di professionisti socio-sanitari e (iii) gli utenti destinatari dei servizi erogati.

Ciascuno stakeholder si contraddistingue per bisogni peculiari e quindi per specifici indicatori di performance. Conseguentemente, può ritenersi efficace il rete in grado di soddisfare minimamente i bisogni di ciascun gruppo. Tuttavia, come evidenzia lo schema rappresentativo riportato in *Figura 1*, gli stakeholder non sono reciprocamente autonomi. La soddisfazione di ciascuno stakeholder è infatti influenzata dalla soddisfazione almeno parziale degli altri. Al contempo può, peraltro, verificarsi che le dimensioni di efficacia siano tra loro in conflitto come nel caso dei bisogni opportunistici dei partecipanti al network rispetto a quelli della comunità.

Figura 1. Relazione tra l'efficacia ai diversi livelli d'analisi del network e l'influenza tra i diversi stakeholder



Fonte: Provan e Milward, 2001

Quella effettuata dai due autori risulta essere, tuttavia, esclusivamente una concezione teorica in quanto si limitano alla definizione dell'impostazione logica del framework non sviluppando ulteriormente le dimensioni e gli strumenti di misurazione di performance. Partendo dunque da tale frame wok teorico è necessario un ulteriore sviluppo delle le variabili di riferimento.

L'efficacia del network a livello della comunità

Al più alto livello di analisi, la valutazione della funzionalità di un modello a rete integrato per la fornitura di servizi socio-sanitari richiede di esaminare il contributo offerto rispetto ai bisogni espressi dalla domanda, eventualmente con riferimento ad un preciso bacino di riferimento. Da questo punto di vista il focus della valutazione prescinde dalla singola prestazione e dagli aspetti propriamente clinici ad essi connessi per andare a considerare la capacità del network nel suo complesso - e quindi dell'organizzazione dell'insieme di servizi che lo compongono - di migliorare le prestazioni offerte agli utenti, rispetto a quelle erogate da soggetti autonomi.

Partendo dall'assunto che la rete assistenziale, nei termini qui definiti, possa identificarsi con il sistema di assistenza primaria/territoriale di un dato territorio, possono essere considerate come dimensioni di performance i principi fondanti di tale livello assistenziale: l'accessibilità, la *comprehensiveness*, la continuità e la capacità di coordinamento (Starfield, 1992; IOM, 1978). In merito a quest'ultimo, tuttavia, nel passaggio da una dimensione individuale di assistenza incentrata sulla figura del MMG ad una visione sistemica, è possibile ritenere che acquisti un valore di elemento strutturale, di presupposto per il rispetto degli altri tre. Pertanto la capacità di coordinamento con gli altri servizi assistenziali può essere trascurato in quanto considerato "embedded" rispetto agli altri.

L'*accessibilità* implica la possibilità, attribuita al paziente, di veder soddisfatto il proprio bisogno assistenziale al tempo e nel luogo in cui esso si manifesta. In questa prospettiva, l'accessibilità implica la *disponibilità* di servizi specifici e relativi punti d'accesso congrui con la domanda dei cittadini. Tuttavia, la disponibilità è condizione necessaria ma non sufficiente all'accessibilità. Quest'ultima è, infatti, influenzata da altri aspetti sia di carattere propriamente strutturale che organizzativi. Relativamente alla dimensione strutturale, in particolare, l'accessibilità di un servizio assistenziale è essenzialmente influenzata dalla distanza e dalla facilità di raggiungimento dei punti d'accesso (*prossimità*).

Anche qualora un punto d'accesso fosse fisicamente accessibile potrebbero però esservi delle barriere alla fruizione dei servizi, dovute ad una organizzazione inappropriata delle risorse (ad esempio le liste d'attesa). Nella dimensione organizzativa, in particolare, critici per l'accessibilità sono la *copertura temporale* del servizio, nelle 24 ore e nei giorni sia feriali che festivi, e la *reattività* alla manifestazione del bisogno, sia in termini di tempi di primo contatto che di erogazione effettiva dell'assistenza (Campbell et al., 2000; Aday et Andersen, 1974; Berry et Seiders, 2003; IoM, 1978).

Un'ultima dimensione, non considerata in letteratura, è data dalla *visibilità*, dovuta alla necessità, che in questo panorama rinnovato si manifesta di far conoscere all'utenza la disponibilità di specifici servizi e di orientarla rispetto alla pluralità degli stessi.

La *comprehensiveness* nella sua accezione originaria si dimostra come la capacità di fornire una risposta appropriata alla pluralità dei bisogni manifestati dal paziente (Starfield, 1992; IOM, 1978). Il MMG, infatti, era in grado di fornire una risposta multidimensionale comprensiva tanto degli aspetti sociali quanto di quelli propriamente sanitari del problema manifestato (Chan, 2002). Trasferendo tale concetto in una dimensione di rete assistenziale, la *comprehensiveness* può tradursi quindi con il concetto di *unitarietà* dell'accesso, ovvero con la capacità sviluppata dalla rete di fornire, nel corso di un unico contatto, la risposta ad un bisogno multiplo o, in altri termini, l'accesso a più servizi.

La nozione di *continuità* è variamente intesa in letteratura. All'interpretazione iniziale, tipica nel dominio dell'assistenza primaria, di longitudinalità intesa come protrazione nel tempo di un rapporto interpersonale con il paziente (Saultz, 2003; Starfield, 1992; Roger e Curtis, 1980), si sono affiancate, in presenza di una pluralità di operatori, nuove definizioni. La continuità infatti viene sia intesa come una successione ininterrotta di eventi (continuità manageriale) sia come la disponibilità d'informazioni circostanziate ed aggiornate sulle condizioni socio-sanitarie del paziente ,a supporto di un intervento appropriato (continuità informativa) (Haggerty et al. 2003), . Come rilevano Woodward et al. (2004), tuttavia, nella prospettiva degli utenti acquistano importanza esclusivamente il mantenimento della *continuità interpersonale* con il medico, che peraltro risulta essere più accentuata al progredire dell'età e in presenza di cronicità, e la presenza di *continuità informativa* tra gli operatori. Al contrario, poco rilievo viene attribuito alla continuità manageriale.

L'efficacia a livello di network

Il raggiungimento di un buon grado di legittimazione e di consenso da parte della comunità locale potrebbe avvenire a costi troppo elevati rispetto a quelli necessari affinché i risultati siano anche giudicati efficienti. Una valutazione del network non deve quindi prescindere da un esame di quali risorse siano acquisite e come siano allocate all'interno di esso, nella direzione di massimizzare l'efficienza complessiva della rete per il maggior beneficio della popolazione coinvolta.

Un network efficace è, quindi, innanzitutto quello in grado di erogare i servizi necessari alla popolazione, evitando da un lato la loro uscita dalla rete stessa per soddisfare i propri bisogni, dall'altro la ridondanza dei servizi sullo stesso territorio di riferimento (*ampiezza*) (Provan e Milward, 2001). In presenza di bisogni mutevoli (si consideri ad esempio la variabilità del quadro epidemiologico) un utilizzo appropriato delle risorse a disposizione risulta essere influenzato oltre che dall'ampiezza anche dalla capacità di rispondere in maniera appropriata a tale variabilità, garantendo quindi una certa *flessibilità* nel network.

Un'ulteriore dimensione è poi rappresentata dalla *forza della relazione* tra i membri. Espressione di tale forza è la capacità di assicurare la *continuità manageriale* e la *continuità informativa*. La continuità manageriale concerne la capacità di garantire un sequenziamento appropriato di diversi interventi casualmente interdipendenti, strumentale ad un'erogazione, in tempi definiti, di servizi complementari. Essa dipende fortemente dai meccanismi di coordinamento adottati all'interno del gruppo di membri che costituiscono il network, e dalla capacità di flessibilità nell'adattare gli interventi al mutare dei bisogni del paziente e delle circostanze. La continuità informativa attiene, invece, come già evidenziato, alla disponibilità d'informazioni circostanziate ed aggiornate sulle condizioni socio-sanitarie del paziente, ma anche di informazioni relative ai processi assistenziali nel loro complesso così come sulle risorse tecniche e professionali da attivare per rispondere a specifiche necessità (Haggerty et al. 2003).

L'intensità della relazione risulta essere, poi, strettamente collegata al *commitment rispetto agli obiettivi* da parte dei membri del network ovvero dell'impegno alla cooperazione e condivisione degli obiettivi.

Tuttavia, se in presenza di network di dimensioni limitate e scaturiti dall'esplicita volontà di aggregazione da parte delle singole agenzie la propensione al coordinamento potrebbe rappresentare uno strumento sufficiente a garantire la buona operatività del network, ciò difficilmente si verifica in altre situazioni. Al fine dunque di superare le spinte individualistiche e opportunistiche, il network deve basarsi su specifici sistemi di governo e monitoraggio. In altri termini un'ulteriore dimensione di efficacia è rappresentato dalla *capacità di creare e mantenere una*

struttura amministrativa che detiene il governo del network e degli strumenti necessari allo svolgimento di tale attività (Provan e Milward, 2001).

L'efficacia al livello dei partecipanti al network

Nella prospettiva dei partecipanti al network l'efficacia deriva dai benefici che ogni singola agenzia può conseguire con la partecipazione al network e che ne giustificano tanto l'ingresso quanto la permanenza. A tal riguardo si individuano quattro criteri di valutazione: la legittimazione presso la comunità, l'**accesso alle risorse**, l'efficienza operativa, gli outcome per i clienti (Provan e Milward, 2001).

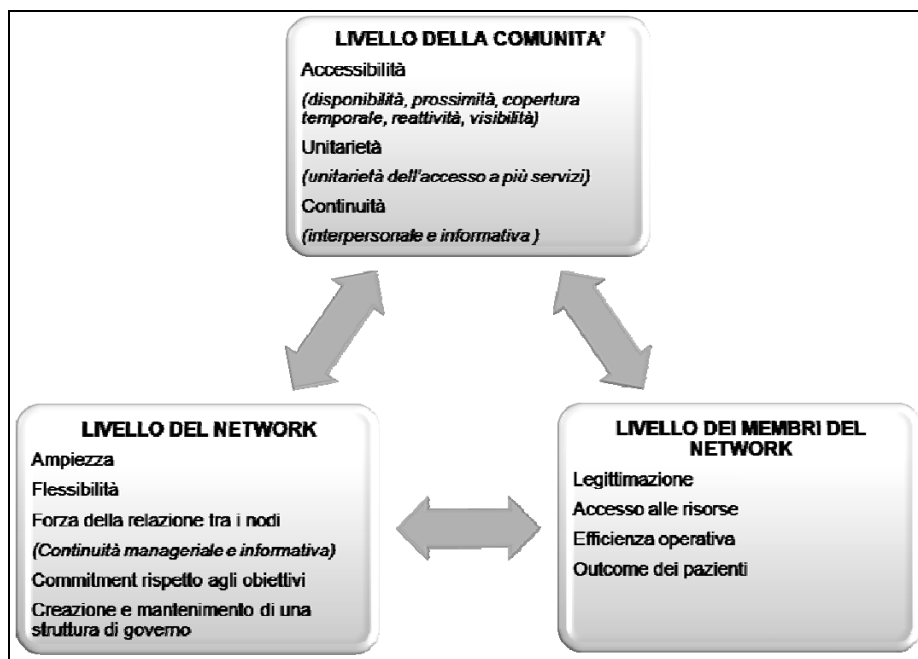
Le agenzie tendono infatti ad entrare nei network per migliorare la loro **legittimazione nella comunità** ed acquisire risorse in maniera più agevole rispetto ad una situazione di isolamento, vista anche la possibilità di condividere informazioni, idee, progetti e gli stessi utenti.

All'accesso a nuove risorse peraltro si affiancano anche nuove opportunità per una gestione più efficiente di quelle disponibili. Le agenzie potrebbero, infatti, accentrare e condividere alcune risorse tanto di carattere tecnologico quanto amministrativo, sfruttando in tal modo le economie di scala. Inoltre, il coordinamento tra i vari nodi, la continuità manageriale e informativa potrebbero favorire una maggiore **efficienza operativa**. La condivisione delle informazioni può infatti contribuire a minimizzare i tempi di risposta ed avere una maggiore trasparenza sul percorso del paziente, consentendo così di intervenire tempestivamente in caso di riscontro di problemi, evitando ulteriori complicazioni. Queste ultime considerazioni peraltro dimostrano, coerentemente con quanto evidenziato da Provan e Milward, come il perseguimento degli obiettivi di performance di un gruppo di stakeholder (in questo caso i proprietari) risulta essere un prerequisito per il conseguimento degli obiettivi di performance di un altro (in questo caso i membri del network).

Un ultimo beneficio che ogni agenzia può conseguire concerne un miglioramento generalizzato degli **outcome dei propri utenti**. Attraverso l'integrazione dei servizi, infatti, un utente può soddisfare un'ampia varietà di bisogni e ottenere un'assistenza coordinata che l'agenzia singolarmente non può

garantire. Peraltro la partecipazione al network può consentire una maggiore specializzazione della singola agenzia favorendone un incremento delle competenze e conseguentemente della qualità delle prestazioni erogate.

Figura 2. Il Framework per la valutazione del network assistenziale



L'impatto dell'Electronic Health Record sulla qualità assistenziale

Nella pluralità di studi volti ad investigare l'impatto dell'EHR sulla qualità dei servizi assistenziali è possibile rintracciare tre diverse direttrici di ricerca.

Un primo filone considera come unità di analisi il paziente. Gli studi riconducibili a tale gruppo si concentrano, infatti, su: (i) gli impatti sulla qualità percepita (Safran et al. 1995), (ii) gli outcome di salute (Adams et al. 2005) e (iii) la continuità delle cure, specie in relazione a categorie circoscritte di pazienti caratterizzati da situazioni di cronicità che giustificano un contatto protratto nel tempo con il sistema sanitario (Freeman et al, 2001; Nasmith et al. 2004; Laurence et al. 2004).

Un secondo filone posa invece l'attenzione sui professionisti, per cui evidenzia, oltre al ruolo di supporto alla collaborazione nelle organizzazioni complesse (Safran et al. 1998), l'impatto dell'EHR sulla (i) soddisfazione

professionale (Sittig et al. 1999), (ii) la riduzione degli errori clinici (Bates et al. 2001) e (iii) l'ottimizzazione dei tempi di lavoro (Carroll et al., 2004).

In fine, un terzo filone di studi si concentra sull'impatto dell'EHR sulla sfera gestionale e strategica del sistema sanitario ponendo attenzione sui miglioramenti nella performance finanziaria (Hillestad et al. 2005), e sulla riduzione delle prescrizioni farmaceutiche e delle indagini diagnostiche (Copit, 2007).

In tali studi, tuttavia, la visione dell'EHR appare limitata. Frequentemente il concetto di EHR viene assimilato a quello di Computer-Based Patient Record (CPR), Electronic Patient Record (EPR), e Virtual Health Record (VHR) o Electronic Medical Record (EMR), termini che in genere si riferiscono alla cartella clinica elettronica ambulatoriale o ospedaliera (Tarmizi et al. 2006). Quest'ultima, a differenza dell'EHR-S, e si identifica semplicemente con l'insieme di tecnologie o sistemi che consentono la sostituzione di una cartella cartacea con una informatizzata¹¹ (Ginneken, 2002; Brailer and Terasawa, 2003; Ondo et al., 2002), al fine di sopperire all'incapacità dello strumento cartaceo di garantire l'accuratezza e la completezza dei dati e il rispetto dell'appropriatezza clinica.

L'attenzione delle ricerche continua ad essere, quindi, prevalentemente incentrata sui sistemi "stand-alone" o comunque operanti entro i confini ospedalieri o dei singoli ambulatori, a discapito di quelli che supportano la comunicazione e l'interconnessione tra i professionisti che, pur afferendo ad organizzazioni diverse, cooperano sul territorio (Iakovidis, 1998).

Tale situazione sembra essere in parte giustificata dal ritardo maturato nella loro diffusione. Sebbene infatti i primi EHR-S siano stati sperimentati agli inizi degli anni settanta il livello di impiego continua a rimanere piuttosto contenuto (Tang, 2003).

¹¹ Un'importante affinamento della definizione è quella effettuata da La Pietra e Ferrari (1999) il quale esplicita la distinzione tra cartella clinica "digitalizzata" da quella propriamente definibile come "elettronica". Nel primo caso, infatti, la versione elettronica si configura come una semplice scansione dell'originale cartaceo strumentale alla consultazione. Nel secondo, invece, si fa riferimento a cartelle ciniche nate interamente o parzialmente in forma elettronica. A differenza delle prime quest'ultime possono consentire l'estrazione di informazioni rilevanti ed una loro rielaborazione in modo strumentale alle specifiche esigenze dei singoli operatori.

Altro aspetto che emerge dall'osservazione degli studi sul rapporto tra EHR-S e qualità assistenziale concerne il campo di studio, che continua ad essere vincolato ad una dimensione individuale dell'assistenza in quanto, di volta in volta, incentrato su una delle tre categorie di attori principali del processo assistenziale.

Sebbene non si riferisca specificatamente all'EHR, particolarmente interessante è lo studio condotto da Mercer (2001). Quest'ultimo, infatti si differenzia dai precedenti in quanto adotta come unità di analisi non più la singola struttura bensì una rete assistenziale, mirando, appunto, ad analizzare l'impatto dell'IT sulle performance dei network assistenziali canadesi. Tuttavia in tale studio di intravedono gli stessi limiti che contraddistinguono l'approccio dell'integrated care: anche Mercer infatti, parte dall'assunto che una maggiore integrazione comporta direttamente maggiore efficienza per cui si limita a testare l'impatto dell'eHealth sull'intensità dell'integrazione.

EHR-S e performance della rete assistenziale: il framework di analisi come "lente" di osservazione

Come emerso dal paragrafo precedente gli studi inerenti l'impatto di un sistema EHR sulla qualità assistenziale e più in generale sulle performance del network assistenziale risultano essere al momento piuttosto limitati e legati ad interpretazioni parziali del concetto di qualità o della relazione tra integrazione e performance. Tali limiti possono essere in parte dovuti alla relativa giovinezza dell'ambito di studi, vista la persistenza riscontrata nella pluralità dei sistemi sanitari di un approccio ancora fortemente ospedalocentrico (Atun, 2004). Un'ulteriore motivazione riconduce, invece, ad una discussione più ampia relativa al rapporto tra ICT e misurazione di performance. Numerose sono, infatti, le difficoltà che si riscontrano nel misurare la performance organizzativa degli investimenti in ICT, non solo in termini di clima organizzativo, di livello di coesione e di partecipazione e di incremento di flessibilità e di adattabilità del sistema organizzativo (variabili di difficile operationalizzazione), ma addirittura a livello di efficienza produttiva (Pontiggia, 1991; Orlikowski, 1992). Una delle principali motivazioni di tale situazione è considerata la difficoltà nel separare l'impatto delle ICT da quello di altre variabili sulla performance aziendale.

Partendo dunque da tali considerazioni il framework elaborato da Provan e Milward (2001) può rappresentare un valido schema di partenza per evidenziare la multidimensionalità dell'EHR sulla qualità assistenziale, che comprende ma non si conclude nel suo ruolo di integratore. Tuttavia la consapevolezza delle criticità legate alla natura del rapporto tra EHR-S e performance inducono ad optare per un approccio di carattere più propriamente qualitativo. In questa prospettiva, dunque, il framework di valutazione delle performance viene interpretato non tanto 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.

L'IMPATTO DEL SISTEMA EHR SULLA PERFORMANCE DELLA RETE ASSISTENZIALE: UN'ANALISI EMPIRICA

Introduzione

Come evidenziato nel capitolo precedente, lo studio dell'impatto dell'EHR-S sulla qualità assistenziale è un campo al momento non sufficientemente esplorato. In particolare, rimane ancora da approfondire quale possa essere l'influenza dell'EHR-S sulle performance dell'intera rete assistenziale, aspetto che acquisisce una rilevanza non solo di carattere scientifico ma anche operativo, in un'ottica di pianificazione sanitaria.

Nel tentativo di fornire un contributo che vada in questa direzione è stata elaborata un'analisi empirica basata sull'applicazione del framework teorico definito e discusso nel corso delle pagine precedenti, cui è dedicato il presente capitolo.

In particolare, nel prosieguo verranno introdotti e giustificati l'approccio metodologico adottato, i criteri di selezione dei casi di studi e la tecnica di raccolta dei dati. Successivamente si procederà con la descrizione dell'ambito di indagine prescelto e quindi dei casi selezionati. Il capitolo si conclude con la descrizione dei risultati dello studio effettuato.

L' approccio metodologico

L'approccio metodologico adottato risulta essere di stampo qualitativo. Si tratta di una scelta relativamente insolita in quanto tradizionalmente gli studi sulla valutazione delle performance ed in generale sulla valutazione della qualità nel dominio sanitario assumono un carattere quantitativo. Due sono le motivazioni alla base di tale scelta. La prima, già discussa nel capitolo precedente, è legata all'obiettivo specifico perseguito. Il principale oggetto di analisi non è verificare "quanto" è efficace il network ma soprattutto il "come" ed il "perché" le soluzioni

organizzative proposte nell'esperienza di network virtuale possano 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. In questa prospettiva, l'analisi qualitativa in quanto orientata alla raccolta di impressioni, rappresentazioni individuali o collettive di specifici eventi in modo da portare alla luce anche fatti non immediatamente rilevabili alla percezioni quotidiane dei singoli individui, (Cassell e Symon 1994), può consentire l'individuazione di alcuni aspetti che difficilmente emergerebbero da uno studio di carattere quantitativo.

La seconda motivazione è, invece, di carattere meramente operativo in quanto dettata dall'impossibilità di disporre di un campione sufficientemente significativo per poter condurre uno studio a carattere quantitativo. L'esperienza delle reti virtuali supportate dall'ICT si rivela infatti estremamente nuova e al momento non ancora particolarmente sviluppata nell'ambito di indagine prescelto e, soprattutto, coinvolge un numero relativamente esiguo di attori. A ciò si è inoltre aggiunta l'indisponibilità di dati aggregati di performance dovuti all'assenza di un sistema informativo verticale in grado, di isolare informazioni riferite alle esperienze esaminate rispetto all'aggregato aziendale.

Coerente con tale approccio, dunque, il framework definito è stato considerato più che come un vero e proprio strumento di valutazione come una lente di osservazione attraverso cui interpretare le soluzioni adottate in realtà circoscritte e, conseguentemente, per effettuare una serie di riflessioni in merito alla capacità di garantire l'efficacia assistenziale.

La selezione dei casi di studio

Coerentemente con l'impostazione data alla ricerca, il metodo di indagine prescelto è stato quello del case study. Un caso studio consiste in una ricerca empirica che esamina un fenomeno contemporaneo in un contesto reale dove si realizza, senza "*controllo delle variabili di contesto, con uso di molteplici fonti di dati*" (Yin 2003).

Uno degli aspetti più complessi e delicati nella elaborazione di un case study concerne proprio la definizione dell'oggetto di studio. Una definizione inadeguata

rischia infatti di comportare che i risultati non siano direttamente collegati a quello che è il caso presunto ma ad un'altra situazione mentre, in presenza di realizzazione di casi multipli, questi potrebbero essere tra loro non comparabili (Yin, 1999).

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 alla cosiddetta rete virtuale che risultava operativa, al momento della selezione, da circa tre anni, un tempo stimato come sufficiente per consentire una valutazione attendibile dei risultati riscontrati. I confini dell'esperienza - di seguito indicata per questioni di privacy *Rete per le Cure Primarie* - risultano essere quelli definiti in sede progettuale. In particolare, si è fatto riferimento ai documenti ufficiali per verificare i servizi, gli attori coinvolti (sia a livello istituzionale che operativo) e la comunità di riferimento, intesa come la popolazione dei comuni formalmente considerati come bacino di utenza dei servizi coinvolti nella sperimentazione. La consapevolezza, tuttavia, della possibilità di discrepanze tra la descrizione formale e la situazione reale ha indotto ad integrare le informazioni a disposizione attraverso i risultati dei riscontri diretti con gli attori coinvolti nell'intervista (Yin, 1999) e, conseguentemente, ad affinare il set iniziale di proposizioni.

La stessa metodologia di indagine è stata successivamente applicata ad un'altra esperienza di rete assistenziale. 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 (demografiche, territoriali e socio-economiche della comunità di riferimento). tuttavia, si caratterizza per aver sperimentato una soluzione alternativa di strutturazione della rete ,e di scelte di integrazione, tipiche del modello definito nel capitolo 3 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 di seguito verrà identificato come *Centro per le cure primarie*. Tale esperienza è

peraltro estremamente rilevante in quanto, sebbene temporalmente precedente, ripropone quello che al momento in cui si scrive emerge come modello di riferimento per l'organizzazione dell'assistenza territoriale italiana (la Casa della Salute), promosso istituzionalmente ed a cui le varie Regioni e le aziende sanitarie sono invitate ad adeguarsi.

Quello effettuato può essere, dunque, definito come caso multiplo in quanto è stata adottata una logica di replicazione dell'esperimento in condizioni parzialmente diverse. Tale approccio ha sia una giustificazione metodologica che meramente operativa. In particolare, nella prospettiva metodologica scaturisce dal tentativo di rafforzare la conferma dell'ipotesi di partenza attraverso l'individuazione di un caso contrario in cui l'eccellenza è stata raggiunta attraverso il ricorso a strumenti diversi (Grandori, 1997).

Nella prospettiva più propriamente operativa, invece, il confronto tra le due esperienze consente di arricchire ulteriormente la riflessione relativa al l'EHR, e soprattutto di ragionare su una possibile evoluzione del modello della Casa della Salute – e più in generale del Community Health Center - che integri il concetto di rete virtuale.

Il metodo di raccolta e analisi dei dati

L'indagine è stata condotta su base documentale in combinazione con interviste semi-strutturate, adottando la logica della triangolazione delle fonti (Patton, 1999) al fine di assicurare una maggiore solidità alle evidenze.

In particolare, in merito alla **base documentale** oggetto di indagine e di analisi sono stati i principali documenti pubblici ed interni legati alla definizione progettuale delle esperienze analizzate. Tali documenti sono stati strumentali all'individuazione delle scelte organizzative prospettate. Tuttavia, poiché è molto frequente il riscontro di un gap tra assetti organizzativi dichiarati (ufficiali e formalizzati) e assetti agiti (come funziona effettivamente l'organizzazione) (Lega, 2002), i risultati dell'indagine documentale sono stati oggetto di un approfondito riscontro nel corso delle interviste semi-strutturate ad un nucleo di attori privilegiati, effettuato nella seconda fase dell'indagine. Alcuni dati quantitativi sui risultati di

performance conseguiti sono stati inoltre estrapolati dalla documentazione ufficiale resa disponibile dalle amministrazioni coinvolte.

Per quanto concerne invece le *interviste* quest'ultime sono state effettuate nel corso di più incontri presso le due strutture ed hanno coinvolto numerosi attori a vario livello. In particolare, destinatari delle interviste sono stati il management delle strutture sanitarie di riferimento, la classe medica (specialisti territoriali e soprattutto MMG visto il ruolo centrale da essi assunto all'interno dell'esperienza), il personale paramedico ed amministrativo. Nel caso dell'esperienza della rete virtuale l'intervista è stata estesa anche agli esperti informatici coinvolti nella progettazione e sviluppo del sistema.

Un limite rilevante della metodologia seguita concerne il fatto che a fronte di un ampio coinvolgimento da parte dei professionisti così come del management coinvolti nelle esperienze esaminate, l'indagine non è stata estesa ai pazienti delle strutture. Ciò ha indotto alla scelta di derivare la valutazione dell'efficacia nella prospettiva della comunità dall'analisi dei risultati evidenziati da parte del management e soprattutto dalla valutazione delle scelte organizzative realizzate. In altri termini le dimensioni individuate come rilevanti nella prospettiva dei pazienti sono state adottate come strumenti di misurazione qualitativa delle scelte organizzative portate a termine nelle due esperienze.

In merito alla tecnica di intervista adottata, riprendendo l'approccio proposto da Patton (1987), è stata prevista una prima fase basata su una conversazione informale, seguita da una seconda in cui si è ricorso ad una guida di intervista orientata ad approfondire - e soprattutto a chiarire - le informazioni rilevate su base documentale, in modo da poter validare l'analisi dei contenuti effettuata. Nella parte conclusiva, in fine, è stato previsto un set di domande standardizzate a risposta aperta.

Tale tecnica consente di conciliare l'esigenza di flessibilità e adattabilità all'emergere di nuove informazioni con quella di assicurare la copertura con ciascun intervistato di uno specifico set di argomenti e di problematiche.

Le domande, in particolare sono state strutturate in relazione alle dimensioni individuate ed hanno condotto all'acquisizione sia di dati qualitativi, ovvero inerenti

le percezioni degli intervistati rispetto alle dimensioni individuate, sia di alcuni – pochi - dati quantitativi.

L'ambito di indagine: il comparto italiano dell'assistenza primaria

Prima di procedere nella presentazione di dettaglio dei due casi di studio oggetto di indagine qui di seguito viene introdotto il contesto istituzionale di riferimento in cui le esperienze hanno avuto modo di svilupparsi. Tale ambiente ha, infatti, non solo creato i presupposti al loro sviluppo ma ne ha anche influenzato le scelte di realizzazione e di implementazione.

La nascita della concezione di salute come fenomeno unitario: il Sistema Sanitario Nazionale

La concezione di salute come fenomeno unitario risulta essere uno degli elementi fondanti della costituzione del SSN italiano (legge 833/1978) (Del Vecchio, 2003). Secondo i principi del sistema costituito a cavallo tra gli anni 70 e 80, infatti, la salute è un diritto collegato alla cittadinanza, e non più la contropartita di una contribuzione, come nella precedente prospettiva mutualistica. Inoltre, la salute non deriva da una sommatoria di servizi ma piuttosto da un insieme unitario di attività e prestazioni che la collettività è in grado di assicurare.

Tale visione ha fortemente influenzato sia la definizione dei criteri di distribuzione delle responsabilità istituzionali, sia la scelta degli assetti strutturali dei servizi. In particolare, per quanto concerne la ripartizione della responsabilità, le aggregazioni sovracomunali hanno acquisito responsabilità estese di tutela e risposta a tutti i bisogni di salute dei cittadini, demandando al livello regionale esclusivamente la funzione di coordinamento e programmazione. Ciò peraltro risulta assolutamente coerente con il tradizionale riconoscimento del livello locale come ambito designato alla raccolta delle esigenze collettive e all'erogazione delle rispettive risposte. In merito alla scelta dell'assetto strutturale, invece, la necessità di soddisfare il bisogno di integrazione emergente ha indotto all'accentramento in un'unica entità di tutti i servizi, le attività ed i poteri agenti sulla tutela della salute

delle persone. L'Unità Sanitaria Locale (USL), infatti, supera la separazione tra finanziamento e produzione dei servizi tipica dell'assetto precedente, promuovendo l'abolizione di enti e meccanismi dedicati solo alla gestione di fondi o specializzati nell'acquisto di prestazioni. Inoltre, integra tutti i servizi in un'unica azienda dove convergono attività che spaziano dall'assistenza specialistica, ospedaliera e territoriale a quella di base, all'igiene pubblica e alla veterinaria (Del Vecchio, 2003).

Sebbene ricco di spunti interessanti, l'approccio seguito nella strutturazione delle ASL ha visto il prevalere di un monopolio decisionale dell'organo politico nel governo dei comportamenti aziendali. Ciò ha portato all'attribuzione di una posizione di predominanza del disegno istituzionale rispetto al funzionamento aziendale. In linea con il modello classico di pubblica amministrazione¹² la collocazione all'interno della stessa azienda e la sottoposizione ad un unico organo di governo è stato riconosciuto come sufficiente a garantire l'integrazione dei servizi offerti, trascurando i complessi problemi di un funzionamento coordinato e finalisticamente orientato delle strutture aziendali.

La convinzione di aver risolto il problema del funzionamento integrato per via istituzionale ha quindi favorito l'assunzione di configurazioni di tipo funzionale/settoriale. In altri termini, piuttosto che orientarsi rispetto a specifiche aree di popolazione servita o di risultati da conseguire, le articolazioni organizzative sono state definite in relazione alla natura dei processi produttivi e/o delle competenze impiegate. Al rafforzamento della separazione tra i diversi servizi assistenziali hanno poi contribuito anche le previsioni normative. Queste hanno, infatti, sottolineato spesso l'autonomia tecnico-funzionale di cui devono godere i servizi e la strutturazione collegiale degli organi di direzione di carattere strettamente aziendale, quali l'ufficio di direzione e le funzioni attribuite ai coordinatori sanitari e amministrativi.

Nel corso degli anni Novanta, a partire dalle riforme del 1992-93 l'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario italiano è stato protagonista di consistenti cambiamenti.

¹² secondo il modello classico della Pubblica Amministrazione cui la pre-definizione di procedure formalizzate rendono neutrale la macchina amministrativa consentendo all'organo massimo di governo di detenere un monopolio decisionale (Del Vecchio, 2003)

Il quadro epidemiologico emergente e la mutata intensità delle pressioni competitive ed economiche - dovuta alla crescente responsabilizzazione economica e finanziaria, così come all'aumento degli spazi di autonomia potenzialmente a disposizione conseguente al processo di aziendalizzazione - hanno spinto le aziende sanitarie a ricercare nuovi assetti organizzativi e a disegnare nuovi ruoli.

In particolare, una prima importante direttrice di cambiamento è stata rappresentata dall'introduzione di nuovi livelli intermedi di responsabilità lungo la linea verticale. Tale scelta che mira a sostituire il precedente modello medico-centrico "piatto", tipico delle organizzazioni professionali, promuove una maggiore integrazione e unitarietà di azione rispetto ad obiettivi prefissati così come un aumento della flessibilità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, eliminando duplicazioni e sovrapposizioni di compiti e servizi (Del Vecchio, 2000).

Le unità di aggregazione intermedie assumono diverse denominazioni e configurazioni nelle varie realtà, ma la forma tipica e prevalente è quella del dipartimento. Tale struttura, sebbene prevista sin dal 1968 è stata a lungo inattuata fino alla sua valorizzazione nella riforma ter (D. lgs. 229/1999) che la propone come modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie. Tra i dipartimenti, particolare rilievo assume il Dipartimento delle cure primarie che mira ad integrare tutte le risorse professionali e strumentali dedite al primo livello di assistenza ed in genere operanti sul territorio. In particolare, il Dipartimento di cure primarie assume il duplice compito di organizzare e gestire il processo di offerta di servizi di diagnosi, cura, assistenza e follow up a livello territoriale e di garantire lo standard qualitativo delle prestazioni erogate.

Una seconda direttrice di cambiamento concerne, invece, la modifica delle logiche prevalenti di aggregazione delle attività. La maggiore responsabilizzazione delle aziende sanitarie verso la qualità delle prestazioni erogate e la sostenibilità economica ha, infatti, incentivato la sostituzione dei criteri di omogeneità tecnica, tipica dell'approccio funzionale, con criteri in grado di assicurare l'identificabilità di risultati significativi, come il soddisfacimento di aree di bisogno oppure aree specifiche di popolazione con caratteristiche omogenee. La riconfigurazione delle responsabilità su aree complessive e finali di domanda o risultati non implica, tuttavia, il radicale abbandono delle logiche specialistico-funzionali, ma piuttosto

l'utilizzo di logiche matriciali (o reticolari), in cui sono compresenti più linee di responsabilità (Adinolfi, 2000). In particolare, tale tendenza si è manifestata con il rafforzamento delle strutture distrettuali.

Verso il nuovo paradigma assistenziale: dal rafforzamento del Distretto alla Casa della Salute

Sebbene istituiti sin dal 1978, i distretti per molto tempo non sono riusciti a favorire una trasversalità organizzativa a scapito delle relazioni tipicamente gerarchiche. Essi infatti hanno teso ad identificarsi semplicemente con le sedi fisiche di erogazione dei servizi, lasciando l'onere della ricomposizione dell'offerta in un processo unico e coordinato all'utente. Con le riforme degli anni '90, tuttavia, il Distretto viene riconosciuto come strumento essenziale per ricollocare i bisogni dei cittadini al centro del SSN.

In particolare, il D. lgs. 229/99 individua nel Distretto il punto di riferimento per l'accesso ai servizi della ASL, così come il luogo di elezione per il governo della domanda e dell'integrazione socio-sanitaria.

Tali disposizioni dimostrano come anche a livello istituzionale si inizi a riconoscere l'importanza di un approccio patient-centric e la necessità di individuare nuovi modelli flessibili e integrati di governo caratterizzati da elevate interdipendenze tra componenti propriamente sanitarie (in capo alle ASL) e sociali (in capo ai Comuni). Inoltre, tale norma rappresenta il primo passo a favore dello spostamento del baricentro della politica sanitaria dall'ospedale al territorio.

L'orientamento introdotto dal decreto del 1999 è stato poi rafforzato con la sequenza di provvedimenti istituzionali successivi.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 è il primo Piano adottato nel contesto federalistico che conferma la centralità del territorio "quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari", inserendone la promozione tra i principi fondamentali del sistema sanitario italiano e riaffermando l'obiettivo di creare un sistema di servizi sul territorio incentrato sul governo dei percorsi di cura. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso una forte integrazione

socio-sanitaria e l'attivazione di processi di riorganizzazione delle cure primarie fondati sul superamento della situazione di isolamento che, generalmente, caratterizza gli attori presenti sul territorio, promuovendo forme di aggregazione tra gli stessi MMG e tra quest'ultimi e gli altri professionisti.

Tra gli strumenti operativi della strategia delineata rientra, in particolare, la proposta di sperimentazione prevista nell'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2004 relativa alle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP). L'UTAP è una forma aggregativa evoluta della medicina generale, chiaramente ispirata all'esperienza inglese dei "Primary Care Group", che mira a concentrare in un'unica sede i servizi di assistenza di base H-12 o H-24, attraverso il coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale e di altri servizi - quali la specialistica ambulatoriale o l'assistenza domiciliare - in modo variabile in funzione delle caratteristiche territoriali della domanda e delle risorse disponibili.

L'UTAP non rappresenta tuttavia l'unico tentativo per la promozione di forme di aggregazione di medici. A livello istituzionale altre forme di integrazione professionale, quali le équipes territoriali e le associazioni tra MMG (Medicina in associazione, in rete ed in gruppo) previste dal DPR 270/2000¹³ erano state già promosse in precedenza, e successivamente riconfermate nell'Accordo Collettivo Nazionale del 2005.

Il PSN 2006-2008, infine, contiene un ulteriore passo avanti nel processo di integrazione e potenziamento dell'assistenza territoriale. Tra le linee di azione, oltre a forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, promuove: (i) l'utilizzo dell'informatica medica, del telesoccorso e della telemedicina a supporto delle attività assistenziali, in particolare nelle aree a bassa densità demografica in cui non è ipotizzabile l'uso di sedi uniche; (ii) lo sviluppo degli Ospedali di Comunità¹⁴ gestiti

¹³ "Regolamento di esecuzione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale"

¹⁴ L' Ospedale di Comunità (OdiC) è la traduzione italiana del "Community Hospital" presente in Gran Bretagna sin dagli anni '20. Si tratta di una struttura di degenza gestita dai MMG per i loro pazienti che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media-bassa medicalizzazione. Il suo ricorso è pertanto particolarmente appropriato per la gestione di patologie cronico-degenerative, momentaneamente scompensate o riacutizzate che necessitano di monitoraggio, associate a condizioni di rischio sociale variabile.

dai MMG, quali strutture dedicate all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ed alla gestione delle dimissioni protette; (iii) lo sviluppo di una rete finalizzata a integrare la prevenzione, l'assistenza di base (MMG e PLS), i servizi distrettuali, la specialistica territoriale e l'assistenza ospedaliera, al fine di assicurare l'appropriatezza, il coordinamento e la continuità assistenziale, nonché a facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni.

Gli obiettivi e le linee strategiche del PSN 2006-2008 rappresentano il quadro di riferimento per la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo che parte dalle esperienze pregresse delle UTAP e dalle altre forme di aggregazioni - previste a livello nazionale, nelle singole normative regionali o risultanti dalle iniziative dei professionisti - per arricchirle di nuovi contenuti. Si tratta in particolare della sperimentazione della "Casa della Salute" presentata al pubblico il 23 Marzo 2007 dal Ministro della salute.

Il modello della Casa della Salute

Con il lancio del modello della *Casa della Salute* il Ministero della Salute italiano ha voluto fornire una risposta istituzionale all'esigenza di promuovere una organizzazione non più institution centric né ospedale-centrica, bensì incentrata sui bisogni del paziente ed in grado di erogare prestazioni appropriate ed efficienti, coerentemente ai limiti di sostenibilità del sistema socio-sanitario. In particolare, essa si fonda sui dieci caratteri distintivi, descritti in *Tabella 4*: la centralità del cittadino, la riconoscibilità, l'accessibilità, l'unitarietà, l'integrazione, la semplificazione,

Attualmente in Italia le esperienze gestionali dell' OdiC sono raggruppabili in tre modelli (Magi, 2004):

- il *modello rurale*, che si realizza prevalentemente nei piccoli/medi centri, basato sulla presenza di un definito numero di medici di famiglia (solitamente in numero di 8-12 unità), che autonomamente concordano fasce orarie di presenza attiva nella struttura e fasce orarie di disponibilità, in modo da poter intervenire accedendo alla struttura in caso di necessità;
- il *modello metropolitano*, che prevede l'accesso del medico di famiglia sulla base di un programma preventivamente concordato (UVD, Direttore Distretto, ecc.) e con scadenze prefissate (settimanali, quindicinali, mensili) al fine di monitorare nella maniera più appropriata possibile i pazienti ricoverati;
- il *modello misto*, dato dalla combinazione dei due modelli indicati.

l'appropriatezza, l'efficacia, l'essere punto di riferimento della rete, l'autorevolezza e l'affidabilità (Ministero della Salute, 2007).

Tabella 4. Principi della Casa della salute

Centralità del cittadino	I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziale, la presa in carico, l'orientamento dei pazienti e familiari all'interno del sistema rappresentano binari obbligati per lo svolgimento dell'intera attività.
Riconoscibilità	Luogo fisico, visibile nel territorio, in cui si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente dispersi e frammentati.
Accessibilità	Deve essere fisicamente accessibile e deve garantire la disponibilità dei propri servizi ed attività, a cominciare dalle informazioni e dalle prenotazioni.
Unitarietà	Devono essere garantiti servizi ed attività che altrimenti resterebbero frammentati e dispersi sul territorio.
Integrazione	Attraverso servizi in rete, che integrino le attività "tra sanitario e sanitario e tra sociale e sanitario".
Semplificazione	Concentrando ed integrando i percorsi ed i servizi, privilegiando la semplificazione burocratica.
Appropriatezza	Privilegiando la presa in carico ed i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e promuovendo l'appropriatezza delle cure.
Efficacia	Centralità del cittadino, accessibilità, integrazione, semplificazione e appropriatezza concorrono alla efficacia complessiva delle attività svolte.
Punto di riferimento della rete	Opera in rete con tutti i servizi e le strutture presenti sul territorio.
Autorevolezza ed affidabilità	Struttura la cui immagine sia in grado di reggere il confronto con l'ospedale e diventare il secondo pilastro della sanità pubblica

Fonte: Ministero della Salute, 2007

Pur sottolineando che la “*Casa della Salute non è un modello di riorganizzazione della medicina territoriale*”, bensì “*un’idea, un’opportunità*” di ascolto e valorizzazione delle tante esperienze territoriali, il Ministero ne fornisce una descrizione piuttosto dettagliata. In particolare, vengono puntualizzati: (i) i servizi che una casa della salute dovrebbe poter garantire (vedi *Tabella 5*); (ii) il tipo di professionalità coinvolte tra cui spiccano i MMG riconosciuti come centro nevralgico della rete assistenziale per il rapporto fiduciario mantenuto con il paziente, e soprattutto la presenza degli operatori sociali, promuovendo in questo modo una collaborazione interistituzionale tra ASL e Comuni; (iii) gli aspetti strutturali della stessa.

Tabella 5. I servizi della Casa della Salute

Area del CUP, del Segretariato sociale e del Coordinamento con le farmacie
Area dei Servizi Sanitari
<ul style="list-style-type: none"> • Servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni; • Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze; • Ambulatorio dei MMG/PLS; • Continuità Assistenziale; • Ambulatorio Infermieristico; • Degenze Territoriali (Ospedale di comunità); • Attività Specialistiche; • Tecnologie Diagnostiche Semplici (radiografie, ecografie, mammografie, spirometrie, prove da sforzo, ecodoppler).
Area dei Servizi Socio-Sanitari
<ul style="list-style-type: none"> • SerT; • Servizio di Salute Mentale; • Centri Diurni; • Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale; • Residenza Sanitaria Assistenziale; • Assistenza Domiciliare Integrata; • Prevenzione; • Consultorio Familiare e ambulatorio andrologico; • Unità di Valutazione Multidimensionale.
Area dei Servizi Sociali
<ul style="list-style-type: none"> • Uffici per il servizio sociale.
Attività Amministrative
Tecnologie Informatiche

Fonte: Ministero della Salute, 2007

La Casa della Salute rappresenta, infatti, una “*struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell’ambito delle aree elementari del distretto*”, con un bacino di utenza di circa 15-20.000 abitanti ed in grado di garantire la continuità assistenziale 7 giorni su 7.

La casa della Salute, così come precedentemente il modello dell’UTAP, sembra dunque identificarsi con la soluzione di rete integrata basata sulla co-localizzazione dei servizi, discussa nel *Capitolo 3*. Presupposto alla base di tali strutture polivalenti risulta essere, infatti, l’idea che la prossimità fisica del personale del distretto (tecnicoamministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell’intervento sociale), dei medici di base (che vi eleggono il proprio studio associato) e degli specialisti ambulatoriali possa facilitare la continuità del percorso assistenziale.

In tal modo la Casa della Salute diventa il “*contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui può operare,*

superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto" (Ministero della Salute, 2007).

Le prime sperimentazioni italiane di un modello assistenziale integrato

Il quadro istituzionale che si è delineato negli ultimi anni ha prodotto un ambiente favorevole alla proliferazione di numerose sperimentazioni di soluzioni organizzative innovative per il coordinamento dei diversi servizi socio-sanitari dislocati in un dato territorio.

Tabella 6. I modelli regionali emergenti

Regioni	Emilia Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Umbria	Toscana	Veneto
Modelli e anno di attivazione	Nucleo di Cure Primarie (2000)	Unità Di Cure Primarie (2004) Utup (2006)	Gruppo di Cure Primarie (2005)	Equipe Territoriali (2004)	Equipe Territoriali (2006)	Equipe Territoriali (2006)	Unità Di Cure Primarie (2003) MAC (2006)	Utup (2006)
Professioni coinvolte	MMG, PLS, IP, Prof. Sanitarie, Distretto, Ass. Soc. terapisti	MMG	MMP, IP, Specialisti ospedalieri, terapisti	MMG, PLS, IP, Prof. Sanitarie, Distretto, Ass. Soc., terapisti	MMG, PLS	MMG, PLS, MCA, IP, Ass. Soc. Spec. T & H	MMG, IP, MCA, + legame con 118	MMG, PLS, MCA, IP, Ass. Soc. Spec. T & H
Bacino utenza (ab.)	10.000 – 30.000	n.a.	Minimo 6000	n.a.	10.000 – 30.000	10.000 – 15.000	5.000 – 50.000	10.000 – 25.000
Sede unica	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI + altri ambulatori	SI + altri ambulatori
Finanziamento	Sperimentale	Per attività	Sperimentale	Da accordi integrativi	Su progetti	Da accordi integrativi	Per obiettivi	Da economie
Responsabilità & strumenti di controllo	SI (Referente NCP)	SI (verifica su attività)	SI (controlli interni/esterni ASL)	SI (controlli amministrativi)	SI (controlli amministrativi)	SI (riunioni audit)	SI (verifica su attività)	SI (accordi integrativi locali)
Sistema informativo	SI (Progetto SOLE)	NO	SI (SIS regionale)	NO	NO	SI	SI	CUP ASL

Fonte: Tedeschi, 2006.

Tali esperienze sono accomunate dall'idea di riorganizzare a livello nazionale o locale la frammentarietà dei servizi sul territorio e di superare il tradizionale stato d'isolamento in cui operano i vari professionisti sanitari, andando a configurare delle forme organizzative aggregate che mirano a mostrarsi con un'unica interfaccia coesa nei confronti del paziente e della comunità.

Tuttavia, in presenza di gradi di libertà differenti, tali esperienze dimostrano un'elevata variabilità in termini:

- di *confini* per cui si spazia da forme di aggregazione che caratterizzano una specifica categoria di operatori come nel caso delle associazioni di Medicina Generale, ad esperienze di integrazione

verticale con le strutture ospedaliere, o inter-istituzionali con i Comuni, referenti per le attività di assistenza sociale;

- di *servizi erogati* che variano tanto nella natura (fino a comprendere le forme di ricovero come nel caso di integrazione degli Ospedali di Comunità) tanto della copertura temporale;
- di *grado di strutturazione e formalizzazione* delle soluzioni organizzative adottate, che spaziano da forme in cui prevale il coordinamento gerarchico basato su procedure, comandi, e controlli a forme d'interazione tra attori indipendenti, che condividono in modo autonomo e volontario la suddivisione dei compiti e delle attività;
- delle *forme di supporto per il coordinamento e lo scambio di informazioni* per cui a soluzioni in cui l'unico strumento di interazione è la comunicazione diretta si affiancano soluzioni in cui si sperimentano forme di telemedicina e strumenti ICT.

All'interno di un framework normativo che promuove forme di aggregazione a più livelli, si ravvedono poi varie spinte al cambiamento:

- da parte dei *singoli medici* che hanno percepito l'inevitabile bisogno di trasformazione dell'assistenza territoriale, come nel caso dell'esperienza ligure di Alassio Salute o di quella lucana della cooperativa UNIMED. Espressione delle forme associative e dei consorzi della medicina generale;
- da parte delle *istituzioni regionali*, orientate a rilanciare ed indirizzare le iniziative locali, come nel caso dei Gruppi di Cure Primarie piemontesi promossi dal Piano Sanitario Regionale 2006-10 o delle UTAP venete soggette a regolamentazione regionale; ed in fine
- da parte di *aziende sanitarie* come risultanti di specifiche strategie locali come nel caso dell'esperienza lucana del Punto Salute.

I casi di studio Analisi dei risultati

La Rete per le Cure Primarie

Nel corso del 2004, in un'azienda sanitaria del centro Italia è stato varato un progetto volto a mettere in rete la pluralità dei servizi sanitari e socio-sanitari del territorio di riferimento. Il progetto nasce dall'esigenza di fronteggiare l'elevata variabilità dell'offerta sanitaria nell'area di riferimento e rispetto al resto della regione, e dalla necessità di adottare, coerentemente alle linee programmatiche regionali, una logica di gestione a rete. L'esigenza di promuovere un nuovo modello assistenziale basato sull'integrazione socio-sanitaria e la cooperazione clinica si è operativamente tradotta nella progettazione ed implementazione di un sistema informativo che presenta molte delle funzionalità di un EHR descritte nel *Capitolo 3*. Quest'ultimo consente, all'insieme di professionisti che compongono il sistema dell'offerta territoriale, di seguire in modo continuativo un paziente (in particolare se cronico e/o multi-patologico), condividendo informazioni cliniche, percorsi e procedure.

Il sistema informativo realizzato si compone di diversi moduli applicativi, ciascuno dei quali volto ad offrire funzionalità ed una specifica vista sui dati del paziente in relazione alle diverse professionalità e ruoli istituzionali. Nello specifico sono stati realizzati moduli per i MMG/PLS, la Continuità Assistenziale, le Cure Domiciliari, il Sistema Residenziale, lo Screening, la Gestione Attività Territoriale, i Servizi Diagnostici, le UU.OO. Ospedaliere, l'Attività Ambulatoriale. Inoltre è stato istituito un Portale per il Cittadino da cui lo stesso può accedere ad una serie di servizi oltre che avere una piena tracciabilità delle azioni effettuate sui dati da parte dei diversi operatori autorizzati. Risultano, inoltre, in fase di realizzazione un portale per il cittadino, un sistema informativo per la Medicina Legale, uno per l'Anatomia Patologica, un portale per le attività consultoriali rivolto in particolare ad una utenza giovanile, un portale per Cittadinanzattiva-Tribunale Diritti del Malato, ed infine la sperimentazione di una cartella clinica informatizzata socio-sanitaria.

Elementi costitutivi del sistema sono:

- un’anagrafe assistito, attraverso cui identificare in modo univoco il cittadino e gestire tutte le informazioni amministrative necessarie per l’accesso ai servizi sanitari (quali ad esempio la scelta del medico di famiglia ed eventuali esenzioni e invalidità), cui si aggiungono quelle inerenti la loro gestione telematica (come l’autorizzazione al trattamento dei dati);
- il Fascicolo Sanitario, che consente di tracciare e raccogliere per ogni singolo cittadino i dati clinici e gli accessi a tutti servizi sanitari erogati all’interno dell’area di riferimento;
- il Fascicolo Socio-Sanitario, che consente di tracciare e raccogliere per ogni singolo cittadino i propri dati socio-ambientali e gli accessi ai servizi sociali;
- i percorsi assistenziali, attraverso cui sono gestite le prese in carico dei cittadini ad opera dei vari servizi assistenziali;
- un sistema di monitoraggio, a supporto sia del governo clinico che dell’operatività, consentendo nello specifico l’individuazione e la segnalazione di possibili incongruenze.

Al momento della realizzazione dell’indagine il sistema risultava operativo all’interno di una delle aree distrettuali della ASL, caratterizzata da un territorio collinare e da una bassa densità demografica. In particolare ad essere coinvolti sono risultati l’ospedale presidio di zona e nello specifico il pronto soccorso, il reparto di cardiologia e i servizi diagnostici, l’amministrazione distrettuale, due RSA, il centro per l’Assistenza Domiciliare e circa 70 Medici di Medicina Generale e di continuità assistenziale su un totale di 110 operanti sul territorio di riferimento.

L’efficacia a livello della comunità

In merito alla prima variabile, l’**accessibilità**, la natura “virtuale” dell’intervento non ha comportato variazioni nelle sue dimensioni strutturali. Non è infatti stato variato né il numero di servizi (*disponibilità*), né le soluzioni di distribuzione pre-esistenti, né, in fine, la *copertura temporale* dei servizi.

Tuttavia, la possibilità attraverso il Portale del Cittadino di accedere al servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie (servizio CUP) così come alla modulistica legata al “ciclo amministrativo” di numerose prestazioni può indurre a ritenere che l’EHR-S abbia influito positivamente anche sulla dimensione della *prossimità*. Attraverso lo strumento informatico il sistema socio-sanitario può arrivare sin “presso l’abitazione del paziente” fornendogli la possibilità di fruire del servizio nel luogo e momento ritenuto opportuno. Tale possibilità rimane, in ogni caso, circoscritta ad un numero contenuto di servizi e, come visto, soprattutto a quelli di carattere amministrativo in quanto assoggettabili ad un processo di “smaterializzazione”. Questo perché la componente clinica dei servizi implica la compresenza dell’erogatore e dell’utente. Tuttavia attraverso il ricorso a strumenti di telemedicina - non previsto nella sperimentazione in esame - sarebbe possibile assicurare ai cittadini un’assistenza socio-sanitaria di qualità anche nella propria abitazione o in strutture protette prive di operatori altamente specializzati.

Anche la *visibilità* della rete risulta essere molto limitata. Come visto, l’innovazione non comporta variazioni strutturali consistenti e la rete non ha una natura “tangibile” per cui nella prospettiva della comunità l’unico vero segnale della sua presenza, oltre che dal Portale del Cittadino, è rappresentato dalla migliore efficienza e qualità dei servizi ottenuti. Del resto, nel contesto esaminato l’EHR-S nasce primariamente come strumento a supporto dei professionisti più che direttamente della comunità nel suo complesso.

L’EHR-S impatta, quindi, prevalentemente sulle dimensioni organizzative dell’accessibilità e quindi sulla *reattività del sistema*. Come evidenziato da un MMG, egli ha la possibilità di acquisire direttamente dal laboratorio i risultati degli esami richiesti senza la necessità di intermediazione del cittadino e, conseguentemente, ha la possibilità di valutare l’opportunità di una sua convocazione. In questo modo è possibile una maggiore razionalizzazione degli accessi e quindi una contrazione delle liste d’attesa.

In merito invece alla *comprehensiveness*, qui intesa in un’accezione di *unitarietà* (ovvero di possibilità di accesso ad una pluralità di servizi attraverso un solo contatto con il sistema), ancora una volta la mancanza di un intervento strutturale induce a ritenere la rete incapace di impattare su tale dimensione.

Tuttavia, anche in questo caso, un contributo può essere fornito dalla smaterializzazione dei servizi amministrativi. Può essere infatti interpretato come un intervento volto a promuovere una maggiore unitarietà la possibilità attribuita dall'EHR-S al MMG di attivare direttamente una prenotazione di visita specialistica nel corso dell'incontro con il paziente, fornendogli quindi la possibilità di accedere contemporaneamente a due servizi. Tuttavia si tratta di un caso isolato.

Senza dubbio l'impatto più incisivo dell'EHR sull'efficacia a livello della comunità è correlato alle dimensioni di *continuità*. Il paziente infatti non necessita ad ogni incontro con un professionista di ricreare la propria storia clinica in quanto questa è già disponibile e a un livello di dettaglio funzionale all'erogazione appropriata di una specifica prestazione. La *continuità informativa* tra professionisti, inoltre, consente di minimizzare i contatti con il paziente eliminando tutti quelli semplicemente strumentali all'acquisizione delle informazioni (ad esempio i risultati di test diagnostici) e alla loro veicolazione verso i professionisti. Inoltre, la completa tracciabilità degli interventi sui dati clinici da parte del paziente attraverso il portale contribuisce a garantire un'assoluta trasparenza del sistema sanitario nei confronti del paziente stesso.

Anche la *continuità relazionale* risulta accentuata. Si conferma il ruolo del MMG come principale interlocutore del cittadino e come responsabile clinico, ovvero come colui che attiva, pianifica e gestisce l'intero percorso di salute del proprio assistito tracciandone gli elementi di prevenzione e cura, attivando i percorsi di urgenza e gestendone le criticità. In realtà, la possibilità prevista anche per specialisti autorizzati di avere una vista completa sul singolo paziente contribuisce ad un rafforzamento relazionale anche rispetto a questi ultimi.

L'efficacia a livello di network

La Rete per le Cure Primarie costituita intorno all'EHR-S ha un'*ampiezza* notevole in quanto coinvolge un numero elevato di servizi piuttosto eterogenei non solo in relazione agli aspetti tecnico-specialistici ma anche per quanto attiene il livello di cura di riferimento. Il forte orientamento al processo assistenziale su cui è stato fondato lo sviluppo del sistema ha infatti consentito di coinvolgere i servizi

preposti a tutte le fasi del processo di cura – dalla prevenzione con i moduli per lo screening, alla diagnosi, terapia e riabilitazione – così come tutti i setting variamente coinvolti quali l’RSA, i servizi di assistenza domiciliare ed anche l’ospedale.

Un ulteriore importante aspetto è quello della *flessibilità*. Nel corso dei tre anni di attività la rete si è progressivamente estesa grazie allo sviluppo di nuovi moduli applicativi e funzionalità per specifici servizi così come alla graduale adesione al sistema da parte dei professionisti. Ciò è ad esempio particolarmente evidente tra i MMG, passati in due anni dai 30 iniziali a circa 70, pari al 63% del totale del territorio di riferimento.

Tali evidenze supportano dunque l’idea dell’EHR-S in quanto scalabile e modulare, come fattore in grado di attribuire un’elevata flessibilità alla rete.

Relativamente invece alla *forza della relazione* l’EHR-S manifesta tutte le sue potenzialità come fattore di integrazione. Alimentato da tutte le informazioni generate all’accesso ai servizi, oltre che le informazioni di processo l’EHR-S raccoglie e mette a disposizione dei professionisti la storia socio-sanitaria aggiornata dell’assistito. Tuttavia i medici intervistati tendono a non interpretarlo come un archivio di informazioni quanto piuttosto come un vero e proprio veicolo di informazione alla base della sincronizzazione degli interventi. Esso supporta, inoltre, la *continuità manageriale* attraverso la segnalazione degli eventi che possono interessare un dato paziente sia per quanto attiene i servizi territoriali (richieste esami, accessi dagli specialisti, inserimenti in cure domiciliari, etc) che quelli ospedalieri, attraverso notifiche in tempo reale di ricoveri e dimissioni da pronto soccorso o da U.O. di degenza, così come la consultazione telematica delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Il sistema informativo realizzato ha quindi la caratteristica di un "sistema attivo" nei confronti dei diversi professionisti in grado di segnalare il cambio del livello assistenziale e sostenere l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati al nuovo stato dell'assistito, utilizzando le logiche della retroazione per la regolazione e il raggiungimento dell'output desiderato.

Sebbene l’EHR-S sia stato riconosciuto come fattore primario per la cooperazione, dalle interviste traspare come ciò sia stato reso possibile dalla presenza

di un forte *commitment rispetto agli obiettivi* da parte degli attori coinvolti nel progetto. Quella riscontrata è una classe medica particolarmente sensibile al tema del cambiamento paradigmatico dell'assistenza. Tale sensibilità è peraltro dimostrata dalla forte partecipazione a numerose altre iniziative di carattere simile sia su scala locale che regionale.

Alla presenza di un contesto culturale particolarmente dinamico si è poi affiancato un approccio allo sviluppo del sistema di carattere “bottom up”, basato su un forte coinvolgimento degli utilizzatori del sistema che, tra l'altro, traspare nell'evidente capacità di adattamento del sistema alle peculiari esigenze ed alla cultura della classe medica. Ad esempio, per ogni singolo MMG sono state previste delle forme di personalizzazione dell'interfaccia in modo da rispondere in maniera puntuale alle esigenze specifiche e alle modalità di lavoro individuali.

All'introduzione dell'EHR di fatto non si è affiancata una variazione nell'assetto organizzativo formale del sistema assistenziale territoriale. I servizi continuano a dipendere dalle funzioni di riferimento, mentre un ruolo di coordinamento trasversale è attribuito al Dipartimento di Cure Primarie. Quest'ultimo peraltro vedrà rafforzare il suo ruolo operativo di pianificazione e coordinamento dell'assistenza territoriale grazie alla possibilità – al momento delle interviste tuttavia ancora teorica in quanto il modulo specifico era in fase di sviluppo - di poter effettuare un monitoraggio sull'intero processo assistenziale, superando le tradizionali settorializzazioni dei flussi informativi rispetto alle singole funzioni.

Efficacia a livello dei membri

Come evidenziato in precedenza, il framework di riferimento individua quattro dimensioni di efficacia a livello dei membri: la legittimità, l'accesso alle risorse, l'efficienza operativa e l'outcome dei pazienti.

In merito alla dimensione della *legittimità*, è evidente come in un contesto in cui la migrazione sanitaria verso le altre ASL regionali o delle regioni limitrofe è relativamente alta, la necessità da parte dei singoli servizi di acquisire una maggiore legittimazione acquisisce un valore strategico. Sebbene quella emersa sia in ogni caso una visione parziale vista l'assenza di un riscontro sulla popolazione, la

possibilità di disporre di servizi in modo più efficace sembra aver contribuito positivamente sulla percezione della qualità assistenziale. Numerosi MMG dichiarano di aver aderito alla rete su sollecitazione dei propri pazienti che hanno riscontrato differenze nella qualità dei servizi rispetto a quelli erogati da professionisti supportati dall'EHR-S.

L'innovazione ha peraltro impattato positivamente sul grado di legittimazione del management sanitario, tanto nei confronti del resto della regione quanto nel panorama italiano. L'esperienza ha infatti nel 2006 conseguito un premio come miglior progetto operativo presso il Forum della Pubblica Amministrazione.

Più all'ottenimento di nuove risorse gli operatori percepiscono l'EHR come strumentale all'ottimizzazione di quelle disponibili. La trasparenza sul processo assistenziale consente la riduzione di prestazioni improprie e soprattutto la possibilità di evidenziare in tempi molto più rapidi eventuali anomalie e dunque intervenire rapidamente onde scongiurare eventuali degenerazioni. Proprio nel corso di uno degli incontri nel momento in cui si stava visionando il sistema è stata, ad esempio, riscontrato un ritardo nell'erogazione di una prestazione in regime di assistenza domiciliare per cui è stato possibile procedere ad un contatto tempestivo del medico di riferimento. Inoltre, la smaterializzazione della componente amministrativa contribuisce ad una contrazione delle risorse destinate agli uffici amministrativi. È infatti previsto come nell'arco di un biennio si procederà alla chiusura degli sportelli destinati al ritiro dei risultati diagnostici da parte dei pazienti.

I MMG hanno in particolare evidenziato come l'utilizzo di tale strumento abbia contribuito a riorganizzare il proprio lavoro rendendo gli orari più elastici e soprattutto, come visto, riducendo i contatti con i pazienti a quelli essenziali alla gestione del quadro clinico. Tuttavia non sempre i cambiamenti nelle modalità di lavoro sono state accolte in modo positivo. Questo è ad esempio il caso della possibilità attribuita agli stessi di effettuare direttamente le prenotazioni. Sebbene infatti da un punto di vista manageriale tale attività abbia impatti positivi sull'efficienza (ad esempio riducendo la probabilità di errore nella prenotazione), tale soluzione è stata interpretata come foriera di un incremento del carico di lavoro e non ritenuta confacente all'"expertise" del medico. Pertanto in questa prima fase, dopo

una lunga negoziazione, i MMG hanno accondisceso all'utilizzo di tale funzionalità, purché limitatamente alle prestazioni con un elevato livello di urgenza.

Il Centro per le Cure Primarie

Il Centro per le cure primarie è stato istituito nel 2004 su iniziativa di una ASL del sud Italia di concerto con uno dei Comuni dell'area geografica di afferenza, il quale ha messo a disposizione una propria sede per l'insediamento degli operatori e l'erogazione dei servizi. Questo aspetto connota uno degli orientamenti più significativi del progetto, ossia l'integrazione dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari.

In linea con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale del 2002-2004 e di quello Regionale del 2001, il progetto del Centro per le Cure Primarie ha inteso far fronte ad una serie di criticità. In particolare, tali criticità concernevano l'insufficiente distribuzione dei servizi sul territorio e le difficoltà di accesso, che trovano origine nelle caratteristiche geografiche e socio-economiche di un territorio vasto e con seri problemi di viabilità. A ciò si aggiungeva la necessità di migliorare la qualità percepita delle strutture sanitarie, anche al fine di ridurre l'alto tasso di migrazione sanitaria e di ospedalizzazione, nonché di controllare la spesa farmaceutica.

Il potenziamento della medicina territoriale attraverso la costituzione del Centro per le Cure Primarie è dunque partito dal presupposto di istituire uno "sportello unico", capace di superare il tradizionale modello di erogazione dei servizi basato sulla singola prestazione, e di soddisfare i bisogni complessi del cittadino/utente in un'ottica di integrazione. Il progetto prevedeva l'inserimento di *facilitatori* con il compito di indirizzare e seguire i cittadini/utenti verso percorsi ottimali per il soddisfacimento dei loro bisogni, anche attraverso l'attivazione di *équipe integrate* di operatori socio-sanitari nel caso di bisogni complessi. Seguendo la logica del *case management*, ruolo dell'*équipe* era quella di proporre un piano personalizzato d'intervento, identificare un operatore preposto alla presa in carico, e seguire il caso durante tutto il percorso socio-assistenziale. La fase progettuale così

articolata e ambiziosa, basata in particolare sulla riorganizzazione delle risorse umane, non ha tuttavia trovato finora piena attuazione.

La realizzazione del Centro per le Cure Primarie ha privilegiato la concentrazione di diversi servizi distrettuali in una unica sede, la quale ospita: un centro di prelievi ematici, un Nucleo Operativo Territoriale (NOT) del Dipartimento di salute mentale, l'Ufficio sanitario, un ambulatorio multi-specialistico e uno sportello per l'assistenza sociale del Comune. Nel Centro per le cure primarie operano, inoltre, un'associazione composta da sei MMG che garantiscono, in aggiunta alle proprie funzioni conservate e mediante turnazione, una copertura assistenziale H-12 per 5 giorni a settimana. In fine, un ulteriore punto di forza del progetto è rappresentato dalla presenza di uno sportello amministrativo in grado di erogare un'ampia gamma di servizi (gestione della protesica, centro prenotazione, gestione dell'anagrafe sanitaria...) ad un bacino di utenza esteso anche ai paesi limitrofi a quello di insediamento del Centro.

L'efficacia a livello della comunità

L'esperienza si presenta come fortemente orientata innanzitutto al potenziamento dell'**accessibilità**. La costituzione del centro, infatti, ha impattato sulla *disponibilità* dei servizi per la popolazione di riferimento, comportando l'istituzione di un nuovo sportello per l'assistenza sociale – che va ad aggiungersi a quello comunale -, l'arricchimento del numero di specialisti e soprattutto la creazione di un nuovo servizio di medicina generale. In merito a quest'ultimo, a differenza di quanto inizialmente predisposto, i MMG hanno preferito al totale trasferimento dei propri ambulatori presso la struttura l'organizzazione di turni giornalieri di presenza. In questo modo è stata fornita alla popolazione la possibilità di veder soddisfatto il proprio bisogno anche quando il medico di riferimento non è in servizio, potendosi rivolgere a quello presente nel centro. D'altra parte, è stato in ogni caso tutelato il bisogno di *prossimità* del servizio, in un territorio caratterizzato da una bassa densità demografica (in media circa 80 abit/Km²), dalla presenza di nuclei abitati molto dispersi e soprattutto in cui l'ospedale presidio dista in media oltre 20 km. Tuttavia, l'ampiezza del bacino di riferimento, peraltro variabile in funzione degli specifici

servizi¹⁵, non sempre induce a ritenere la scelta dell'ubicazione adottata la soluzione ottimale.

La *copertura temporale* risulta essere estremamente variabile in relazione ai singoli servizi. Quello a minore copertura è il servizio sociale (operativo esclusivamente per due ore settimanali) mentre, grazie al sistema di turnazione, il servizio di Medicina Generale è accessibile nel corso di tutte le ore diurne nell'arco dei 5 giorni lavorativi. Il Centro si presenta, pertanto, alla comunità come un punto di riferimento alternativo all'ospedale, dove è possibile individuare in ogni momento (limitatamente alle ore diurne e ai giorni feriali) un professionista in grado di accogliere il bisogno manifestato e di orientare il cittadino verso la sua soddisfazione.

Da tali considerazioni emerge che l'accessibilità è stata fortemente influenzata in senso positivo dai numerosi interventi strutturali introdotti. Al contrario, le dimensioni organizzative non sembrano aver subito variazioni di rilievo a causa dello scarso intervento sulle modalità operative dei processi assistenziali.

La concentrazione fisica della pluralità di servizi inclusi nell'esperienza del Centro per le cure primarie rappresenta la soluzione più agevole per conseguire la *comprehensiveness* e, dunque, *l'unitarietà* dell'accesso. Il paziente infatti può agevolmente nel corso di un singolo accesso alla struttura, nei limiti della turnazione, poter fruire di una pluralità di servizi. Al fine di supportare ed orientare il cittadino in sede progettuale era anche stato previsto un potenziamento dei ruoli di contatto (Butera, 1990) per mezzo dell'istituzione della figura del "facilitatore". Tale figura può essere per certi aspetti assimilata a quella del case manager, sebbene contestualizzato in un ambiente a minore complessità, o ancor più propriamente con quello che è stato definito da Rothman e Sage (1998) come "key worker". Il facilitatore infatti è colui che per primo accoglie il bisogno nel momento in cui viene comunicato all'interno del sistema, individua il tipo di intervento richiesto, gli operatori disponibili e indirizza il paziente verso di essi, instaurando quindi con lui una relazione di breve periodo, essenzialmente circoscritta all'episodio. Tale ruolo si

¹⁵ Il territorio di riferimento si estende per un raggio di circa 20 km in una zona prevalentemente collinare e attraversato da strade secondarie e agricole. Nel caso del nucleo operativo territoriale questo si estende oltre i 20 km.

fonda dunque sulla disponibilità di informazioni concernenti le procedure di accesso ai servizi e di un certo margine di manovra nella modifica delle stesse e più in generale nella gestione dell'utente. Tuttavia, tale soluzione innovativa, al momento, non ha trovato piena attuazione.

Per quanto concerne in fine le dimensioni di *continuità*, il Centro nella sua configurazione attuale non altera in maniera significativa la *continuità interpersonale* tra medico-paziente. Da quanto emerso dalle interviste con i MMG, i pazienti continuano a mantenere il proprio rapporto convenzionale con il medico di fiducia che peraltro si dimostra estremamente forte visto lo scarso sfruttamento dell'opzione aggiuntiva di accesso alla medicina generale fornita dal Centro.

In merito alla *continuità informativa*, invece, al momento sembra essere garantita esclusivamente rispetto ad interventi articolati nel tempo effettuati da parte di uno specifico operatore. Questo è ad esempio il caso del MMG che può ricorrere al supporto di una cartella ambulatoriale elettronica. Tuttavia tale continuità può essere garantita solo in caso di accesso diretto all'ambulatorio del medico in quanto presso il centro al momento non sussiste alcun supporto all'informatizzazione. La difficoltà con cui viene garantita la continuità informativa risulta essere, peraltro, una delle principali motivazioni addotte allo scarso utilizzo dello sportello della medicina generale. In sintesi il Centro non prevede la presenza di strumenti di cartelle condivise, forme di libretti personali dei pazienti (ad eccezione dei diari clinici cartacei per pazienti cronici quali i diabetici definiti a livello aziendale) o altri strumenti di comunicazione asincrone atti a favorire uno scambio di informazioni sui pazienti. Un tentativo di superamento di tali limiti è quello posto in essere dai professionisti del NOT i quali, trattando generalmente questioni di cronicità, necessitano di avere un quadro completo dei propri pazienti. Questi, infatti, tendono ad annotare sulle proprie cartelle cliniche, cartacee, gli interventi e le terapie somministrate da altri professionisti. Tuttavia anche in questo caso la qualità e completezza delle informazioni è vincolata alla solerzia dei pazienti che continuano a rappresentare i principali vettori di informazioni.

L'efficienza a livello di network

In relazione alle dimensioni a livello di network un primo importante aspetto è rappresentato dall'**ampiezza** dello stesso. Quella riscontrata è una forma di integrazione orizzontale (Lega, 2002) basata su un criterio di raggruppamento geografico. Il centro infatti concentra la pluralità dei servizi tradizionalmente erogati nell'area distrettuale cui si aggiungono i servizi sociali di pertinenza comunale. L'effettiva contrazione dei tassi di ospedalizzazione (passati nel periodo 2002-2004 dal 296,06‰ al 287,68‰) e soprattutto dei tassi di ospedalizzazione fuori regione (passati nello stesso periodo dal 128,82 ‰ al 95,4‰) dimostra come il centro si stia dimostrando efficace nel coprire i bisogni della popolazione, riducendo la necessità di individuare soluzioni alternative. Tuttavia, si riscontra al contempo una certa ridondanza nei servizi che induce a considerare come le soluzioni adottate non siano particolarmente efficienti. Questo è soprattutto il caso dei servizi sociali. Nell'arco di poche centinaia di metri che distanziano la sede comunale da quella del centro sono stati predisposti due diversi uffici, sebbene attivi in orari diversi. Peraltro la mancanza di strumenti (in primis archivi fruibili) presso il centro (in parte dovuta alla necessità di condividere gli spazi con altri servizi) induce gli stessi operatori ad avere alcune perplessità in merito al ruolo dello sportello presso la struttura.

In merito alla **flessibilità**, e dunque alla capacità del centro di adeguarsi alla mutevolezza della domanda assistenziale, la relativa giovinezza dell'esperienza non consente di effettuare delle rilevazioni significative. Tuttavia alcune considerazioni possono emergere dall'osservazione della configurazione del centro. Nel caso in cui rimanesse il vincolo di ubicazione difficilmente potrebbe essere considerato flessibile, in quanto la sua variazione implicherebbe scelte in termini di riallocazione delle risorse e quindi di redistribuzione dei servizi sul territorio, di mobilitazione del personale, così come di diverse soluzioni infrastrutturali non di agevole e rapida soluzione. Inoltre l'assenza di flussi informativi strutturati e completi, in grado di fornire una visione globale dell'andamento della domanda, rendono estremamente difficoltose e lente a livello manageriale la definizione di manovre di individuazione di soluzioni alternative.

In merito alla *forza delle relazioni* tra i nodi si evidenzia come a fronte di interessanti soluzioni organizzative atte a garantire la *continuità manageriale* tra le prestazioni erogate all'interno delle singole aree funzionali, peraltro sviluppate indipendentemente dall'esperienza del Centro¹⁶, non sono stati resi operativi i meccanismi di coordinamento formali tra più servizi inizialmente definiti. In fase progettuale era stata, infatti, prevista l'istituzione della figura del facilitatore e soprattutto la sperimentazione di un modello di case management per la gestione dei bisogni complessi e multispecialistici, ma al momento non risultano operativi.

Particolarmente significativa a riguardo è l'espressione con cui il coordinatore del centro ha descritto la struttura "un condominio di servizi". Alla stregua di un condominio, infatti i servizi si trovano ad essere fisicamente contigui ma al contempo continuano a condurre una vita assolutamente autonoma e indipendente.

A tale situazione sicuramente ha contribuito l'assenza di strumenti preposti a consentire la *continuità informativa* lamentata dai professionisti. Tutti gli operatori del Centro riconoscono che il processo di aggregazione in uno stesso luogo abbia consentito il verificarsi di occasioni di contatto, strumentali alla comunicazione diretta di informazioni sui pazienti e sulle procedure da seguire. Tuttavia le interazioni effettive si dimostrano limitate. Gli stessi spazi fisici contribuiscono a creare ostacoli: le limitate dimensioni della struttura ospitante comportano, infatti, la necessità di una rigida turnazione che riduce le possibilità di contatto. Dall'osservazione dei turni lavorativi presso il centro emerge che solo il MMG ha possibilità di incontrare tutti gli altri professionisti, ma se si considera che anche tale figura è soggetta a turnazione giornaliera si evidenzia come i momenti di incontro siano effettivamente molto limitati.

Un altro fattore che sembra contribuire alla scarsa integrazione è, poi, il permanere di una certa rigidità culturale (particolarmente forte nel rapporto tra MMG e specialisti), nonché la scarsa percezione del valore aggiunto dell'effettiva interazione tra professionisti. Ciò si è tradotto in un debole *commitment rispetto agli obiettivi*, accentuato dallo scarso coinvolgimento degli stessi nel processo di

¹⁶ Ad esempio la sperimentazione di una forma di day service territoriale per l'ambulatorio specialistico oppure la forte integrazione verticale tra le varie strutture afferenti al Dipartimento di salute mentale la cui operatività e passaggio di mandato di cura è disciplinato da percorsi assistenziali formalizzati.

definizione e sviluppo del Centro stesso. Sembra infatti, da quanto indicato dal coordinatore, che non solo l'approccio adottato dal management sanitario sia stato di forte carattere top-down ma soprattutto che la partecipazione alla sperimentazione non sia stata su base volontaristica.

Un ultimo fattore che sembra incidere sulla difficoltà di coordinamento è dato, in fine, dalla debolezza della *struttura di governo* della rete. Sebbene i singoli servizi rimangono funzionalmente dipendenti dalle strutture di afferenza è stata istituita una figura di coordinamento, non dotata di autonomia finanziaria. A tale figura è stato attribuito il compito di:

- predisporre il regolamento interno relativo all'organizzazione ed al funzionamento del PS
- coordinare le attività socio-sanitarie:
- organizzare le attività di aggregazione sociale con interventi di prevenzione e informazione socio-sanitaria;
- effettuare il monitoraggio epidemiologico e l'attivazione di un sistema di verifica dell'efficacia delle prestazioni rese.

Il progetto prevedeva inoltre l'istituzione di due comitati di supporto all'attività di coordinamento:

il *Comitato di coordinamento* preposto a sovrintendere alla programmazione ed al coordinamento amministrativo e costituito dal Direttore delle Cure Primarie che lo presiede, dal Responsabile delle attività socio-sanitarie, dal Direttore del distretto sanitario, dal Coordinatore del Centro, dal responsabile del servizio sociale comunale e dal responsabile amministrativo;

il *Comitato di Salute*, con funzione consultiva in merito all'individuazione dei bisogni, alla definizione delle strategie ed alla valutazione del processo assistenziale in termini di qualità di accesso, e costituito da rappresentanti dell'ASL, dell'Amministrazione Comunale, elementi della scuola, del privato sociale, di associazioni, sindacati.

Tuttavia al momento dell'analisi i due Comitati non risultavano operativi e soprattutto, come commentato dallo stesso coordinatore, l'indisponibilità di dati

aggregati a livello di centro (dovuto tanto all'assenza di specifici indicatori definiti e soprattutto dalla mancanza di meccanismi di raccolta, visto che i flussi sono strutturati al fine di rispondere ai quesiti informativi della ASL) rendono l'attività di governo del coordinatore estremamente limitata. Dall'indagine è infatti emerso come i flussi informativi siano fortemente frammentati tra le diverse istituzioni, comportando un'inefficiente duplicazione dei dati e soprattutto un disallineamento tra gli stessi. Tale situazione ad esempio è stata evidenziata dal personale amministrativo del Centro che denuncia la necessità di procedere periodicamente ad un riallineamento manuale tra l'anagrafica sanitaria gestita dall'ASL e quella comunale.

Efficacia a livello di membri del network

Dalle interviste al management sanitario è emerso come la scelta di effettuare un intervento incisivo e particolarmente visibile ai cittadini ha potenziato la legittimazione dei servizi sanitari. A giustificazione di tali considerazioni apportano la frequenza consistente al centro e soprattutto la riduzione della mobilità della popolazione verso i servizi alternativi. Inoltre, sebbene il contributo continui a dimostrarsi contenuto, l'agenzia comunale percepisce la partecipazione al centro come un messaggio forte alla cittadinanza di promozione dell'orientamento verso una maggiore integrazione della sfera sociale con quella sanitaria e dunque del Comune con la ASL. Per quanto concerne gli altri servizi ad eccezione della medicina generale non sembra che al momento la partecipazione al centro abbia fornito particolari contributi in termini di legittimazione rispetto alla popolazione. In particolare molte perplessità vengono sollevate dal responsabile dell'ufficio sanitario. Le scarse interdipendenze con gli altri servizi, infatti, rendono di per sé irrilevante la sua presenza nel Centro se non in un'ottica di unitarietà di accesso

Il Centro migliora l'accesso alle risorse da parte dei servizi, nella misura in cui l'adesione ad un'esperienza innovativa consente ai servizi l'accesso a risorse non disponibili in situazioni di amministrazione ordinaria. L'assenza di flussi informativi strutturati atti alla misurazione delle performance del centro non consente di evidenziare in fine gli impatti effettivi sull'efficienza operativa e gli outcome dei

pazienti. Tuttavia dalle interviste emerge come in assenza di efficaci strumenti di integrazione non si siano al momento riscontrate variazioni significative sull'operatività dei professionisti.

In ogni caso tutti gli operatori sottolineano come il Centro rappresenti un importante punto di partenza che stimola il ragionamento e la discussione in merito all'importanza della cooperazione tra professionisti. Tale convinzione traspare dall'orientamento degli operatori a proseguire nell'esperienza e a individuare nuove soluzioni da sperimentare atte al superamento dei numerosi limiti ancora esistenti.

Discussione dei risultati

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.

Inoltre è sempre l'impossibilità di accedere all'archivio organizzato presso l'ufficio ubicato nella sede municipale a rendere estremamente limitata l'operatività degli assistenti sociali.

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.

Particolarmente evidente è infatti il limite di applicabilità del modello del Community Health Center, nella sua formulazione attuale, nelle aree rurali contraddistinte, come quella analizzate, da una bassa densità demografica. In queste aree, infatti, il rispetto del principio di prossimità indurrebbe alla costituzione di più centri che tuttavia rischierebbero di rimanere sottoutilizzati. Ciò, ad esempio, è quanto si è verificato nel caso dell’ASL oggetto di studio in cui, oltre a quello esaminato in questa sede sono stati istituiti altri 9 centri in altrettanti comuni del territorio di riferimento, rimasti pressoché inattivi a causa, appunto, della loro insostenibilità economica.

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.

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. Esplicativo di questo processo di mediazione è ad esempio la scelta di mantenimento di una procedura di data entry manuale nel processo di aggiornamento della cartella clinica del MMG e del medico ospedaliero con i dati presenti nell'EHR-S. In questo caso, dunque, il principio di efficienza è stato "sacrificato" in favore di una soluzione in grado di ridurre le probabilità di sviluppo di una certa diffidenza nei confronti del sistema, dovuta al timore - manifestato tanto da parte del medico ospedaliero che del MMG - di "sporcare" i propri dati presenti nella proprio archivio informatico attraverso immissioni automatiche.

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 (Markus e Robey, 1988) 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 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 crearsi un clima di fiducia reciproca. Nel caso specifico lo sviluppo di tale ambiente ha peraltro reso non necessaria l'individuazione di ulteriori meccanismi di incentivazione (ad esempio di carattere pecuniario): la partecipazione alla rete, almeno nel caso dei MMG è stata fondata, infatti, su una logica volontaristica.

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.

CONCLUSIONI

Il problema di ricerca da cui il presente lavoro ha tratto le mosse è dato dall'emergente necessità di individuare nuove soluzioni organizzative atte a soddisfare il crescente fabbisogno di integrazione tra i diversi attori socio-sanitari coinvolti nel percorso assistenziale. Il fine perseguito è quello di assicurare, in presenza di una progressiva specializzazione delle competenze ed al contempo della crescente multidimensionalità e protrazione nel tempo del bisogno socio-sanitario, la ricomposizione di quella unitarietà degli interventi reattivi e proattivi, tradizionalmente garantita dal medico di medicina generale.

In particolare, partendo dall'assunto che in un ambiente ad alta intensità informativa, quale quello sanitario, l'integrazione può vedersi tradotta nella disponibilità di informazioni e conoscenze variamente composte e strutturate al variare degli specifici ruoli, compiti ed obiettivi dei singoli operatori coinvolti, attraverso il presente lavoro si è cercato di verificare

- *qual'è il ruolo fornito dall'ICT in questo processo di ricomposizione e*
- *in che termini questo contributo può influenzare le performance della costituenda rete assistenziale.*

In particolare, l'attenzione si è concentrata sull'Electronic Health Record in quanto elemento di raccordo di sistemi informativi diversi a supporto dei molteplici ed eterogenei bisogni degli attori – tra cui lo stesso paziente – coinvolti nel processo assistenziale. Nel corso del lavoro ne sono state delineate le caratteristiche principali e le funzionalità, evidenziando in questo modo il suo ruolo di tecnologia di coordinamento e di fattore abilitante il processo di virtualizzazione della rete socio-sanitaria.

Al fine di consolidare tali riflessioni teoriche e investigare come l'EHR-S possa impattare sulle performance della rete assistenziale, è stato condotto uno studio empirico. Quest'ultimo mette a confronto una delle prime esperienze di rete assistenziale virtuale del panorama italiano (la *Rete per le Cure Primarie*), abilitata

dall'utilizzo di un EHR-S, con un esempio sempre italiano, di Community Health Center (il *Centro per le Cure Primarie*), modello che sembra risponde al fabbisogno di integrazione attraverso una strategia di co-localizzazione dei servizi.

I risultati dell'indagine evidenziano come l'EHR dimostri una notevole forza di impatto sulla pluralità delle dimensioni considerate a tutti e tre i livelli di analisi introdotti dal framework teorico utilizzato (comunità, network e membri del network) sia in modo diretto che indiretto. Inoltre consentono di evidenziare come lo strumento acquisti un valore strategico nello spostamento del focus del sistema socio-sanitario dalla dimensione strutturale alla relazione tra gli operatori, dischiudendo nuove soluzioni organizzative in grado di fornire una risposta appropriata alla complessità crescente della domanda assistenziale, ed al contempo di preservare l'efficienza operativa ed economica.

Tali successi sembrano però vincolati alla capacità, tanto nel processo di sviluppo che di implementazione, di individuare una giusta sinergia ed un clima di cooperazione tra le tre culture dominanti che emergono in questo panorama del tutto rinnovato dell'assistenza socio-sanitaria (quella professionale, quella manageriale e quella tecnologica) e l'adozione di un approccio al cambiamento di tipo "bottom-up", fondato sul coinvolgimento degli utilizzatori finali e sull'osservazione non soltanto delle interdipendenze funzionali ma anche delle relazioni professionali esistenti.

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 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 Action Plan della Commissione Europea varato nel 2004, anche il SSN, attraverso il Tavolo di Sanità Elettronica¹⁷, 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 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

¹⁷ 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)

destinate a supportare oltre 13.500 MMG nella loro pratica quotidiana e nel processo di integrazione con gli altri operatori socio-sanitari (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.

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 Care7:3.

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

GERSICK 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 Medical 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*, Harward 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., SIMCON 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., MECOCCHI 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 Architettuale 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 Medical 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