

Efficacia in rete: il contributo dei diversi attori al modello di presa in carico dei pazienti cronici

Cristiana Cattaneo, Chiara Oppi, Giovanna Galizzi*

Il presente studio indaga i criteri di efficacia delle reti in sanità e il contributo dei diversi attori alla stessa, anche durante le sfide della pandemia. Adottando il modello di Provan e Milward (2001), il lavoro approfondisce in particolare le caratteristiche del modello di presa in carico dei pazienti cronici in Regione Lombardia.

Attraverso un caso studio esplorativo, sono indagate le percezioni dei membri della rete rispetto al funzionamento della stessa e alle revisioni intervenute durante il Covid-19.

L'efficacia della rete attiene alla sua capacità di rispondere ai bisogni dei pazienti, garantendo servizi attraverso gli sforzi dei suoi membri, anche attraverso un coordinamento centrale. Durante la pandemia, la capacità dei membri di modulare il proprio ruolo per rispondere alle contingenze in essere è stata cruciale nel sostenere l'efficacia della rete e contribuire al raggiungimento dei suoi obiettivi.

Parole chiave: rete, efficacia della rete, Covid-19, pazienti cronici, Lombardia.

* *Cristiana Cattaneo*, Università degli Studi di Bergamo. Corresponding author, e-mail: cristiana.cattaneo@unibg.it. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4773-6325>.

Chiara Oppi, Università degli Studi di Bergamo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7398-7676>.

Giovanna Galizzi, Università degli Studi di Bergamo. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5400-7994>.

Network effectiveness: The contribution of different actors in the chronic care model

This study investigates the effectiveness criteria of networks in healthcare and the contribution of different actors to it, even during the challenges of the pandemic. Based on the Provan and Milward (2001) framework, this paper delves into the characteristics of the chronic care model in Lombardy Region.

Through an exploratory case study, the perceptions of network members regarding its functioning and the changes that occurred during COVID-19 are examined.

Network effectiveness pertains to its ability to address patient needs, ensuring services through the efforts of its members, including through central coordination. During the pandemic, the ability of members to adapt their roles to respond to ongoing contingencies was crucial in sustaining network effectiveness and contributing to the achievement of its goals.

Keywords: network, network effectiveness, Covid-19, chronic patients, Lombardy.

Articolo sottomesso: 08/07/2024, accettato: 23/10/2025

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Letteratura
3. Il contesto
4. Metodologia
5. Risultati
6. Discussione e conclusioni

1. Introduzione

Le patologie croniche hanno una progressione lenta e a lungo termine e sono responsabili del 74% dei decessi globali (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2023). In Italia, in linea con le tendenze epidemiologiche dei principali paesi occidentali, il 39,1% della popolazione è affetta da almeno una malattia cronica, e il 20,7% ha almeno due malattie croniche. Questo fenomeno è accompagnato dall'invecchiamento della popolazione, che aumenterà progressivamente il carico epidemiologico ed economico di queste malattie negli anni a venire (ISTAT, 2022). Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), le singole regioni sono tenute a sviluppare nuovi modelli organizzativi per rispondere efficacemente ai cambiamenti nello scenario demografico ed epidemiologico, compreso il ripensamento della gestione dei pazienti cronici (Barzan *et al.*, 2018). Affrontare la cronicità è diventata quindi una priorità per diverse regioni (es., la Regione Toscana: Casalini *et al.*, 2018), fra cui anche la Lombardia, che ha promosso un ampio processo di rinnovo del proprio sistema sanitario tramite la Legge Regionale 23/2015 (Regione Lombardia, 2015a), allo scopo di migliorare le attività di risposta ai bisogni della popolazione sia a livello clinico che istituzionale (Cajazzo e Longo, 2018). La Regione Lombardia ha infatti implementato una serie di interventi normativi volti a riorganizzare la struttura istituzionale dei suoi servizi sanitari e socio-sanitari, proponendo un modello di presa in carico (PIC) dei cittadini affetti da patologie croniche, al fine di soddisfare le esigenze di questi pazienti e garantire loro assistenza

sanitaria personalizzata e un più facile accesso alle cure (Regione Lombardia 2015a; 2017a; 2017b).

Il modello posto in essere risponde pertanto a quanto specificato nella disposizione normativa regionale, e la sua implementazione prevede il coinvolgimento di attori diversi, sia pubblici che privati, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, ovvero di “dare concretezza al fatto, ampiamente condiviso, che la gestione delle malattie croniche richiede continuità nell'azione di cura, e che tale continuità si ottiene attraverso la programmazione del percorso e la presa in carico ‘proattiva’, associati a processi di *empowerment* del paziente per una piena adesione al percorso programmato” (Regione Lombardia, 2015b, p. 59).

Tuttavia, la pandemia di Covid-19 ha colpito pesantemente la Regione Lombardia e il modello di PIC, limitando l'accesso alle strutture sanitarie per i pazienti cronici (De Lorenzo *et al.*, 2020; Vendramini, 2020). Ciò ha aggravato le difficoltà nel sostenere il modello di PIC, con la conseguente necessità di ripensare alcune logiche nell'erogazione dei servizi.

È noto come le pratiche di governance in sanità, e in tutto il settore pubblico, siano cambiate radicalmente negli ultimi decenni, passando da un contesto in cui lo Stato era l'attore unico dominante, a un contesto in cui l'influenza politica e l'agire pubblico sono distribuiti a livello orizzontale, vedendo la compresenza dello Stato e di altri attori, sia pubblici che privati (Doberstein, 2015). Questa tendenza può essere descritta utilizzando varie denominazioni, da *Collaborative Governance* a *New Public Governance*, a *Network Governance* (Doberstein,

2015). Qualunque sia la denominazione utilizzata, questa pratica di governance suggerisce che la collaborazione tra soggetti diversi, che provengono dal settore pubblico, privato e non profit, può contribuire allo sviluppo e all'attuazione di politiche e servizi pubblici.

Incentivata fin dai primi interventi legislativi dei primi anni Novanta, anche nel contesto della sanità la collaborazione rappresenta una strategia fondamentale per ottimizzare una spesa sanitaria in costante aumento, riorganizzare un'offerta spesso non adeguata alla domanda sul territorio, garantire l'erogazione uniforme dei servizi e rispondere alle esigenze della continuità assistenziale (Cepiku *et al.*, 2010). Lo stesso modello di PIC è stato analizzato attraverso le lenti dell'approccio di governance, in contrasto al precedente modello di government, in altri studi (Barzan *et al.*, 2018).

Coerentemente, anche la letteratura economico-manageriale ha enfatizzato la rilevanza del ruolo delle reti, definendole come “gruppi di tre o più organizzazioni legalmente autonome che lavorano insieme per raggiungere non solo i propri obiettivi ma anche un obiettivo collettivo” (Provan e Kenis, 2008, p. 231), coordinando le loro attività congiunte attraverso vari tipi di relazioni fra i membri (Turrini *et al.*, 2010). Nel settore pubblico, e nella sanità in particolare, le reti rappresentano “soluzioni istituzionali e gestionali nate dall'interdipendenza di più aziende, pubbliche o private, particolarmente efficaci per affrontare problemi complessi” (Cepiku *et al.*, 2010; p. 19).

Precedenti studi hanno evidenziato, attraverso diversi approcci teorici,

come l'utilizzo delle reti nel contesto della sanità possa contribuire a molteplici obiettivi di prevenzione e cura (Lega, 2003), garantendo la continuità delle cure attraverso la sinergia di diversi professionisti (Cajazzo e Longo, 2018). Per esempio, Cepiku *et al.* (2006) hanno indagato i diversi approcci di coordinamento strategico delle reti pubblico-private, e come le pubbliche amministrazioni assumano frequentemente ruoli di *leader* in ragione delle proprie capacità e della legittimità della loro azione nel contesto di riferimento. Ancora, il ruolo delle reti sviluppate tramite collaborazioni inter-istituzionali è stato riportato come esempio virtuoso da Meda *et al.* (2023) nell'ambito dei trattamenti oncologici, mentre Frediani *et al.* (2017) hanno approfondito il ruolo chiave di attori non istituzionali, quali le Onlus, per l'attuazione di reti efficaci e sostenibili per la presa in carico di minori con disabilità.

Gli studi sopra riportati hanno approfondito le dinamiche di organizzazione delle reti, collaborazione, ed erogazione dei servizi. Tuttavia, permane la necessità di indagare ulteriormente come le reti agiscano per garantire la propria efficacia nel raggiungimento degli obiettivi prefissati e come esse possono contribuire all'erogazione di servizi anche in risposta a disastri naturali, pandemie, o emergenze sociali (si veda, per esempio, Barresi e Catalfo, 2020; Cristofoli e Markovic, 2016; Raab *et al.*, 2015; Whelan, 2015).

L'efficacia della rete può essere definita come “il raggiungimento di risultati positivi a livello di rete che normalmente non potrebbero essere ottenuti dai singoli partecipanti organizzativi agendo indipendentemente” (Provan

e Kenis, 2008; p. 4). Per efficacia della rete si intende pertanto la capacità di fornire collettivamente una serie di servizi, garantendo sostenibilità, legittimità dell'operato dei diversi attori coinvolti e la tenuta complessiva della struttura della rete (Provan e Milward, 2001). Considerare l'intera rete, piuttosto che i suoi singoli membri, permette di comprenderne il funzionamento come entità integrate e non come unità di analisi isolate (Provan *et al.*, 2007; Provan e Kenis, 2008). Come emerso anche nel contesto della sanità italiana (Cepiku *et al.*, 2010), se l'efficacia può essere studiata a ogni livello (*macro* cioè di collettività, *meso*, cioè di rete e *micro*, con riferimento ai singoli membri) l'attenzione al livello *meso* può consentire di approfondire i criteri che supportano l'efficacia nell'organizzazione della rete attraverso l'operato delle organizzazioni che ne fanno parte (Provan e Milward, 2001).

Il presente lavoro indaga, con un focus sul livello *meso*, il contributo dei diversi membri di una rete all'efficacia della stessa, attraverso il caso studio del modello di PIC della Regione Lombardia implementato a livello locale. Nello specifico, il lavoro approfondisce l'emersione e l'evoluzione dei criteri di efficacia della rete (Provan e Milward, 2001), rispetto all'implementazione della stessa e con riferimento a quanto avvenuto nel periodo Covid-19, quando il contesto regionale e locale è andato incontro a uno shock che ha ridotto l'accesso alle strutture e ai servizi (De Lorenzo *et al.*, 2020). In tale quadro, le strategie e le scelte adottate dagli attori, in relazione alle proprie caratteristiche, sono da considerarsi chiave a fini della tenuta del sistema (Barzan *et al.*, 2018).

Pertanto, le domande di ricerca sono le seguenti:

- Come i diversi attori della rete contribuiscono ai criteri di efficacia della stessa nel modello di PIC della Regione Lombardia?
- Quale è stato il ruolo degli attori per l'efficacia del modello di PIC durante la pandemia?

L'articolo è strutturato come segue: il paragrafo 2 sintetizza la letteratura sulle reti e il framework di Provan e Milward (2001) inerente ai criteri di efficacia della rete. Il paragrafo successivo riporta nei dettagli il modello della PIC e la metodologia adottata nello studio. Il paragrafo 4 presenta i risultati delle interviste condotte, i quali sono discussi nell'ultimo paragrafo, che delinea anche alcune conclusioni.

2. Letteratura

L'adozione di logiche collaborative nella governance pubblica per affrontare situazioni complesse ha portato all'inclusione di vari attori nell'implementazione delle politiche e nei processi decisionali pubblici, nonché all'adozione di un approccio multiprospettico e più trasversale (Brinkerhoff e Goldsmith, 2005). Nel settore sanitario, per esempio, sono state introdotte forme di coinvolgimento dei pazienti nonché alcuni servizi integrati attraverso la creazione di reti orizzontali che prevedono la cooperazione tra diverse organizzazioni, le istituzioni, e il contesto sociale (Klijn, 2012).

Rispetto al fenomeno delle reti pubbliche, un primo filone di studi ha approfondito i fattori strutturali e contestuali che consentono il funziona-

mento delle reti (Provan e Milward, 1995), includendo la centralità e l'integrazione della rete come determinanti del suo successo. Infatti, attraverso l'analisi di casi di studio, gli autori dimostrano come le reti integrate intorno a un soggetto centrale hanno più successo delle reti con una struttura sparsa (Provan e Milward, 1995). Sviluppando queste idee, Provan e Kenis (2008) e Kenis e Provan (2009) hanno sostenuto che le reti prosperano quando il numero di partner è limitato e tra i partecipanti alla rete esiste un alto livello di fiducia, che consente anche una governance condivisa tra i diversi membri. Al contrario, man mano che le reti diventano più complesse, aumenta l'importanza di identificare delle strutture intermedie, come un ente di coordinamento centrale (Raab *et al.*, 2015). Un secondo filone di ricerche ha invece spostato l'attenzione sulla funzionalità della rete, mettendo in luce il ruolo cruciale dei meccanismi che supportano le interazioni tra i partner (Turrini *et al.*, 2010). Da una parte, i meccanismi formalizzati, come quelli di informazione, coordinamento e controllo, supportano la collaborazione fra gli attori (Whelan, 2015). Dall'altra, esistono meccanismi meno formalizzati, come il riconoscimento condiviso dell'identità di ciascun membro e la fiducia reciproca, che possono a loro volta influenzare il successo delle reti, promuovendone l'efficacia, facilitandone la gestione e generando impatti positivi (Klijn *et al.*, 2010). Un terzo filone di studi ha sottolineato come i manager e i leader della rete possano fungere da facilitatori e mediatori nelle relazioni, influenzando positivamente il successo della rete (per esempio, Kort e Klijn, 2011),

mentre un quarto filone di ricerche ha iniziato a considerare se e come i fattori strutturali, funzionali e gestionali, normalmente analizzati separatamente come determinanti dell'efficacia di una rete, possano invece contribuire congiuntamente al suo successo (per esempio, Turrini *et al.*, 2010; Cristofoli e Markovic, 2016).

Nell'insieme, la letteratura si è evoluta in modo frammentario, risultando in numerose definizioni di reti pubbliche e degli elementi legati alla loro performance. Di conseguenza, anche l'efficacia della rete rimane un concetto ancora difficile da definire (Turrini *et al.*, 2010; Cristofoli e Markovic, 2015; Whelan, 2015).

2.1. L'efficacia della rete

Se la letteratura non concorda su come l'efficacia della rete vada misurata, ha tuttavia approfondito quali fattori possono contribuirvi (Kenis e Provan, 2009). In questo senso, il modello di Provan e Milward (2001) è stato ampiamente adottato nel settore pubblico per valutare l'efficacia delle reti inter-organizzative. Si tratta di un modello che si concentra su tre livelli di analisi: comunità (*macro*), rete (*meso*) e organizzazione (*micro*).

Poiché i tre livelli sono interconnessi (Provan e Milward, 2001), la valutazione di efficacia della rete dovrebbe comprendere tutti e tre i livelli, in quanto i risultati a un livello possono influenzare i risultati di un altro, e le attività congiunte tra i livelli possono rispondere ai bisogni di diverse tipologie di stakeholder. Tuttavia, il conseguimento dell'efficacia in un livello non garantisce lo stesso negli altri livelli. Nonostante, però, possa essere ideale valutare l'efficacia simultaneamente in tutti e tre i livelli, la letteratu-

ra conferma come ciò spesso non sia possibile (Raab *et al.*, 2015).

Pertanto, questa ricerca si focalizza sull'efficacia a livello di rete, considerando la rete nel suo complesso e valutandola in base alla "capacità della rete di raggiungere gli obiettivi dichiarati" (Provan e Kenis, 2009; Turrini *et al.*, 2010).

Per valutare l'efficacia di una rete, Provan e Milward (2001) propongono diversi criteri chiave.

Il primo criterio è la composizione e la crescita dei suoi membri. Sebbene non ci sia un limite al numero di partecipanti in una rete, e le reti più grandi abbiano certi vantaggi, il numero di membri tipicamente si stabilizza man mano che la rete matura. Infatti, le reti più grandi potrebbero diventare meno efficaci a causa dell'aumento dei costi di coordinamento, richiedendo anche una maggiore formalizzazione (Provan e Milward, 2001). In questi casi, le reti centralmente integrate presentano un'Organizzazione Amministrativa della Rete (*Network Administrative Organization* – NAO) che agisce sia come attore all'interno della comunità che come leader per gli altri membri, supervisionando, coordinando e finanziando le attività della rete (Provan e Milward, 2001). Come facilitatore, la NAO stabilisce un ambiente istituzionale per migliorare le interazioni tra i partner; come mediatore, affronta le tensioni e sviluppa processi di negoziazione (Cristofoli *et al.*, 2015).

Il secondo criterio riguarda la gamma di servizi forniti dalla rete per conseguire gli obiettivi prefissati e soddisfare i bisogni degli stakeholder. Rispetto a questo aspetto, la letteratura evidenzia, da un lato, il rischio che la rete possa fornire una gamma limitata di

servizi, costringendo gli stakeholder a rivolgersi altrove. Dall'altro, se molte organizzazioni sono coinvolte, emerge il rischio di duplicazione dei servizi. Pertanto, l'efficacia della rete è da valutarsi in base alla misura in cui essa fornisce i servizi realmente necessari agli stakeholder (Provan e Milward, 2001). Ancora, la gamma di servizi forniti dalla rete dipende dal suo livello di evoluzione. Le reti appena istituite risultano efficaci quando i membri forniscono i servizi essenziali. Man mano che la rete matura, il mix di servizi può espandersi per includere anche quelli maggiormente critici o periferici. Nelle reti centralmente integrate, la NAO definisce il mix adeguato di servizi, dato il suo ruolo nel finanziare la rete e autorizzare i membri a fornire nuovi servizi.

Il terzo criterio per valutare l'efficacia della rete attiene alla solidità delle relazioni tra i membri. Questo può essere valutato utilizzando il concetto di molteplicità (*multiplexity*, cfr. Provan e Milward, 2001), che descrive quando due organizzazioni sono connesse in più modi, al di là dell'appartenenza alla rete, esprimendo quindi un legame più forte, in quanto la relazione persiste anche al di fuori dei confini della rete. Come descritto nel caso dei servizi, la maturità della rete è importante anche per valutare le relazioni. Quando la rete è di recente costituzione, i membri tendono a condividere meno informazioni e risorse, e ciò si riflette in legami più deboli. Man mano che la rete evolve, i legami tra i membri si rafforzano, specialmente tra quelli che offrono servizi complementari (Provan e Milward, 2001).

Il quarto criterio riguarda la struttura amministrativa della rete. Nelle reti in cui è presente la NAO, è cruciale valu-

tare quanto bene essa svolga il suo ruolo, acquisendo e distribuendo risorse per migliorare l'efficacia complessiva della rete. Tuttavia, la disponibilità di risorse da sola non garantisce l'efficacia a livello di rete: le risorse ne influenzano positivamente l'efficacia quando anche altre caratteristiche, come l'integrazione dei membri, funzionano efficacemente (Turrini *et al.*, 2010).

3. Il contesto

Nella Regione Lombardia, i 3.350.000 pazienti cronici (30% della popolazione residente) ricevono il 75% delle risorse destinate alle ospedalizzazioni, visite specialistiche ambulatoriali e assistenza farmaceutica (Regione Lombardia, 2022).

Il riordino della rete di offerta (Regione Lombardia 2015; 2017a; 2017b) prevede che per ciascuna delle 8 aree locali in cui è suddivisa la Regione, le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) locali operino come intermediari tra la Regione e i fornitori di servizi sanitari, come le Aziende Sanitarie Territoriali (ASST) pubbliche, le strutture private convenzionate, i medici di base (MMG) oppure i pediatri di libera scelta (PLS).

In questo modello, è stato delineato un nuovo percorso di presa in carico del paziente cronico.

I pazienti cronici sono classificati in tre livelli di complessità clinica decrescente basati sulla co-morbilità e sulle differenze nel consumo di servizi sanitari e socio-sanitari. Nello specifico, sono stati individuati in Regione 150.000 pazienti di livello 1 a elevata fragilità clinica, con patologia principale e almeno tre co-morbilità; 1.300.000 pazienti di livello 2, con cronicità polipatologica, con patologia

principale e una o due co-morbilità; 1.900.000 pazienti di livello 3, con cronicità in fase iniziale e unica patologia principale (Regione Lombardia, 2017a).

Il nuovo modello di presa in carico coinvolge diversi attori. In particolare, i) viene introdotta una nuova figura, quella del "gestore" che si fa carico di definire e seguire il percorso del paziente nel tempo, organizzando tutti i servizi sanitari e socio-sanitari specifici di quel paziente e contenuti nel PAI (Piano di assistenza individuale). L'ente gestore può essere un soggetto del sistema delle cure primarie (il MMG), purché organizzato in forma associativa, per esempio associato a una cooperativa senza scopo di lucro che aggrega diversi MMG o PLS, oppure un'azienda sanitaria pubblica (ASST) o privata accreditata. Per soddisfare i bisogni del paziente cronico, il gestore si rivolge a ii) "soggetti erogatori" ossia enti pubblici (ASST) o privati accreditati con cui il gestore definisce contratti per le prestazioni. Il paziente ha come riferimento il iii) "*clinical manager*" che può essere un MMG o PLS nei casi meno gravi secondo la stratificazione delle patologie sopra indicata, oppure uno specialista nei casi più complessi, che deve interagire con il MMG di riferimento del paziente. Gli aspetti organizzativi della presa in carico sono seguiti da un iv) "*case manager*", per esempio, un infermiere operante nell'ente gestore o nella cooperativa a supporto del MMG. Infine, coerentemente con il ridisegno complessivo della sanità lombarda, v) l'ATS del territorio di riferimento svolge un ruolo di supervisione del funzionamento del sistema, anche attraverso la misurazione di indicatori.

Il percorso della presa in carico inizia con la possibilità, libera e gratuita, offerta al paziente cronico di scegliere un gestore che si occupi delle sue esigenze sanitarie. La partecipazione al modello è volontaria e gratuita per i pazienti; coloro che scelgono di non partecipare alla PIC continueranno a ricevere assistenza dal SSN.

Il gestore e il paziente firmano un Patto di cura; il *clinical manager* definisce il PAI annuale e indica gli step e le prestazioni (servizi di cura, visite ambulatoriali e prescrizioni) relative a quel paziente in quel momento. Da quel momento in poi, il gestore guida il paziente lungo il percorso di cura, organizzando visite, esami e altri trattamenti necessari basati sul PAI, con il supporto del *case manager*, che si occupa dei compiti organizzativi e amministrativi e programma visite specialistiche ed esami presso i soggetti erogatori. I progressi del paziente sono così continuamente monitorati per garantire l'aderenza alle terapie prescritte.

Il modello è supportato da un sistema informatico condiviso, anche con accesso, da parte del gestore, alle agende degli enti erogatori e da un meccanismo di remunerazione per il gestore legato al grado di complessità del paziente.

Come opportunamente evidenziato (Cajazzo e Longo, 2018) il modello regionale ha definito contorni, ruoli e meccanismi, ma la conformazione del sistema non ha un approccio strettamente *top-down* ma si sviluppa in relazione ai comportamenti e alle relazioni che si instaurano tra i soggetti della rete. In quest'ottica, nei primi anni l'adesione dei MMG è stata piuttosto contenuta e ciò ha indotto la Regione Lombardia a porre in essere azioni per incentivare la partecipazione dei

pazienti e dei professionisti al modello, soprattutto dopo la pandemia, in cui si sono resi evidenti alcune fragilità del modello della presa in carico.

La L.R. n. 22/2021 (Regione Lombardia, 2021) nel ridisegnare tutta la medicina del territorio ha rafforzato il ruolo dei MMG con accordi volti anche a favorire la PIC, come l'introduzione delle Case di Comunità e il tema dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) con l'infermiere di famiglia, i quali potrebbero rendere più lineare l'azione degli enti erogatori. Inoltre, la presenza di agende dedicate per i cronici, le funzioni dei distretti e il riconoscimento di un ruolo anche per le farmacie dei servizi nella PIC mirano ad agevolare l'ottenimento di prestazioni di prossimità. Infine, lo sviluppo della telemedicina, del teleconsulto, del telemonitoraggio e della teleriabilitazione, nonché di piattaforme regionali più strutturate, mira a rendere più agevole la relazione fra gli attori e il monitoraggio del paziente.

4. Metodologia

È stato condotto un caso studio esplorativo (Scapens, 2004) incentrato sul funzionamento della gestione del modello di PIC della Regione Lombardia a livello locale, in una specifica ATS. Questo contesto è stato considerato adatto all'indagine per diversi motivi. Innanzitutto, l'attività e le organizzazioni coinvolte nella rete sono complesse (Mintzberg, 1983; Foley e Mulhausen, 1985), e forniscono cure specialistiche ai pazienti cronici. Inoltre, nell'area selezionata il ruolo delle cooperative nel supportare i MMG nella gestione delle malattie croniche è particolarmente rilevante, in quanto vi ha sede la più grande cooperativa italiana dedicata alla gestione

dei pazienti cronici. Ancora, l'ATS in oggetto ha messo in atto specifiche attività di coinvolgimento degli attori (per esempio, incontri mensili), per monitorare il funzionamento del modello e le sue eventuali criticità, con l'obiettivo di garantire una partecipazione attiva dei diversi soggetti, ma anche, potenzialmente, una maggiore condivisione delle informazioni. Inoltre, questo contesto è stato fortemente colpito dalla pandemia di Covid-19, con conseguenze anche sul funzionamento della PIC.

Tra maggio e luglio 2023 sono state condotte nove interviste semistrutturate con attori coinvolti in diverse fasi con pazienti cronici.

Gli intervistati sono tre tra attuali ed ex responsabili di unità coinvolte nella gestione del modello nell'ATS locale, due soggetti con ruoli simili in altrettante ASST, un MMG, il presidente della più grande cooperativa in Italia che svolge le attività di gestore, supportando i MMG nella gestione dei pazienti cronici, con un forte *emphasis* sull'area locale (in quanto comprende 750 MMG in Regione, di cui 250 nell'area di interesse), e due presidenti di associazioni di pazienti cronici, al fine di triangolare i risultati nella prospettiva dei pazienti. L'elenco degli intervistati è il seguente:

- 1) Responsabile Unità Cure Primarie e Convenzioni (ATS_1);
- 2) Responsabile (fino al 2022) dell'Unità di Continuità Assistenziale (ATS_2);
- 3) Responsabile (fino al 2022) dell'Area Qualità della Direzione Socio-sanitaria (ATS_3);
- 4) Responsabile dell'Unità Qualità Risk Management (in una delle ASST locali; ASST_1);

- 5) Direttrice di Distretto (in una delle ASST locali; ASST_2);
- 6) MMG;
- 7) Presidente di una cooperativa per la gestione dell'attività dei MMG;
- 8) Presidente della locale associazione malati diabetici;
- 9) Presidente della locale associazione malati di sclerosi multipla.

La selezione dei partecipanti è stata finalizzata a cogliere una pluralità di prospettive al fine di acquisire una comprensione approfondita e articolata dell'oggetto di studio (Eisenhardt e Graebner, 2007). I partecipanti sono stati coinvolti sulla base della loro disponibilità a prendere parte allo studio, successivamente alla segnalazione da parte di altri rispondenti.

Sono state condotte e registrate interviste semistrutturate. Tali interviste, caratterizzate da una natura aperta, incentivano risposte articolate e favoriscono la condivisione di esperienze ed emozioni, al fine di esplorare i comportamenti degli intervistati evitando l'imposizione di categorie predefinite che potrebbero influenzare i risultati della ricerca (Gudkova, 2018). In tal senso, l'intervista inizia con domande descrittive volte a esplorare il contesto, per poi evolvere gradualmente in quesiti analitici che stimolano una riflessione critica e richiedono un rapporto di fiducia con il ricercatore (Gudkova, 2018).

In coerenza con tale approccio, le domande iniziali hanno riguardato le caratteristiche della rete e i ruoli assunti dai suoi membri, per poi focalizzarsi sui cambiamenti intervenuti nella rete a seguito dell'emergenza pandemica da Covid-19. Il protocollo di intervista è stato strutturato attorno ai seguenti temi:

- il ruolo degli intervistati nel modello;
- la struttura della rete e le responsabilità connesse;
- le interazioni tra i membri della rete;
- il ruolo dei sistemi informativi nella gestione, nel monitoraggio e nella rendicontazione dei pazienti;
- le sfide incontrate nel mantenimento degli obiettivi della rete;
- l'impatto della pandemia di Covid-19 sulle attività, sulla gestione e sulle responsabilità della rete;
- le risposte adottate dai membri della rete in relazione alla pandemia di Covid-19.

Le interviste sono state analizzate tramite analisi tematica (Vaismoradi *et al.*, 2016). Due ricercatrici hanno guidato

il processo di discussione, mentre una terza, non coinvolta nella raccolta dei dati, ha revisionato trascrizioni e temi adottando una prospettiva esterna (Vaismoradi *et al.*, 2016), al fine di garantire un'analisi critica e preservare l'oggettività del processo interpretativo. Le ricercatrici hanno analizzato le trascrizioni e proceduto autonomamente all'individuazione dei temi presenti, sulla base dei criteri di efficacia della rete (Provan e Milward, 2001), sia in prima implementazione del modello che in epoca Covid-19, discutendo successivamente eventuali incongruenze al fine di raggiungere il consenso sull'analisi (Vaismoradi *et al.*, 2013). La Tab. 1 sintetizza i temi oggetto di analisi.

Tab. 1 – Temi per analisi tematica

Periodo	Temi di primo livello	Temi di secondo livello
Pre-Covid-19	Membri che partecipano alla rete	Modello regionale di riferimento Caratteristiche dei membri
	Crescita della rete	Adattamento del modello a livello locale Ruolo Agenzia di Tutela della Salute (ATS)
	Servizi offerti	Gestione pazienti a bassa complessità Gestione pazienti ad alta complessità Prestazioni specialistiche
	Relazione fra i membri	Relazioni con la Regione Supporto della cooperativa ai Medici di Medicina Generale (MMG) Specificità delle competenze
	Struttura amministrativa	Coordinamento Finanziamento Monitoraggio
Post-Covid-19	Membri che partecipano alla rete	Contributo alla rete
	Crescita della rete	Integrazione fra attività Ri-adattamento del modello a livello locale
	Servizi offerti	Articolazione dei ruoli Criticità nell'erogazione di prestazioni Mantenimento dell'offerta
	Relazione fra i membri	Relazione con ATS Integrazione di competenze Relazione fra cooperativa e MMG
	Struttura amministrativa	Supporto a finanziamento Revisione monitoraggio

5. Risultati

I risultati qui presentati si focalizzano sul ruolo dei diversi attori nel contribuire all'efficacia della rete per la PIC e su come il ruolo dei diversi membri della rete e le relazioni fra loro si siano evoluti a seguito dello scoppio della pandemia di Covid-19.

La Regione, che non è propriamente partner della rete a livello locale, ne definisce i confini normativi. Infatti, essa ha identificato meccanismi di finanziamento basati su una tariffa fissa determinata dal numero di pazienti cronici gestiti dagli enti gestori, e dal numero di visite specialistiche effettuate in conformità ai piani di cura. Prima del Covid-19, questo sistema di finanziamento era anche collegato alle attività di monitoraggio, coadiuvato da ATS, su tre livelli: i) valutazione dell'adeguatezza dei piani di cura; ii) valutazione delle attività svolte dalle cooperative a supporto dei MMG, attraverso un questionario incentrato su funzionamento, organizzazione e capacità di rispondere alle richieste dei pazienti; iii) disponibilità da parte degli ospedali di spazi nelle proprie agende dedicati alle visite legate al modello di PIC.

5.1. ATS

ATS ha assunto il coordinamento della rete di PIC successivamente all'emanazione delle normative regionali. Fra il 2017 e il 2018 ha quindi iniziato a implementare la rete attraverso il coinvolgimento di alcuni attori locali, come definito dalla normativa, con la finalità di raccogliere tutte le competenze necessarie alla fornitura dell'intera gamma di servizi previsti e pervenendo, in circa un anno, alla sua formazione completa. A tal fine, l'ATS

ha istituito un gruppo ristretto di professionisti responsabili della rete, coinvolgendo anche due ASST. Inoltre, ha aperto alle candidature da parte delle cooperative per l'attività di gestione dei pazienti a supporto dei MMG, e ha valutato l'ammissibilità delle domande pervenute, selezionando un totale di 5 cooperative per l'area locale. Rispetto all'arruolamento dei pazienti, ATS ha previsto l'invio di una comunicazione scritta a tutti i pazienti cronici arruolabili, invitandoli a discutere con i propri MMG l'opportunità di aderire al modello.

Tale processo è avvenuto in modo graduale:

“Poco prima del Covid, avevamo 31.000 pazienti iscritti, con un aumento di 11.000 rispetto all'anno precedente. Anche se potrebbe non sembrare un numero elevato, se tutti i 320.000 pazienti cronici avessero aderito fin dall'inizio avrebbero sovraccaricato il sistema, facendolo collassare” (ATS_2).

Gli intervistati di ATS hanno sottolineato l'importanza di attivare fin dall'inizio le cooperative, al fine di dare compimento all'intera rete, fornendo ai pazienti non complessi tutti i servizi necessari. Pur ribadendo il proprio ruolo di coordinamento, gli intervistati hanno inoltre sottolineato l'importanza del coinvolgimento di tutti i membri della rete nei processi decisionali, attraverso un approccio di condivisione, finalizzato a rafforzare il ruolo dei diversi attori e a garantire la *leadership* ad ATS:

“Se mantieni le relazioni e incontri le persone, ascolti quali sono i problemi, fai un programma di attività, ti dai delle tappe, fai dei follow-up ecc., chi è coinvolto deve percepirti come utile, altrimenti non ha senso. In un contesto come questo puoi solo applicare un

metodo orizzontale che coinvolga tutti e non un approccio top-down” (ATS_2).

ATS svolge un ruolo di supervisione nella fornitura di servizi, anche in caso di criticità, attraverso la gestione dei rapporti fra gli altri membri della rete. Ne è un esempio il caso della disponibilità di slot nelle agende delle ASST per la fornitura alle cooperative di prestazioni per pazienti cronici nei tempi previsti dai loro PAI. Nel 2019, due anni dopo l'avvio del modello di PIC, e in seguito a segnalazioni pervenute da parte dei MMG (e delle cooperative), ATS ha attivato delle modalità di monitoraggio di questa situazione, attraverso l'organizzazione di incontri mensili con le cooperative e coordinando la revisione dei processi di prenotazione delle visite per garantire alle cooperative accessi diretti alle agende delle ASST. Negli obiettivi di ATS, ciò ha contribuito a rafforzare la relazione fra i diversi attori della rete, aumentando nel contempo la soddisfazione dei pazienti rispetto alla fornitura dei servizi. Per fare ciò, ATS ha inoltre rivisto gli obiettivi di budget dei soggetti erogatori, collegando parte del loro finanziamento alla capacità di aumentare la disponibilità di slot per la rete di PIC nelle proprie agende.

ATS ha anche il ruolo di definire e sviluppare i sistemi informativi adottati a livello di rete per il monitoraggio del modello di PIC, anche al fine di rendicontare verso la Regione, la quale finanzia il sistema. Infatti, la Regione finanzia ATS sulla base di una tariffa fissa, determinata dal numero di pazienti cronici gestiti a livello locale e dal numero di visite specialistiche effettuate. Nel periodo pre-Covid-19, tale sistema di finanziamento risulta

collegato alle attività di monitoraggio organizzate da ATS su tre livelli. Primo, per valutare l'adeguatezza dei piani di cura, ATS ha implementato una commissione tecnica specifica e ha istituito un meccanismo di controllo formale del numero di attività per paziente, attraverso l'utilizzo di specifici sistemi informativi accessibili anche alla Regione. Secondo, per la verifica dell'attività delle cooperative, ATS sottopone loro un questionario finalizzato a valutare il loro funzionamento, la loro organizzazione e capacità di rispondere alle richieste dei pazienti. Terzo, rispetto all'attività svolta dagli ospedali, ATS ha monitorato l'allocazione di slot alla rete PIC per l'erogazione di visite specialistiche anche alle cooperative, collegando i risultati di questo monitoraggio ai suddetti obiettivi di budget e relativi finanziamenti.

Per quanto attiene al periodo Covid-19, la pandemia ha avuto un impatto profondo sulla PIC. Le attività regolari sono state gravemente interrotte a causa della necessità urgente per i professionisti sanitari di dedicarsi ai pazienti Covid-19. In ATS, questo è stato percepito come un “collasso totale” (ATS_1).

“Il mondo si è fermato. Il Covid-19 ci ha colpito e ci ha colpito duramente. Né noi, né i MMG né gli ospedali avevamo la lucidità per pensare alla cronicità, quindi quel processo si è rallentato. Alcuni MMG hanno rinnovato i loro piani assistenziali, ma in quel periodo avevano anche altri problemi. Il Covid-19 ha influito notevolmente sui pazienti cronici, ma nessuno voleva andare in ospedale e gli ambulatori erano chiusi” (ATS_2).

In tal senso, la capacità della rete di rispondere ai bisogni dei pazienti cro-

nici mantenendo l'erogazione dei servizi è stata gravemente minacciata. Tuttavia, alcuni membri della rete sono stati coinvolti in misura minore nel trattamento dei pazienti Covid-19, e hanno quindi potuto apportare un contributo più ampio al modello:

“Per tutto il 2020, la cura dei pazienti cronici non è stata menzionata in ATS, era diventata una questione in secondo piano [...] Le cooperative, invece, non erano impegnate in altre attività e hanno continuato i loro servizi, alcune anche attraverso il telemonitoraggio” (ATS_3).

La cooperativa coinvolta in questo studio ha implementato autonomamente, seppur in accordo con ATS, un'attività di telemonitoraggio dei propri pazienti a domicilio. In quel frangente, ATS si è adoperata per garantire supporto finanziario da parte della Regione. Tale supporto è stato fornito durante la pandemia, per venire meno successivamente in quanto previsto dalla normativa regionale solo per le attività di *follow-up* su specifiche categorie di pazienti.

Il Covid-19 ha anche avuto un impatto sull'attività di coordinamento di ATS per quanto attiene al monitoraggio, sia rispetto alle potenzialità dei sistemi informativi, sia con riferimento alle risorse da dedicarvi, ma anche in relazione alla sua frequenza e profondità, limitandone quindi l'ampiezza:

“Prima del Covid-19 potevamo effettuare un monitoraggio più tempestivo e condurre una varietà di analisi approfondite. Il personale era più numeroso e non c'erano problemi legati al Covid, come tamponi, vaccinazioni, medici assenti per malattia ecc. Poi c'è stato il crollo, abbiamo vissuto una carenza di medici...” (ATS_1).

Il monitoraggio, pertanto, è mutato nel tempo; l'enfasi di ATS si è spostata verso un controllo meno sostanziale:

“Negli ultimi anni i controlli sono diventati più formali: alle cooperative veniva richiesto di inviare autocertificazioni, dichiarando che i requisiti verificati in precedenza rimanevano invariati. Sono stati fatti alcuni controlli a campione, ma molto soft rispetto all'inizio” (ATS_3).

5.2. Le ASST

Le ASST sono state coinvolte come gestori e (soprattutto) come soggetti erogatori in quanto disponevano delle competenze utili alla messa a regime di un sistema condiviso tra tutti gli attori del territorio:

“Il problema della cronicità non è recente. Ciò che è cambiato di recente è una visione centrata sul territorio e non più sull'ospedale. Prima della PIC, c'era una promiscuità di interlocutori che avevano ruoli diversi rispetto al problema della cronicità, e c'era bisogno di una forte condivisione degli aspetti diversi che lo riguardavano” (ASST_1).

Durante l'implementazione del modello si è teso a rafforzare l'integrazione ospedale-territorio. Le ASST (e in parte gli ospedali privati accreditati) hanno quindi visto rafforzato il proprio ruolo come punto di contatto per i pazienti affetti da co-morbidità (dal livello 2) e che erano già in cura da specialisti presso queste strutture.

Rispetto alle relazioni con gli altri membri della rete, le ASST hanno sottolineato l'importanza di coordinare gli sforzi per la fornitura dei servizi del modello di PIC, per esempio rimarcando la necessità di garantire alle cooperative l'accesso diretto alle loro agende, ma evidenziandone

le criticità dal punto di vista dell’allocazione di risorse:

“C’è un grosso lavoro sulle agende dedicate appunto ai cronici, a quelli che è prevedibile che periodicamente abbiano bisogno di una certa offerta. Non è tanto un problema tecnico, ma di organizzazione e di risorse da mettere a disposizione. Questo può rendere più coerente la risposta ai bisogni, ma serve una lettura integrata del sistema” (ASST_2).

Tale attività, come detto, è stata oggetto di monitoraggio da parte di ATS, monitoraggio che tuttavia non consta di sistemi informativi adeguati, portando quindi a una limitata condivisione delle informazioni all’interno della rete. Ciò a scapito del raggiungimento dei suoi obiettivi complessivi:

“I dati sono disponibili solo per ATS. Il feedback economico è tutto a carico dell’Agenzia, e non abbiamo sistemi informativi per mappare cosa sta succedendo. Quindi, è anche difficile condividere gli obiettivi del modello” (ASST_1).

Diversamente dall’attività di monitoraggio, la rendicontazione nei confronti dei pazienti e degli stakeholder in generale non è centralizzata, ma è gestita autonomamente dalle ASST. In tal senso, una delle ASST ha riportato come, prima della pandemia, fossero soliti monitorare la soddisfazione dei pazienti a pubblicare i risultati online. Ciò nell’ambito di una relazione diretta che ASST intratteneva con i propri pazienti, non mediata da ATS. Durante il Covid-19, anche le ASST hanno subordinato le necessità dei pazienti cronici alle esigenze dettate dalla pandemia. L’accesso limitato alle strutture sanitarie ha portato a una mancanza di slot per visite specialistiche

che e sono emersi problemi relativi alle liste d’attesa.

Una delle ASST ha implementato, in quel periodo, un sistema di monitoraggio informale (tramite telefonate, chat ecc.) e formale (attraverso una piattaforma di telemonitoraggio dedicata). Ciò ha consentito ai pazienti di trovare un riferimento certo in un periodo complesso, aumentandone la soddisfazione:

“Avevamo meno di 100 pazienti cronici in cura in quel momento, ma tanti ci hanno chiesto di prenderci cura dei loro amici o vicini che avevano problemi e non trovavano risposte altrove” (ASST_2).

5.3. I MMG

Il coinvolgimento dei MMG nel modello è avvenuto su più fronti, coerentemente con il ruolo definito per loro dal modello regionale.

Da una parte, essi sono stati chiamati a svolgere un ruolo chiave nel coinvolgimento dei pazienti e nella gestione delle loro necessità.

Dall’altra parte, la scelta di ATS di arruolare pazienti inviando loro una comunicazione scritta ha portato a un coinvolgimento dei MMG sulla base delle richieste bottom-up degli stessi pazienti. Tale coinvolgimento, tuttavia, è stato limitato:

“Era una lettera in politichese, con i termini in inglese incomprensibili anche a uno con una media cultura sanitaria, per esempio si parlava di case manager... È stato un capolavoro di comunicazione da parte della Regione. Io penso che i pazienti l’abbiano presa e buttata via nel cestino quasi tutti, tranne pochissimi” (MMG).

Ai MMG sono stati allocati il 95% dei pazienti cronici del territorio, coerentemente con la percentuale di pazien-

ti cronici a bassa complessità (di livello 3). Ciò ha messo in luce la rilevanza di questi professionisti nella rete, come confermato da parte di tutti gli intervistati.

Ciononostante, in prima battuta la partecipazione spontanea dei MMG alla rete è stata limitata (dati della Regione Lombardia nel 2017 riportavano il 57% di MMG aderenti sul totale di MMG nella zona). Il loro numero è gradualmente aumentato fra il 2017 e il 2020, grazie anche al ruolo delle cooperative, e ciò ha permesso di incrementare il numero di pazienti cronici coinvolti nella rete per la PIC. Essendo i MMG il riferimento più immediato per i pazienti cronici, la percezione dei pazienti rispetto al modello è stata discussa durante le interviste. In particolare, la continuità dei processi di cura e la soddisfazione dei bisogni dei pazienti attraverso la fornitura di tutti i servizi sono emersi quali elementi dirimenti per i pazienti:

“La credibilità del sistema dipende dalla nostra capacità di programmare le visite, idealmente nell’ospedale preferito dai pazienti e con il professionista che li ha seguiti per anni. Se i pazienti non ricevono una risposta soddisfacente a causa della mancanza di slot disponibili, e sono lasciati a prenotare da soli le loro visite, l’efficacia del modello diminuisce ai loro occhi” (MMG).

Per quanto attiene al periodo Covid-19, i MMG hanno assunto un ruolo di primo piano nel contrasto alla pandemia. Ciò ha lasciato poco spazio alle attività routinarie, fra cui quelle legate alla gestione della cronicità. Questa criticità ha trovato supporto nell’attività svolta dalla cooperativa, che si è adoperata per integrare la propria attività e nel contempo ridurre l’onere

della PIC in capo ai MMG, come riportato nel paragrafo successivo.

5.4. La cooperativa

Come detto, le cooperative contribuiscono a garantire l’aderenza dei pazienti cronici in gestione presso i MMG al PAI (es., frequenza delle visite, controlli periodici ecc.) e al soddisfacimento degli obiettivi della rete. La cooperativa in oggetto ha risposto alla chiamata di ATS per candidature presentando la propria organizzazione e le relazioni già intrattenute con i MMG, garantendo in questo modo il coinvolgimento dei pazienti, e con gli enti erogatori sul territorio (ASST o ospedali privati) a garanzia dell’accesso alle cure specialistiche.

Rispetto alla fornitura dei servizi, il ruolo delle cooperative era chiaro, in quanto espressamente dedicate alla cura dei pazienti cronici a bassa complessità in capo ai MMG:

“Con l’attivazione della PIC, gli ospedali pubblici hanno mantenuto i pazienti cronici complessi che già avevano. Sono state le cooperative a gestire molte persone, tutte nella fascia di complessità inferiore. Il mandato per le cooperative era chiaro: i pazienti cronici dovevano trovare la risposta a tutti i loro problemi di cura da loro” (ATS_2).

Inoltre, fin dal principio, per la cooperativa è stato fondamentale comprendere come incentivare la partecipazione dei MMG al modello di PIC, in quanto:

“Non c’era molto incentivo per i MMG a partecipare perché la PIC richiedeva lavoro aggiuntivo e offriva pochi benefici economici. Non abbiamo fatto una campagna attiva per il loro coinvolgimento, ma ci siamo sforzati di semplificare il loro lavoro e renderlo più gestibile” (Presidente della Cooperativa).

In questo senso, il ruolo delle cooperative, specialmente quelle ben strutturate e che offrono più servizi, è stato riconosciuto da ATS come cruciale per incoraggiare la partecipazione dei MMG alla rete. Alcune cooperative (come quella intervistata) forniscono ai propri MMG specifici sistemi informativi per la gestione dei pazienti. Questi, come osservato da ATS e dal presidente della cooperativa stessa, vanno tuttavia a esacerbare la frammentazione dei sistemi informativi, rendendo quindi difficile riconciliare le diverse informazioni.

Dal lato cooperativa, è emersa preoccupazione riguardo ai processi di monitoraggio di ATS, che si concentrano sulle attività, mancando di misurare gli outcome in termini di salute:

“È molto probabile che questo percorso in grandi numeri porterà a risultati clinici ed economici interessanti e migliorativi, ma al momento questo non viene misurato” (Presidente della Cooperativa).

Così come nel caso di alcune esperienze in ASST, anche la cooperativa in passato ha adottato dei meccanismi di rendicontazione finalizzati a rendere conto ai MMG, ai pazienti, e alla collettività circa i risultati della propria attività. Ciò in ragione anche di un rapporto diretto, non mediato da ATS, che la cooperativa intrattiene con i pazienti afferenti ai propri MMG, similmente a quanto osservato nell'esperienza delle ASST.

Durante il Covid-19 le cooperative sono state le uniche, fra i membri della rete, a non essere direttamente coinvolti nella gestione della pandemia.

“Il modello di PIC con il Covid-19 è stato in gran parte sospeso. Le strutture non ci

rispondevano più, quindi la situazione era drammatica. Abbiamo iniziato a pensare a come salvare ciò che poteva essere salvato...” (Presidente della Cooperativa).

Hanno quindi intrapreso azioni specifiche per sostenere il modello: per esempio, hanno concordato con ATS l'implementazione di nuove attività al fine di garantire ai pazienti cronici alcuni servizi, fra cui sistemi di telemonitoraggio, accompagnati da strumenti di autodiagnosi. I risultati di tali rilevazioni venivano quindi discussi da remoto (telefonicamente oppure online) con i *case manager* della cooperativa, e registrati nei sistemi informativi dei MMG:

“Abbiamo pensato di fornire dispositivi medici come pulsossimetri, misuratori di pressione sanguigna e termometri ai pazienti cronici con Covid-19 e abbiamo iniziato a monitorarli a distanza per controllare tutti questi parametri. Alla fine, siamo riusciti a monitorare circa 6.000 pazienti cronici, e il 93-94% di loro non ha avuto bisogno di accedere all'ospedale” (Presidente della Cooperativa).

Tale sistema di allerta ha permesso ai MMG di concentrarsi solo sulle questioni urgenti, favorendoli quindi nella loro attività, già fortemente compromessa:

“Hanno [la cooperativa] reso il sistema più efficiente, perché almeno qualcuno si preoccupava di contattare i pazienti e vedere se c'erano criticità, e poi ci allertava. Altrimenti, sarebbe stato impossibile per noi monitorare tutti i pazienti” (MMG).

Anche le associazioni di pazienti hanno espresso apprezzamento per questa attività, in quanto ha avuto un impatto positivo sul benessere psico-

logico delle persone e ha aiutato a prevenire che i pazienti si sentissero trascurati. Il presidente della cooperativa ha confermato questo sentimento, riferendo che anche dopo la fine della pandemia, alcuni pazienti hanno espresso la volontà di continuare con il telemonitoraggio:

“È stata una soddisfazione tenerli anche a casa. Abbiamo ancora 50 o 60 pazienti che non riusciamo a staccare dal servizio, tanto sono contenti di sentire un’infermiera... Dicono che gli fa piacere la mattina parlare con qualcuno e controllare la pressione, la glicemia...” (Presidente della Cooperativa).

Le innovazioni della cooperativa nella gestione dei pazienti cronici sono state e sono ancora riconosciute da tutti i membri della rete come un modo per continuare a raggiungere gli obiettivi del modello.

Dopo il periodo Covid-19 non sono emersi cambiamenti rilevanti nella struttura o nella frammentazione dei sistemi informativi. Tuttavia, più recentemente sono emerse alcune tendenze verso una maggiore condivisione di tali sistemi. Alcuni rispondenti (ASST_1, ASST_2) hanno infatti raccontato di tentativi di istituzione di un sistema digitale per la gestione del territorio, con l’obiettivo di favorire una gestione più efficace dei pazienti e migliorare la comunicazione fra i diversi attori della PIC attraverso la centralizzazione delle informazioni relative alle diverse aree di cura e l’interoperabilità dei sistemi. Tali innovazioni sono state viste dai professionisti operanti nelle ASST come potenzialmente utili a superare la frammentazione delle informazioni, supportando l’efficacia del modello.

6. Discussione e conclusioni

I risultati sopra presentati sono qui discussi alla luce del modello di Provan e Milward (2001) per quanto attiene ai criteri di efficacia della rete. La Tab. 2 sintetizza il contributo dei diversi membri (cui si aggiunge la Regione, che ne definisce i confini).

Dallo studio emerge come gli attori partecipino al modello di PIC orientandosi collegialmente verso l’obiettivo primario condiviso dell’efficacia della rete, che si misura nella sua capacità di dare risposta ai bisogni degli stakeholder e nel migliorare l’integrazione dei servizi per raggiungere gli obiettivi prefissati a livello normativo (Provan e Kenis, 2008).

I diversi attori contribuiscono ai criteri di efficacia della rete definiti da Provan e Milward (2001), ovvero la partecipazione dei membri alla rete, la loro crescita in numero, la gamma di servizi offerti collettivamente per soddisfare le esigenze degli stakeholder, la forza delle relazioni tra i membri della rete, la sua struttura amministrativa e il ruolo della NAO. Tale contributo risulta modularsi a seguito dell’emergenza da Covid-19, nello specifico quando il ruolo di alcuni membri (es., ATS, ASST, MMG) si ridimensiona, poiché impegnati nella gestione della pandemia, andando potenzialmente a scapito del raggiungimento degli obiettivi del modello di PIC.

Per quanto attiene alla partecipazione dei membri alla rete, questa è definita dal disegno regionale, che ne identifica inoltre le specifiche responsabilità. Pertanto, il numero dei membri della rete non è cambiato nel tempo, neanche durante il Covid-19, e ciò è andato a potenziale detrimento della soddisfazione delle esigenze dei pazienti

Tab. 2 – Contributo dei diversi attori alle determinanti di efficacia della rete di Provan e Milward (2001)

	Membri della rete	Partecipazione dei membri alla rete e crescita	Servizi offerti nella rete	Relazione fra i membri	Struttura amministrativa
Pre-Covid-19	[Regione]	– Identificazione dei membri		– Interfaccia con ATS	– Definizione degli obiettivi della rete – Finanziamento
	Agenzia di Tutela della Salute (ATS)	– Legittimazione come da modello regionale		– Relazione con la Regione – Coordinamento degli attori – Molteplicità di relazioni con ASST e MMG (nel Servizio Sanitario Regionale – SSR)	– Ruolo di Organizzazione Amministrativa della Rete (NAO) – Monitoraggio sostanziale – Identificazione sistemi informative – Supporto al coordinamento per la specialistica
	Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)	– Legittimazione come da modello regionale	– Gestione pazienti a elevata complessità – Erogazione prestazioni specialistiche	– Molteplicità di relazioni con ATS (nel SSR) – Relazioni con la cooperativa per la fornitura di prestazioni specialistiche	
	Medici di Medicina Generale (MMG)	– Legittimazione come da modello regionale	– Gestione pazienti a bassa complessità	– Relazioni con cooperativa – Molteplicità di relazioni con ATS (nel SSR)	
	Cooperativa	– Legittimazione sulla base dei criteri definiti da ATS	– Supporto gestione pazienti a bassa complessità – Supporto ai processi decisionali dei MMG (sistemi informativi)	– Relazioni con MMG – Relazioni con ASST per la prenotazione di prestazioni specialistiche	
Post-Covid-19	[Regione]	– Nessuna integrazione di ulteriori membri			– Adeguamento finanziamento per telemedicina
	ATS			– Condivisione di criticità nella fornitura dei servizi – Informazione circa i nuovi servizi offerti	– Ruolo di NAO – Riduzione attività di monitoraggio (monitoraggio formale) – Supporto al finanziamento della telemedicina
	ASST		– Riduzione offerta – Limitato accesso alle strutture – Parziale integrazione di servizi	– Condivisione di criticità nella fornitura dei servizi	

(segue)

	Membri della rete	Partecipazione dei membri alla rete e crescita	Servizi offerti nella rete	Relazione fra i membri	Struttura amministrativa
Post-Covid-19	MMG		– Riduzione offerta	– Condivisione di criticità nella fornitura dei servizi	
	Cooperativa	– Rafforzamento del proprio ruolo	– Integrazione di ulteriori servizi – Enfasi utilizzo dei sistemi informativi per MMG	– Condivisione di criticità nella fornitura dei servizi	– Condivisione con ATS delle pratiche di telemedicina

cronici, i quali hanno in parte visto ridursi l'offerta di servizi tradizionalmente prestati.

Rispetto alla gamma di servizi offerti, gli intervistati hanno riconosciuto il valore aggiunto della rete nel consentire il soddisfacimento completo e tempestivo di tutti i bisogni degli stakeholder, cosa non possibile attraverso azioni separate e non coordinate (Provan e Kenis, 2008). La tenuta del modello durante la pandemia, tuttavia, è stata messa in discussione proprio con riferimento alla difficoltà nel soddisfacimento dei bisogni dei pazienti cronici. La definizione normativa dei confini della rete ha potenzialmente minacciato la sua capacità di affrontare *shock* contestuali (Provan e Kenis, 2008); solo le iniziative di alcuni membri hanno contribuito a garantire il perseguimento dei suoi obiettivi attraverso approcci innovativi nella gestione dei pazienti. Pertanto, nel caso in oggetto, l'efficacia della rete non è stata sostenuta dall'introduzione di nuovi membri (come suggerito da Turrini *et al.*, 2010), ma dalla revisione del loro ruolo dei suoi membri, in particolare per quanto attiene alla cooperativa. Essa, in quanto unico attore marginalmente coinvolto nella gestione dei pazienti Covid-19, è

diventata cruciale nel definire una risposta proattiva e innovativa alle esigenze dei pazienti, rafforzando quindi il suo ruolo.

Riguardo alle relazioni fra i membri, nel caso sono emersi numerosi elementi, anche inerenti al concetto di molteplicità (*multiplexity*) richiamato da Provan e Milward (2001). Infatti, ATS, le ASST e i MMG sono interconnessi nella fornitura di diversi servizi sanitari a livello locale e non limitatamente al modello di PIC. La presenza di tali relazioni può contribuire a incrementare la fiducia dei membri verso la NAO (ATS, in questo caso), con benefici che si estendono anche alla rete stessa. Considerando invece le relazioni interne al modello, la cooperativa interagisce con i MMG attraverso i vari servizi che offre loro (es., sistemi informativi dedicati), non limitandosi quindi alla mera gestione delle agende. Ancora, la relazione tra la cooperativa e le ASST è stabilita attraverso accordi specifici per la fornitura di prestazioni specialistiche. Durante il Covid-19 le strette relazioni tra i membri della rete hanno permesso alla cooperativa di riconoscere le lacune nella fornitura dei servizi da parte delle ASST e dei MMG, e di attivare i suddetti meccanismi di sup-

porto ai pazienti cronici che hanno permesso il mantenimento degli obiettivi di efficacia della rete.

Con riferimento alla struttura organizzativa, trattandosi di una rete a livello locale il coordinamento è stato assegnato dalla Regione ad ATS, che assume il ruolo di NAO. ATS esercita quindi un ruolo di coordinamento nella rete, che è messo in luce, per esempio, dalle modalità di incentivazione della relazione fra cooperativa e ASST rispetto alla disponibilità di *slot* per prestazioni specialistiche, e dall'attività di monitoraggio svolta per conto della Regione. A differenza di quanto rilevato in precedenti studi (Provan *et al.*, 2007), qui la NAO non nasce al solo fine di contribuire alla rete in essere, essendo in capo ad ATS tutte le funzioni attribuite a partire dalla Legge Regionale n. 23/2015 (Regione Lombardia, 2015) nella gestione della sanità locale. Anche a causa di questo ruolo, durante la pandemia ATS è stata sopraffatta dall'urgenza di coordinare le attività relative al trattamento dei pazienti Covid-19 nel territorio, coadiuvata da ASST e MMG che erano ugualmente coinvolti, a scapito dei pazienti cronici. Nel momento in cui ne è venuta meno la stabilità del modello, le attività innovative introdotte dalla cooperativa in accordo con la NAO hanno aiutato a colmare le lacune (Provan e Kenis, 2008). In quel frangente, la NAO ha interagito con la Regione per garantire il finanziamento necessario a sostenere l'innovazione introdotta.

Rispetto al monitoraggio, invece, le interviste hanno sottolineato l'importanza dello stesso per garantire la coerenza delle attività svolte con le disposizioni normative. Tuttavia, sono emerse alcune criticità inerenti al

monitoraggio centralizzato svolto da ATS, criticità esacerbate dopo lo scoppio della pandemia, che ha limitato la capacità di esercitare un controllo sostanziale sulle attività. Inoltre, la frammentazione e la separazione dei sistemi informativi riducono l'integrazione e il coordinamento dei servizi, in assenza anche di elementi condivisi di *accountability* (Whelan, 2015) o di rilevamento della soddisfazione dei pazienti cronici, con la conseguenza che questo aspetto è lasciato alla percezione dei professionisti della rete.

Dai risultati si evince come i diversi attori possano trovare spazi di autonomia per modulare, in ragione di determinate contingenze, il proprio contributo all'efficacia della rete e quindi al conseguimento degli obiettivi definiti. Nel modello, sebbene la Regione ne guidi la progettazione e ne definisca gli obiettivi, le attività della stessa e i suoi processi di monitoraggio sono sviluppati attraverso l'interazione a livello locale e la condivisione delle decisioni tra coloro che hanno ottenuto il mandato regionale (es., ATS) e gli altri membri. Infatti, come sottolineato da Barzan *et al.* (2018), il coordinamento tra gli attori della rete è solo parzialmente definito dalle disposizioni regionali, in quanto i limiti imposti dalla normativa consentono ai diversi attori di coinvolgersi reciprocamente per raffinare le collaborazioni verso l'efficacia del modello. Dall'analisi, inoltre, emergono alcuni spunti di riflessione e indirizzi conclusivi. Rispetto al modello di Provan e Milward (2001) pare emergere un elemento di efficacia legato all'equilibrio tra regolamentazione/coordinamento e flessibilità delle azioni degli attori, che diventa determinante in circostanze di shock emergenziale. In questo

sensu, la definizione di un quadro normativo, degli attori coinvolti e l'individuazione di un coordinamento (NAO) diventa una cornice operativa in cui ogni attore si posiziona e riposiziona in relazione agli altri. Affinché la flessibilità sia un elemento positivo e non di indeterminatezza di relazioni, servizi e funzioni, sono necessari elementi riconducibili alla fiducia e alla solidità delle relazioni nella rete. Per esempio, la forte connessione tra i soggetti che devono garantire la qualità dei servizi, anche al fine di soddisfare il paziente nella proposta di prestazioni specialistiche. Ancora, il ruolo essenziale della NAO nel supportare la rete, agevolando la flessibilità ma mantenendo un coordinamento verso gli obiettivi del sistema, per esempio ponendo in atto meccanismi di finanziamento da parte della Regione per consentire alle cooperative di aprirsi anche a modalità diverse di erogazione del servizio (es., telemedicina).

Inoltre, emerge, rispetto al modello di Provan e Milward (2001), come in presenza di situazioni di emergenza, la pressione all'evoluzione della rete non porti necessariamente a un allargamento del numero degli attori, ma a una ricomposizione dei ruoli e delle attività con alcuni soggetti più passivi, poiché orientati su altri fronti, e altri soggetti (es., le cooperative) molto più attivi anche nel definire innovazioni di processo e dei meccanismi di relazione. Come detto, ciò è possibile quando si è in presenza di fiducia e solidità sia nelle relazioni tra gli attori, che non si sentono privati del proprio ruolo, sia verso della NAO, che svolge una funzione di sostegno dei nuovi processi e strumenti.

Di conseguenza, si può dedurre che i criteri di efficacia della rete si comple-

tino a vicenda, anch'essi in modo dinamico, così come il ruolo degli attori, per cui gli equilibri in cambiamento sono sostenuti da fiducia, solidità, capacità di governo.

Da un punto di vista pratico, lo studio fornisce preziose intuizioni per i manager e i *policy-maker*. Lo studio sottolinea come, soprattutto in situazioni di emergenza in cui flessibilità e resilienza risultano fondamentali, l'introduzione di meccanismi di governance adattiva orientati a una gestione più condivisa e dinamica delle decisioni a livello locale possa rivestire un ruolo significativo. Ancora, l'interoperabilità dei sistemi informativi e di monitoraggio emerge come ulteriore elemento di attenzione a supporto della valutazione dell'efficacia del sistema, nonché, se condiviso, di un processo decisionale più rapido. Lo studio suggerisce inoltre una riflessione su un maggiore utilizzo delle tecnologie, quali il telemonitoraggio, e sull'adeguamento delle relative politiche di finanziamento, necessario al fine di un migliore raccordo con processi innovativi chiave in situazioni di emergenza, ma anche per seguire i pazienti da remoto in tempi normali, rendendo questi interventi strutturali. La presente ricerca presenta alcuni limiti. In primo luogo, l'analisi si concentra su un caso studio localizzato in un'area specifica; i risultati pertanto non sono automaticamente generalizzabili ad altri contesti regionali o nazionali, caratterizzati da differenti assetti istituzionali, socio-economici e organizzativi. In secondo luogo, la ricerca si sviluppa lungo un arco temporale che include il periodo pre- e post-pandemico, mentre a partire dal 2024 la Regione Lombardia ha introdotto

una riforma significativa nella presa in carico dei pazienti cronici. Di conseguenza, non è stato possibile considerare in modo approfondito gli effetti e gli sviluppi successivi a tale riforma, i cui impatti sul sistema di governance sanitaria locale richiederanno ulteriori approfondimenti futuri.

I risultati di questo studio contribuiscono all'individuazione di aree di ricerca future (Scapens, 2004), considerando il numero limitato di studi sul tema.

Una prima direzione di ricerca futura potrebbe essere quella di studiare altre situazioni di emergenza per comprendere come le diverse dimensioni e i ruoli all'interno delle reti si compongano e interagiscano. In particolare, potrebbe essere utile adottare un approccio comparativo, attraverso studi di caso multipli, per analizzare in che modo la tensione tra autonomia degli attori e coordinamento centrale influenzi la flessibilità, la resilienza e la capacità innovativa della rete.

Un'ulteriore direzione può essere quella di indagare come i meccanismi di fiducia e solidità relazionale siano fattori abilitanti dei processi di evoluzione della rete, in particolare nei casi in cui alcuni attori assumono funzioni e responsabilità che eccedono il pro-

prio mandato formale. In questo caso, l'impiego di analisi di reti sociali potrebbe offrire strumenti utili per mappare e misurare le relazioni tra attori, evidenziando quali configurazioni facilitino tali trasformazioni. Ancora, studi longitudinali permetterebbero di osservare nel tempo come tali dinamiche si consolidano o si trasformano, offrendo una prospettiva più solida sull'efficacia di questi adattamenti.

Nello stesso senso, appare interessante studiare il ruolo delle NAO nel favorire e accompagnare tali processi evolutivi. Si suggerisce lo sviluppo di casi studi focalizzati su NAO operanti in diversi contesti, con l'obiettivo di analizzare le pratiche di coordinamento adottate.

Infine, lo studio apre la discussione per future ricerche che adottano il quadro di Provan e Milward (2001) ed esplorano i criteri di efficacia della rete nel contesto sanitario, con un'attenzione particolare agli impatti della pandemia di Covid-19 sulle dinamiche inter-istituzionali. In questo ambito, potrebbero essere adottati disegni di ricerca misti che integrano indicatori quantitativi di performance legati all'efficacia dei servizi con dati qualitativi raccolti attraverso focus group e interviste.

BIBLIOGRAFIA

- Barzan E., Petracca F., Longo F., Tozzi V.D. (2018). La presa in carico dei pazienti cronici in Lombardia: quale governance e quali indeterminanze nel modello. *Mecosan*, 103(3): 31-48. DOI: 10.3280/MESA2017-103003.
- Cajazzo L., Longo F. (2018). Reti sanitarie: distinte finalità e assetti. Reti di patologia e reti di presa in carico in Lombardia. *Mecosan*, 107: 99-120. DOI: 10.3280/MESA2018-107006.
- Casalini F., Seghieri C., Emdin M., Nuti S. (2018). Nuovi strumenti di management per la gestione integrata dei percorsi assistenziali dei pazienti cronici. *Mecosan*, 102: 35-59. DOI: 10.3280/MESA2017-102003.
- Catalfo P., Barresi G. (2020). Le reti territoriali e il capitale relazionale nella collaborazione pubblico-privato per la gestione delle emergenze sanitarie: il caso della Regione siciliana. *Mecosan*, 113(1): 25-32. DOI: 10.3280/MESA2020-113004.
- Cepiku D., Ferrari D., Greco A. (2006). Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie. *Mecosan*, 57: 17-36.
- Cepiku D., Conte A., D'Adamo A. (2010). La valutazione multi-livello delle performance dei network di interesse generale. Analisi di due casi studio in sanità. *Mecosan*, 75: 23-42.
- Cristofoli D., Macciò L., Pedrazzi L. (2015). Structure, mechanisms, and managers in successful networks. *Public Management Review*, 17(4): 489-516. DOI: 10.1080/14719037.2013.798025.
- Cristofoli D., Markovic J. (2016). How to make public networks really work: a qualitative comparative analysis. *Public Administration*, 94(1): 89-110. DOI: 10.1111/padm.12192.
- De Lorenzo A., Esposito E., Maffei C.M., Zuccatelli G. (2020). Coronavirus e cronicità, due battaglie da vincere sullo stesso campo (il territorio) e anche con una "nuova" figura (l'infermiere di famiglia e di comunità). *Mecosan*, 113: 201-210. DOI: 10.3280/MESA2020-113025.
- Doberstein C. (2016). Designing collaborative governance decision-making in search of a 'collaborative advantage'. *Public Management Review*, 18(6), 819-841. DOI: 10.1080/14719037.2015.1045019.
- Eisenhardt K.M., Graebner M.E. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1): 25-32. DOI: 10.5465/amj.2007.24160888.
- Frediani A., Galiotta M., Mosci G., Ploederl A. (2017). Modello di intervento a rete per la presa in carico di minori con disabilità gravi: l'esperienza dell'Associazione Emozioni Giocate Onlus. *Mecosan*, 99: 75-98. DOI: 10.3280/MESA2016-099004.
- Gudkova S. (2018). Interviewing in qualitative research, Ciesielska, M. and Jemielniak, D. (Eds.), *Qualitative Methodologies in Organization Studies, Volume II: Methods and Possibilities*. Palgrave MacMillan, Cham, Switzerland, pp. 75-96. DOI: 10.1007/978-3-319-65442-3_4.
- Istat (2022). *Capitolo 4, Sanità e Salute*. – Testo disponibile al seguente link: <https://www.istat.it/storage/ASI/2022/capitoli/C04.pdf> (accesso il 21 Giugno 2024).
- Kenis P., Provan K.G. (2009). Towards an exogenous theory of public network performance. *Public Administration*, 87(3): 440-456. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2009.01775.x.
- Klijn E. H., Edelenbos J., Steijn. B. (2010). Trust in Governance Networks: Its Impacts on Outcomes. *Administration & Society*, 42(2): 193-221. DOI: 10.1177/0095399710362716.
- Kort M., Klijn E.H. (2011). Public-private partnerships in urban regeneration projects: organizational form or managerial capacity?. *Public Administration Review*, 71(4): 618-626. DOI: 10.1111/j.1540-6210.2011.02393.x.
- Lega F. (2003). *Gruppi e reti aziendali in sanità: strategia e gestione*. Milano: Egea.
- Meda F., Fattore G., Bobini M. (2023). La governance collaborativa: un'opportunità per gestire le cure oncologiche in rete. *Mecosan*, 126(1): 95-122. DOI: 10.3280/ mesa2023-126oa17288.
- Mintzberg H. (1983). *Power in and Around Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2023). *Non-communicable diseases*. – Testo disponibile al seguente link: <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases> (accesso il 21 giugno 2024).
- 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): 1-33. DOI: 10.2307/2393698.

- Provan K.G., Milward H.B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61(4): 414-423. DOI: 10.1111/0033-3352.00045.
- Provan K.G., Fish A., Sydow J. (2007). Interorganizational networks at the networks level: a review of the empirical literature on whole networks. *Journal of Management*, 33(3): 479-516. DOI: 10.1177/0149206307302554.
- Provan K.G., Kenis, P. (2008). Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2): 229-252. DOI: 10.1093/jopart/mum015.
- Provan K.G., Sebastian J.G. (1998). Networks within networks: service link overlap, organizational cliques, and network effectiveness. *Academy of Management Journal*, 41(4): 453-463. DOI: 10.5465/257084.
- Raab J., Mannak R.S., Cambré B. (2015). Combining structure, governance, and context: a configurational approach to network effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(2): 479-511. DOI: 10.1093/jopart/mut039.
- Regione Lombardia (2015a). *Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23*. – Testo disponibile al seguente link: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002015081100023> (accesso il 30 giugno 2023).
- Regione Lombardia (2015b). *Deliberazione Giunta Regionale 23 dicembre 2015 n. 10-4662*. – Testo disponibile al seguente link: <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/136d01b8-c6f6-4b07-820b-f0f7e6cade33/DGR-4662-23.12.15-Piano-Cronicit%C3%A0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-136d01b8-c6f6-4b07-820b-f0f7e6cade33-oagWt7V> (accesso il 1° dicembre 2023).
- Regione Lombardia (2017a). *Deliberazione N° X / 6164*. – Testo disponibile al seguente link: https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/f2ec5853-447c-4fc2-b4d4-e36d651ebbf/delibera+6164_300117.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f2ec5853-447c-4fc2-b4d4-e36d651ebbf (accesso il 30 giugno 2023).
- Regione Lombardia (2017b). *Deliberazione N° X / 6551*. – Testo disponibile al seguente link: https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/e8579ec8-458b-4a81-975f-894dd2be9770/Delibera+n.+X_6551+del+04_05_2017.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e8579ec8-458b-4a81-975f-894dd2be9770-m3lXala (accesso il 30 giugno 2023).
- Regione Lombardia (2021). *Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*. – Testo disponibile al seguente link: <https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002021121400022> (accesso il 26 giugno 2024).
- Turrini A., Cristofoli D., Frosini F., Nasi G. (2010). Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration*, 88(2): 528-550. DOI: 10.1111/j.1467-9299.2009.01791.x.
- Vaismoradi M., Turunen H., Bondas T. (2013). Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 15(3): 398-405. DOI: 10.1111/nhs.12048.
- Vaismoradi M., Jones J., Turunen H., Snelgrove S. (2016). Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5): 100-110. DOI: 10.5430/jnep.v6n5p100.
- Vendramini E. (2020). Ripartire dalle cure primarie: priorità e lezioni imparate alla luce della Pandemia Covid-19. *Mecosan*, 113(1): 211-217. DOI: 10.3280/MESA2020-113026.
- Whelan C. (2015). Managing dynamic public sector networks: effectiveness, performance, and a methodological framework in the field of national security. *International Public Management Journal*, 18(4): 536-567. DOI: 10.1080/10967494.2015.1030484.