

Le reti sanitarie fra volontarismo e prescrizione

di Antonio D. Barretta ed Elio Borgonovi

1. Premessa

Limitandoci all'era moderna della medicina scientifica, l'evoluzione dei modelli assistenziali può essere sintetizzata nei seguenti termini. Una prima fase nella quale è stato predominante il rapporto fra il professionista e il paziente. Il primo era detentore delle conoscenze acquisite con studi specifici e sviluppate con le esperienze necessarie per interpretare i bisogni dei pazienti sulla base dei sintomi dell'anamnesi e per dare le risposte ritenute efficaci. In questo modello il pilastro era costituito dalla qualità professionale del medico e dalla sua capacità di eseguire correttamente atti e procedure diagnostiche e terapeutiche eventualmente codificate in protocolli e comunque interpretate sulla base dell'autonomia, responsabilità, deontologia ed etica professionale.

In una seconda fase sono diventati sempre più sofisticati gli strumenti diagnostici e terapeutici. È diventata sempre più rilevante la qualità degli strumenti, la loro precisione, la rapidità di esecuzione degli esami di laboratorio o delle immagini, la capacità del medico di interpretare correttamente dati e informazioni e di usare la tecnologia.

In una terza fase è diventato sempre più cruciale il fattore organizzazione in quanto medici, infermieri, altri operatori e le équipe professionali o multiprofessionali hanno operato all'interno di ospedali, poliambulatori, laboratori, la cui funzionalità ed efficienza condizionavano i risultati in termini di risposte appropriate, efficaci e tempestive ai bisogni reali dei pazienti.

La quarta fase può essere definita come quella del passaggio dalla centralità dell'atto alla centralità del processo. Considerando che la salute è un concetto dinamico e che la risposta ai bisogni di salute non è una semplice sommatoria di atti tra loro separati, l'attenzione si è spostata sui processi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA). Anche a seguito dei vincoli sul contenimento della spesa del trattamento per acuti (tecnologie sempre più sofisticate e costo unitario sempre più elevato negli ospedali) e delle analisi su disfunzioni quali duplicazioni di accertamenti, ricoveri ripetuti, mancanza di adeguata assistenza post-acuta, vi è stata un'evoluzione verso modelli definiti di continuità delle cure, assistenza integrata ospedale-territorio. Questo approccio è caratterizzato essenzialmente dalla costruzione di sequenze lineari, dall'eliminazione di atti e procedure duplicate o che comunque non aggiungono valore in termini di salute, dal riferimento a gruppi o sottogruppi omogenei più o meno ampi di pazienti, quelli che hanno una stessa patologia, ulteriormente segmentati secondo stadio di gravità, eventualmente sesso, età, presenza di comorbidità in caso questi aspetti siano rilevanti o significativi per garantire l'efficacia.

La fase più recente è quella definita come organizzazione a rete caratterizzata dalla presenza di diverse strutture (ospedali, laboratori, ambulatori, case per la salute, strutture per assistenza diurna) e vari soggetti che garantiscano prestazioni, servizi di natura diversa per pazienti tra loro relativamente eterogenei. Nelle reti la centralità è sui pazienti che seguono percorsi non lineari ma che passano nei diversi poli in relazione a processi di valutazione del reale bisogno di salute e di criteri per l'accesso ai luoghi, alle équipe, ai professionisti in grado di rispondere al meglio a tali bisogni. Mentre nei profili di cura e PDTA si ha l'omogeneità dei pazienti, nelle reti si ha una eterogeneità di pazienti e, quindi, aumenta il grado di complessità nella governance, nella gestione, nella valutazione della performance.

Le caratteristiche delle reti possono essere quindi sintetizzate nei seguenti termini:

- molteplicità di nodi, ognuno dei quali deve avere una specifica missione definita dalla presenza di conoscenze, capacità e competenze;
- complementarietà dei nodi, in modo da garantire, da un lato, gli sprechi derivanti dalla duplicazione di funzioni e attività e, dall'altro, le economie di scala e di specializzazione collegate alla concentrazione di un numero significativo di pazienti;
- flessibilità e tempestività nel "passaggio" da un nodo all'altro secondo l'evoluzione delle condizioni di salute, il che significa chiarezza nelle relazioni di rete e riduzione dei tempi di attraversamento della rete;
- presenza di una programmazione "sistemica" che richiede forme di "meta-governance" della rete: se è debole la programmazione si ha il forte rischio di creazione di colli di bottiglia in alcuni nodi della rete che metterebbero in crisi l'intero sistema.

Pertanto, nella progettazione delle reti occorre avere una visione di tipo sistemico (comprendere le interdipendenze attuali e prevedere/anticipare le interdipendenze che si genereranno dall'evoluzione delle conoscenze in campo scientifico, tecnologico, sociale) e un orientamento alla "gestione della complessità"; due dimensioni necessarie per affrontare i problemi riguardanti:

- le professionalità richieste nei diversi setting assistenziali per la "salute del futuro" (di precisione e personalizzata);
- il sistema di governance a due livelli, quello di rete e quello dei singoli nodi, che devono essere tra loro coerenti;
- i sistemi di programmazione e coordinamento che devono evitare "buchi della rete" che inevitabilmente si scaricherebbero sui pazienti;
- la definizione di assetti istituzionali che facilitino l'organizzazione a rete: aspetto questo rilevante per le reti interregionali, le reti regionali che coinvolgono ASL/AOU/IRCCS pubblici ed eventualmente soggetti privati accreditati.

Nel prosieguo, il paragrafo 2, traendo ispirazione dalla dottrina sulle collaborazioni inter-organizzative in ambito pubblico e considerato il focus di questo numero speciale di Mecosan, approfondisce l'impatto che le azioni di un soggetto regolatore possono avere sul funzionamento di una rete sanitaria. Il paragrafo 3 descrive sinteticamente i temi trattati dagli articoli raccolti in questo numero speciale. Infine, l'articolo chiude con alcune considerazioni di sintesi e degli spunti per future ricerche sul tema.

2. Il ruolo del soggetto regolatore e funzionamento della rete

Con l'adozione del decreto ministeriale n. 70 del 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" si è determinato un rinnovato interesse delle amministrazioni regionali, delle aziende sanitarie e dei professionisti per le reti sanitarie. A seguito del provvedimento citato, anche nei contesti nei quali le reti sanitarie risultano da tempo costituite, spesso per volontà dei professionisti, è necessario disciplinare tali iniziative per consentirne uno sviluppo e un potenziamento a livello regionale. Diversamente, nelle realtà in cui non si è assistito alla costituzione delle reti per iniziativa dei professionisti, al regolatore regionale è richiesto di guidarne l'istituzione. Sia nel regolamentare le reti spontanee sia nel promuoverle "dall'alto", le amministrazioni regionali sono chiamate a tener conto delle condizioni in base alle quali i professionisti (e le organizzazioni cui questi appartengono), da un lato, possono confermare/attivare il senso di appartenenza all'iniziativa e, dall'altro, sono in grado di consolidare/innescare un atteggiamento di reale collaborazione inter-organizzativa. In altri termini, in un contesto di rete sanitaria, il policy-maker è chiamato a esercitare il suo ruolo di indirizzo evitando che le relazioni verticali (fra regolatore e singolo partner della rete) ostacolino o inibiscano quelle orizzontali (fra partner).

Partendo dal risultato cui sono giunti precedenti studi secondo cui la qualità delle relazioni inter-organizzative determina il grado di efficacia di una rete (Provan e Milward, 1995; Glendinning et al., 2005; O'Toole e Meier, 2004; May e Winter, 2007), in questa sede ci si pone l'obiettivo di identificare le leve a disposizione di un soggetto regolatore per agevolare le interazioni fra partner e, dunque, il raggiungimento degli obiettivi per i quali una rete sanitaria viene costituita.

Un regolatore può definire o comunque impattare sia sugli elementi costitutivi di una rete sia sul framework delle regole su cui questa poggia (Damgaard, 2006). Gli aspetti costitutivi di una rete su cui il soggetto regolatore può incidere sono l'esplicitazione dell'obiettivo ultimo, l'identificazione dei partecipanti, la definizione dei contenuti dell'agenda da realizzare e l'assegnazione degli specifici compiti a ogni partner (Damgaard, 2006). A seguito della costituzione di una rete e dell'identificazione dei suoi aspetti costitutivi, i regolatori possono ancora impattare su tale forma organizzativa fissando (e/o rivisitando nel tempo) il framework delle regole in cui la rete deve operare. Tali regole attengono, principalmente, ai seguenti aspetti: il meccanismo di finanziamento sia delle singole organizzazioni sia, eventualmente, dell'intera rete, le modalità di fissazione degli obiettivi organizzativi e/o di quelli condivisi e i modelli di valutazione e ricompensa dell'operato delle singole organizzazioni e/o del "collettivo" di cui fanno parte. Il modo in cui tanto gli aspetti costitutivi della rete quanto il framework delle regole che ne determina il funzionamento vengono definiti e rivisitati nel tempo produce rilevanti ricadute sul funzionamento delle relazioni inter-organizzative e, dunque, sull'efficacia delle reti.

A proposito dei fattori costitutivi del network occorre rilevare che, in fase di creazione o di formalizzazione della rete, la definizione puntale, ma, soprattutto, non partecipata delle sue fondamentali caratteristiche (obiettivo ultimo, partecipanti, contenuti dell'agenda ecc.) rischia di impedire l'affermazione di un modello organizzativo di collaborazione e, diversamente, porta all'affermazione di un modello di tipo gerarchico fortemente indirizzato dal regolatore (Damgaard, 2006). Pertanto, è possibile identificare nell'eccesso di regolazione degli elementi costitutivi della rete e/o nella mancata condivisione di tali caratteristiche con i futuri attori delle relazioni inter-organizzative un primo fattore di condizionamento del funzionamento della collaborazione. Infatti, tale processo di costituzione della rete impedirebbe ai suoi attori di possedere la libertà di azione indispensabile per identificare le soluzioni più adatte alle specificità di ciascun contesto. Riconoscere a una rete adeguati spazi di manovra rispetto alle peculiarità che la caratterizzano favorisce lo sviluppo di iniziative coerenti con le priorità avvertite a livello locale, aumenta la possibilità di coinvolgere attori capaci e adeguati e, infine, riduce la probabilità che le politiche di rete si possano operativamente tradurre in modelli organizzativi caratterizzati da assenza di relazioni inter-organizzative per via della presenza di attori non interessati o sfiduciati (Damgaard, 2006). Anche il framework delle regole in cui una rete deve operare è in grado di impattare sulle interazioni fra attori della rete in quanto gli elementi che la compongono possono riconfigurare il livello di dipendenza reciproca fra partner. L'interdipendenza fra due o più organizzazioni sussiste quando gli obiettivi di una parte non possono essere raggiunti senza il coinvolgimento e il supporto di un'altra (Kickert et al., 1997). Ogni iniziativa presa a livello istituzionale che determini una riduzione della dipendenza reciproca potrà far registrare una riduzione della disponibilità a collaborare degli attori della rete, viceversa, la cooperazione inter-organizzativa potrà risultare rafforzata da iniziative che aumentino il livello di interdipendenza. Per aumentare il livello di interdipendenza occorre che il soggetto regolatore concorra a creare condizioni in cui tutti gli attori possano ottenere (anche se non in ugual misura) un miglioramento della "posizione di partenza" (cosiddette win-win situations) ed eviti che si creino condizioni in cui un attore ottenga i suoi obiettivi a scapito di un altro (cosiddette win-lose situations) (Klijn et al., 1995). Il policy-maker gioca un ruolo fondamentale nell'indurre la competizione o la cooperazione fra organizzazioni di un determinato settore (Provan, 1984; Mur-Veeman et al., 1999; Del Vecchio, 2004; Barretta, 2008). Il regolatore può, per esempio, influenzare il livello di competizione:

- a) scegliendo un modello di finanziamento delle organizzazioni di tipo competitivo;
- b) assegnando a ogni organizzazione propri obiettivi che disincentivano la collaborazione;
- c) adottando meccanismi di valutazione delle performance basati sul perseguimento di obiettivi individuali.

Viceversa, il policy-maker può indurre la cooperazione attraverso:

- a) l'introduzione di meccanismi di finanziamento che inducono le organizzazioni alla collaborazione;
- b) assegnando a ogni attore obiettivi complementari rispetto a quelli degli altri partner;
- c) adottando meccanismi di valutazione della performance degli attori basati sul perseguimento di obiettivi "collettivi".

Il meccanismo di finanziamento delle organizzazioni impegnate in una rete (nonché gli eventuali sostegni finanziari al network stesso) gioca un ruolo critico nel creare un contesto in cui tutti gli attori possiedono (o meno) un vantaggio economico a collaborare con gli altri (Longo, 2007; Barretta, 2007 e 2008). I meccanismi di finanziamento dei singoli attori di una rete, tesi a indurre competizione anche fra partner, sono decisivi nell'incentivare l'adozione di comportamenti competitivi e perfino conflittuali fra le diverse organizzazioni. L'applicazione di tali sistemi di finanziamento inibisce lo sviluppo di forme di cooperazione inter-organizzativa a meno che queste non comportino un vantaggio economico per tutte le organizzazioni coinvolte nelle relazioni di collaborazione. Nei contesti in cui operano logiche di "quasi mercato" le organizzazioni solitamente adottano comportamenti competitivi, nonché atteggiamenti tesi a "scaricare" i propri costi sulle altre organizzazioni (Hardy et al., 1999; Glendinning et al., 2005). L'introduzione nei network di meccanismi di finanziamento alternativi a quello che caratterizza i contesti di "quasi mercato" può creare le condizioni affinché si sviluppino comportamenti cooperativi fra le diverse organizzazioni (Barretta, 2007 e 2008). Un ulteriore fattore esogeno che può facilitare (ostacolare) la collaborazione inter-organizzativa è rappresentato dalla modalità con cui il regolatore fissa gli obiettivi delle singole organizzazioni e/o quelli condivisi. In tal senso, si possono riscontrare modelli di programmazione che promuovono l'integrazione o modelli che la ostacolano. L'assenza di obiettivi comuni che possano attivare l'"azione collettiva" costituisce una delle cause del fallimento di una rete (Kickert et al., 1997). La fissazione di obiettivi individuali che spingano alla massimizzazione delle performance della singola organizzazione possono inibire la cooperazione inter-organizzativa e arrivare, perfino, a innescare atteggiamenti conflittuali (Barretta, 2008). Invece, come sottolineato da Grafton et al. (2011), la fissazione di obiettivi comuni aumenta la disponibilità alla collaborazione inter-organizzativa e al coordinamento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Sebbene i modelli di valutazione e ricompensa adottati dal regolatore debbano rispecchiare la filosofia (competitiva o cooperativa) che ha ispirato la fissazione degli obiettivi, tuttavia è bene sottolinearne l'importanza come fattore che può, dall'esterno, condizionare le relazioni fra attori di una rete (Longo, 2007). Infatti, oltre agli obiettivi fissati dal regolatore, anche i sistemi di valutazione e ricompensa dovrebbero stimolare la collaborazione inter-organizzativa (Addicott et al., 2006).

A conclusione di questa rassegna dei fattori su cui può agire un regolatore, impattando sulle relazioni inter-organizzative, è opportuno fare un breve cenno alla necessità di stabilità nella regolamentazione ma, soprattutto, di coerenza fra le disposizioni che formano il framework delle regole in cui deve operare una rete. Per esempio, la coesistenza di incentivi sia a cooperare sia a competere fra attori di uno stesso network può essere il risultato di riforme legislative che (Considine e Lewis, 2003; Glendinning et al., 2005):

- a) non "azzerano" il quadro normativo antecedente ma lo modificano (e/o integrano) mediante l'introduzione di nuovi elementi dicotomici rispetto a quelli preesistenti;
- b) rappresentano la risultante delle attività normative non allineate di un organo legislativo operante a livello nazionale e di un analogo organo avente potere legislativo a livello locale;
- c) giungono a un quadro normativo completamente rinnovato che, per effetto della ricerca di un accordo che costituisca il punto di incontro fra le istanze di differenti portatori di interessi, contiene elementi di ambiguità.

I soggetti regolatori che combinano caratteristiche di modelli differenti (quali, per esempio, il "quasi mercato" con il "mercato integrato") devono tenere presente, pena l'impattare negativamente sulle relazioni di rete, che gli elementi di un

modello non sono semplicemente addizionali rispetto a quelli di un modello alternativo, bensì possono interagire in maniera complessa arrivando perfino a determinare l'inefficacia del network (Exworthy et al., 1999; Barretta, 2008).

3. I contributi del numero speciale

Prima di descrivere sinteticamente i contenuti degli articoli ospitati in questo numero speciale di Mecosan, ci preme fare presenti alcuni dati che testimoniano l'attenzione che il mondo accademico e quello dei SSR e del SSN hanno riservato a questo progetto scientifico.

In primo luogo, si fa presente che questo numero speciale prende avvio da un workshop, patrocinato da Mecosan, svoltosi a Firenze il 28 e il 29 settembre 2018. In quella occasione sono state presentate 16 relazioni. La maggior parte delle relazioni è stata predisposta grazie alla collaborazione fra uno o più ricercatori universitari e almeno un manager proveniente da un ente del sistema sanitario regionale (SSR) o da un'amministrazione regionale. Le amministrazioni rappresentate sono state 15, ovvero, AGENAS, il Ministero della Salute, il SSR della Valle d'Aosta, il SSR del Friuli-Venezia Giulia, il SSR della Liguria, il SSR dell'Emilia-Romagna, il SSR della Lombardia, il SSR della Sardegna, il sistema sanitario della Provincia Autonoma di Trento, il SSR della Sicilia, il SSR della Puglia, il SSR dell'Umbria, il SSR del Veneto, il SSR della Toscana e il sistema sanitario della Svizzera italiana. A seguito dello svolgimento del workshop è stata lanciata la call for papers di Mecosan dedicata al tema del presente numero. Gli articoli sottomessi sono stati 14 e hanno mobilitato 37 autori, di cui 19 di estrazione accademica e 18 provenienti da amministrazioni pubbliche, fra cui 8 dirigenti apicali. Dei 14 articoli sottomessi 7 sono stati redatti in collaborazione da autori di estrazione accademica dirigenti provenienti da un'amministrazione regionale. I colleghi accademici coinvolti nel processo di referaggio in qualità di revisori sono stati 26; a loro va la nostra gratitudine per il prezioso e indispensabile contributo offerto per la realizzazione di questo numero speciale.

In questo numero della rivista vengono pubblicati quattro saggi.

Il paper di Mario Del Vecchio, Domenico Mantoan, Anna Romiti e Gino Sartor, "La governance delle reti cliniche in un contesto di trasformazione istituzionale: il caso della Rete Oncologica Veneta", concentrandosi sull'esperienza di una singola rete, mette in evidenza le modalità con cui la Regione Veneto è riuscita nell'intento, da un lato, di indirizzare tale collaborazione inter-organizzativa verso gli obiettivi di sistema e, dall'altro lato, di valorizzare il ruolo dei professionisti assicurando loro prestigio e crescita professionale.

L'articolo di Gianni Roberto Rossi, Marco Meneguzzo, Santhosh Mannamplackal, Giovanni Rabito e Andrea Marforio, "REHA Ticino". Governo e coordinamento strategico di una rete sanitaria pubblico-privata", approfondisce il caso di una rete riabilitativa cui prendono parte sia organizzazioni sanitarie pubbliche sia non profit. L'analisi mette in evidenza come il regolatore pubblico (Cantone Ticino) abbia incentivato la costituzione e lo sviluppo della rete per conseguire obiettivi di sistema e identifica le leve su cui ha fatto perno il cambiamento organizzativo che ha portato al successo dell'iniziativa di cooperazione in esame. In particolare, da questa prospettiva vengono approfondite le leve rappresentate dalla gestione per competenze e dalla cultura del servizio.

Il paper di Walter Locatelli, Angela Testi, Filippo Ansaldi, Marta Giachello, Cinzia Panero, Valentino Tisa e Cecilia Trucchi, "Governance delle reti sanitarie: i Dipartimenti Inter-Aziendali Regionali (DIAR) nel nuovo sistema sanitario ligure", per mezzo dell'analisi del caso di una rete cardiovascolare, mette in evidenza il ruolo assegnato alle reti dalla Regione Liguria in un contesto di importante riassetto complessivo del SSR. L'articolo pone l'attenzione sull'importanza sia dei percorsi di accompagnamento al cambiamento che possono consentire di superare resistenze e disallineamenti iniziali sia dei meccanismi di coordinamento dei diversi partner per favorirne l'adesione alla rete.

Infine, l'articolo di Vincenzo Vignieri, Carmine Bianchi, Astrid Pietrosi e Giuseppe Provenzale, "Il contributo delle reti sanitarie 'spontanee' per il miglioramento degli outcome: opportunità e sfide nella prospettiva della progettazione dei sistemi di programmazione e controllo", sottolinea il ruolo dei sistemi di programmazione e controllo inter-organizzativi nel sostenere l'operatività dei partner di una rete sia rendendo visibile gli esiti della collaborazione sia alimentando la fiducia fra questi. Lo scritto illustra in che modo le reti sanitarie "spontanee" possano contribuire a un miglioramento della "salute" e generare

outcome di tipo economico-sociale. In tale modo, l'analisi evidenzia come i sistemi di programmazione e controllo possano supportare la governance di una rete sanitaria nella prospettiva dell'azienda-guida e del soggetto regolatore.

4. Conclusioni

Sebbene i saggi raccolti in questo numero speciale chiariscano alcuni degli aspetti inerenti alle strategie che un soggetto regolatore può adottare per istituire e/o sostenere una rete di cura, tuttavia, tale tema offre la possibilità di affrontare domande di ricerca che richiedono ulteriori approfondimenti.

A titolo puramente esemplificativo si propongo di seguito alcuni esempi di futuri quesiti da cui potrebbero prendere le mosse ulteriori studi:

- quali sono i meccanismi formali e informali che guidano i comportamenti e le decisioni dei professionisti coinvolti in una rete sanitaria (per esempio, valori di riferimento, specificazione dei ruoli dei nodi, formalizzazione di protocolli, assegnazione degli obiettivi del network e valutazione del conseguimento ecc.) e quali accorgimenti dovrebbe avere il regolatore rispetto agli stessi per garantire l'efficacia dell'iniziativa? Le accortezze che il policy-maker deve adottare rispetto a tali meccanismi sono differenti a seconda che il processo di costituzione e sviluppo di una rete sia volontaria o voluto dal regolatore?
- come è possibile coordinare l'operatività dei professionisti rivolta alla propria organizzazione con quella inter-organizzativa a favore della rete? Quali meccanismi possono essere messi in atto per bilanciare la visione verticale con quella orizzontale e, a tale proposito, quale ruolo può svolgere il regolatore?
- come possono essere bilanciate le spinte alla competizione con quelle alla cooperazione cui possono essere soggetti gli attori di una rete sanitaria?

Avendo il presente numero speciale di Mecosan fatto registrare un'importante collaborazione fra docenti universitari e manager pubblici che ha contribuito ad avvicinare il mondo della teoria con quello della prassi, concludiamo con l'auspicio, ovvero, che la co-produzione della ricerca, cioè la realizzazione della stessa per mezzo di una collaborazione stretta fra accademici e practitioners, possa svilupparsi maggiormente soprattutto per garantire una maggior rilevanza degli studi di management rispetto al concreto governo delle amministrazioni pubbliche e, in particolare, delle aziende sanitarie.

Bibliografia

- Addicott R., McGivern G., Ferlie E. (2006). Networks, organizational learning and knowledge management: NHS cancer networks. *Public Money & Management*, 26(2): 87-94.
- Barretta A. (2007). Il dualismo competizione/cooperazione fra aziende sanitarie pubbliche: un'analisi esplorativa. *Mecosan*, 61(1): 49-67.
- Barretta A. (2008). The functioning of co-opetition in the health-care sector: an explorative analysis. *Scandinavian Journal of Management*, vol. 24: 209-220.
- Considine M., Lewis J.M. (2003). Bureaucracy, Network, or Enterprise? Comparing Models of Governance in Australia, Britain, The Netherlands, and New Zealand. *Public Administration Review*, 63(2): 131-140.
- Damgaard B. (2006). Do policy networks lead to network governing? *Public Administration*, 84(4): 673-691.
- Del Vecchio M. (2004). Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione. In: Jommi C. (a cura di), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*. Milano: Egea.
- Exworthy M., Powell M., Mohan J. (1999). The NHS: Quasi-market, Quasi-hierarchy and Quasi-network? *Public Money & Management*, 19(4): 15-22.
- Glendinning C., Hudson B., Means R. (2005). Under Strain? Exploring the Troubled Relationship between Health and Social Care. *Public Money and Management*, 25 (4): 245-251.
- Grafton J., Abernethy M.A., Lillis A.M. (2011). Organisational design choices in response to public sector reforms: A case study of mandated hospital networks. *Management Accounting Research*, 22 (4): 242-268.

- Hardy B., Mur-Veeman I., Steenbergen M., Wistow G. (1999). Inter-agency services in England and the Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy*, 48: 87-105.
- Kickert W.J.M.E., Klijn H., Koppenjan J.F.M. (1997). Introduction: A management Perspective on Policy Networks. In: Kickert W.J.M.E., Klijn H., Koppenjan J.F.M. (Eds). *Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publication.
- Klijn E.H., Koppenjan J., Termeer K. (1995). Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks. *Public Administration*, 73(3): 437-454.
- Longo F. (2007). Incentivi e strumenti per l'integrazione delle reti socio-sanitarie. *Tendenze nuove*, 4/5: 533-551.
- May P.J., Winter S.C. (2007). Collaborative service arrangements. Patterns, bases, and perceived consequences. *Public Management Review*, 9(4): 479-502.
- Meneguzzo M. (1996). Dalla azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie; una prima valutazione della efficacia dei network sanitari. *Mecosan*, 19(5): 136-144.
- Mur-Veeman I., van Raak A., Paulus A. (1999). Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks. *Health Policy*, 49(3): 149-159.
- Nies H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health and Social Care in the Community*, 14(5): 391-399.
- O'Toole L.J., Meier K.J. (2004). Public management in intergovernmental networks: matching structural networks and managerial networking. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(4): 469-494.
- Provan K.G. (1984). Interorganizational Cooperation and Decision Making Autonomy in a Consortium Multihospital System. *Academy of Management Review*, 9(3): 494-504.
- Provan K.G., Milward B.H. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health system. *Administrative Science Quarterly*, 40(1): 1-33.