

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Le Società della Salute oltre la sperimentazione

Innovazioni organizzative
nel sistema socio-sanitario toscano

Giulia Palazzolo

Abstract In 2004, the so-called 'Società della Salute', a consortium to which local governments and local health authorities take part, was established in Tuscany with the aim of a larger integration between sanitary and social services. The case study method, a mix of literature and legislation research and empirical investigation through interviews and document analysis, has been chosen to interpret this special kind of network. Especially, the study underlines the organizational and strategic planning tools which have led Società della Salute to the present configuration. The first (organizational) one is based on a process approach that exceeds traditional functional structure; the second (strategic planning) one is about decision making model with many planning levels and actors, whose actions are always subjected to limits in discretionary power. In this way, the paper analyses these managerial choices and their effectiveness for integration between social services and health care.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Origine e caratteri innovativi della SdS. – 3. La visione per processi: una possibile risposta al problema dell'integrazione socio-sanitaria. – 4. I sistemi di decisione nella SdS: i tre livelli della pianificazione.

Keywords Società della Salute. Social-care integration. Process organization.

1 Introduzione

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria riveste da tempo un ruolo di indiscussa centralità nelle politiche di assistenza del nostro Paese. La crescente consapevolezza dell'esigenza di garantire al cittadino un sostegno idoneo a bisogni di natura complessa ha condotto a ricercare forme di programmazione integrata fra Comuni e AUSL.

Un breve excursus normativo delle tendenze legislative degli ultimi dieci anni dà conferma di questa tensione verso pratiche di armonizzazione fra ambiti, quello sociale e quello sanitario, fortemente complementari.

Già con il d.lgs 229 del 1999, gli interventi socio-sanitari sono prospettati come

tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

In coerenza con la riforma sanitaria *ter* è la legge quadro 328/00 che richiama tra le funzioni delle Regioni la «definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità», cui fa seguito un generale orientamento dei successivi piani sanitari nazionali (d'ora in poi PSN) nel contemplare sempre di più questa forma di stretta collaborazione. Così il PSN 2001-2003 individua quali

Punti qualificanti delle trasformazioni [...] la valorizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, la programmazione sanitaria (nazionale, regionale e locale), l'impegno a garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, [...] il potenziamento del ruolo dei Comuni nella programmazione e valutazione dei risultati di salute, [...] l'integrazione socio-sanitaria.

A partire dal 2002, formalmente con il Piano Sanitario Regionale (d'ora in poi PSR) 2002-2004, la Regione Toscana si è distinta, nel panorama degli interventi di cambiamento organizzativo, tecnico e gestionale, a cui la legislazione nazionale sollecitava pertanto le Regioni, per l'introduzione di un modello di integrazione socio-sanitaria noto come Società della Salute (d'ora in poi SdS). Nate come forma di sperimentazione gestionale dei servizi di assistenza sociale, sanitaria e territoriale (la sperimentazione, inizialmente prevista per una durata biennale, si è effettivamente conclusa solo nel 2008), le SdS si sono imposte come realtà emergenti nel Sistema Sanitario Nazionale, modo peculiare di declinare l'impegno di integrazione nella gestione dei bisogni complessi del cittadino.

Le SdS disciplinate dalla LRT 60/08, revisione della precedente LRT 40/05, sono organismi consortili costituiti dai Comuni appartenenti a una medesima zona-distretto e dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di riferimento per quella stessa zona (LRT 60/08; art. 71*bis*), con la partecipazione delle associazioni del volontariato e del Terzo settore. La configurazione del modello di assistenza territoriale, sociale e sanitaria toscano conta, secondo il censimento del 2013, la costituzione di 25 SdS su un totale di 34 zone-distretto.

Il presente studio si interroga sull'opportunità di guardare l'esperienza toscana come momento di innovazione nella mutata definizione degli assetti di carattere gestionale e organizzativo. La presenza di caratteri di eterogeneità nella realtà delle SdS lascia, nel percorso di ricerca, anche spazi di riflessione sulle dinamiche particolari del processo decisionale dei nuovi consorzi, attraverso lo studio dei diversi livelli di pianificazione strategica e operativa e le relative criticità sotto un profilo di accentramento/autonomia decisionale.

In questa prospettiva, è stato prediletto un percorso metodologico che, partendo dal confronto tra *frames* teorici tipici della riflessione manageriale e organizzativa in tema di innovazione, processi decisionali e progettazione organizzativa in ottica di processo, cerca di interpretare proprio alla loro stregua i contenuti del piano normativo.

L'analisi della letteratura ha, in questo senso, permesso di porre le basi teoriche del lavoro di ricerca, che rinvia alla categoria del *case study*. L'obiettivo principale dello studio, infatti, è quello di acquisire una appropriata conoscenza del fenomeno delle SdS, ora attraverso un itinerario descrittivo, ora attraverso l'impegno a cercare punti di convergenza fra teoria ed empiria. Il percorso metodologico si è sviluppato secondo un'analisi di tipo documentale - analisi della normativa di riferimento e documenti interni prodotti dalle singole SdS - nonché attraverso lo strumento delle interviste.¹

2 Origine e caratteri innovativi della SdS

Il cambiamento nelle modalità di creazione del valore e il risultato che tale cambiamento genera nello stesso valore creato, sottintendono, nella pratica aziendale, una scelta di rinnovamento del sistema impresa, una decisione che si traduce nella sperimentazione di percorsi di innovazione.

Se l'idea di innovazione - espressione che, nel lavoro in esame, riconduce all'introduzione di nuove combinazioni di ordini² - è stata prevalentemente associata al mondo delle aziende private, quindi ritenuta prerogativa dell'universo profit, da tempo le azioni di rinnovamento e l'esistenza di dinamiche innovative interessano anche le realtà pubbliche, attraverso un crescente ricorso alle leve del cambiamento per il miglioramento del sistema di erogazione dei servizi al cliente-cittadino (Adinolfi 1998).

Nell'ambito della sanità toscana, un concreto esempio di intervento innovativo nell'organizzazione dei servizi è rappresentato dalla costituzione delle SdS, organismi consortili a cui partecipano AUSL e Comuni

1 Nel documento di programmazione regionale si legge che «Il concetto di distretto, inteso come livello a cui collocare l'organizzazione di base del sistema sanitario integrato con quello socio assistenziale, è sempre stato presente nella normativa sanitaria, ma scarsamente realizzato seppur molto discusso ed ampiamente regolamentato. La Toscana ha scelto di diventare oggi il luogo di rilancio di questa cultura, a partire dai comuni, dalla società civile, dalle associazioni, dall'esperienza dei suoi servizi territoriali, e a questo fine in alcune realtà le funzioni della zona-distretto vengono affidate in forma di sperimentazione gestionale ad organismi denominati Società della Salute».

2 Così come teorizzato da Schumpeter (1934, p. 66), lo sviluppo economico è così generato dall'introduzione di cinque possibili nuovi ordini d'azione: «the introduction of a new good, the introduction of a new method of production, the opening of a new market, the conquest of a new source of supply of raw materials or half-manufactured goods, the carrying out of the new organization of any industry».

per la realizzazione di un'offerta integrata di assistenza sociale, sanitaria e territoriale.

La nuova configurazione organizzativa è finalizzata al conseguimento di precisi outcome: la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza dei Comuni, la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale, la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione (LRT 60/08, art. 71 bis).

La tensione verso il compimento di un progetto di riforma originale per il suo carattere di interpretazione organizzativa del concetto di integrazione, in un'ottica di *contaminazione* fra percorsi di assistenza così diversi, ma capaci di creare valore sotto l'aspetto oggettivo, soggettivo ed economico-relazionale (Macinati 2004), apre una riflessione intorno all'iter innovativo deputato alla realizzazione di simili scelte.

Nel caso in esame della SdS, l'integrazione delle attività di assistenza al cittadino costituisce il riferimento, la ragione di inizio del processo di innovazione: in altri termini, la proiezione del risultato desiderato condiziona il *modus innovandi* della nuova forma organizzativa.³

Il progetto di innovazione si realizza altresì con la scelta di coniugare il dettato normativo con un'*autonomia imprenditoriale* propria dei soggetti direttamente preposti alla guida delle SdS;⁴ ciò trova una sostanziale conferma negli studi in materia, che rilevano la tendenza pressoché generalizzata a concepire il cambiamento nelle pubbliche amministrazioni come risultato di una logica di armonizzazione delle modalità sopra indicate.⁵ È così che la prescrizione normativa assolve il ruolo di strumento per l'esplicitazione della cornice di riferimento, entro la quale creare spazi di libertà per l'attività di progettazione organizzativa. Sottolinea, in proposito, Bergamaschi (2000, p. 153) come

3 Sulla convenienza di una chiara e trasparente definizione degli obiettivi H. Simon e J.G. March (1966) riscontrano una proporzionalità diretta fra la chiarezza degli obiettivi e l'impegno connesso al raggiungimento dei medesimi.

4 «Il disegno organizzativo, del precedente PSR, peraltro non ancora compiutamente realizzato, costituisce un'importante base su cui costruire l'innovazione, resa sempre più necessaria dal nuovo scenario culturale, sociale, economico ed istituzionale. In questa realtà in continua evoluzione, le forme del cambiamento non possono essere esclusivamente 'pensate per legge', ma devono essere sperimentate e validate sul campo» (PSR Toscana 2005-2007).

5 Le due dimensioni di analisi considerate da W.J. Abernathy e K.B. Clark (1998) sono alla base della definizione stessa di innovazione proposta da K. Pavitt in Fagerberg et al. 2004, p. 88: «Innovation processes involve the exploration and exploitation of opportunities for new or improved products, processes or services, based either on an advance in technical practice ('know how'), or a change in market demand, or a combination of the two. Innovation is therefore essentially a matching process».

affidare i momenti di rinnovamento organizzativo allo strumento normativo, se da un lato consente di perseguire le finalità di imparzialità e garanzia nei confronti della collettività, dall'altro fa perdere il collegamento con la dinamicità dell'ambiente, con l'evoluzione della domanda e con le specificità del contesto interno.

La riflessione dell'autrice coglie l'esigenza di affrontare i momenti di riprogettazione organizzativa nelle aziende sanitarie secondo un'ottica più ampia, che sappia guardare oltre il dettato normativo e concepisca, altresì, elementi di legittimazione non esclusivamente autoreferenziali.

Una classificazione dei processi di innovazione molto comune in letteratura riguarda la distinzione fra interventi di innovazione incrementale e interventi di innovazione radicale (Daft 1994). Si tratta di una formulazione di tipo macro, per alcuni versi ambigua e insufficiente. Ambigua perché la valutazione del livello di profondità dell'innovazione introdotta non è tanto sottoposta a un processo di misurazione quantitativa quanto a una stima complessiva del valore aggiunto, apportato e definito in termini di differenziale innovativo; insufficiente perché i caratteri di analisi dell'oggetto innovativo richiedono un'osservazione multidimensionale. Proprio nel tentativo di cogliere elementi di giudizio plurali, lo studio di Abernathy e Clark (1988) suggerisce un'interpretazione dei modelli di innovazione contraddistinta da un maggior grado di dettaglio, attraverso l'impiego di una duplice prospettiva: da un lato, la prossimità fra conoscenze pregresse e conoscenze attuali, dall'altro, la scelta fra il mantenimento o la distruzione dei rapporti con i destinatari tradizionali (sul tema si veda, fra gli altri, Tozzi 2004).

Nella particolare configurazione del modello della SdS i legami con l'utenza si mantengono stabili, così come le conoscenze necessarie per l'erogazione del servizio. Il problema delle conoscenze e delle pratiche di lavoro nell'esperienza toscana non individua, cioè, un'alternativa netta fra distruzione e mantenimento; il caso della SdS si avvicina, con ogni probabilità, a una ricombinazione in chiave creativa di competenze già esistenti, associata a una forte esigenza di organizzazione in un'ottica di processo, con un chiaro e definito *focus* sull'utente finale.

3 La visione per processi: una possibile risposta al problema dell'integrazione socio-sanitaria

«Consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali» e «consentire la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale» sono qualificate come finalità e funzioni principali della SdS (LRT 60/08, art. 71 *bis*); in una prospettiva di semantica,

il documento normativo impiega formule terminologiche che rivelano una certa tensione sulle modalità di realizzazione della funzione di assistenza al cittadino. In questo senso, l'introduzione di una nuova logica d'azione per lo svolgimento delle attività di assistenza lascia intendere un approccio alla gestione delle attività di tipo *process-driven*.

Il concetto di processo, variamente definito in letteratura,⁶ rimanda a un insieme di attività interdipendenti che impiegano più risorse (input) per generare un output, con un forte orientamento verso il soggetto destinatario del valore aggiunto creato nel corso di questo flusso. Le «nuove opportunità derivanti dall'intersectorialità dei percorsi» (PSR Toscana 2008-2010) suggeriscono, ancora una volta, l'esigenza di riportare a una logica di sistema qualcosa che, nella dimensione complessiva dello stato di benessere del cittadino, nasce come esperienza unitaria. Traslando quest'idea nel linguaggio dell'organizzazione, ciò che ne deriva è la convenienza a ripensare le tradizionali forme organizzative di natura funzionale, concepire, cioè, l'assistenza socio-sanitaria come un insieme di processi con una propria identità.

Il processo cui tende a conformarsi la SdS si configura in termini ancor più complessi nella misura in cui la riorganizzazione del flusso di attività fa riferimento a funzioni, quella socio-sanitaria e quella sociale, appannaggio di aziende, cioè soggetti erogatori, diversi.⁷ Così, ai tradizionali problemi di interdipendenza e di coordinamento propri degli interventi di *process reengineering* si sommano ulteriori criticità nella gestione delle relazioni fra più attori organizzativi.

La profonda interazione esistente fra i soci del consorzio lascia probabilmente escludere l'esistenza di una sola e semplice relazione di interdipendenza generica, per cui i singoli elementi del sistema organizzativo non sono direttamente connessi, ma contribuiscono, ciascuno nella misura di propria competenza, al funzionamento dell'apparato complessivamente considerato.⁸

L'esperienza della SdS rivela, fin dalla sua stessa forma giuridica, il consorzio appunto, uno sforzo nella risoluzione delle interdipendenze, che non si circoscrive quindi alla singola entità aziendale, ma coinvolge una

6 Così alcuni autori spiegano il concetto di processo: «a process is thus a specific ordering of work activities across time and place, with a beginning, an end, and clearly defined inputs and outputs: a structure for action» (Davenport 1993, p. 5); «Process. Any activity or group of activities that takes an input, adds value to it, and provides an output to an internal or external customer» (Harrington 1991, p. 9).

7 Come nota a commento Garifo (2004, p. 80): «l'impossibilità di tracciare una linea di demarcazione netta tra aspetti sanitari e demografico-sociali di una popolazione e tra tipologie di prestazioni che rispondono a bisogni complessi [...] rende opportune sia la programmazione che l'erogazione integrata dei servizi sociali e sanitari».

8 Sulla distinzione fra interdipendenze generiche, sequenziali e reciproche si veda Thompson 1991.

pluralità di soggetti: in questo senso, la riflessione sulle interdipendenze va traslata nell'ottica del network, in particolare del *network pubblico* (Barretta et al. 2009).

Il governo di interdipendenze di natura sequenziale o reciproca spiega, in questo senso, fattispecie organizzative a maggiore sforzo di coordinamento, tipico di situazioni organizzative a alto fabbisogno di integrazione, caratterizzate, rispettivamente, da una asimmetria (interdipendenze sequenziali) e simmetria (interdipendenze reciproche) nella relazione di scambio.

La relazione di scambio è a fondamento delle due categorie di interdipendenza, cosicché è la stessa cessione di beni e/o servizi a costituire l'essenza di un'interdipendenza definibile come transazionale (Grandori 1995); l'elemento di transazione si sostanzia, quindi, come elemento di collegamento, di *trait d'union*, tra soggetti che si pongono in condizioni di continuità, cioè di prossimità lungo il flusso di lavoro, per cui l'output dell'uno diviene input per l'altro. Se l'interdipendenza generica non coglie appieno i caratteri di connessione della realtà di consorzio toscano, anche le forme di interdipendenza sequenziale e reciproca deficitano come unici idealtipi di interdipendenza nello spiegare la reale natura del legame fra i soci delle SdS.

In questo senso, una dimensione di gestione per processo non esclude in alcun modo la possibilità di condurre singole attività in autonomia, con la consapevolezza dell'esigenza di riportare a una dimensione di sistema i contributi parziali; ciò significa che le attività possono essere svolte in sequenza e/o in parallelo senza per questo compromettere l'orientamento al processo (Biffi, Pecchiari 1998).

È possibile, cioè, continuare a interpretare la scelta delle SdS come una scelta di governo dell'offerta in ottica di processo: se si assumono come caratteristiche qualificanti di un processo aziendale la presenza di un insieme di attività, l'appartenenza delle stesse a professionalità differenti e la finalizzazione alla produzione di un output rilevante (Beretta 2001), il *modus operandi* del consorzio toscano non perde il tratto caratteristico di organizzazione per processi.

Ma proprio l'aspetto di finalizzazione alla produzione di un output rilevante apre a una chiave interpretativa in grado di spiegare gli effettivi rapporti di interdipendenza fra gli erogatori delle diverse prestazioni; la finalizzazione, in altri termini, fa da collante agli sforzi assistenziali degli aderenti al consorzio, lasciando intendere l'esistenza fra i soci di forme di interdipendenza associativa, normalmente caratterizzata da comportamenti coerenti e azioni condivise (Grandori 1995).

Ciò significa approntare relazioni fra gli attori in gioco, ispirate a criteri di socializzazione delle conoscenze, di confronto fra problematiche specialistiche diversificate. Proprio la dimensione del confronto fra sensibilità assistenziali differenti (sociale e sanitaria) alimenta un percorso di presa in carico del cit-

tadino, in cui i singoli contributi professionali (e di conseguenza gli attori che a tali contributi fanno capo) ricercano, nel quadro complessivo del processo a cui prendono parte, un'affinità di approccio alla risoluzione dei problemi (Del Bene, Marinò 2007). Il circolo virtuoso che ne deriva è il risultato di quest'attenzione a calibrare, tramite coordinamento, i multiformi apporti assistenziali.

Nel caso della SdS, infatti, la matrice di sussidiarietà sociale che gli enti consorziati esprimono è un elemento rivelatore dell'unità di fini che asseconda e favorisce, di riflesso, i meccanismi di coordinamento. L'investimento in comunicazione, presente in ogni relazione aziendale, ma fondamentale in una dimensione a carattere di interdipendenza intensiva, trova nella condivisione di medesimi valori, e anche di medesimi linguaggi ispirati al principio della mutualità sociale, il canale privilegiato per favorire un coordinamento più efficace ed efficiente, a conferma dello stato di profonda interconnessione e reciproca influenza fra processi di coordinamento e integrazione nelle dinamiche organizzative.

4 I sistemi di decisione nella SdS: i tre livelli della pianificazione

Le SdS nascono come laboratorio di sperimentazione gestionale della Regione Toscana, caratterizzato da un investimento di mezzi e risorse nell'ideazione e nella concreta attuazione di un modello di assistenza al cittadino, quello del consorzio, differente rispetto ai piani di welfare regionali presenti nel tessuto sociale e sanitario nazionale.

Questa libertà di concezione e azione trae la propria ragion d'essere dalle disposizioni conseguenti alla modifica del titolo V della Costituzione, che vede nella tutela della salute una delle materie di legislazione concorrenti fra Stato e Regioni (si veda al riguardo Coppola, Carbognin 2003).

Un primo elemento di riflessione sul significato della legislazione concorrente può essere rinvenuto proprio nella esistenza di più livelli di definizione degli obiettivi; la scelta dei fini (quindi la selezione dei *corsi d'azione* per il loro raggiungimento) assume una dimensione di elevata complessità nell'ambito delle istituzioni pubbliche in cui la stratificazione e l'attribuzione di facoltà decisorie sono ripartite a livello statale, regionale e locale, secondo una vera e propria filiera istituzionale (Borgonovi 2002).

L'interpretazione delle dinamiche decisorie nell'ambito dei servizi di assistenza sociale e sanitaria proprie della SdS può riconoscere nel framework teorico di Simon (1957) un modello di riferimento capace di intercettare elementi sensibili alla particolare questione organizzativa della formazione delle decisioni. A conferma della criticità del processo decisionale nelle organizzazioni di natura pubblica, la ripartizione della potestà legislativa fra più soggetti posti lungo la gerarchia istituzionale crea un vero e proprio ordine di peso e di valore negli obiettivi definiti e nelle conseguenti scelte operative.

Alla gerarchia degli organi (Stato, Regioni, AUSL e Comuni riuniti sotto il consorzio) corrisponde, di riflesso, una gerarchia dei giudizi da essi stessi formulati. Proprio a conferma di quest'idea, è il principio di legislazione concorrente che norma il processo decisionale fra Stato e Regioni; il riconoscimento di una subalternità delle scelte regionali rispetto ai principi fondamentali definiti dallo Stato costituisce una chiara evidenza dei problemi di coerenza e di rispetto che l'esercizio dell'autorità di un'entità sovra-ordinata (lo Stato) porta con sé.

La presenza e l'esercizio di autorità, a ogni modo, intervengono nel processo decisionale dei subordinati attraverso margini di imposizione e controllo diversi; «il potere di emettere decisioni che servono da guida all'azione altrui» può cioè determinare margini di autonomia più o meno ampi (Simon 1957, p. 75). In questo senso, il ruolo giocato dallo Stato nelle scelte di mutualità sociale e di assistenza sanitaria non suggerisce un atteggiamento di forte ingerenza nelle politiche regionali e locali; al contrario, mostra una volontà di creare e concedere spazi di autonomia decisionale a livelli istituzionali più vicini, direttamente coinvolti nella gestione della cosa pubblica.

La formulazione di queste finalità, che trova nel PSN il documento di relativa espressione, investe una dimensione di natura ottativa, di esplicitazione della volontà dell'istituzione, quindi del desiderio di pervenire a un ordine conforme alle suddette finalità. È questa, tipicamente, la dimensione di giudizio che Simon definisce 'di valore' e che si qualifica a tutti gli effetti come decisione, distinguendosi per il carattere di natura normativa. L'assertività dei giudizi di valore non teme valutazioni sulla bontà del contenuto; corroborare, ovvero confutare, gli obiettivi di un'organizzazione risulterebbe vano in una condizione di impossibilità di verifica empirica dei fini desiderati, in cui i concetti di verità e falsità, di correttezza e scorrettezza perdono qualsiasi significato.

Alla stessa stregua, ma a un secondo livello di produzione normativa, si pongono le scelte regionali definite a livello di PSR che appaiono, con una certa ragionevolezza, l'affermazione delle modalità di conseguimento degli indirizzi definiti in sede di PSN. L'affermazione di queste modalità d'azione conduce, nel caso particolare della Regione Toscana, al processo di sperimentazione e di successiva istituzionalizzazione delle SdS come soluzioni organizzative strumentali al successo del nuovo orientamento di assistenza integrata.

L'incertezza che la Regione si trova a governare è resa ancora più critica dalla scelta, del tutto autonoma e volontaria, di sperimentare di un percorso di gestione innovativo; la formulazione della legge 40/05 prevede, infatti, un'adesione facoltativa dei Comuni al consorzio SdS, non contemplando, tuttavia, una simile possibilità anche per le AUSL.

Il riconoscimento da parte delle Regioni di una libertà di partecipazione dei Comuni denota una sicura lungimiranza che trova nella negazione di

condotte precettive un possibile percorso verso un reale coinvolgimento degli attori organizzativi nel progetto.⁹ Benessere di tale orientamento è la stessa evoluzione delle SdS che ha conosciuto un periodo di sperimentazione prima della successiva e definitiva normazione regionale.

A fronte della proposta regionale, i Comuni si sono trovati infatti di fronte alla seguente scelta: da un lato, il mantenimento dello status quo, con piccole modifiche per una maggiore integrazione con le AUSL, dall'altro, la condivisione del consorzio come percorso innovativo di integrazione. In questo senso, il processo decisionale dei Comuni assume i connotati di una ponderazione circa la convenienza ad aderire alla forma del consorzio o a ricercare altre soluzioni, sulla falsariga dei modelli precedenti di organizzazione, per il confronto e la cooperazione in materie di natura socio-sanitaria. Invero, si realizza qualcosa di più della scelta fra due alternative: il reale valore della scelta, cioè l'elemento a maggiore criticità, è legato alla manifestazione di un proposito di cambiamento o di persistenza nel medesimo corso d'azione. L'accordo di preferenza verso un percorso di riforma svela un'aspettativa di miglioramento dell'assistenza al cittadino, perché, come, in termini più generali e più perentori, spiegano Simon e March (1966), l'inclinazione delle organizzazioni a intraprendere percorsi innovativi è stimolata da una percezione di insoddisfazione circa il corso attuale del business.

La capacità di accordare agli attori del network un'ampia discrezionalità circa i contenuti degli interventi di assistenza ai cittadini si commisura con l'autonomia di decisione a livello locale (terzo nodo decisionale dopo quello nazionale e regionale) attraverso la ricerca di soluzioni a carattere organizzativo (per lo più contenute nello Statuto delle singole SdS) che determina assetti peculiari, spesso molto diversi da una zona distretto all'altra.

Bibliografia

- Abernathy, W.J.; Clark, K.B. (1985). «Mapping the Winds of Creative Destruction». *Research Policy*, 14 (1), pp. 2-22.
- Adinolfi, P. (2008). *L'innovazione gestionale nelle organizzazioni sanitarie: Dallo Scientific Health Management alla New Health Governance*. Salerno: Brunolibri.
- Barretta, A.D.; Gepponi, A.; Monfardini, P. (2009). «La programmazione integrata in ambito socio-sanitario: Un'analisi esplorativa sulle Società della Salute in Toscana». *Mecosan*, 18 (71), pp. 99-106.

9 Sul ruolo del commitment degli attori organizzativi come elemento di successo nell'implementazione delle innovazioni si veda Repenning 2002.

- Berretta, S. (2001). *Criteri e metodologie di disegno dei processi e sistemi amministrativi*. Milano: Egea.
- Bergamaschi, M. (2000). *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*. Milano: Mc Graw-Hill Libri Italia.
- Biffi, A.; Pecchiari, N. (1998). *Process management e rengineering*. Milano: Egea.
- Bonti, M. (2000). *Dal sistema burocratico alla cultura della qualità nelle amministrazioni pubbliche*. Milano: Giuffrè.
- Borgonovi, E. (2002). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.
- Coppola, B.; Carbognin, M. (2003). «Il titolo V e la gestione del cambiamento nella PA». In: Butera, F. (a cura di), *Tecnologia e organizzazione per l'uomo e per l'impresa*. Milano: FrancoAngeli.
- Daft, R.L. (2004). *Organizzazione Aziendale*. Milano: Apogeo.
- Davenport, T.H. (1993). *Process innovation*. Boston: Harvard Business School Press.
- Del Bene, L.; Marinò L. (2007). «Dalle prestazioni sanitarie ai profili assistenziali: Un'applicazione dell'analisi per processi». *Azienda Pubblica*, 20 (2), pp. 323-346.
- Garifo, K. (2004). «Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei Comuni: La sperimentazione delle Società della Salute in Toscana». *Mecosan*, 13 (51), pp. 79-91.
- Grandori, A. (1995). *L'organizzazione delle attività economiche*. Bologna: il Mulino.
- Harrington, J.H. (1991). *Business Process Improvement*. New York: Mc Graw Hill.
- Macinati, M.S. (2004). «Public governance e integrazione socio-sanitaria: I risultati di un'indagine empirica in un grande comune italiano». *Azienda Pubblica*, 17 (2), pp. 249-268.
- Pavitt, K. (2004). «Innovation Process». In: Fagerberg, J.; Mowery, D.C.; Nelson, R.R., *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press, pp. 86-114.
- Repenning, N.P. (2002). «A Simulation Based Approach to Understanding the Dynamics of Innovation Implementation». *Organization Science*, 13 (2), pp. 109-127.
- Schumpeter, J.A. (1934). *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Interests and The Business Cycle*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Simon, H.A. (1957). *Il comportamento amministrativo*. Bologna: il Mulino.
- Simon, H.A.; March, J.G. (1966). *Teoria dell'organizzazione*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Thompson, J.D. (1991). *L'azione organizzativa*. Torino: Isedi.
- Tozzi, V. (2004). «La gestione per processi in sanità». *Mecosan*, 13 (50), pp. 71-80.