

10 L'istituzionalizzazione delle reti cliniche e la primazia delle razionalità professionali

di Lucia Ferrara e Valeria D. Tozzi¹

10.1 Introduzione: la costante trasformazione delle reti cliniche

Il tema delle reti cliniche è oggetto di studi ed esperienze da circa vent'anni, alimentando un dibattito che si arricchisce via via di nuovi contributi a fronte delle trasformazioni istituzionali e professionali che ne condizionano il funzionamento (Ferrara *et al.*, 2021). Tutte le reti sono descritte come modelli ibridi di organizzazione a cavallo tra la gerarchia, che ordina le relazioni tra i soggetti che vi partecipano, e il mercato che prevede scambi determinati dalle convenienze dei singoli attori (Williamson, 1975). Esse sono fisiologicamente dinamiche nel tempo, capaci di promuovere innovazione e collaborazione nella fase iniziale, e soggette a processi di formalizzazione e controllo nella fase di consolidamento. È proprio questa costante trasformazione che ha alimentato una molteplicità di studi intorno alle spinte che ne sono alla base: nel tempo, le reti tendono a oscillare tra centralizzazione e autonomia, in funzione di fattori in alcuni casi esterni (riforme, politiche sanitarie) e in altri casi interni (fiducia, leadership, professionalità (Rombach *et al.*, 2022). Inoltre, le reti cliniche sviluppano comportamenti adattativi piuttosto che reattivi al contesto: anche quelle promosse da istituzioni pubbliche (ad esempio, le Regioni) tendono ad alleggerire le pressioni gerarchiche quando le relazioni fiduciarie tra i membri (tipicamente i professionisti, ma non solo) si consolidano (Lang *et al.*, 2024). Quindi, una delle grandi questioni che alimenta lo studio delle reti cliniche è quel *fit* configurazionale che già Provan *et al.* (2013) evidenziarono quale loro caratteristica endemica: ciò le spinge a adattare nel tempo la loro struttura e organizzazione per mantenere coerenza e legittimità.

Altro fenomeno che giustifica l'interesse per le reti cliniche sta nel fatto che esse sono un'espressione di quelle che in letteratura vengono definiti *policy*

¹ All'interno di un quadro di ricerca condiviso, i paragrafi 1.3.1, 1.3.2 e 1.4.3 sono stati scritti da Lucia Ferrara mentre gli altri sono attribuiti a Valeria D. Tozzi

networks: nello specifico delle reti cliniche, gli attori in gioco sono le istituzioni pubbliche (i Paesi o le Regioni, ad esempio), le comunità professionali e i soggetti che rappresentano la voce del cittadino o del paziente che cooperano per la definizione e l'attuazione di specifiche politiche sanitarie. In questa prospettiva, la rete non è soltanto uno strumento di allineamento professionale, ma una struttura relazionale di *policy* che permette la co-produzione di regole, standard e pratiche condivise (Rhodes, 1997; Ferlie & Pettigrew, 1996). Le reti, quindi, si configurano come “progetti” che integrano e ibridano la dimensione gerarchica delle amministrazioni pubbliche con quella professionale, dove le decisioni sanitarie vengono definite congiuntamente dalle istituzioni e dalle comunità professionali, spesso rappresentate dalle società medico scientifiche.

L'obiettivo di queste forme di co-produzione sta nel fatto che la regolazione degli interventi su specifici sistemi di tutela della salute non avviene unicamente per via normativa ma attraverso meccanismi di fiducia, di alleanza su obiettivi professionali e negoziazione (Provan & Kenis, 2008; Morando & Tozzi, 2014). Le comunità professionali svolgono un ruolo cruciale nel tradurre le politiche sanitarie in prassi operative, contribuendo a definire regole e attese condivise con le istituzioni (Tozzi, 2016; Ferrara & Tozzi, 2021). La loro capacità di generare consenso e di stabilizzare modelli di collaborazione inter-organizzativa consente alle reti di evolvere nel tempo, mantenendo equilibrio tra le logiche di coordinamento formale e la flessibilità necessaria alla pratica clinico assistenziale quotidiana (Rombach *et al.*, 2022).

La lettura del fenomeno delle reti cliniche rimane sempre un'operazione contingente nel tempo e nello spazio per l'interpretazione che ne danno sia i soggetti istituzionali (nel nostro contesto le regioni, piuttosto che le aziende sanitarie) sia le famiglie professionali nel costruire risposte alle sfide che i sistemi sanitari attraversano.

10.2 Alcune specificità delle reti cliniche in Italia

Le reti cliniche italiane sono state molto studiate sia perché alcune di esse sono assai longeve e, quindi, hanno attraversato trasformazioni diverse, sia perché nel tempo tutti i Servizi Sanitari Regionali (SSR) si sono dotati di questo strumento di *policy* in modo autonomo o su sollecitazione delle istituzioni centrali. Il DM 70/2015 ha rappresentato un passaggio chiave in questa direzione, riconoscendo formalmente le reti clinico-assistenziali quale strumento per politiche su target o aree di intervento specifiche. Alcune disposizioni successive (es. Accordo Stato-Regioni del 24/01/2018) hanno definito linee guida per lo sviluppo di reti clinico-assistenziali, riconoscendole come strumenti per assicurare percorsi uniformi e appropriati di presa in carico. Queste cornici istituzionali hanno spinto molte Regioni ad attivare reti cliniche in diverse aree di

intervento (es. oncologia, cardiologia, malattie rare, ecc.), favorendone la diffusione. Più in generale, quello che emerge dall'analisi del contesto domestico è, da una parte, una sorta di processo di estensione nell'uso di questi approcci di *policy* che produce una contaminazione dei modelli di rete clinica sia tra contesti disciplinari che tra regioni; dall'altra, un processo di ulteriore consolidamento delle reti cliniche più longeve, condizionato dalla capacità di coniugare assetti istituzionali multilivello (nazionale, regionale e aziendale) con gli spazi di autonomia professionale (Ferrara & Tozzi, 2021; Iapadre *et al.*, 2020).

Un ruolo importante di promozione è quello di Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) nel supportare le Regioni nella loro progettazione, implementazione e valutazione, diventando il principale soggetto tecnico di riferimento nazionale in materia. Attraverso le sue indagini periodiche, l'Agenas fornisce un quadro comparativo sull'evoluzione delle reti tempo-dipendenti e oncologiche, con l'obiettivo di promuovere una maggiore omogeneità territoriale e favorire la condivisione di modelli organizzativi reputati efficaci. Dal monitoraggio 2025 emerge che, nonostante il consolidamento formale delle reti in tutte le regioni, permangono differenze significative nella copertura territoriale, nei tempi di accesso ai centri hub, nella continuità ospedale-territorio e nella capacità complessiva di governo. Le regioni del Centro-Nord (come Toscana, Emilia-Romagna e Veneto) mostrano reti più mature e strutturate, mentre al Sud persistono ritardi legati alla carenza di coordinamento espressa dalla rete, alla frammentazione dei percorsi e all'insufficiente integrazione digitale dei flussi informativi. Nel caso delle reti oncologiche, si sottolinea che solo alcune Regioni hanno consolidato sistemi stabili, in grado di garantire uniformità nei percorsi diagnostico-terapeutici e continuità assistenziale per i pazienti. L'Agenas evidenzia, inoltre, una questione metodologica cruciale, ampiamente riconosciuta anche nella letteratura di riferimento: risulta complesso attribuire direttamente alla presenza di una rete clinica le performance dei sistemi di offerta – come tassi di mortalità o livelli di appropriatezza nell'accesso ai servizi – o, ancor meno, gli esiti di salute della popolazione (Maris *et al.*, 2023; Rombach *et al.*, 2022; Romiti *et al.*, 2020). Le reti operano, infatti, in contesti multifattoriali, in cui l'efficacia dipende da fattori organizzativi, professionali e di sistema difficilmente isolabili. Nel complesso, anche il lavoro di Agenas converge su quanto la letteratura esplicita: la rete clinica è uno strumento di *policy* complessa, verosimilmente più efficace nel migliorare l'equità di accesso, la coerenza organizzativa e la cultura collaborativa, che non nel produrre miglioramenti diretti e misurabili sugli esiti di salute nel breve periodo.

Un fenomeno che merita approfondimento è quello dell'"istituzionalizzazione" delle reti cliniche: si tratta del processo attraverso il quale le reti cliniche vengono integrate all'interno degli assetti istituzionali delle regioni attraverso strutture e regole formali. Si tratta di fenomeni che orientano le reti cliniche verso configurazioni centralizzate e modelli di *accountability* pubblica che rap-

presentano una delle evoluzioni delle configurazioni più tradizionali. Infatti, le reti possono avere tre configurazioni principali, che si differenziano per il grado di formalizzazione e centralizzazione (Provan e Kenis, 2008). La prima è il *Participant-Governed Network o shared governance*, basata su relazioni orizzontali e decisioni condivise tra tutti i membri (tipica delle fasi iniziali, valorizza fiducia e autonomia ma risulta poco efficiente in reti di grandi dimensioni). La seconda configurazione è il *Lead Organization Network*, in cui un soggetto (spesso pubblico e ospedaliero) assume il coordinamento della rete, fornendo stabilità ma riducendo in parte la collegialità della decisione e la partecipazione da parte di tutti i soggetti. La terza è la *Network Administrative Organization* (NAO), un'unità dedicata che gestisce formalmente la rete, con funzioni di pianificazione, monitoraggio e allocazione delle risorse (se previste). Questo modello si adatta a reti complesse come quelle cliniche, ma comporta tensioni costanti tra centralizzazione, inclusività ed efficienza dei processi decisionali e operativi. Negli ultimi anni, la letteratura sulle reti ha evidenziato come queste configurazioni continuino a rappresentare un punto di riferimento concettuale per la comprensione delle reti cliniche. Tuttavia, l'evoluzione empirica delle reti mostra con crescente evidenza che tali configurazioni idealtipiche non sono più sufficienti a descrivere la complessità dei processi collaborativi attuali (Belrhiti *et al.*, 2024). Le reti, infatti, stanno mostrando una crescente ibridazione, in cui forme di *shared governance* convivono con elementi di centralizzazione, formalizzazione e gerarchia. In questi casi, si parla più genericamente di modelli "post-NAO" o di assetti ibridi, che si configurano come risposte adattive alle pressioni congiunte di efficienza, *accountability* e innovazione (Belrhiti *et al.*, 2024). Un secondo ordine di motivazioni che spinge oltre i modelli tradizionali riguarda la crescente attenzione verso la co-produzione e la creazione di valore pubblico. Nelle esperienze più recenti, le reti non sono più esclusivamente dei dispositivi di coordinamento tra soggetti, ma diventano piattaforme di collaborazione multi-attore che includono pazienti, caregiver, associazioni e comunità locali. Questo spostamento implica che la legittimità della governance non derivi solo dall'autorità formale o dall'efficienza procedurale, ma anche dalla capacità di coinvolgere e integrare saperi e interessi diversi nella definizione delle soluzioni. In tal senso, la rete si trasforma da meccanismo di regolazione organizzativa a dispositivo deliberativo, orientato alla co-creazione di innovazioni istituzionali e sociali. Infine, il terzo ordine di ragioni che spinge verso le configurazioni post-NAO sta nel fatto che le reti partecipano alle dinamiche e al ciclo di vita delle istituzioni (spesso pubbliche) che connettono. Esse, quindi, sono parte di processi istituzionali dinamici piuttosto che strutture statiche e, quindi, tendono a variare nel tempo in ragione dei fenomeni che riguardano ciascuno dei soggetti coinvolti. In questa prospettiva, le reti cliniche assumono la forma di arene di apprendimento organizzativo e istituzionale, il cui assetto si adatta continuamente alle sfide emergenti, come la digitalizzazione dei

servizi, l'integrazione sociosanitaria o la riduzione delle disuguaglianze territoriali. Il fenomeno dell'istituzionalizzazione delle reti cliniche, quindi, rappresenta una configurazione post-NAO nella misura in cui la rete clinica assume le prerogative dell'istituzione regionale, poichè rientra nella sua articolazione. È proprio sul fenomeno dell'istituzionalizzazione delle reti cliniche che si concentra il presente capitolo. In particolare, dopo la presentazione degli obiettivi specifici e dei metodi, il capitolo illustra e discute tre casi regionali in cui le reti cliniche sono state istituzionalizzate e incorporate all'interno di enti intermedi: il caso della Rete Oncologica Regionale del Friuli-Venezia Giulia (ROR-FVG) quale parte di ARCS (Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute), la Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta (RO-PVA) che partecipa ad Azienda Zero Piemonte e il Dipartimento Interaziendale – DIAR – di Neuroscienze della Liguria ricompreso in A.Li.Sa (Azienda Ligure Sanitaria). I paragrafi finali sono dedicati alla discussione dei tre casi studio e alla condivisione di riflessioni conclusive e traiettorie di sviluppo della ricerca.

10.3 Obiettivi e metodi

10.3.1 Gli obiettivi della ricerca

Il capitolo intende esplorare alcune trasformazioni chiave che le reti cliniche italiane stanno vivendo, all'insegna della crescente istituzionalizzazione quale superamento delle configurazioni tradizionali. In altre parole, la rete non è più solo uno strumento tecnico o una forma di collaborazione tra professionisti, ma diventa parte integrante della struttura di governo. L'osservazione di questi fenomeni emergenti permette di scorgere non solo le configurazioni assunte, ma anche le funzioni interpretate dalle reti cliniche in alcuni contesti del Paese. In particolare, il presente capitolo intende osservare tre fenomeni:

1. Il primo fenomeno riguarda l'uso della rete clinica come strumento di ridisegno della rete di offerta: il fatto di essere uno strumento per co-progettare politiche pubbliche, apre lo spazio per attivare processi decisionali nuovi sull'allocazione dei servizi. Le comunità professionali (alcune più di altre) rappresentano un vettore rilevante per costruire arene di consenso su questioni cruciali sia divisive (come l'identificazione dei centri di riferimento) che condivise (come il sistema informativo su scala regionale). Che le reti possono essere uno strumento per affrontare i *wicked problems* (problemi complessi e senza soluzione univoca) che caratterizzano le decisioni nei sistemi pubblici, è una questione documentata in letteratura (Kickert, *et al.* 1997).
2. Il secondo fenomeno concerne la longevità dei progetti di rete in Italia e riguarda la guida delle reti da parte delle famiglie professionali. In alcune

regioni le reti hanno superato stagioni politico-istituzionali anche molto diverse, sperimentando varie forme di NAO fino a quelle più istituzionalizzate. Oltre alle spinte indotte dalle istituzioni pubbliche (spesso alla base della crescente istituzionalizzazione) anche la guida delle famiglie professionali è un fenomeno rilevante all'interno delle reti cliniche che produce un impatto negli assetti istituzionali della rete stessa. Il fenomeno che si intende osservare è quindi quello della guida o rappresentanza della famiglia professionale quando si supera la fase di consolidamento della rete, quale ultima fase del loro ciclo di vita (Mandell & Keast, 2008). Ciò coincide col superamento della fase “eroica” della rete e l'avvio di una fase di ulteriore trasformazione: tra gli elementi maggiormente trasformativi della rete vi è la staffetta tra chi la rappresentava in origine e chi è chiamato a guidarla oltre le fasi di maturità e verso ulteriori spinte di innovazione.

3. Il terzo fenomeno osservato è quello relativo allo sforzo manageriale che una rete clinica, sempre inquadrata all'interno di un ente regionale intermedio, compie per orientare i comportamenti della comunità professionale di riferimento verso priorità del SSR. Di solito, le reti evolvono lungo un continuum che va dalle *enclave networks* – forme di collaborazione spontanee, basate su legami professionali e fiducia – verso configurazioni più organizzate di *managed care networks*, che condividono standard comuni e strumenti di gestione (Mandell & Keast, 2008; Provan & Kenis, 2008). Il fenomeno dell'istituzionalizzazione della rete si lega alla necessità che le dinamiche collaborative tra i professionisti (oggetto specifico delle reti cliniche) producano impatti sul funzionamento della rete dei servizi. Questo passaggio prevede che lo scambio professionale modifichi la configurazione dei servizi, la gestione delle risorse di diversa natura, l'organizzazione del lavoro all'interno dei nodi della rete. Quindi, questo sforzo passa dall'attivazione di processi, approcci e strumenti di management.

10.3.2 I metodi di ricerca

Per rispondere a questi obiettivi, il capitolo adotta un approccio metodologico misto (*mixed methods*) che combina l'analisi documentale desk della letteratura scientifica internazionale e dei documenti nazionali e regionali relativi alle reti cliniche e lo studio di casi regionali emblematici che permettono di comprendere alcuni fenomeni in corso all'interno di reti cliniche istituzionalizzate attraverso l'inclusione nell'ente regionale intermedio. In particolare, sono stati approfonditi i casi di Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Piemonte-Valle d'Aosta. Lo studio dei casi è avvenuto all'interno dei progetti di ricerca condotti dal Cergas di SDA Bocconi a cavallo tra il 2024 e il 2025: nello specifico, le ricerche sono state quella condotta per ARCS FVG “Rete Oncologica Regionale: Percorsi di cura integrati”, quella denominata “Reti di patologia e integrazione

ospedale territorio: il caso della sclerosi multipla” condotta in Liguria grazie al supporto incondizionato di Roche Italia e quella per Azienda Zero Piemonte “Digitalizzazione e processi di accesso e fruizione delle cure”.

Tali casi sono stati scelti in quanto permettono di dare risposta ai temi presentati sopra, nello specifico, attraverso la descrizione del caso della ROR FVG si osserva il fenomeno dell’uso della rete clinica come strumento di ridisegno della rete di offerta; attraverso il caso della RO-PVA si osserva il fenomeno della guida o rappresentanza della famiglia professionale quando si supera la fase di consolidamento della rete, quale ultima fase del loro ciclo di vita; infine, attraverso il caso del DIAR (Dipartimento Interaziendale Regionale) di Neuroscienze di A.Li.Sa in Liguria (dal 1° settembre 2025 Liguria Salute) si osserva lo sforzo manageriale che una rete clinica compie per orientare i comportamenti della comunità professionale di riferimento verso priorità del SSR.

L’analisi dei casi è stata svolta attraverso interviste semi-strutturate e focus group con stakeholder chiave: referenti regionali, coordinatori delle reti cliniche, dirigenti sanitari, professionisti clinici e rappresentanti delle agenzie regionali.

Per interpretare alcune traiettorie distintive (ma non esaustive) che i tre casi di rete clinica stanno perseguendo, si è adottato il *framework* proposto da Gremyr *et al.* (2024). Esso consente di leggere le reti come dispositivi che prioritizzano alcune finalità in ragione del diverso temperamento delle attese dei soggetti che vi partecipano: introdurre forme di efficienza all’interno della rete, promuovere forme di co-creazione tra i soggetti coinvolti nella rete, rafforzare i meccanismi di integrazione. Tale schema non intende rappresentare in modo esclusivo le dinamiche vissute dalle tre reti considerate, ma offrire una chiave di lettura di alcuni tratti distintivi in chiave comparativa.

10.4 Risultati

10.4.1 La rete oncologica del Friuli-Venezia Giulia: razionalità cliniche per il ridisegno della rete di offerta

La ROR FVG si è sviluppata lungo un percorso pluriennale²: iniziato nel 1998, ha visto la sua istituzione nel 2019 e l’avvio del Piano Oncologico Regionale

² Già il Piano Oncologico Regionale (POR) del 1998 (DGR 1633/1998) esprimeva la necessità di coordinamento a rete dei servizi per il paziente oncologico, ribadito nel 2010 all’interno del progetto “Stati Generali dell’Oncologia” in cui si avviò una lunga fase di ascolto di tutte le famiglie di professionisti (cliniche, assistenziali, tecniche e amministrative) per approfondire i fabbisogni percepiti e le traiettorie condivisibili di azione (DGR 169/2010). Il processo conativo vide nel 2017 una bozza di POR fino all’istituzione formale della rete oncologica regionale FVG (DGR 2049/2019) a cui ha fatto seguito il POR 2025 che ne declina le condizioni operative e le priorità di intervento (DGR 117/2025)

(POR) nel 2025. Il disegno recepisce l'Intesa Stato-Regioni 2011 e definisce un *Comprehensive Cancer Care Network* regionale su base hub & spoke in linea con l'assetto delle aziende sanitarie regionali. La ROR FVG fa capo ad ARCS, l'ente regionale intermedio a cui afferiscono tutte le reti cliniche regionali e non solo quella oncologica. Il POR funge da piano strategico della ROR nella misura in cui, partendo dallo scenario epidemiologico regionale e dall'attuale organizzazione dell'offerta di servizi oncologici, identifica alcune priorità della rete che la rete stessa è chiamata a gestire.

Il FVG mostra profili epidemiologici allineati alla media nazionale sulle più diffuse patologie oncologiche (mammella, colon-retto, polmone, prostata), con possibili scostamenti locali coerenti con la struttura demografica (età mediana più elevata, aree a bassa densità) che si riflettono su prevalenza e carico assistenziale di patologie tipiche dell'età avanzata. La rete di offerta è stata disegnata nel 2018 (L.R. 27/2018) e struttura il SSR in tre aziende sanitarie (AS FO, ASUGI, ASUFC) e due IRCCS (Burlo Garofolo, CRO Aviano) oltre ad ARCS, che svolge una funzione di coordinamento (per esempio delle reti cliniche), programmazione, monitoraggio, formazione e governance delle politiche del farmaco/dispositivi. Il POR utilizza la popolazione residente (Istat, 1/1/2024), suddivisa per azienda per dimensionare bacini e carichi attesi per patologia, e propone una distribuzione dei servizi in ragione della popolazione residente, di criteri di appropriatezza legati al rapporto volume/esiti, della percorribilità stradale e delle distanze dalle sedi erogative. Tale impostazione consente di pesare peculiarità demografiche (invecchiamento relativo, densità e distribuzione urbana/periferica) e di raccordarle con la localizzazione dei servizi ad alta specializzazione. La logica è duplice: garantire prossimità e tempestività per le patologie ad alta prevalenza e centralizzare gli interventi complessi negli hub di I/II livello. Tra le priorità proposte, il POR 2025 propone la rilettura dell'offerta regionale di chirurgia oncologica.

Box 10.1 **Riorganizzazione dell'attività chirurgica nel POR FVG (DGR 117 del 31.01.2025)**

Patologie ad alta prevalenza (es. mammella >150, colon >50, prostata >30 interventi/anno per sede) nelle aziende con ruolo hub I/II livello, nei presidi con vocazione specialistica e alcuni spoke selezionati è prevista attività chirurgica per patologie ad alta prevalenza (es. mammella >150, colon >50, prostata >30 interventi/anno per sede);

Patologie a più alta complessità (es. ovaio >30, utero >60, retto >25, vescica-cistectomia >20, gastrico >20 interventi/anno per sede) l'attività chirurgica è prevedibile solo nelle strutture hub I/II livello e/o presidi specializzati.

Attività chirurgica per esofago/GEJ (>20), pancreas e vie biliari (>30), SNC (sistema nervoso centrale (>100) solo nelle sedi hub. Viene ripreso quanto disciplinato dal Ministero della Salute sulle Pancreas Unit: ≥30 resezioni/anno (tendente a ≥50 entro 3 anni), mortalità a 90 giorni <10% (tendente a <5%), sopravvivenza a 3 anni ≥35% e bacino minimo di ≥700.000 abitanti per i centri di riferimento (hub/spoke) (D.M. 4/2/2025)

Accordi extra-regionali per casistiche rare (sarcomi, ecc.) nella piena valorizzazione del ruolo di alcuni nodi della rete come l'IRCCS CRO di Aviano.

L'assetto delle reti prevede di solito la figura di un *integrator*, quale referente della famiglia professionale prevalente e rappresentante della rete stessa; nel contesto friulano è dipendente di ARCS, guida il gruppo di Coordinamento, largamente popolato da clinici, e dirige il Dipartimento oncologico interaziendale a cui afferiscono funzionalmente i professionisti che si occupano di casistica oncologica. All'interno della relazione istituzionale tra ARCS - referente della rete - gruppo di Coordinamento - Dipartimento oncologico si giocano alcuni passaggi cruciali per l'implementazione del Piano: (i) definire i metodi e le modalità di progettazione dei PDTA (a partire da quelli regionali); (ii) monitorare indicatori di appropriatezza per sede/patologia, (iii) gestire gli accordi interregionali per casistiche rare.

Il POR 2025 sottolinea la necessità di concertazione con gli stakeholder clinici e di produrre una comunicazione chiara sui criteri di scelta delle sedi per mitigare disallineamenti tra principi generali e ricadute locali. Queste attività passano per l'attivazione di gruppi di lavoro chiamati a confrontarsi sui PDTA di scala regionale che sono maggiormente esposti alla definizione delle sedi che dovranno concentrare l'attività di chirurgia oncologica.

La complessa operazione riallocativa che accompagna il ridisegno della rete di offerta è attualmente in corso e avviene all'interno di un contesto in cui la mediazione professionale riveste un ruolo decisivo per creare le condizioni di consenso e condivisione necessarie per implementare le indicazioni del POR. Questo obiettivo viene perseguito attraverso due modalità: i) la partecipazione dei clinici ai gruppi di lavoro incaricati di definire i PDTA a valenza regionale. Si tratta di professionisti individuati dalle direzioni delle aziende sanitarie del SSR; ii) l'integrazione all'interno degli atti aziendali delle singole aziende sanitarie, delle indicazioni contenute nel POR e dei contributi provenienti dai gruppi di lavoro sui PDTA. Quindi, sono le comunità professionali che attraverso la discussione dei PDTA a valenza regionale sono chiamate ad orientarsi verso le indicazioni del Piano. Per i PDTA a valenza regionale, infatti, l'attesa è che le ragioni sull'appropriatezza delle pratiche clinico assistenziali siano il volano per contemperare interessi divergenti sui contenuti del POR. Le sue indicazioni, infatti, si rifanno a *benchmark* di letteratura e/o di pratica, a seconda dei casi, quali riferimenti largamente condivisi all'interno delle comunità professionali (e spesso da esse difesi in sede di discussione scientifica) che però non sempre trovano riscontro nei contesti locali che sedimentano storie professionali specifiche e ragioni locali.

Il caso esplicita una operazione interessante ancorché in fieri: i criteri di appropriatezza clinica (ad esempio, il rapporto volumi/esiti) e altri di interesse collettivo (ad esempio, la percorribilità) promuovono una riallocazione delle attività nella rete di offerta (partendo dalla chirurgia oncologica), sfidando le convenienze locali e gli interessi particolari delle singole famiglie professionali. In questa prospettiva, si evidenzia il ruolo cruciale che i PDTA hanno per la

loro rilevanza “politica” più che tecnica. In questo quadro, alcune specificità locali (demografia, policentrismo istituzionale, presenza dell’IRCCS CRO di Aviano e dell’IRCCS materno infantile Burlo Garofolo) vengono trasformate in vantaggio organizzativo attraverso la progettazione della rete e il coordinamento regionale, in coerenza con le migliori pratiche europee sui *cancer care networks*.

10.4.2 La rete oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta: il superamento della figura dell’integrator

Il caso della RO-PVA è interessante almeno sotto due punti di osservazione: da una parte, ha vissuto forme diverse di NAO fino ad arrivare a una propria versione di istituzionalizzazione e, dall’altra, ha visto il superamento del ruolo dell’integrator modificando l’assetto di governo della rete.

La rete piemontese, nata nel 2000 ed estesa alla Valle d’Aosta nel 2003, si è trasformata in Dipartimento funzionale interaziendale e interregionale con avvio sperimentale nel 2010 e messa a regime nel 2012³. Oggi la RO-PVA fa capo ad Azienda Zero Piemonte che “è stata costituita al fine di promuovere forme di integrazione funzionale dei servizi sanitari e operativi di supporto a valenza regionale, ottimizzando i livelli di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa”⁴ attraverso un insieme molto ampio di funzioni (gestione emergenza–urgenza, acquisto beni e servizi, rete logistica distributiva, sistema informativo, innovazione e ricerca, medicina territoriale, analisi andamento costi e ricavi, rischio clinico sanitario, HTA, progetti e finanziamenti, erogatori privati, spesa farmaceutica, erogazione prestazioni sanitarie)⁵. Quindi la RO-PVA è uno strumento di coordinamento delle attività clinico assistenziali nel sistema regionale per la gestione dei fabbisogni oncologici che aggrega intorno a sé anche le funzioni di Azienda Zero Piemonte per quel che concerne l’oncologia (ad esempio, la digitalizzazione in oncologia).

Quindi, in passato la RO-PVA ha vissuto una forma di NAO, come quella che legava il dipartimento all’Agenzia regionale (Ares Piemonte), ancoraggio divenuto più forte con l’afferenza ad Azienda Zero Piemonte. Il passaggio da dipartimento di un’agenzia a un’azienda di coordinamento regionale di servizi che sono presenti nelle aziende del SSR cambia il livello di formalizzazione e introduce una forma di istituzionalizzazione. Questa trasformazione beneficia anche della lunga storia pregressa che ha promosso alcune innovazioni organizzative come i *gate* di ingresso alla rete (CAS- centri accoglienza e servizi) o i Gruppi Interdisciplinari di Cure (GIC) per la diffusione di approcci

³ DGR Piemonte 1-358/2010; 31-4960/2012; DGR VdA 2409/2012

⁴ <https://www.aziendazero.piemonte.it/azienda/la-storia-di-azienda-zero/>

⁵ <https://www.aziendazero.piemonte.it/azienda/la-storia-di-azienda-zero/>

interdisciplinari per la casistica oncologica. Si tratta di elementi distintivi della RO-PVA, messi alla prova da alcune sfide come quelle legate alla telemedicina o all'intelligenza artificiale oltre che da quelle più legate all'innovazione in campo medico come l'oncologia mutazionale o le terapie cellulari.

Come già accennato per il caso precedente, gli *integrator* sono figure “ponte” che trasformano le reti cliniche *profession-driven* in infrastrutture organizzative: si tratta tipicamente di clinici esperti, dedicati al progetto di rete, capaci di orientare la comunità professionale, dialogare con il livello politico e gestire anche la dimensione amministrativa propria dell'azione delle amministrazioni pubbliche non aziendali (Provan & Kenis, 2008; Addicott *et al.*, 2007; Agranoff & McGuire, 2001). Nella RO-PVA questo ruolo è stato incarnato per oltre vent'anni dalla medesima persona, coordinatore operativo nel periodo 2000-2010 e direttore del Dipartimento interaziendale-interregionale tra il 2010 e il 2021. Attualmente la RO-PVA è guidata dall'Autorità Centrale di Coordinamento (ACC) che rappresenta l'organo direttivo e gestionale che assicura la coerenza dell'intera rete con gli obiettivi strategici, clinici e organizzativi definiti dalle due Regioni e dalla convenzione interregionale. L'ACC⁶ è insediata presso la Città della Salute e della Scienza di Torino e svolge una funzione di regia complessiva della rete elaborando il programma annuale di attività, il piano triennale e il preventivo di spesa, e coordinando le azioni regionali e interregionali per quel che concerne l'oncologia. Molte di queste funzioni sono state ereditate dalle stagioni passate della RO-PVA.

L'ACC ha un ruolo al tempo stesso tecnico, politico e amministrativo: rappresenta il punto di raccordo con le Direzioni regionali della sanità, definisce convenzioni e modelli organizzativi, stabilisce indicatori di monitoraggio, assegna risorse e valuta i risultati delle attività della rete⁷. In questo senso, l'ACC sintetizza le tre dimensioni chiave: una funzione strategica, volta a definire visione e priorità (es. accesso alle terapie innovative, uniformità dei PDTA); una funzione di coordinamento, che regola i rapporti tra livello ospedaliero e territoriale; e una funzione gestionale, che presidia le risorse assegnate per i progetti di rete, contratti e rendicontazioni. L'Autorità è composta da tre coordinatori che operano in forma collegiale: un responsabile degli indirizzi strategici; un coordinatore dell'area ospedaliera; un coordinatore dell'area territoriale⁸. Questa configurazione di governo sembra replicare la composizione del vertice strategico delle aziende sanitarie pubbliche che abbinano all'organo del Direttore Generale le competenze strategiche specialistiche almeno di altre due direzioni. Il passaggio dall'assetto originario, fondato sulla figura di

⁶ Istituita formalmente con la D.G.R. n. 17-8195 del 19 febbraio 2024, che ha approvato la convenzione per il triennio 2024-2026

⁷ D.G.R. Piemonte n. 17-8195/2024

⁸ D.G.R. Piemonte n. 17-8195/2024

un *integrator* clinico-manageriale, all'attuale ACC segna una trasformazione profonda nella natura stessa della governance di rete. Nel modello precedente, la rete trovava la propria sintesi in una *leadership* unipersonale capace di connettere i diversi livelli del sistema: interfaccia diretta con la Regione, coordinamento delle direzioni aziendali e orientamento della comunità professionale. Questa configurazione, pur fortemente personalizzata, consentiva un processo decisionale rapido e un'elevata capacità di mediazione tra politica, amministrazione e clinica. Come la letteratura dimostra, gli esiti e la longevità delle reti dipendono anche dalle caratteristiche intrinseche dell'*integrator* per via della capacità di ricomporre le istanze professionali e dell'attore regionale in assenza di strumenti gerarchici (Mandell & Keast, 2008; Addicott *et al.*, 2007). Questa nuova configurazione, infatti, da un lato asseconda l'esigenza di leggere le questioni specifiche legate al setting di erogazione delle cure (quello ospedaliero piuttosto che territoriale) e dall'altro adotta meccanismi più complessi di ricomposizione degli orientamenti all'interno della configurazione complessiva del sistema regionale. Infatti, se in passato il direttore del Dipartimento dialogava direttamente con il livello politico e con le aziende sanitarie, oggi questi scambi risultano più articolati e mediati dall'afferenza ad Azienda Zero: il confronto con la Regione e con le direzioni aziendali passa attraverso le procedure e l'allineamento con Azienda Zero Piemonte. Ciò produce un sistema decisionale più complesso.

Parallelamente, l'ambito d'azione della RO-PVA si è ampliato: l'ACC ha oggi competenze trasversali su tutte le scelte regionali relative all'assistenza oncologica – dalla definizione dei PDTA alle politiche per le terapie ad alto costo, fino ai programmi di oncologia di precisione – trasformando la rete in un “dispositivo istituzionale” che produce *policy* più che in un semplice meccanismo di coordinamento clinico. Questa evoluzione rafforza la legittimazione istituzionale della rete, ma introduce anche nuove sfide: la necessità di ricomporre un mosaico decisionale più frammentato, di preservare il patrimonio valoriale e professionale costruito nel tempo e di mantenere un equilibrio tra la dimensione tecnico-scientifica e quella gestionale. La capacità dell'ACC di svolgere un ruolo di “cerniera” tra Regione, Azienda Zero e sistema professionale sarà dunque determinante per garantire che la rete mantenga la sua funzione di infrastruttura dinamica di coordinamento e innovazione nel governo dell'oncologia regionale.

10.4.3 Il DIAR di Neuroscienze e la rete per la sclerosi multipla: la distribuzione territoriale delle competenze professionali

In molti contesti regionali e nazionali, le reti cliniche assumono una organizzazione multilivello: reti di disciplina (es. oncologia, neurologia, cardiologia) che coordinano funzioni e standard comuni per l'intera area specialistica, e reti di

patologia (es. tumori rari, leucemie, ictus) che operano all'interno della disciplina con maggiore focalizzazione clinico-organizzativa su specifici percorsi di cura e popolazioni di pazienti. Questa articolazione consente di coniugare l'ampiezza delle competenze disciplinari con la profondità della specializzazione, favorendo modelli di presa in carico multidisciplinari e integrati. In questa prospettiva, si propone il caso del DIAR Neuroscienze e Riabilitazione che ospita al suo interno la rete dei centri per la Sclerosi Multipla (SM).

Il DIAR è il dipartimento funzionale, capitanato da un *integrator*, che rappresenta un esempio di istituzionalizzazione all'interno dell'assetto istituzionale della regione Liguria. L'organizzazione delle reti di disciplina attraverso il DIAR si inserisce all'interno dello sforzo regionale di miglioramento dell'appropriatezza dell'offerta, di armonizzazione dei percorsi di cura e di valorizzazione delle competenze distribuite sul territorio al fine di garantire l'equità di accesso alle cure. Infatti, all'interno di A.Li.Sa esistono più DIAR e quello di Neuroscienze e Riabilitazione coordina le aree delle malattie neurodegenerative, degli organi di senso, della neurochirurgia, della psichiatria e delle patologie tempo-dipendenti (rete ictus) rappresentando il principale meccanismo regionale di coordinamento dei professionisti afferenti a queste aree, delle unità operative in cui operano e dei servizi che essi erogano. All'interno del DIAR, la rete dei Centri⁹ per la SM – formalizzata con DGR 487 del 26 maggio 2023 – aggrega le dieci unità operative di Neurologia presenti in regione. Tra i nodi della rete, l'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino svolge il ruolo di *lead organization* per la ricerca, formazione e standardizzazione dei protocolli clinici. Il contesto ligure presenta, infatti, un quadro sanitario e demografico peculiare. L'incidenza delle disabilità e delle cronicità è accentuata dall'invecchiamento, determinando un fabbisogno crescente di assistenza continuativa. A ciò si aggiunge la complessa morfologia territoriale: la popolazione è concentrata sulla costa, mentre le aree interne montane e vallive, scarsamente abitate e difficilmente raggiungibili, richiedono modelli organizzativi di prossimità, basati sulla presenza di infermieri e operatori domiciliari più che su medici specialisti. Le difficoltà di percorrenza delle reti stradali e la frammentazione degli insediamenti rendono pertanto la capillarità assistenziale un elemento strategico per l'equità dell'accesso ai servizi sanitari.

Queste dinamiche si riflettono anche in campo neurologico. La rete dei centri SM ligure nasce e si sviluppa in un contesto fortemente asimmetrico in cui sono presenti differenze marcate tra le unità operative di Neurologia in termini di risorse, volumi di attività e forme di specializzazione: alcune contano pochi professionisti dedicati e gestiscono un centinaio di pazienti con SM all'anno;

⁹ Il concetto di centro non è rappresentativo di un livello di responsabilità organizzativa sganciato dall'unità operativa di Neurologia, ma di un modello di servizio per i pazienti affetti da SM.

altre, come l'IRCCS San Martino, superano le 1.800 visite annue e concentrano attività di ricerca, formazione e sperimentazione terapeutica. Anche il peso della SM sull'attività neurologica varia dal 5% al 30%, e solo in pochi centri SM esiste (evidentemente) personale dedicato alla patologia. In media il 68% delle visite ambulatoriali per i pazienti con SM sono per il follow up. Esistono esperienze diverse di raccordo con la filiera dei servizi territoriali. In una delle ASL, per esempio, l'equipe neurologica del presidio ospedaliero integra funzionalmente anche gli specialisti ambulatoriali non dipendenti e convenzionati. Essi supportano l'unità operativa sia nell'attivazione di processi di invio coordinati, sia nella partecipazione diretta all'attività clinica, attraverso l'erogazione di visite nel setting ospedaliero.

Questa variabilità è diventata il terreno su cui si è costruita una complementarità tra centri volta a favorire lo scambio di conoscenze, la condivisione di esperienze e l'accesso a competenze o servizi non uniformemente distribuite. La rete è così divenuta lo spazio in cui i centri SM hanno identificato obiettivi comuni ed evidenziato la necessità di organizzare modelli multiprofessionali specifici rispetto ad alcuni segmenti del percorso di diagnosi e cura del paziente. Lo sviluppo di momenti organizzati di confronto ha permesso di esplicitare alcune specificità e competenze locali da mettere a disposizione della rete intera in una progettualità sistemica. Promuovere e alimentare l'integrazione tra professionisti, strutture di offerta e servizi è diventata la priorità di questa rete nel processo di evoluzione verso forme più manageriali.

È evidente che esistono esternalità positive anche sulle altre reti di patologia, indotte dal lavoro di integrazione della rete dei centri SM; ciò avviene per via del fatto che in media i professionisti non sono esclusivamente dedicati alla gestione di una sola malattia o di un solo target di pazienti. Questo però non implica che le diverse reti di patologia condividano il medesimo assetto. È verosimile che la rete per le epilessie piuttosto che quella per l'ictus abbiano configurazioni diverse in ragione della diversa natura delle aziende sanitarie e delle competenze espresse dalla famiglia professionale (non tutte le reti di patologia potranno aggregarsi intorno ad un'unica *lead organization*, come nel caso della rete dei centri SM). Riconoscere tutte le reti di patologia, distinguere i nodi in ragione dei volumi di attività/casistica e produrre meccanismi ordinati e stabili di scambio tra i nodi è il percorso avviato dai professionisti per a) distribuire competenze specialistiche attraverso protocolli condivisi e discussioni multidisciplinari virtuali; b) comprendere le diverse forme di integrazione che all'interno delle aziende sono state attivate con la rete degli specialisti non dipendenti per diffonderle.

Il DIAR, quindi, ha fatto leva sull'integrazione di tipo professionale che aggregava i neurologi esperti di SM, supportando lo scambio delle pratiche e delle esperienze aziendali in corso; ciò ha spinto la rete di patologia verso forme *managed*. Con i processi di scambio favoriti dal DIAR si favorisce la coopera-

zione strutturata, l'interconnessione dei percorsi diagnostico-terapeutici e la condivisione delle competenze, garantendo così modelli integrati di risposta su scala regionale. Si supera così di fatto l'incontro occasionale e volontario attivato per la gestione di un singolo caso clinico: il network tra centri SM diviene parte di un sistema più connesso, in cui le unità operative agiscono in convergenza e i centri sono operativamente interdipendenti secondo logiche di governo clinico condiviso, in grado di orientare l'organizzazione dell'offerta neurologica regionale e contribuire alla definizione di percorsi condivisi. Un esempio di tali scambi in rete è quello della diffusione dei servizi di consulenza infettivologica organizzati presso l'IRCCS San Martino o la condivisione di protocolli di presa in carico riabilitativa piuttosto che l'estensione dell'ambulatorio neuro-urologico dell'ASL Imperia o la discussione multidisciplinare attraverso la piattaforma dell'hub regionale.

I vincoli evidenti nel rendere sostenibile il carico di attività per le dieci unità operative di Neurologia che fanno parte della rete SM vengono socializzati all'interno dei processi e degli strumenti di rete. Il riordino della rete di offerta passa attraverso la definizione e messa in comune delle esperienze sorte spontaneamente nei singoli centri e che tramite la rete vengono messe a disposizione degli altri nodi della rete di offerta, riducendo la frammentazione dell'offerta e migliorando l'equità di accesso alle competenze specialistiche.

Il caso ligure esplicita un'altra modalità per intervenire sulla rete di offerta target-specifica: l'alleanza professionale, la fiducia e la reciprocità sono ingredienti di ricette manageriali che le reti cliniche possono produrre anche all'interno di fenomeni di istituzionalizzazione. Anche questo caso testimonia la rilevanza della razionalità professionale per affrontare alcune priorità dei sistemi regionali come l'accesso ai servizi e la distribuzione nei territori di alcune competenze specialistiche.

10.5 Discussioni

Pur condividendo la medesima spinta a consolidare la propria legittimazione istituzionale, le tre reti analizzate – Friuli-Venezia Giulia, Piemonte-Valle d'Aosta e Liguria – incarnano tre diversi orientamenti della governance “post-NAO” come categorizzati da Gremy *et al.* (2024): l'efficienza allocativa, la co-creazione istituzionale e l'integrazione organizzativa.

Nel caso della ROR FVG, la funzione dominante è quella dell'efficienza, espressa attraverso la spinta alla centralizzazione selettiva come nel caso della chirurgia oncologica; la condivisione di alcuni standard clinico-professionali e di accessibilità (volumi/esiti, tempi di percorrenza) è la condizione per l'attuazione dei contenuti del POR. L'approvazione del POR 2025 da parte del Consiglio regionale rappresenta l'atto formale di un processo di cambiamento

che gioca la costruzione del suo consenso attraverso la rete ed è attraverso la rete che penetra nelle aziende sanitarie. L'ARCS è chiamata a intermediare tra priorità di sistema e interessi aziendali, garantendo una governance per l'efficienza basata sulla standardizzazione e sull'*accountability*. Coerentemente con la tipologia di *efficiency-oriented network*, delineata da Gremyr *et al.* (2024), la razionalità professionale è il criterio per produrre consenso intorno alle azioni che nei contesti aziendali manifesteranno resistenze e che la rete stessa dovrà gestire o mitigare, contando sul supporto del livello politico istituzionale della regione piuttosto che sulla sua capacità di ricomposizione.

La RO-PVA riflette maggiormente la traiettoria della co-creazione istituzionale. Il passaggio dal modello centrato su un *integrator* clinico-manageriale a quello dell'ACC ha trasformato la rete da meccanismo di integrazione professionale (che opera all'interno di un sistema specifico di erogazione) a infrastruttura di *policy*. La rete non solo coordina i servizi oncologici ma co-produce con e attraverso Azienda Zero una serie di soluzioni specifiche per l'oncologia per le funzioni attribuite all'ente intermedio (l'uso della telemedicina, HTA per le tecnologie importanti in campo oncologico, collegamento con le altre reti). Questa configurazione rispecchia la *co-creation network* (Gremyr *et al.*, 2024), in cui la rete diventa un contesto di progettazione istituzionale e di produzione di politiche e di interventi specifici. L'istituzionalizzazione si esprime qui come capacità di generare soluzioni nuove dall'interno di una delle aziende che compone l'assetto complessivo delle aziende regionali: il mandato e la configurazione di Azienda Zero Piemonte rappresentano al contempo il contenuto e le modalità di questo processo di co-creazione di interventi che toccano l'offerta oncologica regionale.

Infine, il DIAR di Neuroscienze e Riabilitazione della Liguria, al cui interno si colloca la rete dei centri per la SM, rappresenta una traiettoria di integrazione inter-organizzativa (Gremyr *et al.*, 2024). In un contesto territoriale caratterizzato da frammentazione, disomogeneità di risorse e morfologia complessa, il DIAR agisce come piattaforma di connessione che valorizza la distribuzione delle competenze e la collaborazione tra unità operative. L'evoluzione della rete SM da cooperazione volontaria a forma "*managed*" si fonda su alleanza professionale, fiducia e reciprocità, elementi tipici delle *integration-oriented networks*, dove la priorità è quella di ricomporre relazioni operative tra i nodi per socializzare la gestione di alcuni vincoli di sistema e garantire continuità di presa in carico.

10.6 Conclusioni

Le reti cliniche, attraverso il loro processo di istituzionalizzazione, stanno vivendo una importante stagione "politica" nella misura in cui sono chiamate a promuovere processi di allocazione delle risorse, di ridisegno delle connessioni

tra nodi del SSN e di spinta all'adozione di innovazioni specifiche attraverso forme di co-creazione; tutto ciò accade adottando la razionalità che più le contraddistingue (quella professionale) e intermediando interessi particolari con quelli di ordine collettivo.

I casi esprimono uno sforzo importante che i sistemi stanno producendo nel trovare nella dimensione tecnica lo spazio di mediazione e di costruzione del consenso. Questo rende evidente la grande difficoltà della politica nel far proprie le campagne di consenso all'insegna di valori, orientamenti e attese definibili collettive, per spostare sulle questioni tecniche le aree di mediazione e di consenso. Questa operazione è legittimata dalla configurazione istituzionale che le reti cliniche stanno assumendo. Tale fenomeno si inserisce all'interno di una riflessione più ampia sui fenomeni dell'attualità attraverso prospettive sociologiche e/o politologiche che qui si riprendono per inquadrare meglio il ruolo della razionalità clinica come razionalità oggettivante. Nel contesto contemporaneo, la crescente difficoltà del livello politico a generare consenso allargato può essere interpretata come l'esito di una più ampia trasformazione della legittimazione democratica. La politica e i politici odierni hanno progressivamente visto ridurre la loro capacità di costruire consenso "dal basso", *input legitimacy*, ovvero la legittimazione che deriva dalla partecipazione dei cittadini, dal pluralismo dei partiti e dai processi deliberativi inclusivi (Scharpf, 1999). A fronte dell'indebolimento dei partiti di massa e dei corpi intermedi, la legittimità delle decisioni pubbliche tende oggi a fondarsi sulla *output legitimacy*, cioè sulla capacità delle istituzioni di produrre risultati efficaci, misurabili e coerenti con criteri tecnici o scientifici. In altre parole, la politica perde la sua dimensione di rappresentanza per rafforzare quella di prestazione, in un quadro in cui la performance e la competenza sostituiscono il consenso e la mediazione sociale. Questa trasformazione si accompagna a una crescente de-politicizzazione delle decisioni (Majone, 1994, 1997; Burnham, 2001) e per ridurre il conflitto e preservare la credibilità delle istituzioni, molte scelte vengono trasferite a esperti, tecnici o autorità indipendenti, che operano secondo criteri di efficienza e razionalità procedurale. Tale processo, spesso giustificato dalla complessità delle questioni contemporanee (dalla sanità all'ambiente), produce una forma di intermediazione degli interessi che simula la neutralità attraverso strumenti quantitativi e oggettivanti: indicatori, standard, linee guida, algoritmi. Viene così delegata alla scienza la gestione dell'incertezza e dell'ansia collettiva. I conflitti di valore vengono tradotti in problemi tecnici apparentemente risolvibili attraverso protocolli, modelli o dati. In campo sanitario, questa dinamica ha radici profonde: la diffusione di approcci come la Evidence-Based Medicine (EBM), l'Health Technology Assessment (HTA) o la gestione del rischio clinico rappresentano forme di razionalizzazione cognitiva delle decisioni pubbliche (Moreira, 2005). Queste pratiche rafforzano la legittimità delle istituzioni sul piano dell'efficacia (output), ma riducono gli

spazi di dibattito collettivo e di partecipazione, trasformando i tipici dilemmi politici – come la distribuzione delle risorse o le priorità di cura – in questioni tecniche. La razionalità clinica e gli strumenti oggettivanti che la accompagnano permettono decisioni più stabili e difendibili, ma rischiano di svuotare la dimensione deliberativa della politica, alimentando così quel deficit di consenso e fiducia che si intendeva compensare con l'autorità della scienza.

Letti comparativamente, i tre casi mostrano come le reti sanitarie italiane possano rappresentare configurazioni post-NAO: quelle analizzate sono incardinate all'interno dell'ente intermedio della regione di riferimento ed esprimono orientamenti diversi. In FVG la rete diviene strumento di implementazione efficiente di decisioni politico istituzionali complesse in fase di implementazione mentre in Piemonte-Valle d'Aosta è una sorta di laboratorio istituzionale soprattutto sulle materie intorno alle quali si sviluppa il coordinamento affidato ad Azienda Zero; in Liguria la rete di patologia del DIAR di Neuroscienze e Riabilitazione è un meccanismo di integrazione professionale e organizzativa, che esemplifica il potenziale di coordinamento tra tutte le reti che il dipartimento guida e che in modo integrato possono contribuire alla gestione di alcuni vincoli di sistema (accessibilità alle cure, distribuzione efficace delle competenze specialistiche, ecc.).

I tre casi rappresentano anche “repertori” diversi di quella istituzionalizzazione che in questa sede viene proposta come configurazione post-NAO. Afferire ad una delle aziende dei SSR piuttosto che a una agenzia rappresenta condizioni e prerogative diverse di partecipazione all'azione della Regione, intesa come istituzione: i casi osservati vedono le reti cliniche diventare parte e strumento dell'ente intermedio che intermedia il rapporto tra la Regione e le sue aziende sanitarie. Essi rappresentano anche il livello istituzionale che segna alcune delle differenze più marcate negli assetti istituzionali tra le Regioni del Paese. In alcuni contesti gli enti intermedi sono agenzie, più schiacciate su funzioni tecnico-amministrative (come le ATS in Lombardia), mentre in altri sono aziende con funzioni di coordinamento di servizi di diversa natura, da quelli sanitari (ad esempio, l'emergenza urgenza) a quelli amministrativi (gli acquisti, il controllo di gestione, ecc.). In questa sede non si intende entrare nello specifico della declinazione del mandato e delle funzioni ad esse attribuite. Quello che si vuole sottolineare è che le reti cliniche sono gli strumenti di coordinamento presenti nel perimetro d'azione di A.Li.Sa, ARCS e Azienda Zero Piemonte. In aggiunta, occorre sottolineare che si tratta del livello istituzionale che subisce frequenti riletture: prova ne è il fatto che, nel momento in cui questo contributo è in scrittura, A.Li.Sa è in trasformazione e le sue pregresse funzioni di coordinamento verranno ridistribuite tra Liguria Salute e il Dipartimento Salute della Regione Liguria, in uno scenario di riassetto complessivo del SSN.

Altro elemento che i tre casi trasferiscono sta nell'uso del dipartimento co-

me struttura organizzativa di raccordo con l'intero apparato regionale. L'obiettivo di integrazione tra professionisti e servizi all'interno della rete di offerta regionale è perseguito dalle reti cliniche attraverso la costituzione di dipartimenti funzionali interaziendali e, in alcuni contesti, anche interregionali. Questa configurazione consente di superare i confini formali tra aziende sanitarie, favorendo la costruzione di spazi professionali condivisi e la circolazione di competenze, protocolli e buone pratiche cliniche. Il modello dipartimentale funzionale si distingue per la sua capacità di adattarsi alle specificità locali, valorizzando le relazioni già esistenti tra i professionisti e creando meccanismi di coordinamento basati sulla fiducia, sulla reciprocità e sul riconoscimento delle competenze specialistiche. In questo senso, la rete non si impone come struttura esterna o sovraordinata, ma "penetra" nei contesti organizzativi delle singole aziende sanitarie attraverso un linguaggio condiviso all'interno della comunità professionale, fondato su riferimenti clinici, metodologici e deontologici comuni. Proprio questa capacità di parlare il linguaggio dei professionisti costituisce la principale leva di legittimazione e di efficacia del modello, poiché consente di coniugare l'esigenza di uniformità dei percorsi assistenziali con quella di autonomia professionale e contestualizzazione delle pratiche. Gli esempi di dipartimento analizzati nei casi rappresentano una forma di integrazione "morbida" (*soft integration*), potenzialmente capaci di generare coesione organizzativa e certamente rilevanti per il significato politico che il fatto di farne parte o ancor di più di dirigerlo. Inoltre, il dipartimento contribuisce a dare stabilità ai modi coi quali la rete tesse i rapporti tra i suoi nodi, dandone stabilità.

Quanto sia pronta la comunità professionale ad abbracciare la sfida delle reti cliniche soprattutto quando esse imboccano la via dell'istituzionalizzazione? In primo luogo, anche al di là dei casi analizzati, rintracciare professionisti interessati al ruolo di *integrator* non è più così facile: i costi principali sono relativi all'abbandono dell'attività clinico professionale come esclusiva fonte di posizionamento individuale e di legittimazione nella comunità di riferimento. L'altro costo sta nel far propri non solo i vantaggi, ma soprattutto gli svantaggi di un ruolo che acquista sfumature politiche nella misura in cui vive le tensioni tipiche del dibattito politico: esposizione mediatica prodotta dai mezzi di comunicazione, attacchi personali legati all'azione che la rete regionale avvia, ecc. Questo è un interrogativo che non tocca solo i singoli professionisti che vivono le questioni della sanità locale, ma anche i soggetti collettivi, quali le società medico scientifiche, che in molti ambiti (certamente nei campi disciplinari descritti dai casi) hanno una capacità di dialogo con le istituzioni nazionali e meno con quelle regionali. Si tratta di una espressione di quel fenomeno ricompreso sotto l'etichetta dell'"ibridizzazione" delle comunità professionali (Sartirana, 2019) che merita una maggiore riflessione e anche alfabetizzazione istituzionale e manageriale.

Infine, i tre casi testimoniano il ruolo che le reti cliniche possono assumere nella relazione tra la Regione e le sue aziende. In passato le reti cliniche erano il risultato di questo scambio, come nelle esperienze in oncologia sviluppate in alcune regioni agli inizi degli anni 2000, adesso sono lo strumento di allineamento tra il livello aziendale e quello regionale. I processi di gestione del cambiamento si giocano attraverso la partita delle reti cliniche quale parte del sistema regionale. Questa riflessione richiama quelle relative all'intermediazione di questo rapporto istituzionale attraverso gli enti regionali intermedi (chiamati aziende più in modo evocativo che effettivo rispetto alla gestione diretta dei servizi sanitari) e ne alimenta altre: le aziende sanitarie sono state in passato il contesto in cui avveniva la mediazione tra le pressioni locali (tra queste anche quelle indotte dagli interessi particolare dei professionisti) e gli obiettivi di sistema adottando anche la razionalità professionale per la sua natura oggettivante. Quello che si osserva è che il baricentro di questa operazione si è spostato nella filiera istituzionale, coinvolgendo le direzioni delle aziende sanitarie, ma non riconoscendo loro un ruolo da protagoniste. Forse questo accade perché la razionalità manageriale, focalizzata sulla relazione che i mezzi hanno rispetto ai fini, ha visto un progressivo indebolimento: il vertice strategico appare in difficoltà nel condurre battaglie locali a tutela di quelle forme di efficientamento, di rafforzamento delle collaborazioni interaziendali e di co-creazione di risposte alla complessità che le reti cliniche stanno conducendo. Al di là delle legittime preoccupazioni sul ruolo del management delle aziende sanitarie, il fenomeno delle reti cliniche istituzionalizzate contribuisce a comprendere le trasformazioni in corso relativamente agli spazi che il management riesce a presidiare nell'interpretazione della responsabilità sulla tutela della salute dei SSR.

10.7 Bibliografia

- Addicott, R., McGivern, G., & Ferlie, E. (2007). The distortion of a managerial technique? The case of clinical networks in UK health care. *British Journal of Management*, 18(1), 93–105.
- AGENAS. (2025a). *Quarta Indagine Nazionale – Stato e performance delle Reti Tempo-Dipendenti in Italia (dati 2023)*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- AGENAS. (2025b). *Sesta Indagine Nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Oncologiche Regionali (dati 2023)*. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2001). Big questions in public network management research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11(3), 295–326.

- Belrhiti, Z., Dkhimi, F., Bouabid, S., & Adam, T. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412–427.
- Burnham, P. (2001). New Labour and the politics of depoliticisation. *British Journal of Politics and International Relations*, 3(2), 127–149.
- Ferlie, E., & Pettigrew, A. (1996). Managing through networks: Some issues and implications for the NHS. *Social Science & Medicine*, 42(8), 1175–1184.
- Ferrara, L., Sartirana, M., & Tozzi, V.D (2021). Connessione e velocità: le sfide delle reti cliniche. In *Rapporto OASI*, Egea
- Gremyr, I, Colldén, C, Hjalmarsson, Y, Schirone, M, Hellström, A (2025). Networks for healthcare delivery: a systematic literature review. *J Health Organ Manag*, Vol. 39 No. 9 pp. 36–53, doi: <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2023-0262>
- Iapadre, L., Bazzoli, G., & Lega, F. (2020). Network governance forms in healthcare: Empirical evidence from two Italian cancer networks. *BMC Health Services Research*, 20(1), 586.
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. F. M. (Eds.). (1997). *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. London: Sage Publications
- Lang, A., Osborne, S. P., & Bevan, G. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 39(4), 412–425.
- Majone, G. (1994). The rise of the regulatory state in Europe. *West European Politics*, 17(3), 77–101.
- Majone, G. (1997). From the positive to the regulatory state. *Journal of Public Policy*, 17(2), 139–167.
- Mandell, M. P., & Keast, R. (2008). Evaluating network arrangements: Toward revised performance measures. *Public Performance & Management Review*, 31(4), 574–596. <https://doi.org/10.2753/PMR1530-9576310404>
- Maris, A., Hoppenbrouwers, S., Ravesteijn, P., & van Hillegersberg, J. (2023). Network governance in healthcare: A systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 39(3), 420–446.
- Morando, V., & Tozzi, V. D. (2014). Processi evolutivi e modelli di governance nelle reti oncologiche. *CERGAS Bocconi*, in *Rapporto OASI 2014*. Egea Editore.
- Moreira, T. (2005). Diversity in clinical guidelines: The rhetorical work of standardization. *Social Science & Medicine*, 60(9), 1975–1985.
- 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.
- Provan, K. G., Kenis, P., & Human, S. E. (2013). Do governance choices matter

- in health care networks?: An exploratory configuration study of health care networks. *BMC Health Services Research*, 13, 229.
- Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press.
- Rombach, H. A., Lutz, M., & Savic, M. (2022). An integrative perspective on inter-organizational multilevel healthcare networks: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 8314.
- Romiti, A., Del Vecchio, M., & Sartor, G. (2020). Network governance forms in healthcare: Empirical evidence from two Italian cancer networks. *BMC Health Services Research*, 20, 1018.
- Sartirana, M. (2019). Beyond hybrid professionals: evidence from the hospital sector. *BMC Health Services Research*, 19:634.
- Scharpf, F. W. (1999). *Governing in Europe: Effective and democratic?* Oxford University Press.
- Tozzi, V. D. (2016). Le reti cliniche: strumenti di integrazione e governance. *Radioterapia Italia*, 11(4), 20–26.
- Vermeulen, B., Kenis, P., Raab, J., & Cambré, B. (2022). Network governance revisited: Hybrid forms and evolving configurations in complex systems. *Public Administration Review*, 82(5), 1204–1220.
- Williamson, O. E. (1975). *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications: a study in the economics of internal organization*. University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Research Reference in Entrepreneurship.