



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”**

Corso di Laurea Magistrale in Management pubblico e dei sistemi socio-sanitari

**STAKEHOLDER ENGAGEMENT NEI
SERVIZI DI SALUTE MENTALE**

**STAKEHOLDER ENGAGEMENT IN
MENTAL HEALTH SERVICES**

Relatrice: Chiar.ma
Prof.ssa Alessia D’Andrea

Tesi di Laurea di:
Salvatore Giordano

Anno Accademico 2025– 2026

"Per aspera ad astra"

INDICE

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1.....	9
IL CONTESTO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE	9
1.1 EVOLUZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE	9
1.2 MODELLI ORGANIZZATIVI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE ..	11
1.3 RETE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	13
1.4 CRITICITA' ATTUALI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE	16
CAPITOLO 2.....	21
LO STAKEHOLDER ENGAGEMENT IN SANITÀ: QUADRO TEORICO.....	21
2.1 LA STAKEHOLDER THEORY: FONDAMENTI TEORICI	21
2.2 IDENTIFICAZIONE E SALIENZA DEGLI STAKEHOLDER.....	26
2.3 DALLO STAKEHOLDER MANAGEMENT ALLO STAKEHOLDER ENGAGEMENT.....	31
2.4 DEFINIZIONI E MODELLI DI STAKEHOLDER ENGAGEMENT	35
2.5 STAKEHOLDER ENGAGEMENT NEI CONTESTI SANITARI.....	39
2.6 STAKEHOLDER ENGAGEMENT NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE	43
CAPITOLO 3.....	47
METODOLOGIA DELLA RICERCA	47
3.1 IL METODO DELLO STUDIO DI CASO	47
3.2 APPLICAZIONE DEL METODO DI STUDIO DI CASO	50
3.3 TIPOLOGIA DI CASO DI STUDIO	53
3.4 DEFINIZIONE DELLA RESEARCH QUESTION E FRAMEWORK TEORICO	56
3.5 SELEZIONE DEL CASO	59

3.6 FONTI E STRUMENTI DI RACCOLTA DATI	62
3.7 VALIDITA' E LIMITI DELLA RICERCA.....	65
CAPITOLO 4.....	69
IL CASO SALUS W. WOLF: STAKEHOLDER ENGAGEMENT E ANALISI EMPIRICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE.....	69
4.1 INTRODUZIONE AL CASO DI STUDIO.....	69
4.2 LO STAKEHOLDER ENGAGEMENT NEL PROGETTO SALUS.WOLF.	72
4.3 METODOLOGIA DELL'INDAGINE EMPIRICA.....	75
4.4 ANALISI DEI RISULTATI DELL'INDAGINE	79
4.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	87
CONCLUSIONI	92
BIBLIOGRAFIA	95

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il tema della salute mentale ha assunto un rilievo sempre maggiore nei sistemi sanitari e nelle politiche sociali, anche in conseguenza dell'aumento delle situazioni di disagio psicologico, soprattutto tra i giovani. Già nel mondo antico la sofferenza mentale era oggetto di attenzione: Ippocrate descriveva la depressione con il termine “melanconia”, riconoscendola come una condizione reale legata a fattori fisici e psicologici e non come semplice debolezza dello spirito. Oggi, tuttavia, il disagio mentale si manifesta in forme nuove e più complesse, strettamente connesse ai cambiamenti sociali, culturali ed economici della società contemporanea. Fenomeni come isolamento sociale, dispersione scolastica, bullismo, mobbing e uso di sostanze stupefacenti contribuiscono alla diffusione di ansia, depressione e comportamenti a rischio, rendendo la salute mentale una questione sempre più rilevante non solo sul piano clinico, ma anche su quello sociale e organizzativo. In molte realtà della Sicilia, e in particolare nel contesto del mio territorio, tali problematiche coinvolgono non solo i giovani, ma anche famiglie, scuole, servizi sanitari, aziende e comunità locali. Questa complessità mette in evidenza la necessità di interventi integrati, capaci non solo di affrontare il disagio, ma anche di prevenirlo e di promuovere il benessere psicologico. In questo quadro assume particolare importanza lo stakeholder engagement, inteso come processo di coinvolgimento attivo dei diversi soggetti che, a vario titolo, entrano in

relazione con i servizi di salute mentale. La collaborazione tra istituzioni sanitarie, scuole, famiglie, associazioni, aziende e comunità territoriali rappresenta infatti una condizione fondamentale per affrontare fenomeni complessi come il disagio giovanile, la depressione, l'uso di sostanze e altre situazioni di fragilità sociale, che richiedono interventi coordinati e multidisciplinari. Nei servizi di salute mentale, il coinvolgimento degli stakeholder consente di integrare competenze professionali, conoscenze del territorio ed esperienza diretta dei bisogni, contribuendo a migliorare la qualità degli interventi e a rafforzare le attività di prevenzione e inclusione sociale. La motivazione della presente ricerca nasce dall'interesse di approfondire il ruolo che lo stakeholder engagement può assumere nei servizi di salute mentale, nei quali si richiede risposte sempre più organizzate, partecipate e aderenti ai bisogni reali della popolazione. Comprendere come i diversi soggetti del territorio possano collaborare nella progettazione e nella realizzazione di interventi orientati alla tutela del benessere psicologico della popolazione.

Più nello specifico, il lavoro intende mettere in evidenza opportunità e criticità legate all'attivazione di processi partecipativi nei servizi di salute mentale e comprendere in che modo il coinvolgimento dei diversi attori del territorio possa influenzare la progettazione, la realizzazione e l'efficacia di interventi orientati alla prevenzione e al monitoraggio del benessere psicologico. Il presente elaborato si inserisce nell'ambito del progetto Salus W. Wolf, iniziativa -nel contesto siciliano- orientata alla promozione della salute mentale e alla prevenzione attraverso attività

di sensibilizzazione, monitoraggio del benessere psicologico e collaborazione con aziende e comunità territoriali.

Dal punto di vista metodologico, la ricerca adotta l'approccio del caso di studio nel management. Tale metodo consente di analizzare fenomeni complessi all'interno del loro contesto reale, attraverso l'utilizzo di fonti documentali e l'analisi qualitativa dei processi organizzativi. La scelta di questo approccio risulta coerente con l'obiettivo della ricerca, in quanto permette di esaminare non solo le caratteristiche del caso analizzato, ma anche le relazioni tra i soggetti coinvolti, le modalità di engagement e gli elementi che possono favorire o ostacolare la costruzione di un modello partecipativo nei servizi di salute mentale. Dal punto di vista teorico, il lavoro si basa inoltre sull'analisi della letteratura relativa alla stakeholder theory e allo stakeholder engagement, con particolare attenzione alle applicazioni in ambito sanitario e, ove presenti, nei servizi di salute mentale.

La tesi è articolata in più capitoli. Nel primo capitolo si analizza il contesto dei servizi di salute mentale, evidenziandone l'evoluzione, i modelli organizzativi, le dinamiche di integrazione territoriale e le principali criticità. Tale analisi consente di mettere in luce la complessità del settore e la pluralità di attori coinvolti nei processi di cura e assistenza.

Successivamente, il secondo capitolo approfondisce i principali riferimenti teorici relativi alla stakeholder theory e allo stakeholder engagement, fornendo gli strumenti concettuali necessari per interpretare le relazioni tra organizzazioni e

stakeholder. L'articolazione dei due capitoli risponde all'esigenza di collegare il livello teorico con quello empirico: la comprensione del contesto dei servizi di salute mentale costituisce infatti il presupposto per applicare in modo consapevole i modelli di stakeholder engagement, che verranno successivamente utilizzati nell'analisi del caso di studio.

Nel terzo capitolo viene illustrato il quadro metodologico della ricerca, con riferimento al metodo del caso di studio nel management, alla definizione della domanda di ricerca, alle fonti informative e agli strumenti di analisi adottati. Nel quarto capitolo viene presentato il caso Salus W. Wolf, descrivendone il contesto di riferimento, le finalità e gli elementi utili all'analisi e, successivamente, il caso viene analizzato con particolare attenzione agli stakeholder coinvolti, alle modalità di partecipazione attivate e alle principali opportunità e criticità che emergono dall'applicazione dello stakeholder engagement nel contesto considerato. Infine, nelle conclusioni, vengono sintetizzati i principali risultati emersi, insieme ai limiti della ricerca e ai possibili sviluppi futuri.

CAPITOLO 1

IL CONTESTO DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

1.1 EVOLUZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

I servizi di salute mentale hanno conosciuto una profonda trasformazione nel corso del Novecento, passando da modelli istituzionali centrati sull'ospedalizzazione a sistemi territoriali orientati alla comunità.¹

Nei primi decenni del secolo scorso, l'assistenza psichiatrica era prevalentemente organizzata attraverso grandi istituzioni manicomiali, nelle quali l'obiettivo principale era la custodia dei pazienti più che la loro riabilitazione o inclusione sociale. Questo modello, fondato su una visione segregativa della malattia mentale, contribuiva a rafforzare esclusione e marginalizzazione sociale.² A partire dagli anni Sessanta e Settanta, numerosi Paesi occidentali hanno avviato processi di riforma psichiatrica orientati alla deistituzionalizzazione e allo sviluppo di servizi territoriali di salute mentale. Tali trasformazioni sono state sostenute da nuove concezioni scientifiche e sociali, che hanno progressivamente riconosciuto il ruolo dei fattori ambientali e sociali nella salute mentale e promosso una presa in carico

¹ Cfr WHO, Mental Health Action Plan 2013–2020, Geneva, WHO, 2013; THORNICROFT G., TANSELLA M. The Balanced Care Model, 2013

² Si rinvia a FOOT J., The Man Who Closed the Asylums, 2014; THORNICROFT G., Shunned, 2006

globale della persona.³ In Italia, la riforma introdotta con la Legge 180 del 1978 ha rappresentato una svolta storica, promuovendo la chiusura dei manicomi e la costruzione di un sistema fondato sui servizi territoriali. Il modello italiano ha posto al centro la persona e il suo contesto di vita, valorizzando il diritto alla cura, alla dignità e all'inclusione sociale.⁴

Parallelamente, la letteratura internazionale ha sviluppato modelli di assistenza *community-based*, orientati alla prevenzione, alla riabilitazione e all'integrazione nella comunità. Tali approcci sottolineano la necessità di coinvolgere una pluralità di attori – famiglie, servizi sociali e reti territoriali – nella costruzione dei percorsi di cura.¹

Negli ultimi decenni, si è affermato anche l'approccio *recovery-oriented*, che concepisce la salute mentale come un percorso di autonomia, partecipazione e miglioramento della qualità della vita. In questa prospettiva, la persona con disturbo mentale assume un ruolo attivo nei processi decisionali che la riguardano.⁵ Nonostante i progressi realizzati, i servizi di salute mentale continuano a confrontarsi con criticità rilevanti, tra cui la carenza di risorse, la frammentazione dei servizi e l'aumento della domanda di assistenza, accentuato anche dalle conseguenze della pandemia.⁶

³ Cfr DE SILVA M.J et al., *Social Determinants of Mental Health*, World Bank, 2016.

⁴ Si veda BASAGLIA.F, *L'istituzione negata*, 1968.

⁵ Cfr ANTHONY W.A., 1993; M. Slade, *Personal Recovery and Mental Illness*, 2009.

⁶ Cfr WHO, *World Mental Health Report*, 2022.

L'evoluzione dei servizi di salute mentale evidenzia pertanto la necessità di modelli organizzativi maggiormente integrati e partecipativi, capaci di coordinare interventi sanitari e sociali e di valorizzare il contributo dei diversi attori coinvolti.

1.2 MODELLI ORGANIZZATIVI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

I servizi di salute mentale contemporanei si fondano su modelli organizzativi multidisciplinari e integrati, orientati alla continuità assistenziale e alla presa in carico globale della persona.⁷ La complessità dei disturbi mentali richiede infatti interventi coordinati tra figure professionali differenti – psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali e operatori socio-sanitari – chiamate a collaborare nella definizione di percorsi terapeutici e riabilitativi personalizzati. In questa prospettiva, il funzionamento dei servizi dipende dalla capacità di coordinare attori diversi e di favorire processi di collaborazione strutturata.

Tra i modelli organizzativi maggiormente rilevanti nella letteratura internazionale vi è il *recovery-oriented care*, che considera la salute mentale come un percorso di autonomia e qualità della vita, piuttosto che come semplice gestione del sintomo.⁸ In questo approccio, la persona con disturbo mentale è riconosciuta come soggetto

⁷ Cfr WHO, Mental Health Action Plan 2013–2020; THORNICROFT G., Community Mental Health, 2011.

⁸ Si veda ANTHONY W.A., 1993; SLADE.M. , 2009.

attivo del proprio percorso di cura, con un ruolo diretto nei processi decisionali. Tale impostazione rafforza la dimensione partecipativa dei servizi e promuove il coinvolgimento attivo degli utenti nei percorsi di cura.

Un ulteriore riferimento teorico è l'approccio *community-based*, che valorizza il ruolo delle reti territoriali nella prevenzione, nel supporto e nel reinserimento sociale delle persone con disagio psichico.⁷ I servizi *community-based* si sviluppano infatti all'interno delle comunità locali e promuovono interventi integrati tra sanità, servizi sociali e terzo settore. In questa prospettiva, emerge la necessità di coinvolgere una pluralità di attori – istituzioni, organizzazioni sociali, famiglie e comunità – nella costruzione dei percorsi di cura.

I modelli organizzativi sono inoltre caratterizzati dall'importanza della continuità assistenziale, che garantisce il collegamento tra servizi territoriali, ospedalieri e riabilitativi lungo tutto il percorso di cura.⁷

La continuità assistenziale non è soltanto un elemento organizzativo, ma implica anche la necessità di coordinare i diversi attori coinvolti nel percorso della persona.

Un elemento centrale dei modelli contemporanei è infine l'integrazione socio-sanitaria, intesa come collaborazione strutturata tra servizi sanitari e servizi sociali nella presa in carico delle situazioni di maggiore complessità.⁹

⁹ Si rinvia a WHO , Framework on Integrated, People-Centred Health Services, 2016.

Tale integrazione consente di affrontare in modo più efficace i determinanti sociali della salute mentale e richiede strumenti organizzativi specifici, quali équipe multidisciplinari, protocolli condivisi e dispositivi di case management. In questo contesto, risulta fondamentale il coordinamento tra attori istituzionali e non istituzionali al fine di garantire l'efficacia dei processi di integrazione

Nel complesso, l'evoluzione dei modelli organizzativi evidenzia come i servizi di salute mentale non possano più essere considerati strutture esclusivamente cliniche, ma debbano essere letti come contesti complessi e multi-attore. In tale prospettiva, risulta centrale la capacità dei servizi di promuovere forme di collaborazione e integrazione tra i diversi attori coinvolti.

1.3 RETE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

La salute mentale è strettamente connessa alle condizioni sociali, relazionali ed economiche delle persone.¹⁰

Per questo motivo, i servizi di salute mentale non possono essere concepiti come strutture isolate, ma devono operare all'interno di una rete territoriale integrata, capace di coordinare interventi sanitari, sociali, educativi e comunitari. La costruzione di reti territoriali rappresenta uno degli elementi centrali dei modelli

¹⁰ Cfr DE SILVA M.J. et al., Social Determinants of Mental Health, 2016.

contemporanei di assistenza, in quanto consente di affrontare la complessità dei bisogni attraverso una logica di corresponsabilità tra una pluralità di attori. In tale prospettiva, la presenza di molteplici soggetti coinvolti rende necessario sviluppare forme strutturate di coordinamento e collaborazione tra gli attori.

La rete territoriale comprende infatti una pluralità di soggetti istituzionali e comunitari. Oltre ai Dipartimenti di Salute Mentale e agli altri servizi sanitari, ne fanno parte i servizi sociali comunali, le scuole, i servizi per l'inserimento lavorativo, le associazioni di volontariato, le cooperative sociali e, più in generale, le organizzazioni del terzo settore.¹¹ Questi attori contribuiscono in modo differenziato alla prevenzione, alla presa in carico e al reinserimento sociale delle persone con disturbi mentali, configurando un sistema multi-attore.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta il principio organizzativo che consente di coordinare tali interventi. Essa implica una collaborazione strutturata tra servizi sanitari e servizi sociali nella progettazione dei percorsi di cura, nella gestione dei casi complessi e nella definizione di obiettivi condivisi.¹²

In questo contesto, lo stakeholder engagement si configura come uno strumento fondamentale per facilitare il dialogo tra organizzazioni diverse, superare la

¹¹ Si veda THORNICROFT G., Community Mental Health, 2011; WHO Mental Health Action Plan 2013–2020

¹² Cfr WHO, Framework on Integrated, People-Centred Health Services, 2016

frammentazione dei servizi e promuovere una governance più inclusiva dei percorsi assistenziali.

Tra gli strumenti principali dell'integrazione territoriale vi è l'équipe multidisciplinare, composta da professionisti sanitari e sociali che collaborano nella valutazione dei bisogni e nella definizione degli interventi.

A ciò si affiancano protocolli di collaborazione tra istituzioni, tavoli intersettoriali, sistemi informativi integrati e programmi di case management, che consentono di migliorare la continuità assistenziale e di ridurre la dispersione degli interventi. Tali strumenti organizzativi presuppongono forme di coordinamento e coinvolgimento attivo degli attori, configurandosi come dispositivi operativi di stakeholder engagement.

La rete territoriale svolge inoltre un ruolo fondamentale nella prevenzione e nella promozione della salute mentale. Scuole, servizi educativi, associazioni e organizzazioni comunitarie possono contribuire a individuare precocemente situazioni di disagio, promuovere attività di sensibilizzazione e attivare forme di supporto.

In questa dimensione, lo stakeholder engagement assume una valenza preventiva, in quanto consente di attivare risorse diffuse nel territorio e di costruire interventi più tempestivi e appropriati. Nonostante la rilevanza della rete territoriale, permangono difficoltà nella realizzazione di una reale integrazione socio-sanitaria.

Differenze organizzative, vincoli amministrativi, carenza di risorse e frammentazione delle competenze possono ostacolare la collaborazione tra istituzioni diverse.⁶ In questo scenario, lo stakeholder engagement diventa ancora più rilevante, in quanto può contribuire a rafforzare i processi relazionali, la fiducia reciproca e la capacità di coordinamento tra i diversi soggetti coinvolti.

1.4 CRITICITA' ATTUALI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Nonostante l'evoluzione dei modelli organizzativi e la diffusione dei servizi territoriali, i sistemi di salute mentale continuano a confrontarsi con numerose criticità che ne limitano l'efficacia, l'equità e la capacità di risposta ai bisogni emergenti.¹³ Tali criticità riguardano dimensioni strutturali, organizzative, sociali e culturali e incidono in maniera significativa sulla qualità della presa in carico e sulla continuità dei percorsi assistenziali.

Una delle principali difficoltà riguarda la carenza di risorse umane ed economiche. In molti contesti, i servizi di salute mentale dispongono di personale insufficiente rispetto alla crescente domanda di assistenza, con conseguenti tempi di attesa elevati, sovraccarico degli operatori e difficoltà nella gestione dei casi complessi.

¹³ Cfr WHO, World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All, 2022.

La scarsità di professionisti limita la possibilità di garantire interventi tempestivi, personalizzati e continuativi, soprattutto nei contesti territoriali più fragili.¹³

Un secondo problema rilevante è rappresentato dalla frammentazione dei servizi. In assenza di un coordinamento efficace tra strutture sanitarie, servizi sociali, scuole e altri attori territoriali, i percorsi di cura risultano spesso discontinui, poco integrati e difficilmente accessibili per le persone e le famiglie.¹³

Questa frammentazione evidenzia la necessità di rafforzare i meccanismi di coordinamento e collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti.

Le disuguaglianze territoriali costituiscono un'ulteriore criticità. La disponibilità e la qualità dei servizi di salute mentale variano in modo significativo tra regioni e contesti locali, determinando disparità nell'accesso alle cure e negli esiti assistenziali.¹³ Tali differenze risultano particolarmente problematiche nei territori caratterizzati da maggiore vulnerabilità sociale e minore integrazione istituzionale. Accanto alle criticità organizzative persistono fattori culturali e sociali che ostacolano l'efficacia dei servizi. Lo stigma associato ai disturbi mentali rappresenta ancora un ostacolo rilevante sia all'accesso alle cure sia alla partecipazione attiva delle persone ai percorsi assistenziali.¹⁴ La paura del giudizio sociale e la disinformazione contribuiscono infatti a ritardare la richiesta di aiuto e a rendere più complessi i processi di inclusione.

¹⁴ Cfr THORNICROFT G., *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*, 2006.

Un'ulteriore criticità riguarda la partecipazione degli utenti ai processi decisionali. Sebbene la letteratura e le politiche più recenti sottolineino la centralità della persona, in molti contesti la partecipazione rimane limitata o prevalentemente formale, a causa di rigidità organizzative e squilibri di potere.¹⁵ Ciò riduce la possibilità di costruire servizi realmente centrati sui bisogni delle persone e limita l'efficacia dei processi partecipativi.

La crescente domanda di servizi di salute mentale rappresenta inoltre una sfida di particolare rilievo. I cambiamenti sociali ed economici, insieme agli effetti della pandemia, hanno contribuito all'aumento del disagio psicologico, ampliando il bacino di utenza e rendendo ancora più evidente la necessità di rafforzare la capacità di risposta dei sistemi territoriali.¹³

Infine, emergono difficoltà nella valutazione dell'efficacia dei servizi. Nei servizi di salute mentale, la misurazione degli esiti non può essere limitata ai soli indicatori clinici, ma deve includere anche dimensioni relazionali e sociali, come qualità della vita, partecipazione e inclusione.¹³

In questo contesto, risulta fondamentale adottare strumenti valutativi capaci di considerare la complessità dei percorsi assistenziali.

Alla luce di tali criticità, appare evidente la necessità di rafforzare i servizi di salute mentale attraverso modelli organizzativi più integrati, investimenti nelle risorse

¹⁵ Si rinvia a CARMAN K.L. et al., Patient and Family Engagement, in "Health Affairs", 2013.

umane e strategie di coordinamento interistituzionale. In questa prospettiva, assume particolare rilevanza la capacità dei servizi di promuovere collaborazione, integrazione e partecipazione tra i diversi attori coinvolti.

CAPITOLO 2

LO STAKEHOLDER ENGAGEMENT IN SANITÀ: QUADRO TEORICO

2.1 LA STAKEHOLDER THEORY: FONDAMENTI TEORICI

La stakeholder theory nasce negli anni Ottanta dal lavoro del filosofo Robert Edward Freeman, intesa come superamento della visione tradizionale dell'impresa orientata esclusivamente agli azionisti (*shareholder view*), proponendo una concezione dell'organizzazione come sistema relazionale inserito in una rete complessa di attori portatori di interessi differenziati¹.

Secondo Freeman, questi soggetti, che si caratterizzano per avere uno *stake* nell'attività dell'impresa, sono indicati con il termine stakeholder, che si definisce come «qualsiasi individuo o gruppo che può influenzare o essere influenzato dal raggiungimento degli obiettivi di un'organizzazione»².

Tale definizione amplia il perimetro dell'analisi organizzativa, includendo non solo soggetti interni (dipendenti, management), ma anche attori esterni quali clienti, fornitori, comunità locali e istituzioni pubbliche³.

¹ Cfr FREEMAN R. E., *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Pitman, Boston, 1984; DONALDSON T., PRESTON L. E., *The Stakeholder Theory of the Corporation*, "Academy of Management Review", Vol. 20, 1995.

² Si veda per approfondimenti FREEMAN R. E., op. cit., p. 46.

³ Si rinvia a PHILLIPS R., *Stakeholder Theory and Organizational Ethics*, Berrett-Koehler, San Francisco, 2003.

Nei contesti sanitari e socio-sanitari, tra gli stakeholder rientrano inoltre pazienti, famiglie, professionisti della salute e organismi regolatori⁴.

In questa prospettiva, l'organizzazione non è più concepita come un'entità isolata, ma come un nodo all'interno di un ecosistema di relazioni interdipendenti. La creazione di valore non riguarda esclusivamente il profitto economico, ma si estende alla generazione di benefici condivisi per l'insieme degli stakeholder coinvolti⁵. Questo passaggio teorico risulta rilevante nei contesti ad alta complessità istituzionale e sociale, dove l'impatto dell'azione organizzativa assume una dimensione pubblica e collettiva.

L'evoluzione della stakeholder theory ha inoltre assunto una dimensione non solo descrittiva ma anche normativa. Oltre a spiegare come le organizzazioni interagiscono con i diversi attori, la teoria propone un modello di governance fondato sul dialogo, sulla responsabilità e sulla considerazione equilibrata degli interessi coinvolti⁶.

In questa prospettiva, gli stakeholder non sono semplici soggetti da gestire in modo strumentale, ma attori portatori di diritti e aspettative legittime, contribuendo allo

⁴ Cfr CARMAN K. L. et al., Patient and Family Engagement: A Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies, "Health Affairs", Vol. 32, 2013.

⁵ Cfr FREEMAN R. E., HARRISON J. S., WICKS A. C., Managing for Stakeholders: Survival, Reputation and Success, Yale University Press, New Haven, 2007.

⁶ Si veda DONALDSON T., PRESTON L. E., op. cit.

sviluppo di modelli organizzativi orientati alla sostenibilità, alla responsabilità sociale e alla creazione di valore condiviso⁷.

La stakeholder theory è stata interpretata nella letteratura secondo tre prospettive principali: descrittiva, normativa e strumentale.

Donaldson e Preston sottolineano che la dimensione descrittiva analizza come le organizzazioni interagiscono effettivamente con i propri stakeholder, la dimensione strumentale evidenzia la relazione tra gestione degli stakeholder e performance organizzativa, mentre la dimensione normativa riconosce la legittimità morale delle istanze degli stakeholder, sostenendo che l'organizzazione debba considerare i loro interessi indipendentemente da logiche di convenienza.⁸

Nei contesti sanitari e socio-sanitari, questa dimensione normativa assume particolare rilievo, poiché le decisioni organizzative incidono su diritti fondamentali quali salute, equità e accesso alle cure.

La letteratura ha tuttavia evidenziato alcune criticità della stakeholder theory. Jensen osserva che la molteplicità di obiettivi legati agli stakeholder può generare ambiguità nella definizione delle priorità organizzative e rendere difficile la valutazione della performance⁹.

⁷ Si rinvia a PHILLIPS R., op. cit.; FREEMAN R. E. et al., Stakeholder Theory: The State of the Art, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.

⁸ Cfr DONALDSON T., PRESTON L. E., op. cit., pp. 70-71.

⁹ Cfr JENSEN M. C., Value Maximization, Stakeholder Theory, and the Corporate Objective Function, "Business Ethics Quarterly", Vol. 12, 2002.

Fassin evidenzia inoltre il rischio di interpretazioni strumentali della teoria, in cui il coinvolgimento degli stakeholder diventa un mero strumento di legittimazione senza reale condivisione del potere decisionale¹⁰. Tali criticità risultano particolarmente rilevanti nei sistemi sanitari, caratterizzati da pluralità di interessi e da vincoli etici e istituzionali.

Infine, la stakeholder theory è stata progressivamente adattata ai contesti di governance pubblica, nei quali la creazione di valore riguarda il benessere collettivo più che il profitto economico. Bryson sottolinea che nelle organizzazioni pubbliche l'identificazione e il coinvolgimento degli stakeholder rappresentano una condizione essenziale per la legittimazione delle decisioni e per la qualità delle politiche pubbliche¹¹. Analogamente, gli approcci di collaborative governance evidenziano come la gestione di problemi complessi richieda processi decisionali condivisi tra istituzioni, professionisti e cittadini¹².

Nei servizi sanitari e di salute mentale, le prospettive della stakeholder theory si intrecciano con approcci più recenti, tra cui la *co-production* e il *public value*, che contribuiscono a ridefinire il ruolo degli attori coinvolti nei processi organizzativi. La co-production si riferisce alla collaborazione attiva tra utenti, professionisti e altri stakeholder nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi. In questo

¹⁰ Cfr FASSIN Y., The Stakeholder Model Refined, "Journal of Business Ethics", Vol. 84, 2009.

¹¹ Si veda BRYSON J. M. What to Do When Stakeholders Matter, "Public Management Review", Vol. 6, 2004.

¹² Si rinvia a ANSELL C., GASH A., Collaborative Governance in Theory and Practice, "Journal of Public Administration Research and Theory", Vol. 18, 2008.

modello, gli utenti non sono considerati destinatari passivi delle prestazioni, ma soggetti portatori di conoscenze ed esperienze rilevanti che possono contribuire in modo significativo al miglioramento della qualità dei servizi¹³. La co-production implica quindi un cambiamento nelle relazioni tra organizzazioni e stakeholder, favorendo logiche di partnership, corresponsabilità e condivisione delle decisioni. In ambito sanitario, essa si traduce in pratiche quali il co-design dei servizi, il coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali e la partecipazione attiva alla definizione dei percorsi di cura.

Parallelamente, il concetto di *public value*, introdotto da Moore, si riferisce alla capacità delle organizzazioni pubbliche di generare valore per la collettività, non limitato agli aspetti economici, ma esteso a dimensioni quali equità, qualità dei servizi, benessere sociale e fiducia nelle istituzioni¹⁴. In questa prospettiva, il valore pubblico viene costruito attraverso processi di interazione tra istituzioni e stakeholder, nei quali il coinvolgimento attivo dei diversi attori rappresenta una condizione fondamentale per la legittimazione delle decisioni e per l'efficacia delle politiche pubbliche.

¹³ Si rinvia a BOVAIRD T., Beyond Engagement and Participation: User and Community Co-Production of Public Services, "Public Administration Review", Vol. 67, 2007; BATALDEN M. et al., Co-Production of Healthcare Service, "BMJ Quality & Safety", Vol. 25, 2016.

¹⁴ Cfr MOORE M. H., Creating Public Value: Strategic Management in Government, Harvard University Press, Cambridge, 1995.

Entrambi gli approcci sottolineano l'importanza di superare modelli organizzativi tradizionali, basati su logiche gerarchiche e unidirezionali, a favore di modelli partecipativi e collaborativi. In tale contesto, lo stakeholder engagement rappresenta il quadro concettuale entro cui si sviluppano pratiche di co-production e processi orientati alla creazione di valore pubblico, soprattutto nei settori caratterizzati da elevata complessità sociale, come la sanità e, in particolare, i servizi di salute mentale.

2.2 IDENTIFICAZIONE E SALIENZA DEGLI STAKEHOLDER

Nel quadro della stakeholder theory, un passaggio fondamentale riguarda l'identificazione degli stakeholder rilevanti e la valutazione della loro salienza all'interno dei processi decisionali organizzativi.

Se la stakeholder theory definisce chi può essere considerato stakeholder, l'analisi della salienza consente invece di comprendere quali attori esercitano un'influenza maggiore sulle scelte dell'organizzazione e richiedono quindi maggiore attenzione strategica¹⁵.

¹⁵ Cfr FREEMAN R. E., *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Pitman, Boston, 1984; CLARKSON M. B. E., *A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance*, "Academy of Management Review", Vol. 20, 1995.

Uno dei contributi più rilevanti in questo ambito è il modello proposto da Ronald K. Mitchell, Bradley R. Agle e Donna J. Wood.

Gli autori individuano tre attributi che determinano la rilevanza di uno stakeholder per l'organizzazione:

- potere;
- legittimità;
- urgenza.

Il potere indica la capacità di uno stakeholder di influenzare decisioni e risorse organizzative; la legittimità riguarda la percezione che le rivendicazioni avanzate siano appropriate e socialmente accettate; l'urgenza si riferisce alla pressione temporale o alla criticità delle richieste espresse.

La combinazione di questi attributi consente di classificare gli stakeholder in diverse categorie e di stabilire priorità nella gestione delle relazioni¹⁶.

Tale modello assume un rilevante valore operativo nella progettazione di iniziative complesse, poiché consente di strutturare la mappatura degli attori coinvolti e di definire modalità differenziate di relazione e coinvolgimento

L'identificazione degli stakeholder rappresenta una fase essenziale nella progettazione di interventi complessi, poiché consente di comprendere la rete di relazioni in cui l'organizzazione è inserita.

¹⁶ Cfr MITCHELL R. K., AGLE B. R., WOOD D. J., Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience, "Academy of Management Review", Vol. 22, 1997.

Nei sistemi sanitari e socio-sanitari, la mappatura degli stakeholder assume particolare importanza a causa della molteplicità degli attori coinvolti, tra cui pazienti, familiari, professionisti sanitari, organizzazioni sanitarie, istituzioni pubbliche, enti regolatori e comunità locali¹⁷.

La definizione dei confini della rete di stakeholder permette di individuare interessi convergenti e divergenti e di prevenire conflitti, contribuendo alla qualità dei processi decisionali e alla legittimazione delle scelte organizzative¹⁸.

L'analisi della salienza non è tuttavia un processo statico: il ruolo degli stakeholder può cambiare nel tempo in funzione delle dinamiche istituzionali, sociali ed economiche, richiedendo aggiornamenti continui della mappatura¹⁹.

Questo passaggio teorico rappresenta il collegamento tra stakeholder theory e stakeholder management.

Solo dopo aver identificato gli stakeholder rilevanti e compreso la loro salienza è possibile definire strategie efficaci di gestione e di coinvolgimento, ponendo le basi per lo sviluppo dello stakeholder engagement nei contesti organizzativi complessi, inclusi i sistemi sanitari e i servizi di salute mentale²⁰.

¹⁷ Si rinvia a BRUGHA R., VARVASOVSKY Z., Stakeholder Analysis: A Review, "Health Policy and Planning", Vol. 15, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, Framework on Integrated, People-Centred Health Services, WHO, Geneva, 2016

¹⁸ Cfr REED M. S. et al., Who's in and Why? A Typology of Stakeholder Analysis Methods, "Journal of Environmental Management", Vol. 90, 2009.

¹⁹ Si veda BRYSON J. M., op. cit

²⁰ Cfr GREENWOOD M., Stakeholder Engagement: Beyond the Myth of Corporate Responsibility, "Journal of Business Ethics", Vol. 74, 2007.

Oltre all'analisi della salienza degli stakeholder, una parte della letteratura ha evidenziato la necessità di adottare una prospettiva di rete nell'identificazione degli attori rilevanti. Rowley sottolinea che l'influenza degli stakeholder non dipende esclusivamente dalla relazione bilaterale con l'organizzazione, ma anche dalla posizione che essi occupano nelle reti sociali e istituzionali²¹. Questo approccio risulta particolarmente rilevante nei sistemi sanitari, caratterizzati da reti complesse di attori pubblici, privati e del terzo settore.

La letteratura evidenzia inoltre che le relazioni tra stakeholder sono spesso caratterizzate da asimmetrie di potere, che possono limitare la partecipazione effettiva degli attori più vulnerabili. Reed e colleghi sottolineano che l'identificazione degli stakeholder deve essere accompagnata da strategie capaci di garantire rappresentatività e inclusione, evitando che i processi decisionali siano dominati esclusivamente dagli stakeholder più influenti²². Nei contesti sanitari e, in particolare, nei servizi di salute mentale, tali asimmetrie possono riguardare utenti, caregiver o gruppi socialmente svantaggiati.

Infine, nei servizi di salute mentale l'identificazione degli stakeholder assume caratteristiche specifiche, poiché il percorso di cura coinvolge non solo professionisti sanitari e organizzazioni sanitarie, ma anche famiglie, servizi sociali,

²¹ Si rinvia a ROWLEY T. J., *Moving Beyond Dyadic Ties: A Network Theory of Stakeholder Influences*, "Academy of Management Review", Vol. 22, 1997.

²² Si veda REED M. S. et al., op. cit.

istituzioni locali, associazioni di utenti, cooperative sociali e reti comunitarie. La mappatura degli stakeholder diventa pertanto uno strumento essenziale per comprendere la complessità delle relazioni che caratterizzano tali servizi e per progettare processi di stakeholder engagement realmente efficaci e inclusivi.

Una parte della letteratura recente ha inoltre evidenziato i limiti di una lettura puramente selettiva dello stakeholder management. Barnett, Henriques e Husted sottolineano che tale logica può risultare insufficiente quando l'organizzazione è chiamata ad affrontare problemi complessi e interdipendenti, che richiedono cooperazione e continuità d'azione tra più attori²³. In questi casi, lo stakeholder management rischia di incentivare risposte frammentarie e orientate al breve termine, mentre l'efficacia delle strategie richiede forme di governance collaborative.

In conclusione, l'identificazione e la valutazione della salienza degli stakeholder rappresentano una fase preliminare essenziale per la progettazione di processi di stakeholder engagement efficaci.

Nei sistemi sanitari e, in particolare, nei servizi di salute mentale, la complessità delle reti di attori coinvolti e le asimmetrie di potere rendono necessario adottare approcci inclusivi e collaborativi.

²³ Cfr BARNETT M. L., HENRIQUES I., HUSTED B. W., Beyond Good Intentions: Designing CSR Initiatives for Greater Social Impact, "Journal of Management", Vol. 44, 2018

2.3 DALLO STAKEHOLDER MANAGEMENT ALLO STAKEHOLDER ENGAGEMENT

Nel dibattito accademico, la stakeholder theory ha conosciuto un'evoluzione che ha condotto al progressivo superamento della logica dello stakeholder management a favore di una prospettiva più relazionale e partecipativa definita come stakeholder engagement²⁴.

Nella formulazione originaria della stakeholder theory, l'attenzione era principalmente focalizzata sull'identificazione degli stakeholder rilevanti e sulla gestione delle loro aspettative in funzione della sopravvivenza e della performance dell'organizzazione.

In questa impostazione, l'organizzazione mantiene un ruolo centrale e definisce strategie di interazione con gli stakeholder in modo prevalentemente strumentale, con l'obiettivo di ridurre conflitti e garantire stabilità²⁵.

Successivamente, la letteratura ha posto maggiore enfasi sulla dimensione relazionale e sulla creazione di valore condiviso.

Gli stakeholder non sono più considerati semplici portatori di interessi da gestire, ma soggetti con cui costruire relazioni collaborative e durature²⁶. In questa

²⁴ Cfr GREENWOOD M., Stakeholder Engagement: Beyond the Myth of Corporate Responsibility, "Journal of Business Ethics", Vol. 74, 2007; FREEMAN R. E. et al., Stakeholder Theory: The State of the Art, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.

²⁵ Si rinvia a FREEMAN R. E., Strategic Management: A Stakeholder Approach, Pitman, Boston, 1984; DONALDSON T., PRESTON L. E., The Stakeholder Theory of the Corporation, "Academy of Management Review", Vol. 20, 1995.

prospettiva, lo stakeholder engagement si configura quindi come un processo strutturato di coinvolgimento degli stakeholder nelle attività organizzative, fondato su dialogo, trasparenza e reciprocità²⁷.

L'engagement implica un cambiamento significativo nelle dinamiche di potere organizzativo.

Mentre lo stakeholder management può essere concepito come un processo unidirezionale, lo stakeholder engagement presuppone una comunicazione bidirezionale e la possibilità di includere gli stakeholder nei processi decisionali²⁸.

Le forme di coinvolgimento possono assumere livelli differenti, che vanno dalla semplice informazione alla consultazione, fino alla partnership e alla co-progettazione²⁹.

La letteratura sulla partecipazione ha contribuito a chiarire le diverse forme di stakeholder engagement attraverso modelli a continuum. Arnstein propone la nota "scala della partecipazione", che distingue livelli progressivi di coinvolgimento dei cittadini, dalla manipolazione e informazione fino alla partnership e al controllo

²⁶ Si rinvia a FREEMAN R. E. et al., op. cit.; PHILLIPS R., *Stakeholder Theory and Organizational Ethics*, Berrett-Koehler, San Francisco, 2003

²⁷ Cfr GREENWOOD M., op. cit.; BRYSON J. M., *What to Do When Stakeholders Matter*, "Public Management Review", Vol. 6, 2004

²⁸ Si veda ROWLEY T. J., *Moving Beyond Dyadic Ties: A Network Theory of Stakeholder Influences*, "Academy of Management Review", Vol. 22, 1997; REED M. S. et al., *Who's in and Why? A Typology of Stakeholder Analysis Methods*, "Journal of Environmental Management", Vol. 90, 2009.

²⁹ Cfr ACCOUNTABILITY, *AA1000 Stakeholder Engagement Standard*, AccountAbility, London, 2015.

condiviso delle decisioni³⁰. Questo modello evidenzia come non tutte le forme di coinvolgimento abbiano lo stesso valore e come l'effettivo engagement richieda un reale trasferimento di potere decisionale.

Sviluppi successivi hanno introdotto il concetto di co-production dei servizi pubblici, definito come la collaborazione tra utenti e professionisti nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi³¹.

Nei contesti sanitari, la co-production si traduce in pratiche di co-design dei servizi, advisory board di pazienti e processi di experience-based design, che integrano competenze professionali e conoscenze esperienziali degli utenti³².

Nel settore sanitario, tali approcci si collegano al concetto di patient and family engagement, che promuove la partecipazione attiva di pazienti e caregiver nelle decisioni cliniche e organizzative³³.

Tale prospettiva assume particolare rilevanza nei servizi di salute mentale, caratterizzati da percorsi terapeutici che richiedono una collaborazione continua tra utenti, famiglie, professionisti e comunità territoriali.

³⁰ Cfr ARNSTEIN S. R., A Ladder of Citizen Participation, "Journal of the American Institute of Planners", Vol. 35, 1969.

³¹ Si rinvia a BOVAIRD T., Beyond Engagement and Participation: User and Community Co-Production, "Public Administration Review", Vol. 67, 2007;

OSBORNE S. P., The New Public Governance, Routledge, London, 2010.

³² Cfr BATE P., ROBERT G., Experience-Based Design, Radcliffe Publishing, Oxford, 2006; BATALDEN M. et al., Co-Production of Healthcare Service, "BMJ Quality & Safety", Vol. 25, 2016.

³³ Si veda CARMAN K. L. et al., Patient and Family Engagement, "Health Affairs", Vol. 32, 2013.

L'evoluzione dallo stakeholder management allo stakeholder engagement implica quindi un cambiamento non solo terminologico, ma culturale e organizzativo, che richiede nuove competenze, strumenti partecipativi e modelli di governance collaborativa. Questo passaggio teorico riflette l'evoluzione dei modelli organizzativi contemporanei, sempre più orientati alla responsabilità sociale, alla sostenibilità e alla legittimazione istituzionale³⁴.

Lo stakeholder engagement rappresenta pertanto una prospettiva che integra dimensioni economiche, sociali ed etiche, valorizzando le relazioni tra organizzazione e ambiente.

Nei sistemi sanitari e nei servizi di salute mentale, esso costituisce un riferimento teorico fondamentale per progettare interventi partecipativi e centrati sulla persona. Nel paragrafo successivo verranno approfonditi i principali modelli e livelli di stakeholder engagement.

³⁴ Cfr FREEMAN R. E., HARRISON J. S., WICKS A. C., *Managing for Stakeholders*, Yale University Press, New Haven, 2007; PHILLIPS R., op. cit.

2.4 DEFINIZIONI E MODELLI DI STAKEHOLDER ENGAGEMENT

Il concetto di stakeholder engagement si è progressivamente affermato nella letteratura come evoluzione della stakeholder theory e come risposta alla crescente complessità dei contesti organizzativi contemporanei³⁵. Esso indica un processo sistematico e continuo attraverso il quale un'organizzazione coinvolge i propri stakeholder nelle attività decisionali e operative, al fine di costruire relazioni collaborative e generare valore condiviso³⁶.

La letteratura propone diverse definizioni di stakeholder engagement, accomunate dall'idea di interazione reciproca tra organizzazione e stakeholder. L'engagement non consiste nella semplice comunicazione unidirezionale, ma implica dialogo, ascolto attivo e partecipazione³⁷. In questa prospettiva, gli stakeholder non sono considerati destinatari passivi delle decisioni organizzative, ma attori coinvolti nella definizione degli obiettivi e delle strategie³⁸.

³⁵ Cfr GREENWOOD M., Stakeholder Engagement: Beyond the Myth of Corporate Responsibility, "Journal of Business Ethics", Vol. 74, 2007; FREEMAN R. E., HARRISON J. S., WICKS A. C., PARMAR B. L., DE COLLE S., Stakeholder Theory: The State of the Art, Cambridge University Press, Cambridge, 2010

³⁶ Si veda BRYSON J. M., What to Do When Stakeholders Matter: Stakeholder Identification and Analysis Techniques, "Public Management Review", Vol. 6, 2004; REED M. S. et al., Who's in and Why? A Typology of Stakeholder Analysis Methods, "Journal of Environmental Management", Vol. 90, 2009.

³⁷ Cfr ACCOUNTABILITY, AA1000 Stakeholder Engagement Standard, AccountAbility, London, 2015.

³⁸ Si veda GREENWOOD M., op. cit

A differenza dello stakeholder management, che si concentra principalmente sull'identificazione e sulla gestione degli interessi degli stakeholder, lo stakeholder engagement implica una partecipazione attiva degli attori coinvolti. L'engagement presuppone trasparenza, fiducia e responsabilità reciproca, elementi che consentono di costruire relazioni durature e di migliorare la qualità dei processi decisionali³⁹.

La letteratura distingue diversi livelli di stakeholder engagement, spesso rappresentati come un continuum. Nei livelli iniziali, l'organizzazione si limita a informare gli stakeholder o a raccoglierne opinioni attraverso consultazioni.

Nei livelli intermedi, si sviluppano forme di coinvolgimento strutturato che includono tavoli di confronto e processi deliberativi. Nei livelli più avanzati, si realizzano partnership e forme di co-progettazione, fino alla partecipazione diretta degli stakeholder nei processi decisionali e nella governance organizzativa⁴⁰.

Alcuni modelli teorici hanno contribuito a chiarire le dimensioni dello stakeholder engagement. Tra questi, il modello del continuum dell'engagement distingue tra informazione, consultazione, coinvolgimento e collaborazione³⁵. Altri approcci evidenziano la dimensione relazionale dell'engagement, sottolineando l'importanza della fiducia, della reciprocità e della qualità delle interazioni tra

³⁹ Cfr PHILLIPS R., *Stakeholder Theory and Organizational Ethics*, Berrett-Koehler, San Francisco, 2003.

⁴⁰ Cfr ARNSTEIN S. R., *A Ladder of Citizen Participation*, "Journal of the American Institute of Planners", Vol. 35, 1969.

organizzazione e stakeholder³³. Ulteriori contributi pongono l'attenzione sul ruolo delle istituzioni e del contesto sociale³⁴.

Lo stakeholder engagement non rappresenta soltanto uno strumento operativo, ma un elemento centrale della governance organizzativa⁴¹. Il coinvolgimento degli stakeholder permette infatti di integrare competenze, conoscenze ed esperienze differenti, contribuendo a una comprensione più ampia dei problemi e delle possibili soluzioni³⁴.

La progettazione di processi di stakeholder engagement richiede un approccio strutturato. È necessario definire obiettivi chiari, individuare gli stakeholder rilevanti, scegliere strumenti adeguati di coinvolgimento e valutare gli esiti delle attività svolte⁴².

Tra gli strumenti maggiormente utilizzati rientrano, consultazioni pubbliche, focus group, interviste e comitati consultivi³⁴.

La letteratura evidenzia tuttavia anche alcune criticità. In molti casi, le iniziative di engagement assumono carattere simbolico o superficiale, senza reale condivisione del potere decisionale, fenomeno definito tokenism³⁸.

⁴¹ Si rinvia a FREEMAN R. E., HARRISON J. S., WICKS A. C., *Managing for Stakeholders: Survival, Reputation and Success*, Yale University Press, New Haven, 2007.

⁴² Cfr REED M. S. et al., op. cit.; ACCOUNTABILITY, op. cit.

Altre difficoltà riguardano la rappresentatività degli stakeholder coinvolti, la gestione dei conflitti tra interessi divergenti e la misurazione dell'impatto dell'engagement sui risultati organizzativi⁴⁰.

Nonostante tali criticità, lo stakeholder engagement rappresenta oggi un riferimento teorico fondamentale nei contesti caratterizzati da elevata complessità sociale e organizzativa⁴³. Nei sistemi sanitari, la letteratura ha sviluppato modelli specifici di stakeholder engagement centrati sulla persona. Carman e colleghi propongono un continuum di patient and family engagement articolato su tre livelli⁴⁴. Analogamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea l'importanza di sistemi sanitari people-centred⁴⁵.

Nel campo della salute mentale, tali modelli si intrecciano con approcci orientati alla recovery e alla co-produzione dei servizi, che riconoscono il ruolo centrale degli utenti e delle famiglie nella definizione dei percorsi terapeutici e organizzativi⁴⁶. La valutazione dei processi di stakeholder engagement rappresenta inoltre un ambito rilevante della letteratura contemporanea. Nei contesti sanitari, la misurazione dell'engagement può includere indicatori clinici e organizzativi,

⁴³ Si veda FREEMAN R. E. et al., op. cit.; BRYSON J. M., op. cit.

⁴⁴ Cfr CARMAN K. L. et al., Patient and Family Engagement: A Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies, "Health Affairs", Vol. 32, 2013.

⁴⁵ Si rinvia a WORLD HEALTH ORGANIZATION, Framework on Integrated, People-Centred Health Services, WHO, Geneva, 2016.

⁴⁶ Cfr BATALDEN M. et al., Co-Production of Healthcare Service, "BMJ Quality & Safety", Vol. 25, 2016.

nonché strumenti quali patient-reported outcome measures (PROMs) e patient-reported experience measures (PREMs).⁴⁷

2.5 STAKEHOLDER ENGAGEMENT NEI CONTESTI SANITARI

I sistemi sanitari rappresentano contesti organizzativi caratterizzati da elevata complessità istituzionale e da una forte interdipendenza tra attori diversi⁴⁸.

A differenza di altri settori, la sanità coinvolge simultaneamente una pluralità di stakeholder con interessi, responsabilità e ruoli differenti: pazienti, famiglie, professionisti sanitari, organizzazioni sanitarie, istituzioni pubbliche, enti regolatori, comunità locali e organizzazioni del terzo settore⁴⁹. Questa molteplicità rende particolarmente rilevante l'applicazione della stakeholder theory e delle pratiche di stakeholder engagement⁵⁰.

Nel settore sanitario, il coinvolgimento degli stakeholder assume una dimensione centrale poiché le decisioni organizzative hanno un impatto diretto sulla salute e sul benessere delle persone. La qualità dell'assistenza, la sicurezza dei pazienti,

⁴⁷ Cfr COULTER A., *Measuring What Matters to Patients*, King's Fund, London, 2012.

⁴⁸ Cfr WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Framework on Integrated, People-Centred Health Services*, WHO, Geneva, 2016; SHORTELL S. M., KALUZNY A. D., *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, Cengage Learning, Boston, 2006.

⁴⁹ Si veda CARMAN K. L. et al., *Patient and Family Engagement: A Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies*, "Health Affairs", Vol. 32, 2013, pp. 223-231

⁵⁰ Cfr FREEMAN R. E., HARRISON J. S., WICKS A. C., PARMAR B. L., DE COLLE S., *Stakeholder Theory: The State of the Art*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.

l'accessibilità dei servizi e l'equità delle cure dipendono in larga misura dalla capacità dei sistemi sanitari di integrare prospettive diverse nei processi decisionali⁵¹. In tale prospettiva, lo stakeholder engagement rappresenta uno strumento fondamentale per migliorare l'efficacia e la legittimazione delle politiche sanitarie⁵².

La letteratura internazionale ha sviluppato il concetto di patient engagement come componente essenziale dei sistemi sanitari centrati sulla persona⁴⁷. Il patient engagement si riferisce alla partecipazione attiva dei pazienti e delle loro famiglie nei processi di cura, nelle decisioni cliniche e nella progettazione dei servizi sanitari⁵³.

Tale approccio supera il modello paternalistico tradizionale, promuovendo una relazione collaborativa tra pazienti e professionisti sanitari basata su informazione condivisa, fiducia e responsabilità reciproca⁵⁴.

Il coinvolgimento degli stakeholder in sanità può essere analizzato su diversi livelli. A livello della cura individuale, l'engagement riguarda la partecipazione del paziente nelle decisioni cliniche e nella gestione della propria salute. A livello

⁵¹ Cfr COULTER A., *Measuring What Matters to Patients*, King's Fund, London, 2012.

⁵² Cfr BATALDEN M. et al., *Co-Production of Healthcare Service*, "BMJ Quality & Safety", Vol. 25, 2016, pp. 509-517.

⁵³ Si rinvia a COULTER A., OLDHAM J., *Person-Centred Care: What Is It and How Do We Get There?*, "The Future Hospital Journal", Vol. 3, 2016.

⁵⁴ Cfr BARRY M. J., EDGMAN-LEVITAN S., *Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care*, "New England Journal of Medicine", Vol. 366, 2012.

organizzativo, esso include la partecipazione di pazienti e cittadini nella progettazione e valutazione dei servizi sanitari. A livello di policy, riguarda il coinvolgimento di cittadini e comunità nella definizione delle politiche sanitarie e nella pianificazione dei servizi⁴⁷.

Numerosi studi hanno evidenziato i benefici dello stakeholder engagement nei sistemi sanitari. Il coinvolgimento attivo dei pazienti e delle comunità può contribuire a migliorare gli esiti clinici, aumentare la sicurezza delle cure e migliorare l'aderenza terapeutica⁴⁹. Inoltre, l'engagement può favorire un uso più efficiente delle risorse sanitarie e contribuire alla sostenibilità dei sistemi sanitari⁴⁶.

Il coinvolgimento degli stakeholder può inoltre aumentare la fiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie e rafforzare la legittimazione delle decisioni pubbliche⁴⁷.

Nonostante i benefici evidenziati, l'applicazione dello stakeholder engagement in sanità presenta alcune criticità. Le disuguaglianze sociali e culturali possono limitare la partecipazione di alcune categorie di pazienti, generando processi di engagement non rappresentativi⁵¹. Inoltre, le dinamiche di potere tra professionisti sanitari e pazienti possono ostacolare una reale condivisione delle decisioni⁵². In alcuni casi, le iniziative di engagement rimangono simboliche o formali, senza incidere concretamente sulle scelte organizzative⁴⁷.

La letteratura sottolinea pertanto la necessità di progettare processi di stakeholder engagement strutturati e inclusivi, capaci di garantire rappresentatività, trasparenza

e continuità nel coinvolgimento degli attori⁵⁵. Nei sistemi sanitari, tali processi si concretizzano attraverso strumenti operativi quali pratiche di shared decision making, patient advisory board e processi di experience-based co-design⁵⁶. Ulteriori strumenti includono focus group di utenti e consultazioni pubbliche, utilizzati per integrare le prospettive dei cittadini nella pianificazione sanitaria⁴⁷.

Nei sistemi sanitari contemporanei, caratterizzati da crescente complessità demografica ed epidemiologica, lo stakeholder engagement rappresenta uno strumento fondamentale per sviluppare servizi più efficaci, equi e centrati sui bisogni delle persone⁴⁶. Tale prospettiva assume particolare rilevanza nei servizi di salute mentale, caratterizzati da una forte interdipendenza tra dimensioni cliniche, sociali e territoriali.

⁵⁵ Cfr ACCOUNTABILITY, AA1000 Stakeholder Engagement Standard, AccountAbility, London, 2015.

⁵⁶ Si veda BATE P., ROBERT G., Experience-Based Design: From Redesigning the System Around the Patient to Co-Designing Services With the Patient, Radcliffe Publishing, Oxford, 2006.

2.6 STAKEHOLDER ENGAGEMENT NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

I servizi di salute mentale rappresentano un ambito particolarmente complesso dei sistemi sanitari, caratterizzato da una forte interdipendenza tra dimensioni cliniche, sociali, familiari e comunitarie⁵⁷.

I disturbi mentali non riguardano infatti soltanto l'individuo, ma coinvolgono le relazioni familiari, il contesto lavorativo, le reti sociali e le istituzioni territoriali⁵⁸.

Per questo motivo, i servizi di salute mentale richiedono modelli organizzativi fondati sul coinvolgimento e sulla collaborazione tra i diversi attori coinvolti nei percorsi assistenziali⁵⁹.

Nel campo della salute mentale, la pluralità degli stakeholder è particolarmente ampia.

Oltre ai pazienti e ai professionisti sanitari, sono coinvolti familiari, caregiver, servizi sociali, scuole, datori di lavoro, comunità locali e organizzazioni del terzo settore⁶⁰. La complessità delle relazioni tra questi attori richiede approcci

⁵⁷ Cfr THORNICROFT G., TANSELLA M., The Balanced Care Model for Global Mental Health, "Psychological Medicine", 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, Mental Health Action Plan 2013–2020, WHO, Geneva, 2013

⁵⁸ Si rinvia a DE SILVA M. J. et al., Social Determinants of Mental Health, WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014.

⁵⁹ Cfr SLAY J., STEPHENS L., Co-production in Mental Health: A Literature Review, New Economics Foundation, London, 2013.

⁶⁰ Si veda WORLD HEALTH ORGANIZATION, Mental Health Action Plan 2013–2020, WHO, Geneva, 2013; THORNICROFT G., Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness, Oxford University Press, 2006.

collaborativi capaci di integrare competenze diverse e di coordinare interventi multidisciplinari⁵⁵. La qualità dei servizi di salute mentale dipende infatti non solo dalle cure cliniche, ma anche dalla capacità di costruire reti territoriali integrate e percorsi di presa in carico continuativa⁵⁸.

La letteratura internazionale ha sviluppato modelli di assistenza orientati alla recovery, alla partecipazione attiva degli utenti e alla co-produzione dei servizi. Il recovery model concepisce la salute mentale non soltanto come assenza di sintomi, ma come percorso di autonomia, inclusione sociale e qualità della vita⁶¹. In questo approccio, la persona con disturbo mentale diventa protagonista del proprio percorso di cura e partecipa nelle decisioni che riguardano la propria salute⁶². Lo stakeholder engagement diventa quindi uno strumento fondamentale per promuovere empowerment, autodeterminazione e dignità delle persone⁵⁷.

La co-production rappresenta un ulteriore sviluppo di questa prospettiva. Nei modelli di co-produzione, utenti, famiglie e professionisti collaborano nella progettazione e nella valutazione dei servizi di salute mentale⁶³. Tale approccio consente di integrare conoscenze cliniche e vissuti personali, migliorando

⁶¹ Cfr ANTHONY W. A., Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System, "Psychosocial Rehabilitation Journal", 1993.

⁶² Si veda SLADE M., Personal Recovery and Mental Illness, Cambridge University Press, Cambridge, 2009

⁶³ Si rinvia a BATALDEN M. et al., Co-Production of Healthcare Service, "BMJ Quality & Safety", Vol. 25, 2016.

l'aderenza ai trattamenti e la qualità percepita dei servizi⁶⁴. Un ulteriore sviluppo riguarda il peer support, ossia il coinvolgimento di utenti con esperienza diretta nel supporto ad altri utenti⁶⁵.

Il coinvolgimento degli stakeholder nei servizi di salute mentale può essere analizzato su più livelli: individuale, organizzativo e comunitario⁵⁸. Nel campo della salute mentale, la letteratura ha inoltre evidenziato l'importanza della shared decision making nelle scelte terapeutiche⁶⁶, che promuove la collaborazione tra utenti e professionisti sanitari e contribuisce a migliorare l'aderenza ai trattamenti e la soddisfazione degli utenti⁶⁷.

Numerosi studi evidenziano che il coinvolgimento attivo degli utenti e delle famiglie può migliorare gli esiti clinici, aumentare l'aderenza ai trattamenti e favorire l'integrazione sociale⁶⁰.

Nonostante i benefici evidenziati, lo stakeholder engagement nella salute mentale presenta criticità specifiche.

⁶⁴ Cfr REPPER J., CARTER T., A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services, "Journal of Mental Health", 2011.

⁶⁵ Cfr HAMANN J., LEUCHT S., KISSLING W., Shared Decision Making in Psychiatry, "Acta Psychiatrica Scandinavica", 2003.

⁶⁶ Si veda BARRY M. J., EDGMAN-LEVITAN S., Shared Decision Making, "New England Journal of Medicine", 2012.

⁶⁷ Cfr THORNICROFT G., Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness, Oxford University Press, 2006

Lo stigma sociale e le disuguaglianze socio-economiche possono limitare la partecipazione degli utenti. Inoltre, le dinamiche di potere tra professionisti e pazienti possono ostacolare una reale collaborazione⁶⁰.

La letteratura sottolinea pertanto la necessità di sviluppare modelli di stakeholder engagement inclusivi e adattati ai servizi di salute mentale⁵⁵. Nei servizi contemporanei, lo stakeholder engagement rappresenta un elemento essenziale per costruire interventi efficaci e orientati alla comunità.⁵⁷

CAPITOLO 3

METODOLOGIA DELLA RICERCA

3.1 IL METODO DELLO STUDIO DI CASO

Lo studio di caso rappresenta uno dei principali approcci metodologici utilizzati nella ricerca nelle scienze sociali ed economico-aziendali, in quanto consente di analizzare fenomeni complessi all'interno del loro contesto reale. Secondo la definizione proposta da Yin (2003), lo studio di caso può essere inteso come un'indagine empirica che esamina un fenomeno contemporaneo nel suo contesto di vita reale, soprattutto quando i confini tra fenomeno e contesto non risultano chiaramente distinguibili⁶⁸.

Il metodo si caratterizza inoltre per il ricorso a fonti informative differenti, integrate secondo una logica di triangolazione⁶⁹

Una delle principali peculiarità dello studio di caso è il suo approccio olistico: il fenomeno non viene analizzato come un insieme isolato di variabili, bensì nella sua interezza e complessità, considerando le relazioni tra gli elementi che lo compongono e il contesto in cui esso si sviluppa⁷⁰. Tale caratteristica rende lo studio

⁶⁸ Cfr. YIN R.K., *Case Study Research: Design and Methods*, 3rd ed., Thousand Oaks, Sage Publications, 2003

⁶⁹ Cfr. CHIUCCHI M.S. *Il metodo del caso di studio nel management accounting*, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 8–10.

⁷⁰ Cfr. YIN R.K., *Case Study Research*, cit.; M.S. Chiucchi, *Il metodo del caso di studio*, cit., pp. 9–11.

di caso particolarmente adatto all'analisi di fenomeni fortemente contestualizzati. Inoltre, lo studio di caso consente un'analisi approfondita, focalizzata su un numero limitato di unità di osservazione, ma caratterizzata da un elevato livello di dettaglio. Un ulteriore elemento distintivo è rappresentato dalla molteplicità delle tecniche di raccolta e analisi dei dati.

Il ricercatore può avvalersi sia di strumenti qualitativi sia quantitativi, tra cui l'analisi documentale, l'osservazione diretta e le interviste. La scelta delle tecniche di raccolta dati dipende dagli obiettivi della ricerca e dalle caratteristiche del contesto analizzato⁷¹.

Nella letteratura si distinguono diverse tipologie di studio di caso, in funzione degli obiettivi perseguiti.

In particolare, è possibile individuare casi descrittivi, esplorativi ed esplicativi⁷². I casi descrittivi mirano a fornire una rappresentazione dettagliata di un fenomeno; i casi esplorativi sono orientati all'analisi di fenomeni poco conosciuti e alla generazione di ipotesi; infine, i casi esplicativi si concentrano sulla comprensione delle relazioni causali e sullo sviluppo di spiegazioni teoriche.

Lo studio di caso assume un ruolo rilevante anche nel processo di sviluppo teorico. Esso può essere utilizzato per descrivere fenomeni, ma anche per generare nuove

⁷¹ Si veda CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 11–12.

⁷² Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 18–22.

teorie, affinarne di esistenti o verificarne la validità empirica.⁷³ In tale prospettiva, il metodo si inserisce in un processo iterativo caratterizzato da una continua interazione tra dati empirici e concetti teorici.

Un aspetto centrale riguarda la possibilità di generalizzare i risultati. A differenza dell'approccio quantitativo, che mira alla generalizzazione statistica, lo studio di caso si fonda su una generalizzazione di tipo teorico o analitico⁷⁴. I risultati della ricerca non vengono pertanto estesi statisticamente a una popolazione più ampia, ma contribuiscono allo sviluppo di interpretazioni teoriche applicabili a contesti analoghi.

Infine, lo studio di caso può essere interpretato secondo differenti paradigmi di ricerca. Nell'approccio positivista, esso è utilizzato principalmente per supportare la formulazione di ipotesi, mentre nell'approccio interpretativo assume un ruolo centrale, in quanto consente di comprendere i significati attribuiti dagli attori sociali ai fenomeni osservati⁷.

Alla luce delle caratteristiche sopra descritte, il metodo dello studio di caso risulta particolarmente coerente con gli obiettivi del presente lavoro. La ricerca si propone infatti di analizzare le dinamiche di stakeholder engagement nei servizi di salute mentale, fenomeno caratterizzato da elevata complessità relazionale, organizzativa

⁷³ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 18–22.

⁷⁴ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 21–25; si rinvia inoltre alle pp. 13–15.

e territoriale. In tale prospettiva, l'adozione dello studio di caso consente di sviluppare una comprensione approfondita e contestualizzata del fenomeno oggetto di studio.

3.2 APPLICAZIONE DEL METODO DI STUDIO DI CASO

Coerentemente con gli obiettivi della ricerca e con la natura del fenomeno analizzato, il presente lavoro adotta il metodo dello studio di caso quale principale strategia di indagine empirica.

Tale scelta metodologica deriva dalla necessità di approfondire un fenomeno complesso, multidimensionale e fortemente contestualizzato, quale lo stakeholder engagement nei servizi di salute mentale territoriali.

Come evidenziato nella letteratura metodologica, lo studio di caso risulta particolarmente adatto all'analisi di fenomeni contemporanei inseriti nel loro contesto reale, soprattutto quando i confini tra fenomeno osservato e contesto non risultano chiaramente distinguibili⁷⁵.

Nei servizi di salute mentale, infatti, le dinamiche organizzative, relazionali e territoriali si sviluppano attraverso l'interazione tra una pluralità di attori – istituzioni sanitarie, professionisti, utenti, famiglie e organizzazioni territoriali –

⁷⁵ Cfr. YIN R.K., *Case Study Research: Design and Methods*, 3rd ed., Thousand Oaks, Sage Publications, 2003; CHIUCCHI M.S., *Il metodo del caso di studio nel management accounting*, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 8-11.

rendendo necessario un approccio capace di cogliere tale complessità.

L'adozione dello studio di caso consente di mantenere una prospettiva olistica del fenomeno, analizzando non soltanto singole variabili, ma anche le relazioni e i processi che caratterizzano il contesto osservato.

In questa prospettiva, particolare attenzione viene rivolta alle modalità attraverso cui si sviluppano le pratiche di stakeholder engagement e ai processi di collaborazione che emergono nei servizi territoriali di salute mentale.

Dal punto di vista epistemologico, la ricerca si colloca prevalentemente all'interno di una prospettiva interpretativa. Tale approccio considera la realtà organizzativa come il risultato delle interazioni sociali e attribuisce centralità ai significati e alle pratiche costruite dagli attori coinvolti⁷⁶.

Nel contesto della salute mentale, questa prospettiva appare particolarmente rilevante, poiché i processi assistenziali e organizzativi dipendono in larga misura dalle relazioni tra soggetti diversi e dalle modalità attraverso cui tali relazioni vengono costruite e negoziate.

Lo studio di caso consente inoltre di integrare differenti fonti informative secondo una logica di triangolazione, elemento che rappresenta uno dei principali punti di forza di questo metodo⁷⁷. L'utilizzo combinato di documentazione progettuale,

⁷⁶ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio nel management accounting, cit., pp. 13-20.

⁷⁷ Cfr. YIN R.K., Case Study Research, cit.; CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 11-12.

letteratura scientifica e dati relativi al contesto territoriale permette infatti di costruire un'analisi più articolata e coerente del fenomeno osservato, riducendo il rischio di interpretazioni parziali.

Nel presente lavoro, il metodo dello studio di caso verrà applicato all'analisi di un progetto sviluppato nel contesto dei servizi territoriali di salute mentale, che sarà approfondito nel capitolo successivo.

La scelta del caso risponde all'esigenza di osservare concretamente le modalità attraverso cui le pratiche di stakeholder engagement possono contribuire alla progettazione e allo sviluppo di interventi orientati alla prevenzione e al benessere psicologico.

Infine, l'adozione dello studio di caso risulta coerente con l'obiettivo generale della ricerca, che non è quello di produrre generalizzazioni statistiche, bensì di sviluppare una comprensione approfondita e contestualizzata del fenomeno dello stakeholder engagement nei servizi di salute mentale.

In tale prospettiva, il valore della ricerca risiede nella possibilità di contribuire allo sviluppo di interpretazioni teoriche applicabili anche ad altri contesti organizzativi caratterizzati da elevata complessità relazionale e territoriale.

3.3 TIPOLOGIA DI CASO DI STUDIO

La classificazione dello studio di caso rappresenta un passaggio metodologico rilevante, in quanto consente di chiarire le finalità conoscitive della ricerca e il contributo atteso sul piano teorico ed empirico.

La letteratura metodologica distingue infatti differenti tipologie di studio di caso in relazione agli obiettivi perseguiti, alle modalità di analisi e al ruolo attribuito al caso nel processo di costruzione della conoscenza⁷⁸.

Nel presente lavoro, il caso analizzato può essere ricondotto principalmente a una tipologia esplorativa. Gli studi di caso esplorativi vengono utilizzati quando il fenomeno oggetto di indagine risulta ancora poco approfondito o caratterizzato da elevata complessità, e consentono di individuare dimensioni rilevanti, dinamiche relazionali e possibili interpretazioni teoriche⁷⁹.

Tale impostazione risulta coerente con l'obiettivo della ricerca, orientata ad approfondire il ruolo dello stakeholder engagement nei servizi territoriali di salute mentale, tema che presenta ancora margini significativi di sviluppo nella letteratura. Accanto alla dimensione esplorativa, il presente studio assume anche caratteristiche proprie degli studi descrittivi.

⁷⁸ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio nel management accounting, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 15-21.

⁷⁹ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 18-20.

La ricerca mira, infatti, a ricostruire in modo articolato il contesto organizzativo e territoriale analizzato, le relazioni tra gli stakeholder coinvolti e le modalità attraverso cui si sviluppano i processi di engagement.

La componente descrittiva risulta fondamentale per comprendere il funzionamento del caso e per contestualizzare le dinamiche osservate all'interno del sistema dei servizi di salute mentale.

Lo studio presenta inoltre elementi riconducibili ai casi a orientamento interpretativo, nei quali l'obiettivo principale non consiste nell'individuazione di relazioni causali generalizzabili, bensì nella comprensione dei significati, delle pratiche e delle interazioni che caratterizzano il fenomeno osservato⁸⁰.

In questa prospettiva, il caso studio viene utilizzato per approfondire le modalità attraverso cui gli attori coinvolti costruiscono pratiche di collaborazione e partecipazione nei contesti territoriali di salute mentale.

Dal punto di vista del contributo teorico, il presente lavoro si colloca prevalentemente nell'ambito degli studi orientati allo sviluppo e all'affinamento della teoria. Come evidenziato nella letteratura sul case study, questo metodo può infatti contribuire non solo alla descrizione dei fenomeni, ma anche alla costruzione di interpretazioni teoriche e all'approfondimento di concetti già esistenti⁸¹. Nel caso specifico, l'analisi empirica consente di mettere in relazione il quadro teorico dello

⁸⁰ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 13-18.

⁸¹ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 18-22.

stakeholder engagement con le dinamiche concrete che emergono nei servizi di salute mentale territoriali.

Sotto un ulteriore profilo, il caso può essere interpretato anche come uno studio strumentale, nel quale il caso specifico non rappresenta esclusivamente un oggetto di interesse autonomo, ma viene utilizzato per comprendere una problematica più ampia⁸². In questo senso, il contesto analizzato costituisce uno strumento utile per approfondire il ruolo dello stakeholder engagement nei servizi sanitari complessi e nelle reti territoriali orientate alla salute mentale.

Alla luce di tali considerazioni, il presente lavoro non può essere ricondotto rigidamente a un'unica categoria metodologica, ma si configura piuttosto come uno studio multidimensionale, che integra finalità esplorative, descrittive e interpretative.

Tale articolazione appare coerente con la complessità del fenomeno analizzato e con l'obiettivo di sviluppare una comprensione approfondita e contestualizzata delle dinamiche di stakeholder engagement nei servizi di salute mentale.

⁸² Cfr. STAKE R.E. , The Art of Case Study Research, Thousand Oaks, Sage Publications, 1995

3.4 DEFINIZIONE DELLA RESEARCH QUESTION E FRAMEWORK TEORICO

Nella ricerca qualitativa basata sul case study, la definizione delle research question rappresenta una fase cruciale dell'intero processo investigativo, poiché orienta sia la raccolta sia l'analisi dei dati. Come evidenziato da Yin, lo studio di caso risulta particolarmente adatto quando l'obiettivo della ricerca consiste nel comprendere “come” e “perché” determinati fenomeni si manifestino all'interno di specifici contesti organizzativi e sociali⁸³.

Tale approccio si dimostra particolarmente efficace nello studio di fenomeni complessi, caratterizzati da una forte interdipendenza tra attori, pratiche e contesto di riferimento.

La formulazione delle domande di ricerca richiede un forte ancoraggio al background teorico. Sebbene il case study privilegi l'analisi contestuale e la comprensione approfondita dei fenomeni osservati, la componente teorica mantiene un ruolo centrale nella costruzione del disegno di ricerca⁸⁴. L'analisi della letteratura consente infatti di identificare le principali problematiche ancora aperte, individuare eventuali contraddizioni teoriche e delimitare il perimetro concettuale

⁸³ Cfr. YIN R.K. *Case Study Research: Design and Methods*, 3rd ed., Thousand Oaks, Sage Publications, 2003; CHIUCCHI M.S., *Il metodo del caso di studio nel management accounting*, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 34-36

⁸⁴ Si veda CHIUCCHI M.S., *Il metodo del caso di studio nel management accounting*, cit., pp. 36-38.

dell'indagine. In questo senso, il framework teorico costituisce una guida interpretativa che permette al ricercatore di selezionare gli aspetti più rilevanti del fenomeno e di orientare l'osservazione empirica.

Nella prospettiva positivista, le *research question* tendono ad assumere una formulazione più strutturata e sono frequentemente accompagnate da proposizioni teoriche o ipotesi da verificare empiricamente⁸⁵. In tali casi, i concetti teorici vengono tradotti in variabili osservabili e misurabili, al fine di consentire la verifica delle relazioni ipotizzate tra i diversi elementi analizzati. Diversamente, negli studi di matrice interpretativa, le domande di ricerca possono mantenere una maggiore apertura e flessibilità, evolvendo progressivamente durante l'ingresso nel campo e l'interazione con il contesto studiato.

Come sottolineato da Eisenhardt, un'eccessiva rigidità iniziale potrebbe infatti limitare la capacità del ricercatore di cogliere elementi inattesi e dinamiche emergenti particolarmente significative per la comprensione del fenomeno⁸⁶.

Uno degli elementi distintivi del case study riguarda la natura iterativa del processo di ricerca. Raccolta dati, analisi e ridefinizione delle domande di ricerca tendono frequentemente a sovrapporsi, generando un continuo processo di affinamento interpretativo⁸⁷. Tale caratteristica risulta particolarmente rilevante negli studi

⁸⁵ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 39-41.

⁸⁶ Cfr. EISENHARDT K.M. "Building Theories from Case Study Research", Academy of Management Review, Vol. 14, n. 4, 1989.

⁸⁷ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 41-44.

esplorativi, nei quali il ricercatore non mira esclusivamente alla verifica di ipotesi predefinite, bensì alla costruzione progressiva di interpretazioni teoriche radicate nei dati empirici raccolti sul campo.

In questo quadro, il framework teorico non deve essere interpretato come una struttura rigida capace di vincolare il processo di ricerca, ma piuttosto come uno strumento di orientamento concettuale. Esso permette di mantenere coerenza tra obiettivi, domande di ricerca, raccolta dei dati e interpretazione finale dei risultati, lasciando al contempo spazio alla flessibilità necessaria per comprendere fenomeni organizzativi complessi e dinamici.

Nel presente lavoro, tale impostazione metodologica risulta particolarmente coerente con l'obiettivo di analizzare le dinamiche di stakeholder engagement nei servizi territoriali di salute mentale, fenomeno caratterizzato da elevata complessità relazionale, istituzionale e sociale.

3.5 SELEZIONE DEL CASO

La selezione del caso rappresenta una fase fondamentale nello sviluppo di una ricerca basata sul metodo dello studio di caso, poiché incide direttamente sulla qualità e sulla rilevanza dei risultati ottenuti.

A differenza degli approcci quantitativi, nei quali la scelta delle unità di analisi avviene prevalentemente secondo criteri di rappresentatività statistica, nello studio di caso la selezione viene guidata da criteri teorici e interpretativi, orientati alla comprensione approfondita del fenomeno analizzato⁸⁸.

La letteratura metodologica evidenzia come la scelta del caso debba essere coerente con gli obiettivi della ricerca e con le domande investigative formulate. Yin distingue differenti tipologie di casi, tra cui casi critici, estremi, rivelatori, tipici e longitudinali⁸⁹.

In particolare, i casi rivelatori assumono particolare rilevanza quando consentono di osservare fenomeni difficilmente accessibili o ancora poco esplorati nella letteratura, mentre i casi tipici permettono di analizzare dinamiche considerate rappresentative di specifici contesti organizzativi o istituzionali.

Nel presente lavoro, la selezione del caso è stata guidata dalla volontà di analizzare in profondità le dinamiche di stakeholder engagement nei servizi territoriali di

⁸⁸ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio nel management accounting, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 45-47.

⁸⁹ Cfr. YIN R.K., Case Study Research: Design and Methods, 3rd ed., Thousand Oaks, Sage Publications, 2003

salute mentale. Il caso scelto presenta infatti caratteristiche che lo rendono particolarmente significativo per osservare processi di collaborazione, coinvolgimento degli stakeholder e costruzione di reti territoriali in un contesto organizzativo complesso. La rilevanza del caso non deriva quindi dalla sua rappresentatività statistica, bensì dalla sua capacità di offrire elementi utili alla comprensione teorica del fenomeno oggetto di studio⁹⁰.

Dal punto di vista metodologico, la scelta del caso risponde a una logica di selezione teorica (*theoretical sampling*), secondo cui il caso viene individuato in funzione del suo potenziale contributo allo sviluppo e all'approfondimento delle interpretazioni teoriche⁹¹. In questa prospettiva, il caso studio non viene considerato semplicemente come oggetto empirico autonomo, ma come strumento attraverso cui analizzare fenomeni più ampi relativi ai processi di stakeholder engagement nei servizi sanitari e socio-sanitari.

Un ulteriore elemento che ha orientato la selezione riguarda la possibilità di osservare il fenomeno nel suo contesto naturale. Nei servizi di salute mentale, infatti, le dinamiche organizzative e relazionali risultano strettamente influenzate dalle caratteristiche del territorio, dalla presenza di reti istituzionali e dalla collaborazione tra attori differenti.

⁹⁰ Si veda CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio nel management accounting, cit., pp. 47-49.

⁹¹ Cfr. EISENHARDT K.M., "Building Theories from Case Study Research", *Academy of Management Review*, Vol. 14, n. 4, 1989.

La scelta di un caso inserito in un contesto territoriale specifico consente pertanto di cogliere la complessità delle interazioni tra stakeholder e di analizzare come tali relazioni contribuiscano alla progettazione e all'implementazione degli interventi.

La letteratura sottolinea inoltre che la selezione del caso deve tenere conto anche di criteri di accessibilità e disponibilità delle informazioni⁹².

La possibilità di accedere alla documentazione progettuale e alle informazioni relative al contesto organizzativo rappresenta infatti una condizione essenziale per sviluppare un'analisi approfondita e coerente con gli obiettivi della ricerca. In questo senso, la disponibilità di fonti informative multiple consente di rafforzare la robustezza dell'analisi e di favorire il processo di triangolazione dei dati.

Infine, in linea con la logica della generalizzazione teorica propria dello studio di caso, il valore della ricerca non risiede nella possibilità di estendere statisticamente i risultati a una popolazione più ampia, bensì nella capacità del caso selezionato di contribuire alla comprensione di fenomeni analoghi in contesti organizzativi simili⁹³. Il caso studio assume quindi una funzione interpretativa e teorica, finalizzata a sviluppare conoscenze utili per l'analisi dello stakeholder engagement nei servizi di salute mentale territoriali.

⁹² Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 49-51.

⁹³ Cfr. YIN R.K., Case Study Research, cit.; M.S. Chiucchi, Il metodo del caso di studio, cit., pp. 21-25.

3.6 FONTI E STRUMENTI DI RACCOLTA DATI

La raccolta dei dati rappresenta una fase centrale nello sviluppo dello studio di caso, in quanto consente di costruire la base empirica necessaria per l'analisi e l'interpretazione del fenomeno osservato. Una delle principali caratteristiche del case study consiste infatti nell'utilizzo di fonti informative multiple, secondo una logica di triangolazione finalizzata a rafforzare la validità e la robustezza dell'analisi⁹⁴.

L'integrazione di differenti tipologie di dati permette di osservare il fenomeno da prospettive diverse e di ridurre il rischio di interpretazioni parziali o distorte.

Nel presente lavoro, la raccolta dei dati si fonda prevalentemente sull'analisi documentale e sull'utilizzo di fonti secondarie relative al contesto organizzativo e territoriale oggetto di studio.

L'analisi documentale costituisce uno degli strumenti più utilizzati negli studi di caso, poiché consente di ricostruire processi, pratiche organizzative e modalità di interazione tra gli attori coinvolti⁹⁵. In particolare, sono stati analizzati materiali progettuali, documenti descrittivi, report istituzionali e fonti relative al sistema territoriale dei servizi di salute mentale.

⁹⁴ Cfr. YIN R.K. Yin, *Case Study Research: Design and Methods*, 3rd ed., Thousand Oaks, Sage Publications, 2003; CHIUCCHI M.S., *Il metodo del caso di studio nel management accounting*, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 52-55.

⁹⁵ Si veda CHIUCCHI M.S., *Il metodo del caso di studio nel management accounting*, cit., pp. 55-58.

Accanto alla documentazione progettuale, un ruolo rilevante è svolto dalla letteratura scientifica sul tema dello stakeholder engagement e dei servizi di salute mentale. L'utilizzo della letteratura consente non soltanto di costruire il quadro teorico di riferimento, ma anche di supportare l'interpretazione delle evidenze empiriche emerse dall'analisi del caso studio.

In questo senso, il dialogo continuo tra teoria e dati rappresenta un elemento distintivo della ricerca qualitativa basata sul case study⁹⁶.

L'analisi del contesto territoriale costituisce un ulteriore elemento fondamentale del processo di raccolta dati.

Nei servizi di salute mentale, infatti, le dinamiche organizzative e assistenziali risultano strettamente influenzate dalle caratteristiche sociali, istituzionali e territoriali del contesto in cui si sviluppano gli interventi. L'esame delle reti territoriali, delle relazioni tra organizzazioni e delle modalità di coordinamento tra attori permette pertanto di comprendere in modo più approfondito il funzionamento dei processi di stakeholder engagement.

La letteratura metodologica sottolinea inoltre l'importanza del protocollo di ricerca, inteso come insieme strutturato di procedure e criteri utilizzati nella raccolta e nell'analisi dei dati⁹⁷. L'adozione di un protocollo consente di garantire maggiore

⁹⁶ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 34-38

⁹⁷ Cfr. YIN R.K., Case Study Research, cit.; M.S. Chiucchi, Il metodo del caso di studio, cit., pp. 58-60

trasparenza e coerenza metodologica, favorendo la tracciabilità del processo di ricerca e riducendo il rischio di soggettività interpretativa. Nel caso dello studio qualitativo, il protocollo non assume necessariamente una forma rigida, ma rappresenta uno strumento flessibile di orientamento metodologico.

Un ulteriore aspetto rilevante riguarda il processo di triangolazione. Come evidenziato nella letteratura, la triangolazione può assumere differenti forme: triangolazione delle fonti, dei ricercatori, delle teorie e delle metodologie⁹⁸. Nel presente lavoro, la triangolazione viene perseguita principalmente attraverso l'integrazione di fonti documentali, riferimenti teorici e analisi del contesto territoriale, al fine di costruire una rappresentazione il più possibile articolata del fenomeno osservato.

Infine, è opportuno evidenziare che la raccolta e l'analisi dei dati nello studio di caso si sviluppano secondo una logica iterativa.

La selezione delle informazioni rilevanti, la loro interpretazione e la ridefinizione delle categorie analitiche tendono infatti a evolvere progressivamente durante il processo di ricerca⁹⁹.

⁹⁸ Cfr. N.K. Denzin, *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, New York, McGraw-Hill, 1978.

⁹⁹ Cfr. M.S. Chiucchi, *Il metodo del caso di studio*, cit., pp. 60-63

Tale caratteristica risulta particolarmente coerente con l'obiettivo del presente lavoro, orientato alla comprensione approfondita delle dinamiche di stakeholder engagement nei servizi territoriali di salute mentale.

3.7 VALIDITA' E LIMITI DELLA RICERCA

La valutazione della qualità della ricerca rappresenta un elemento centrale nell'ambito degli studi di caso, in quanto consente di riflettere criticamente sull'attendibilità delle evidenze raccolte e sulla solidità delle interpretazioni proposte.

A differenza degli approcci quantitativi, nei quali la validità viene prevalentemente ricondotta a criteri statistici, nello studio di caso la qualità della ricerca dipende dalla coerenza tra quadro teorico, processo metodologico e interpretazione dei dati¹⁰⁰

Un primo aspetto rilevante riguarda la validità di costruzione, che si riferisce alla corretta definizione dei concetti teorici e alla loro traduzione in elementi osservabili. Nel presente lavoro, tale dimensione è stata perseguita attraverso un'attenta costruzione del framework teorico sullo stakeholder engagement e sui servizi di salute mentale, nonché mediante il ricorso a fonti informative multiple¹⁰¹.

¹⁰⁰ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio nel management accounting, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 64-66.

¹⁰¹ Si veda YIN R.K., Case Study Research: Design and Methods, 3rd ed., Thousand Oaks, Sage Publications, 2003; CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 52-55.

L'utilizzo della triangolazione consente infatti di rafforzare la coerenza tra concetti teorici ed evidenze empiriche, riducendo il rischio di interpretazioni distorte o parziali.

Un secondo criterio riguarda la validità interna, intesa come coerenza logica tra dati raccolti, interpretazioni sviluppate e conclusioni formulate¹⁰². Nella ricerca qualitativa, tale dimensione assume particolare rilevanza, poiché il processo interpretativo risulta inevitabilmente influenzato dal ruolo del ricercatore. Per questo motivo, la trasparenza delle scelte metodologiche e l'esplicitazione del percorso analitico rappresentano elementi fondamentali per garantire la credibilità della ricerca.

Per quanto concerne la validità esterna, nello studio di caso essa non deve essere interpretata come possibilità di generalizzazione statistica dei risultati. La letteratura metodologica sottolinea infatti che il case study si fonda prevalentemente su una logica di generalizzazione teorica o analitica¹⁰³. L'obiettivo della ricerca non consiste pertanto nell'estendere i risultati a una popolazione più ampia, ma nel contribuire allo sviluppo di interpretazioni teoriche applicabili a contesti organizzativi analoghi. In questa prospettiva, il valore del caso risiede nella sua capacità di offrire insight utili per comprendere fenomeni simili caratterizzati da

¹⁰² Cfr. M.S. CHIUCCHI, Il metodo del caso di studio, cit., pp. 66-68.

¹⁰³ Cfr. R.K. YIN, Case Study Research, cit.; M.S. Chiucchi, Il metodo del caso di studio, cit., pp. 21-25.

elevata complessità relazionale e istituzionale.

Un ulteriore elemento rilevante riguarda l'affidabilità della ricerca, che si riferisce alla possibilità di rendere il processo di indagine trasparente e coerente¹⁰⁴. A tal fine, nel presente lavoro sono state esplicitate le principali scelte metodologiche, le fonti informative utilizzate e i criteri di raccolta e analisi dei dati. L'adozione di procedure coerenti e la costruzione di un percorso metodologico chiaro consentono infatti di rafforzare la solidità complessiva dello studio.

Accanto agli elementi di validità, è opportuno evidenziare anche alcuni limiti della ricerca. In primo luogo, l'analisi si concentra su un singolo caso studio, circostanza che limita inevitabilmente la possibilità di estendere i risultati ad altri contesti in senso generalizzabile. Inoltre, la prevalenza di fonti documentali rispetto a strumenti quali interviste o osservazioni dirette può ridurre il livello di profondità dell'analisi empirica¹⁰⁵. Sebbene l'utilizzo di fonti multiple contribuisca a mitigare tale limite, la ricerca mantiene una forte componente interpretativa.

Un ulteriore limite riguarda il rischio di soggettività nell'interpretazione dei dati, elemento tipico delle ricerche qualitative. Le modalità di selezione delle informazioni, la costruzione delle categorie analitiche e l'interpretazione delle evidenze possono infatti essere influenzate dalla prospettiva del ricercatore¹⁰⁶. In

¹⁰⁴ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 68-70.

¹⁰⁵ Si rinvia a CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio, cit., pp. 55-60.

¹⁰⁶ Cfr. DENZIN N.K., *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, New York, McGraw-Hill, 1978.

questo senso, il continuo confronto tra dati empirici, letteratura scientifica e quadro teorico rappresenta uno strumento fondamentale per rafforzare la credibilità delle interpretazioni sviluppate.

Nonostante tali limiti, il presente lavoro si propone di offrire un contributo significativo alla comprensione dello stakeholder engagement nei servizi territoriali di salute mentale, fornendo un'analisi approfondita e contestualizzata delle dinamiche relazionali e organizzative che caratterizzano il fenomeno osservato.

CAPITOLO 4

IL CASO SALUS W. WOLF: STAKEHOLDER ENGAGEMENT E ANALISI EMPIRICA NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

4.1 INTRODUZIONE AL CASO DI STUDIO

Dopo aver approfondito nei capitoli precedenti i concetti di salute mentale, stakeholder engagement e patient engagement, il presente capitolo si concentra sull'analisi del progetto Salus W. Wolf, assunto come caso di studio per osservare l'applicazione pratica dei modelli teorici esaminati.

La scelta di tale realtà deriva dalla sua attenzione verso la prevenzione del disagio psicologico, la promozione del benessere mentale e la costruzione di relazioni collaborative tra i diversi soggetti coinvolti nei processi di supporto e assistenza¹⁰⁷.

Il progetto Salus W. Wolf nasce dalla consapevolezza che la salute mentale rappresenti una componente fondamentale del benessere individuale e collettivo. In un contesto caratterizzato dalla crescente diffusione di fenomeni quali stress, ansia, burnout e isolamento sociale, il progetto si propone di sviluppare iniziative orientate

¹⁰⁷ Cfr. FREEMAN R.E., Strategic Management: A Stakeholder Approach, Boston, Pitman, 1984.

alla prevenzione e al sostegno psicologico, favorendo una maggiore sensibilizzazione sui temi del benessere mentale¹⁰⁸. La missione del progetto consiste nel promuovere una cultura della salute mentale fondata sull'ascolto, sull'accessibilità dei servizi e sulla centralità della persona.

In questa prospettiva, *Salus W. Wolf* si propone non soltanto come realtà orientata all'erogazione di servizi di supporto psicologico, ma anche come punto di riferimento per la comunità, favorendo la diffusione di pratiche di prevenzione e il superamento dello stigma ancora associato ai problemi di salute mentale.

Dal punto di vista organizzativo, il progetto si caratterizza per un approccio multidisciplinare, nel quale differenti professionalità collaborano per rispondere ai bisogni degli utenti. Tale impostazione consente di affrontare il benessere psicologico in una prospettiva integrata, considerando non soltanto gli aspetti clinici, ma anche quelli relazionali, sociali e territoriali.

Le attività sviluppate nell'ambito del progetto comprendono iniziative informative, percorsi di ascolto e supporto, attività di sensibilizzazione e momenti di confronto rivolti alla comunità.

L'obiettivo è contribuire alla costruzione di contesti maggiormente inclusivi e consapevoli, nei quali le persone possano trovare occasioni di supporto e

¹⁰⁸ Cfr. WHO, Mental Health Action Plan 2013–2030, Geneva, WHO, 2021.

orientamento rispetto alle problematiche legate alla salute mentale. Il progetto rappresenta pertanto un esempio concreto di applicazione dei principi di centralità della persona e partecipazione attiva che caratterizzano i più recenti modelli di gestione dei servizi alla persona¹⁰⁹. Proprio tali caratteristiche rendono *Salus W. Wolf* un caso particolarmente significativo per approfondire il ruolo dello stakeholder engagement nei servizi di salute mentale.

¹⁰⁹ Cfr. CARMAN K.L., DARDESS.P., MAUERER M. et al., “Patient and Family Engagement: A Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies”, *Health Affairs*, Vol. 32, n. 2, 2013.

4.2 LO STAKEHOLDER ENGAGEMENT NEL PROGETTO SALUS.WOLF

Uno degli aspetti che caratterizzano maggiormente il progetto *Salus W. Wolf* riguarda l'attenzione rivolta al coinvolgimento degli stakeholder nei processi di promozione del benessere psicologico.

Come evidenziato nel quadro teorico sviluppato nei capitoli precedenti, lo stakeholder engagement rappresenta un elemento fondamentale per la costruzione di servizi maggiormente efficaci, partecipativi e orientati ai bisogni della comunità¹¹⁰. Nel contesto dei servizi di salute mentale, il coinvolgimento degli stakeholder assume una rilevanza particolare poiché il benessere psicologico non dipende esclusivamente dall'intervento dei professionisti sanitari, ma è influenzato da una pluralità di soggetti che interagiscono all'interno del contesto sociale e territoriale. Per questo motivo, il progetto *Salus W. Wolf* si sviluppa attraverso una logica di collaborazione che valorizza il contributo dei diversi attori coinvolti.

Tra gli stakeholder assumono un ruolo centrale gli utenti dei servizi, destinatari principali delle attività promosse dal progetto. In linea con i principi del patient engagement, gli utenti non vengono considerati semplicemente come beneficiari passivi degli interventi, ma come soggetti attivamente coinvolti nei processi di

¹¹⁰ Cfr. FREEMAN R.E., *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman, 1984

ascolto, valutazione dei bisogni e costruzione delle iniziative proposte¹¹¹. Tale approccio consente di sviluppare servizi maggiormente aderenti alle esigenze reali della popolazione e favorisce una maggiore partecipazione ai percorsi di supporto. Accanto agli utenti, un ruolo significativo è svolto dalle famiglie e dalle reti relazionali di riferimento.

La letteratura evidenzia infatti come il supporto familiare e sociale rappresenti una componente essenziale nei percorsi di promozione della salute mentale e nella prevenzione del disagio psicologico.

Il coinvolgimento di tali soggetti contribuisce a rafforzare i processi di inclusione e a creare condizioni favorevoli al benessere individuale e collettivo. Un ulteriore gruppo di stakeholder è rappresentato dai professionisti che operano nell'ambito della salute mentale e dei servizi alla persona.

Psicologi, consulenti e altri operatori specializzati mettono a disposizione competenze professionali che consentono di progettare e realizzare interventi coerenti con i bisogni emersi dal territorio.

¹¹¹ Cfr. GRAFFIGNA G., Patient Engagement. I pazienti protagonisti nel sistema salute, Milano, Edra, 2017.

La collaborazione tra differenti professionalità favorisce inoltre una visione multidimensionale della salute mentale, in grado di integrare aspetti psicologici, relazionali e sociali.

Rilevante appare anche il ruolo delle istituzioni e delle organizzazioni territoriali, che possono contribuire alla diffusione delle iniziative, alla costruzione di reti collaborative e allo sviluppo di progettualità condivise.

La capacità di creare connessioni tra soggetti differenti rappresenta infatti uno degli elementi che maggiormente caratterizzano i modelli contemporanei di stakeholder engagement nei servizi di salute mentale¹¹².

L'analisi del progetto evidenzia come il coinvolgimento degli stakeholder non costituisca un'attività accessoria, ma una componente strategica dell'intero modello organizzativo.

Attraverso il dialogo continuo con utenti, famiglie, professionisti e territorio, *Salus W. Wolf* mira, infatti, a promuovere interventi maggiormente inclusivi e orientati alla prevenzione, contribuendo alla costruzione di valore condiviso per la comunità di riferimento.

¹¹² Cfr. GREENWOOD M. "Stakeholder Engagement: Beyond the Myth of Corporate Responsibility", *Journal of Business Ethics*, Vol. 74, n. 4, 2007.

4.3 METODOLOGIA DELL'INDAGINE EMPIRICA

Al fine di analizzare la percezione della salute mentale nel territorio e comprendere i principali bisogni della popolazione rispetto ai servizi di supporto psicologico, è stata realizzata un'indagine empirica mediante questionario strutturato.

L'utilizzo del questionario risulta coerente con gli obiettivi della ricerca, poiché consente di raccogliere informazioni dirette sulle percezioni, sulle esperienze e sulle aspettative degli stakeholder coinvolti¹¹³. L'utilizzo del questionario assume inoltre una funzione coerente con la prospettiva dello stakeholder engagement sviluppata nei capitoli precedenti.

L'indagine è stata somministrata online attraverso la piattaforma Microsoft Forms e ha raccolto complessivamente trentaquattro risposte nell'arco di circa venticinque giorni.

La scelta dello strumento digitale ha consentito di facilitare la diffusione del questionario e di raggiungere soggetti appartenenti a differenti fasce di età e contesti territoriali.

Dal punto di vista metodologico, il questionario è stato progettato con l'obiettivo di

¹¹³ Cfr. CHIUCCHI M.S., Il metodo del caso di studio nel management accounting, Torino, Giappichelli, 2012, pp. 52-60.

approfondire diverse dimensioni connesse alla salute mentale e ai servizi territoriali di supporto psicologico.

La struttura del questionario comprende domande chiuse, a risposta multipla o basate su scale di valutazione, al fine di facilitare la comparabilità delle risposte e consentire una lettura sintetica dei risultati. In alcune sezioni è stata inoltre prevista la possibilità di selezionare più opzioni contemporaneamente, soprattutto nelle domande relative ai bisogni percepiti e ai servizi ritenuti maggiormente utili.

In particolare, le domande sono state costruite per analizzare:

- la percezione dell'importanza della salute mentale;
- la diffusione percepita del disagio psicologico;
- i principali problemi psicologici riscontrati nella società contemporanea;
- la facilità di accesso ai servizi di supporto psicologico;
- il rapporto con le istituzioni sanitarie;
- il ruolo delle reti sociali e familiari;
- il livello di interesse verso nuovi servizi territoriali di prevenzione e benessere psicologico.

Dal punto di vista sociodemografico, il campione risulta composto prevalentemente da soggetti appartenenti alla fascia di età compresa tra i 26 e i 35 anni, che rappresentano circa la metà degli intervistati.

Sono inoltre presenti partecipanti appartenenti alle fasce 36-50 anni e over 51, mentre più limitata appare la presenza di soggetti più giovani.

Per quanto riguarda la situazione occupazionale, emerge una prevalenza di lavoratori dipendenti, elemento che risulta particolarmente rilevante nell'interpretazione delle problematiche legate allo stress e al benessere psicologico nei contesti lavorativi.

Un ulteriore elemento significativo riguarda il contesto territoriale di provenienza degli intervistati.

Una parte consistente del campione risiede infatti in piccoli paesi o realtà territoriali periferiche, caratterizzate spesso da una minore disponibilità di servizi specialistici e da maggiori difficoltà di accesso al supporto psicologico. Tale aspetto assume particolare rilevanza ai fini della presente ricerca, poiché consente di analizzare la percezione della salute mentale in contesti territoriali nei quali il ruolo delle reti sociali e comunitarie appare particolarmente importante.

Attraverso la raccolta delle opinioni e delle percezioni della popolazione, i cittadini vengono infatti coinvolti nel processo di analisi dei bisogni territoriali, contribuendo alla costruzione di una conoscenza maggiormente aderente alle esigenze della comunità¹¹⁴.

Dal punto di vista metodologico, l'indagine presenta alcune limitazioni legate

¹¹⁴ Cfr. FREEMAN R.E., *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman, 1984; GREENWOOD A., "Stakeholder Engagement: Beyond the Myth of Corporate Responsibility", *Journal of Business Ethics*, Vol. 74, 2007.

principalmente alla dimensione del campione e alle modalità di selezione dei partecipanti.

I soggetti sono stati coinvolti in maniera casuale attraverso la diffusione online del questionario, senza l'applicazione di un campionamento statistico strutturato. Pertanto, l'obiettivo della ricerca non consiste nella generalizzazione statistica dei risultati, bensì nell'approfondimento esplorativo delle percezioni e delle dinamiche emergenti nel contesto analizzato.

I dati raccolti verranno analizzati nei paragrafi successivi al fine di evidenziare le principali criticità percepite dalla popolazione, le aspettative nei confronti dei servizi territoriali e le opportunità di sviluppo di modelli partecipativi orientati alla prevenzione del disagio psicologico.

4.4 ANALISI DEI RISULTATI DELL'INDAGINE

L'analisi dei dati raccolti attraverso il questionario consente di evidenziare alcuni aspetti particolarmente rilevanti riguardo alla percezione della salute mentale, ai bisogni della popolazione e al rapporto tra cittadini e servizi territoriali.

I risultati ottenuti permettono inoltre di comprendere come il disagio psicologico venga percepito all'interno del contesto sociale analizzato e quali siano le principali criticità che emergono rispetto all'accesso ai servizi di supporto.

Uno dei primi elementi significativi riguarda l'importanza attribuita alla salute mentale nella vita quotidiana.

La maggior parte degli intervistati considera infatti il benessere psicologico una dimensione fondamentale o molto importante della qualità della vita.

FIGURA 4.1 Importanza della salute mentale.

4. Quanto ritieni importante la salute mentale nella vita quotidiana ?



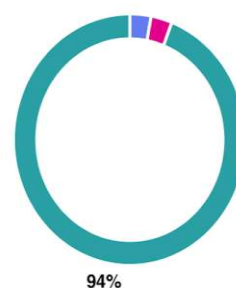
Tale risultato evidenzia una crescente sensibilizzazione rispetto ai temi della salute mentale e conferma come il benessere psicologico venga oggi percepito come componente essenziale del benessere complessivo della persona.

Particolarmente rilevante appare inoltre la percezione dell'aumento del disagio psicologico nella società contemporanea. La quasi totalità degli intervistati ritiene infatti che negli ultimi anni i problemi legati alla salute mentale siano aumentati in modo significativo.

FIGURA 4.2 Aumento del disagio psicologico.

5. Negli ultimi anni, secondo te, il disagio psicologico è

● Diminuito	1
● Rimasto invariato	1
● Aumentato	32

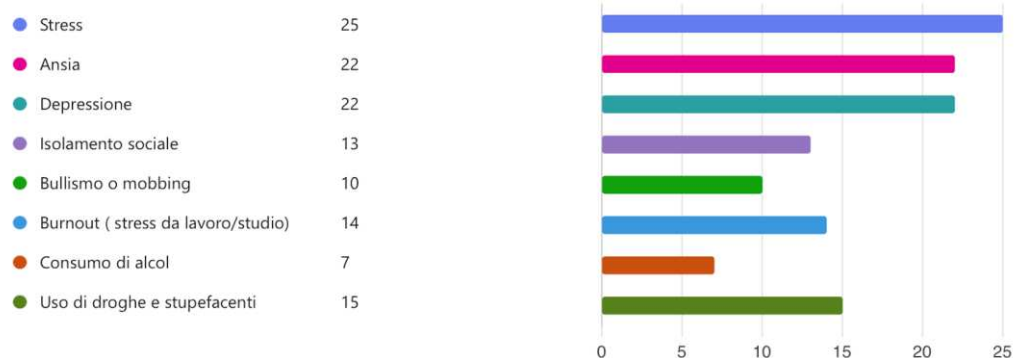


Questo dato riflette una diffusa percezione di vulnerabilità sociale ed emotiva, probabilmente influenzata da fattori economici, lavorativi e relazionali che caratterizzano il contesto contemporaneo.

Per quanto riguarda le problematiche psicologiche maggiormente diffuse, i risultati mostrano una prevalenza di stress, ansia e depressione. Emergono inoltre problematiche legate al burnout lavorativo e all'isolamento sociale, elementi che confermano la crescente connessione tra salute mentale, condizioni lavorative e qualità delle relazioni sociali.

FIGURA 4.3 Principali problematiche.

6. Quali problemi ritieni piu' diffusi oggi ?



I risultati evidenziano inoltre importanti criticità nell'accesso ai servizi di supporto psicologico.

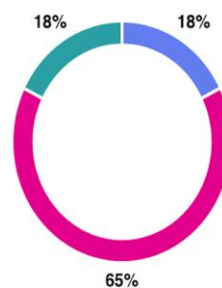
Una parte consistente degli intervistati considera infatti poco semplice accedere a servizi di salute mentale, mentre nessun partecipante definisce l'accesso "molto facile". Tale dato suggerisce la presenza di ostacoli strutturali, economici e culturali che limitano l'utilizzo dei servizi territoriali.

Tra gli ostacoli principali emergono la difficoltà a chiedere aiuto, la scarsa informazione sui servizi disponibili, i costi elevati e la carenza di strutture territoriali dedicate alla salute mentale.

FIGURA 4.4 Ostacoli all'accesso ai servizi.

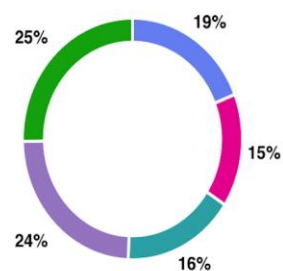
7. Quanto pensi sia facile accedere ai servizi di supporto psicologico?

● Per niente facile	6
● Poco facile	22
● Abbastanza facile	6
● Molto facile	0



8. Quali sono, secondo te, i principali ostacoli nell'accesso ai servizi di supporto psicologico?

● Costi elevati	15
● Tempi di attesa lunghi	12
● Mancanza di servizi nel territorio	13
● Scarsa informazione sui servizi disponibili	19
● Difficoltà a chiedere aiuto(stigma/paura)	20



Tali elementi evidenziano come il disagio psicologico non sia influenzato esclusivamente da fattori clinici, ma anche da variabili sociali, culturali e organizzative che incidono direttamente sulla possibilità di accedere ai percorsi di supporto.

Un ulteriore aspetto significativo riguarda il ruolo delle reti relazionali informali. Gli intervistati dichiarano infatti di rivolgersi prevalentemente alla famiglia e agli amici nei momenti di difficoltà emotiva, mentre appare più limitato il ricorso diretto ai professionisti della salute mentale.

FIGURA 4.5 Reti di supporto informale.

9. Chi ti ascolta quando hai un problema personale o emotivo?



Tale risultato evidenzia l'importanza delle relazioni sociali e familiari nella gestione del disagio psicologico, ma mostra anche una limitata integrazione tra cittadini e servizi specialistici.

Particolarmente critico appare inoltre il rapporto con le istituzioni sanitarie e pubbliche. Una quota significativa degli intervistati dichiara infatti di sentirsi poco o per nulla supportata dalle istituzioni rispetto ai problemi legati alla salute mentale.

FIGURA 4.6 Supporto delle istituzioni.

10. Quanto ti senti supportato/a dalle istituzioni (sanità, servizi pubblici)?



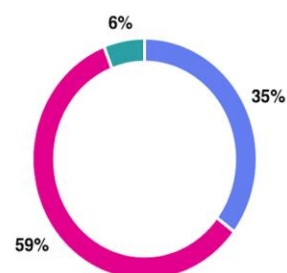
Questo dato evidenzia una percezione di distanza tra cittadini e sistema sanitario territoriale, sottolineando la necessità di rafforzare i servizi di prossimità e le attività di prevenzione.

L'indagine mostra infine un forte interesse verso la creazione di nuovi servizi territoriali dedicati al benessere psicologico e alla prevenzione del disagio mentale. La maggior parte degli intervistati si dichiara favorevole alla possibilità di rivolgersi a un centro di ascolto e supporto psicologico territoriale, evidenziando una domanda concreta di servizi maggiormente accessibili e vicini alla comunità.

FIGURA 4.7 Interesse verso un centro territoriale.

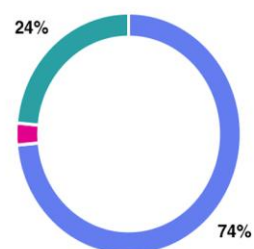
11. Ritieni che nel tuo territorio ci siano servizi sufficienti per il benessere psicologico?

● Per niente sufficienti	12
● Poco sufficienti	20
● Abbastanza sufficienti	2
● Molto sufficienti	0



12. Ti rivolgeresti a un centro che si occupa di prevenzione e benessere psicologico?

● Sì	25
● No	1
● Non so	8



Tra i servizi ritenuti maggiormente utili emergono colloqui individuali, attività di prevenzione, percorsi di ascolto e supporto nei luoghi di lavoro.

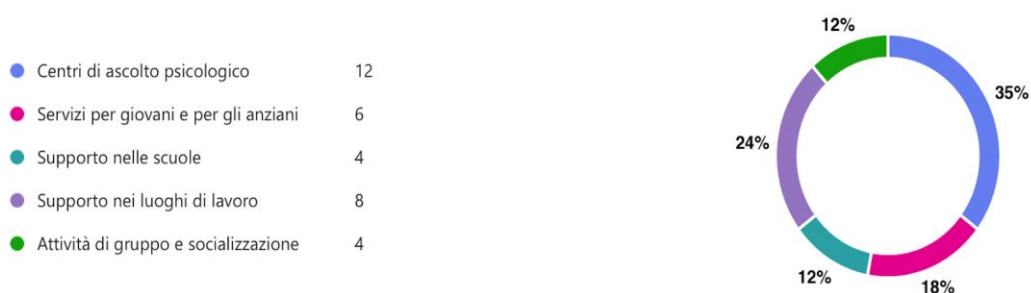
Tali risultati confermano la necessità di sviluppare modelli territoriali integrati e orientati alla prevenzione, capaci di coinvolgere attivamente cittadini, professionisti e organizzazioni territoriali.

FIGURA 4.8 Servizi ritenuti più utili.

13. Quali servizi ti sembrano più utili?



14. Quale tipo di servizio ritieni manchi maggiormente nel tuo territorio?



Nel complesso, i dati raccolti evidenziano una crescente domanda di ascolto, supporto e prevenzione rispetto ai temi della salute mentale. Allo stesso tempo, emergono importanti criticità legate all'accessibilità dei servizi e al rapporto con le istituzioni, elementi che rafforzano la rilevanza dello stakeholder engagement nella progettazione di servizi territoriali maggiormente inclusivi e partecipativi.

4.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'analisi dei risultati emersi dal questionario evidenzia come il tema della salute mentale venga percepito dalla popolazione non soltanto come problematica sanitaria, ma come questione sociale strettamente collegata alla qualità della vita, alle relazioni e al benessere quotidiano. In tale prospettiva, i dati raccolti confermano la rilevanza dello stakeholder engagement nei servizi di salute mentale territoriali, poiché mostrano la necessità di sviluppare modelli maggiormente partecipativi, accessibili e orientati ai bisogni concreti della comunità¹¹⁵. Uno degli aspetti più significativi riguarda la forte richiesta di ascolto e supporto psicologico emersa dall'indagine. La disponibilità manifestata dagli intervistati verso la possibilità di rivolgersi a un centro territoriale dedicato alla prevenzione e al benessere mentale evidenzia infatti una domanda crescente di servizi di prossimità. Tale risultato appare particolarmente rilevante in contesti caratterizzati da una limitata presenza di strutture specialistiche e da difficoltà di accesso ai percorsi di supporto psicologico. L'interesse espresso verso iniziative orientate all'ascolto e alla prevenzione conferma come la salute mentale venga oggi percepita come una componente essenziale del benessere individuale e collettivo. I dati mostrano inoltre come il disagio psicologico venga frequentemente affrontato attraverso reti relazionali informali, soprattutto famiglia

¹¹⁵ Cfr. FREEMAN R.E., *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman, 1984.

e amici. Questo elemento evidenzia il ruolo centrale delle relazioni sociali nella gestione del benessere mentale e conferma l'importanza di sviluppare servizi territoriali capaci di integrarsi con il contesto comunitario. Nei percorsi di salute mentale, infatti, il benessere della persona dipende non soltanto dalla qualità degli interventi clinici, ma anche dalla presenza di reti di supporto in grado di favorire inclusione, ascolto e sostegno emotivo. L'indagine evidenzia inoltre alcune criticità strutturali dei servizi di salute mentale territoriali. La difficoltà di accesso ai servizi, i costi percepiti come elevati, la carenza di informazioni e la persistente difficoltà a chiedere aiuto mostrano come il disagio psicologico continui a essere influenzato da fattori culturali, economici e organizzativi. In particolare, il tema dello stigma emerge indirettamente come elemento ancora presente e capace di limitare il ricorso ai servizi specialistici, ostacolando i percorsi di prevenzione e presa in carico. In questo scenario, lo stakeholder engagement assume una funzione strategica per la progettazione di servizi maggiormente inclusivi e orientati alla partecipazione. Coinvolgere cittadini, famiglie, professionisti e organizzazioni territoriali significa infatti costruire modelli di assistenza capaci di intercettare più precocemente i bisogni della popolazione, migliorare la qualità dei servizi e rafforzare il rapporto di fiducia tra comunità e sistema sanitario. I risultati raccolti confermano come gli utenti non debbano essere considerati semplici destinatari passivi dei servizi, ma stakeholder centrali nella definizione

delle priorità e nella costruzione delle risposte assistenziali¹¹⁶. Particolare rilevanza assume inoltre il ruolo dei contesti lavorativi. I risultati del questionario mostrano infatti una forte diffusione di problematiche legate allo stress, all'ansia e al burnout professionale. Tale dato evidenzia la crescente connessione tra salute mentale e benessere organizzativo, sottolineando la necessità di sviluppare interventi di prevenzione anche nei luoghi di lavoro. In questa prospettiva, aziende e organizzazioni diventano stakeholder fondamentali nella promozione del benessere psicologico e nella costruzione di ambienti lavorativi maggiormente sostenibili. Dal punto di vista organizzativo, il progetto Salus W. Wolf appare coerente con i modelli contemporanei di salute mentale orientati alla prevenzione, alla partecipazione e all'integrazione territoriale. L'approccio adottato mira, infatti, a superare una visione esclusivamente clinica del disagio psicologico, valorizzando la dimensione relazionale, sociale e comunitaria del benessere mentale. Attraverso il coinvolgimento della popolazione e l'ascolto dei bisogni emergenti, il progetto si inserisce pienamente nella prospettiva dello stakeholder engagement sviluppata nel quadro teorico della ricerca¹¹⁷. Nel complesso, l'analisi

¹¹⁶ Cfr. MITCHELL R.K., AGLE B.R., WOOD D.J., "Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts", *Academy of Management Review*, Vol. 22, n. 4, 1997.

¹¹⁷ Cfr. GRAFFIGNA G., *Patient Engagement. I pazienti protagonisti nel sistema salute*, Milano, Edra, 2017

empirica evidenza come la salute mentale richieda oggi approcci multidimensionali e collaborativi, capaci di integrare dimensioni sanitarie, sociali e territoriali. Il caso Salus W. Wolf mostra come il coinvolgimento attivo degli stakeholder possa contribuire alla costruzione di servizi maggiormente accessibili, partecipativi e orientati alla prevenzione, favorendo una migliore comprensione dei bisogni della comunità e una più efficace progettazione degli interventi. La ricerca presenta tuttavia alcune limitazioni. In primo luogo, l'analisi si basa su un numero limitato di partecipanti e su un campione che non consente una generalizzazione statistica dei risultati. Inoltre, la prevalenza di dati raccolti tramite questionario limita la profondità interpretativa rispetto a metodologie basate su interviste qualitative o osservazione diretta. Nonostante tali limiti, il lavoro offre una rappresentazione significativa delle percezioni e delle criticità emergenti nel contesto analizzato e fornisce indicazioni utili per future ricerche e per lo sviluppo di modelli di salute mentale maggiormente territoriali, partecipativi e orientati alla persona.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro ha analizzato il ruolo dello stakeholder engagement nei servizi di salute mentale, con particolare riferimento ai processi di prevenzione, partecipazione e costruzione di reti territoriali orientate al benessere psicologico della comunità. Attraverso l'integrazione tra analisi teorica e studio empirico, la ricerca ha evidenziato come la salute mentale rappresenti oggi un ambito caratterizzato da elevata complessità organizzativa, relazionale e sociale, nel quale il coinvolgimento degli stakeholder assume una funzione sempre più centrale.

L'analisi teorica ha mostrato il progressivo superamento di modelli assistenziali esclusivamente clinici a favore di approcci maggiormente territoriali e partecipativi, nei quali il benessere psicologico viene interpretato come risultato dell'interazione tra fattori sanitari, sociali e relazionali. In tale prospettiva, lo stakeholder engagement emerge come strumento utile per favorire processi di collaborazione tra cittadini, professionisti, istituzioni e organizzazioni territoriali, contribuendo alla costruzione di servizi maggiormente aderenti ai bisogni della popolazione.

Lo studio empirico sviluppato attraverso il caso *Salus W. Wolf* ha consentito di approfondire concretamente tali dinamiche, evidenziando una crescente attenzione verso i temi della salute mentale e una forte percezione dell'aumento del disagio psicologico nella società contemporanea. I risultati dell'indagine mostrano infatti come problematiche quali stress, ansia, burnout e isolamento sociale vengano

percepite come fenomeni sempre più diffusi, con importanti ripercussioni sulla qualità della vita e sul benessere individuale.

Particolarmente significativa appare la presenza di criticità legate all'accesso ai servizi di supporto psicologico. Le difficoltà economiche, la carenza di strutture territoriali, la limitata informazione sui servizi disponibili e la persistenza di ostacoli culturali nel chiedere aiuto evidenziano la necessità di rafforzare i percorsi di prevenzione e prossimità territoriale. In questo contesto, emerge con forza la richiesta di servizi maggiormente accessibili, orientati all'ascolto e capaci di costruire relazioni di fiducia con la comunità.

L'interesse manifestato dagli intervistati verso la creazione di centri territoriali dedicati al benessere psicologico conferma, inoltre, l'importanza di sviluppare modelli organizzativi fondati sulla partecipazione e sul coinvolgimento attivo della popolazione. Il progetto *Salus W. Wolf* si inserisce proprio in questa prospettiva, proponendo un approccio orientato non soltanto al supporto psicologico, ma anche alla costruzione di reti relazionali e comunitarie capaci di favorire prevenzione, ascolto e inclusione sociale.

Dal punto di vista teorico e organizzativo, la ricerca conferma come lo stakeholder engagement possa rappresentare un elemento strategico nei servizi di salute mentale territoriali. Il coinvolgimento attivo degli stakeholder consente infatti di migliorare la comprensione dei bisogni emergenti, rafforzare il dialogo tra cittadini e istituzioni e sviluppare interventi maggiormente coerenti con le caratteristiche del

contesto territoriale.

La ricerca presenta tuttavia alcune limitazioni, legate principalmente alla dimensione del campione e all'utilizzo prevalente del questionario come strumento di raccolta dati. Nonostante ciò, il lavoro consente di offrire una rappresentazione significativa delle percezioni e delle criticità presenti nel contesto analizzato, evidenziando la rilevanza della dimensione partecipativa nei processi di costruzione del benessere psicologico.

In prospettiva, ulteriori sviluppi della ricerca potrebbero approfondire il ruolo delle reti territoriali e delle relazioni tra stakeholder attraverso metodologie qualitative, come interviste o osservazioni dirette, al fine di analizzare in modo più approfondito le dinamiche organizzative e relazionali dei servizi di salute mentale.

Nel complesso, il presente lavoro evidenzia come la salute mentale richieda oggi approcci integrati, multidisciplinari e orientati alla comunità. In tale scenario, lo stakeholder engagement rappresenta uno strumento fondamentale per favorire la costruzione di servizi maggiormente inclusivi, accessibili e partecipativi, capaci di rispondere in modo più efficace ai bisogni emergenti della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

ACCOUNTABILITY, *AA1000 Stakeholder Engagement Standard*, AccountAbility, London, 2015.

ANSELL C., GASH A., *Collaborative Governance in Theory and Practice*, in «Journal of Public Administration Research and Theory», Vol. 18, 2008.

ANTHONY W.A., *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System*, in «Psychosocial Rehabilitation Journal», 1993.

ARNSTEIN S.R., *A Ladder of Citizen Participation*, in «Journal of the American Institute of Planners», Vol. 35, 1969.

BARRY M.J., EDGMAN-LEVITAN S., *Shared Decision Making: The Pinnacle of Patient-Centered Care*, in «New England Journal of Medicine», Vol. 366, 2012.

BASAGLIA F., *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.

BATALDEN M. et al., *Co-Production of Healthcare Service*, in «BMJ Quality & Safety», Vol. 25, 2016.

BATE P., ROBERT G., *Experience-Based Design: From Redesigning the System Around the Patient to Co-Designing Services with the Patient*, Radcliffe Publishing, Oxford, 2006.

BOVAIRD T., *Beyond Engagement and Participation: User and Community Co-Production of Public Services*, in «Public Administration Review», Vol. 67, 2007.

BRUGHA R., VARVASOVSKY Z., *Stakeholder Analysis: A Review*, in «Health Policy and Planning», Vol. 15, 2000.

BRYSON J.M., *What to Do When Stakeholders Matter: Stakeholder Identification and Analysis Techniques*, in «Public Management Review», Vol. 6, 2004.

- CARMAN K.L. et al., *Patient and Family Engagement: A Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies*, in «Health Affairs», Vol. 32, 2013.
- CHIUCCHI M.S., *Il metodo del caso di studio nel management accounting*, Giappichelli, Torino, 2012.
- CLARKSON M.B.E., *A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance*, in «Academy of Management Review», Vol. 20, 1995.
- COULTER A., *Measuring What Matters to Patients*, The King's Fund, London, 2012.
- COULTER A., OLDHAM J., *Person-Centred Care: What Is It and How Do We Get There?*, in «The Future Hospital Journal», Vol. 3, 2016.
- DE SILVA M.J. et al., *Social Determinants of Mental Health*, World Health Organization, Geneva, 2014.
- DENZIN N.K., *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, McGraw-Hill, New York, 1978.
- DONALDSON T., PRESTON L.E., *The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence and Implications*, in «Academy of Management Review», Vol. 20, 1995.
- EISENHARDT K.M., *Building Theories from Case Study Research*, in «Academy of Management Review», Vol. 14, 1989.
- FASSIN Y., *The Stakeholder Model Refined*, in «Journal of Business Ethics», Vol. 84, 2009.
- FOOT J., *The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care*, Verso, London, 2014.
- FREEMAN R.E., *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Pitman, Boston, 1984.
- FREEMAN R.E., HARRISON J.S., WICKS A.C., *Managing for Stakeholders: Survival, Reputation and Success*, Yale University Press, New Haven, 2007.

FREEMAN R.E., HARRISON J.S., WICKS A.C., PARMAR B.L., DE COLLE S., *Stakeholder Theory: The State of the Art*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.

GRAFFIGNA G., *Patient Engagement. I pazienti protagonisti nel sistema salute*, Edra, Milano, 2017.

GREENWOOD M., *Stakeholder Engagement: Beyond the Myth of Corporate Responsibility*, in «Journal of Business Ethics», Vol. 74, 2007.

HAMANN J., LEUCHT S., KISSLING W., *Shared Decision Making in Psychiatry*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», Vol. 107, 2003.

JENSEN M.C., *Value Maximization, Stakeholder Theory and the Corporate Objective Function*, in «Business Ethics Quarterly», Vol. 12, 2002.

MITCHELL R.K., AGLE B.R., WOOD D.J., *Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts*, in «Academy of Management Review», Vol. 22, 1997.

MOORE M.H., *Creating Public Value: Strategic Management in Government*, Harvard University Press, Cambridge, 1995.

OSBORNE S.P., *The New Public Governance?*, Routledge, London, 2010.

PHILLIPS R., *Stakeholder Theory and Organizational Ethics*, Berrett-Koehler, San Francisco, 2003.

REED M.S. et al., *Who's in and Why? A Typology of Stakeholder Analysis Methods*, in «Journal of Environmental Management», Vol. 90, 2009.

REPPER J., CARTER T., *A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services*, in «Journal of Mental Health», Vol. 20, 2011.

ROWLEY T.J., *Moving Beyond Dyadic Ties: A Network Theory of Stakeholder Influences*, in «Academy of Management Review», Vol. 22, 1997.

SLADE M., *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*, Cambridge University Press, Cambridge, 2009.

SLAY J., STEPHENS L., *Co-production in Mental Health: A Literature Review*, New Economics Foundation, London, 2013.

THORNICROFT G., *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*, Oxford University Press, Oxford, 2006.

THORNICROFT G., *Community Mental Health: Putting Policy into Practice Globally*, Wiley-Blackwell, Oxford, 2011.

THORNICROFT G., TANSELLA M., *The Balanced Care Model for Global Mental Health*, in «Psychological Medicine», 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, WHO, Geneva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Framework on Integrated, People-Centred Health Services*, WHO, Geneva, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*, WHO, Geneva, 2022.

YIN R.K., *Case Study Research: Design and Methods*, Sage Publications, Thousand Oaks, 2003

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questo percorso desidero esprimere la mia più sincera gratitudine a tutte le persone che, con il loro sostegno, hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro e al raggiungimento di questo importante traguardo.

Un ringraziamento speciale va alla mia famiglia, che è sempre stata il mio punto di riferimento. Grazie per aver creduto in me, per il sostegno costante, per i sacrifici affrontati e per avermi incoraggiato anche nei momenti più difficili.

Senza il vostro affetto, la vostra fiducia e la vostra presenza, questo percorso non sarebbe stato lo stesso.

Desidero ringraziare i miei amici, che mi hanno accompagnato durante questi anni con la loro vicinanza, il loro supporto e la loro capacità di alleggerire i momenti di maggiore pressione. Grazie per aver condiviso con me gioie, difficoltà e soddisfazioni, rendendo questo cammino più sereno e significativo.

Un sentito ringraziamento va alla Prof.ssa Alessia D'Andrea per la disponibilità, la professionalità e la guida offerta durante la stesura della tesi. I suoi suggerimenti, le sue osservazioni e il suo costante supporto hanno rappresentato un prezioso punto di riferimento per la realizzazione di questo lavoro.

Infine, desidero ringraziare tutte le persone che, in modo diretto o indiretto, hanno contribuito alla mia crescita personale e professionale, accompagnandomi lungo questo percorso universitario.
