



Università degli studi di Cagliari

**DOTTORATO DI RICERCA
IN SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI
CICLO XXXI**

**LE ATTIVITA' DI COCREAZIONE DEL VALORE IN SANITÀ:
RIFLESSIONI TEORICHE ED IMPLICAZIONI MANAGERIALI**

Settori scientifico disciplinari di afferenza:

SECS- P/08 – ECONOMIA E GESTIONE DELLE IMPRESE

SECS-P/10 – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Presentata da:

Coordinatore del dottorato:

Tutor:

Marta Musso

Prof. Andrea Melis

Prof. Pier Paolo Carrus

Esame finale anno accademico 2017 – 2018

Tesi discussa nella sessione d'esame Gennaio –Febbraio 2019

Sommario

Introduzione	4
Articolo I.....	10
Le attività di cocreazione del valore svolte dagli utenti (pazienti) dei servizi sanitari.	
Un’analisi della letteratura.	10
1. Introduzione	11
2. Quadro teorico di riferimento	15
3. Metodologia	18
4. Risultati e discussione	20
4.1 Le attività di cocreazione del valore secondo le diverse prospettive teoriche.	25
4.2 Le attività di cocreazione del valore del paziente e il modello ottenuto	30
4. Implicazioni Manageriali	37
6. Future ricerche e conclusioni.....	39
BIBLIOGRAFIA	40
Articolo II	47
Facilitating value cocreation activities in healthcare. A case study from Italy.....	47
1. Introduction.....	48
2. Theoretical background.....	50
2.1 Value co-creation in healthcare.....	50
3. Research Method	54
3.1 Case description.....	54
3.2 Data collection and the coding procedure.....	58
4. Results and discussion.....	60
5. Managerial implication and future research.	62

REFERENCE	64
Articolo III.....	68
How social media platform can support value cocreation activities in healthcare.....	68
1. Introduction.....	69
2. Theoretical background	71
2.1 Technology platform and value cocreation in healthcare.	71
3. Research Method	73
3.1 The study context	74
3.2 Data collection and the coding procedure.....	76
4. Results and discussions	82
5. Managerial Implications and Conclusions.....	90
6. Limitations and future research.	92
References.....	92
Conclusioni e future ricerche.....	98

Introduzione

L'ultimo decennio è stato caratterizzato da una progressiva valorizzazione del ruolo del consumatore nel processo di creazione del valore e da una profonda trasformazione del suo rapporto con l'impresa, tanto da concepire l'utente/consumatore del servizio attore fondamentale e imprescindibile. Viene evidenziato dalla letteratura non solo manageriale, come il consumatore agisca sempre più informato e desideroso di essere parte attiva nella relazione con le imprese e come questo implichi un cambio di prospettiva da parte di queste ultime nella gestione delle attività finalizzate alla creazione e trasferimento del valore. I recenti sviluppi della letteratura manageriale evidenziano questo cambiamento di prospettiva dando spazio e introducendo il concetto di cocreazione del valore. Sul tema, uno dei primi studi di riferimento, è quello relativo a Prahalad e Ramaswamy, del 2000: un articolo pubblicato sulla Harvard Business Review dal titolo: "Co-Opting Customer Competence". A partire dal suddetto contributo assume rilievo sul piano concettuale il passaggio dalla concezione tradizionale di creazione del valore, secondo la quale il valore è incorporato nei beni e servizi prodotti dall'impresa e da questa trasferito ai consumatori, alla cocreazione di valore nella quale lo stesso viene bensì generato dall'interazione di molteplici soggetti (impresa- consumatore, altri attori) che integrano le risorse necessarie per la produzione di beni e servizi. Nell'esperienza della co-creazione, la sottile linea di demarcazione tra le due categorie (consumatore e impresa) tende a scomparire e il consumatore viene visto sempre più come coproduttore di beni e servizi e quindi anche come cocreatore di valore. Emergono in questo contesto nuovi modelli d'interazione tra consumatore e impresa che cambiano le modalità tradizionali di gestione delle organizzazioni.

A riguardo lo sfondo teorico che accompagna, e soprattutto è capace di supportare questo approccio è senza dubbio la Service Research. Questa prospettiva fonda le proprie basi teoriche in più teorie accreditate, valorizzate e promosse da due filoni scientifici principali, la Service Dominant Logic (di matrice universitaria statunitense la cui paternità è principalmente da attribuire a S. Vargo e Lush) e la Service Science (proveniente dal mondo delle imprese e portata avanti soprattutto da gruppi di Ricerca di IBM Corporation) rappresenta uno dei paradigmi più accreditati sul tema. Gli assunti fondamentali per la SDL la cocreazione di valore è un processo collaborativo, per il quale gli attori coinvolti nel processo sono integratori di risorse e il cliente viene interpretato come soggetto cocreatore di valore. La valorizzazione del cliente/utente come soggetto attivo nella coprogettazione, coproduzione e erogazione del servizio trova particolare e significativo sviluppo nell'ambito dei servizi pubblici e in particolare nel settore sanitario. Soprattutto nel settore sanitario si assiste infatti a una crescente ridefinizione del ruolo del paziente e della rete di attori interagenti nel sistema di

servizio nella gestione della salute e nel processo di cura ed erogazione del servizio sanitario. Da parte del management sanitario un approccio gestionale incentrato sul paziente e nella prospettiva della cocreazione del valore comporta la riprogettazione del servizio di assistenza sanitaria e un ripensamento delle logiche gestionali alla base delle relazioni e interazioni tra i diversi soggetti coinvolti nel processo. Una gestione collaborativa improntata alla cocreazione del valore del servizio sanitario è in grado infatti di condurre all'ottenimento di migliore qualità del servizio erogato, migliori risultati in termini di salute dei cittadini ed efficientamento dei costi. Emerge pertanto la necessità della selezione, da una parte di modelli interpretativi, quali quelli derivabili dell'evoluzione delle ricerche in tema di servizio, che possano supportare, aiutare a comprendere e a gestire questo cambio di prospettiva consentendo la valorizzazione della centralità dell'utente del servizio nel processo di cocreazione. Dall'altra vi è anche la necessità di definire dei modelli gestionali in grado di facilitare, agevolare il valore cocreato e comunque di supportare la definizione di modelli gestionali, organizzativi strategici orientati alla cocreazione del valore. La letteratura internazionale non fornisce ancora un elevato numero di studi focalizzato sull'approfondimento dei processi e delle pratiche di cocreazione del valore declinate in ambito sanitario e soprattutto della ricerca di logiche e approcci gestionali in grado di facilitare, in quest'ambito, il coinvolgimento attivo del consumatore e degli altri attori del network (contesto) nella cocreazione del valore. Il presente lavoro ha quindi l'obiettivo generale di comprendere a partire dall'emersione di nuove dinamiche relazionali, quali modalità (logiche, modelli organizzativi, strategici e operativi), possono essere adottate dal management delle aziende sanitarie per supportare una logica orientata alla cocreazione del valore. Diventa essenziale infatti per le strutture del servizio sanitario nazionale e i policy makers comprendere quali modalità possono essere adottate per coinvolgere attivamente i cittadini, i pazienti e gli altri attori interagenti nel contesto relazionale di riferimento. Al fine di perseguire quest'obiettivo, in primo luogo è stato effettuato uno studio volto da una parte a inquadrare teoricamente e declinare il concetto di cocreazione del valore in ambito sanitario e dall'altra a fornire un framework per la definizione delle attività di cocreazione del valore gestite dal paziente nel rapporto con il fornitore del servizio sanitario. A tal fine è stato adottato il metodo della review della letteratura che evidenzia i lavori di ricerca focalizzati sullo studio delle attività cocreazione del valore del paziente a partire dal 2000. Si fornisce una contestualizzazione del concetto di cocreazione del valore in relazione ai principali indirizzi teorici. Nell'intento di rendere quanto più ampia e, contestualmente, quanto più profonda possibile l'attività di reperimento della letteratura scientifica sui modelli di attività di cocreazione del valore gestite dal paziente, è stato adottato un approccio sistematico ai fini della collezione del materiale bibliografico rilevante. Sono state consultate principalmente banche dati di riferimento a livello nazionale e internazionale, al fine di includere i contributi significativi della letteratura italiana e

straniera. La review letteratura ha offerto la possibilità di inquadrare, le tematiche legate al coinvolgimento attivo dell'utenza nelle attività di prestazione dei servizi sanitari e quindi di cocreazione del valore.

I risultati della review sistematica della letteratura, hanno permesso di evidenziare da una parte la prevalenza della Service dominant logic come prospettiva teorica capace di interpretare i modelli di attività di cocreazione del valore e dall'altra la progressiva inclusione nel framework individuato di attività che coinvolgono non solo il paziente nel rapporto diretto con il fornitore del servizio ma anche altri soggetti connessi e interagenti nell'ambito del sistema di servizio considerato. Il framework ottenuto evidenzia peraltro come il paziente possa svolgere ruolo fondamentale nel processo di coprogettazione, coproduzione e coerogazione del servizio anche attraverso l'attitudine positiva del paziente nei confronti del fornitore del servizio (attività cerebrali) fino a essere concepito come soggetto capace di promuovere volontariamente l'organizzazione sanitaria.

Il modello di attività di cocreazione ottenuto nel primo articolo diventa strumentale alla seconda e la terza parte del lavoro nelle quali vengono svolte delle indagini empiriche esplorative al fine di studiare in che modo l'organizzazione sanitaria può supportare e facilitare la partecipazione attiva del paziente nelle attività di cocreazione del valore attraverso la progettazione di azioni volte alla promozione del coinvolgimento attivo dei pazienti nei rapporti con il fornitore del servizio sanitario.

Nel secondo paper l'obiettivo è appunto quello di indagare quali siano i possibili strumenti che un'azienda sanitaria può adottare al fine di facilitare le attività di cocreazione del valore del paziente. Al tal proposito è stata sviluppata, in una prima fase un'analisi della letteratura con riferimento ai lavori di ricerca che potessero appunto individuare le scelte/azioni adottabili dai decisori aziendali di supporto alla cocreazione del valore. Dall'analisi della letteratura emerge che le azioni implementabili dall'azienda possono essere diversificate e variabili in relazione al servizio erogato dall'azienda e dal contesto in cui opera. In letteratura è oltretutto presente il concetto di empowerment del paziente per indicare la promozione da parte del management della partecipazione attiva e consapevole dei pazienti nel processo di fornitura dei servizi sanitari. Questo concetto, rimanda anche alla responsabilizzazione del paziente nel processo di cura, che viene riferita alla possibilità di arricchire i servizi resi ai pazienti e per il miglioramento del valore in sanità. All'empowerment del paziente possono essere infatti ricondotte azioni per l'organizzazione del servizio in funzione di una maggiore partecipazione attiva del paziente che verranno prese in considerazione nell'ambito dello studio. Ai fini dello sviluppo della ricerca esplorativa è stata sviluppata l'analisi di un singolo caso studio (un'azienda operante nel settore della fisiokinesiterapia) per investigare quali siano le azioni e gli approcci gestionali che contribuiscano alla promozione della partecipazione attiva del paziente nelle attività di cocreazione del valore. Viene esplorato, come determinate scelte/azioni manageriali

facilitino la creazione congiunta di valore e come impattino su particolari attività di cocreazione del valore paziente nell'ambito dei servizi erogati dall'azienda. I dati sono stati raccolti attraverso interviste approfondite ai diversi attori interagenti nell'ambito dei servizi erogati, con riferimento ai medici, operatori sanitari, manager, i quali contenuti sono stati codificati e classificati ai fini della costruzione di un modello capace di descrivere le azioni che il management può porre in essere ai fini della formulazione di azioni gestionali orientate alla cocreazione del valore. Con riferimento specifico al caso studio in oggetto, in relazione alle caratteristiche intrinseche, è parso utile classificare i dati raccolti in funzione delle due categorie di servizi offerti con riguardo alle prestazioni di fisiokinesiterapia – prestazioni ambulatoriali e prestazioni domiciliari. È stata osservata in particolare la differenziazione e la diversa intensità delle azioni di supporto al coinvolgimento attivo del paziente nelle attività di cocreazione del valore nelle due diverse tipologie di prestazioni. In particolare è da segnalare che il sistema di servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), è un servizio che dal punto di vista dei possibili percorsi terapeutici, può risultare uno dei contesti più adatti alla cocreazione del valore, quale percorso capace di valorizzare il ruolo del paziente, di ridurre i costi e migliorare la qualità dei servizi in sanità. Facendo capo a una diversa e più intensa relazione tra aziende, operatori sanitari e utenza, può condurre alla riflessione su un cambio di prospettiva e fornisce interessanti stimoli per lo sviluppo di logiche gestionali improntate al coinvolgimento attivo degli utenti e al conseguente cambio paradigmatico nei modelli di management della sanità. Per le caratteristiche del servizio, l'ipotesi, poi confermata dai risultati, consiste nel fatto che le prestazioni domiciliari richiedano un più elevato coinvolgimento attivo da parte del paziente nell'ambito delle attività di coprogettazione, coproduzione e coerogazione del servizio, ma non solo, viene rilevato inoltre l'ampliamento delle interazioni e dell'intensità delle stesse dell'azienda con persone della rete familiare e sociale del paziente. Le azioni di supporto manageriali alla cocreazione del valore rispetto a queste due tipologie di servizi si differenziano, e inoltre i risultati mostrano una crescente interesse da parte della direzione sanitaria verso la progettazione e sviluppo di sistemi di monitoraggio in particolare del processo di erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata al fine della definizione un maggiore coinvolgimento attivo dei pazienti.

La terza parte del lavoro riguarda l'analisi di un caso empirico per l'individuazione di modalità che agevolino la cocreazione del valore nell'ambito di una pagina social istituzionale di un'azienda sanitaria. La comunicazione sanitaria on line svolge un ruolo fondamentale nella promozione del servizio sanitario e nel processo di cocreazione del valore, ed è incentrata principalmente sullo scambio e integrazione di risorse informative (salute, servizi offerti e prestazioni erogate).

In questo senso i social media sono identificabili come applicazioni web e mobile basate sull'approccio tecnologico e ideologico del web 2.0; l'utente ha la possibilità di interagire con altri utenti

nell'ambito dell' applicazione introducendo e modificando contenuti, con la possibilità di collegamento tra i diversi profili. Lo scambio di informazioni tra i diversi attori si amplifica attraverso queste piattaforme, che diventano dal punto di vista della cocreazione del valore degli strumenti di notevole rilievo. Considerato il sempre più crescente uso dei social network come piattaforme in cui i pazienti e gli utenti del servizio sanitario attingono e scambiano informazioni e interagiscono tra di loro e con l'azienda, lo studio ha avuto l'obiettivo di indagare quale sia il ruolo delle piattaforme social istituzionali delle aziende sanitarie nel processo di cocreazione del valore e come possano in quest'ottica essere gestite le azioni comunicative online dell'azienda sanitaria. A tal fine viene condotto, con riferimento ai mezzi della comunicazione social istituzionale una content analysis sulla pagina Facebook istituzionale di una rilevante realtà ospedaliero Universitaria in Italia. La scelta è ricaduta sulle pagine Facebook dell'azienda ospedaliera universitaria di Cagliari poiché particolarmente significative all'interno del contesto territoriale, e perché attualmente al centro di una riprogettazione dei mezzi di comunicazione online. La scelta della pagina Facebook come oggetto dello studio è riconducibile all'importanza che questo media sociale riveste con riferimento ai comportamenti on line dei pazienti. L'aspetto particolarmente interessante dello studio è che viene adottata una duplice prospettiva di osservazione, poiché l'analisi dei contenuti comunicativi ai fini cocreativi viene svolta sia sui messaggi postati dall'azienda ospedaliera sia sui commenti postati dai diversi utenti della pagina. L'analisi della pagina, oltre che dal punto di vista dei contenuti della comunicazione, viene svolta anche dal punto di vista della quantificazione, in termini delle principali metriche (suggerite dalla letteratura) dei like, share e numero di commenti per la valutazione delle reazioni degli utenti.

Con l'ausilio del software Nvivo, si procede con la codifica dei contenuti della pagina social inseriti in primo luogo dall'azienda ospedaliera e dai diversi utenti secondo i modelli di attività cocreative e delle azioni a supporto della cocreazione che possono essere adottate dalle aziende sanitarie risultanti dai precedenti articoli. In seguito alla codifica dei messaggi postati dell'azienda con riferimento alle diverse azioni comunicative e di coinvolgimento attivo dei pazienti, la codifica dei messaggi degli utenti ha consentito di individuare le relazioni tra le attività di cocreazione del valore online (derivate dal framework teorico) e le diverse tipologie di messaggi postati dall'azienda sanitaria. L'individuazione di tali relazioni fornisce informazioni utili al management per comprendere quali siano gli impatti delle azioni comunicative sul processo di cocreazione del valore e di definire e progettare nuove strategie che possano essere implementate per un sempre maggiore coinvolgimento attivo degli utenti nel processo di cocreazione del valore.

L'analisi mostra come la piattaforma di social media può migliorare le prestazioni sanitarie incentrate sul paziente e la qualità della salute attraverso la promozione delle attività di cocreazione del valore.

In particolare, è stato osservato che le attività di cocreazione del valore sono stimulate dalle diverse azioni di coinvolgimento del paziente e di supporto implementate dalla struttura sanitaria. Più in particolare, è stato osservato che le azioni di sviluppo del dialogo e di diffusione di informazioni chiave adottate dall'azienda stimolano le reazioni degli utenti (in termini di like sharing e numero di commenti) e impattano positivamente sulle attività di coapprendimento, connessione e ricerca e collazione informazioni. È stato anche osservato come l'atteggiamento positivo del paziente nei confronti del fornitore del servizio e le altre attività cerebrali si manifestino in una molteplicità di contenuti postati dagli utenti e come le diverse azioni di supporto del management sanitario contribuiscano a promuovere in diverso modo l'attitudine positiva, la tolleranza, le intenzioni future, le aspettative e la fiducia reciproca.

Articolo I

Le attività di cocreazione del valore svolte dagli utenti (pazienti) dei servizi sanitari. Un'analisi della letteratura.

Keywords: value cocreation, activities, healthcare, practice, patient engagement.

1. Introduzione

Il termine *engagement* associato al paziente è sempre più spesso utilizzato per indicare il coinvolgimento, la partecipazione attiva dei pazienti al processo di generazione di valore nell'ambito sanitario. Il concetto rimanda alla capacità del paziente di svolgere un ruolo attivo nella gestione di variegate attività inerenti l'erogazione delle prestazioni sanitarie (Graffigna e Barelo, 2015). In letteratura il costrutto è proposto con una pluralità di significati: alcuni autori definiscono l'*engagement* come una forma di comportamento sociale interattivo, per altri si tratta di uno stato di transizione verso processi di coinvolgimento ampi che si manifestano nel tempo e in vari ambiti sociali. (Hollebeek, 2011; Bryson e Hand, 2007; Huo *et al.*, 2010; Jennings e Stoker, 2004).

Nell'ambito degli studi di marketing è presente il concetto di "*consumer engagement*" (Zimmerman 1995, Wathieu *et al.*, 2002, Hibbard Cunningham, 2008), inteso con svariati significati: processo psicologico di fidelizzazione del consumatore verso una marca (Bowden, 2009); tendenza dei consumatori ad includere le marche preferite nel proprio concetto di sé (Sprott *et al.*, 2008); impegno cognitivo e affettivo del consumatore che si determina nella relazione attiva tra marca e consumatore (Mollen, Wilson, 2010); stato psicologico caratterizzato da specifici livelli di attività cognitiva, emozionale e comportamentale che si verifica nelle esperienze interattive di consumo con un brand, un prodotto o una organizzazione (Brodie *et al.*, 2013; Hollebeek *et al.*, 2014).

Le differenti definizioni di "*consumer engagement*" proposte riflettono la complessità del processo di scambio tra la domanda e l'offerta di beni e servizi in un contesto post moderno di consumo, all'interno del quale i consumatori recuperano la dimensione di attore, capace di partecipare attivamente alla costruzione e valorizzazione dell'offerta di beni e servizi (Polese 2017).

Dal marketing il concetto di *engagement* si è diffuso anche nella sanità per qualificare il tipo di relazione che l'utente di servizi sanitari (il paziente) instaura - o può instaurare - con altri attori individuali ed organizzativi presenti nell'ambito del proprio sistema sanitario di riferimento (Graffigna e Barelo, 2015). Tra le numerose e differenziate definizioni di *patient engagement* presenti in letteratura, particolare rilievo rivestono quelle fornite da alcuni autori che concettualizzano il fenomeno in termini di livelli di attivazione del paziente, quale agente attivo nella gestione della propria salute (Hibbard *et al.*, 2004); evidenziano l'importanza delle diverse componenti dell'*engagement experience*, identificando quest'ultima nelle azioni che il paziente svolge individualmente per partecipare consapevolmente e attivamente al processo di cura (Gruman *et al.*, 2010); individuano quali determinanti dell'*engagement* un complesso di comportamenti, posti in essere dai pazienti, dai membri delle famiglie e dagli operatori sanitari, ed un insieme di approcci e procedure organizzative che supportano l'inclusione dei pazienti - e dei loro familiari - nel sistema sanitario, nel ruolo di *partner* che collaborano attivamente con i fornitori delle stesse prestazioni

sanitarie (Carman *et al.* 2013). Quest'ultima definizione evidenzia la natura sistemica, contestuale, e esperienziale dell'*engagement* del paziente, che emerge dalle interazioni con una pluralità di attori. Coerente con queste impostazioni è la definizione del *patient engagement* come “un processo esperienziale che deriva dall'attivazione congiunta dell'individuo a livello cognitivo (*thinking*), emozionale (*feeling*) e comportamentale (*action*)” (Graffigna *et al.*, 2013; Graffigna e Barello, 2015). Secondo questa concezione l'*engagement* non si risolve nella mera capacità del paziente di aderire alle prescrizioni mediche ma è da considerare come esperienza più ricca, di natura comportamentale, connessa al complesso di attività poste in essere dal paziente nell'ambito del processo di cura; cognitiva, concernente le sue conoscenze, i suoi pensieri e la sua interpretazione delle cure e dei trattamenti; ed emozionale, da ricondurre alle reazioni emozionali che emergono dall'elaborazione della sua condizione di malattia e delle terapie (Graffigna e Barello, 2015).

Ai fini della presente ricerca il concetto di *patient engagement* è pertanto accolto in una accezione ampia, che non coincide con quella di *patient activation* con il quale il primo viene spesso confuso. Infatti, nonostante i processi di *activation* e di *engagement* del paziente siano spesso usati con significato analogo (Hibbard e Mahoney, 2010), l'attivazione riflette la conoscenza, le abilità, le competenze e la volontà del paziente di gestire la propria cura (Greene & Hibbard, 2012); mentre l'*engagement* assume un significato più ampio, di cui l'attivazione è una componente, insieme ad altre attività di tipo cerebrale, emotive e comportamentali poste in essere dallo stesso paziente.

Così intesa la promozione dell'*engagement* del paziente rappresenta una strategia fondamentale per migliorare l'efficienza, l'efficacia ed elevare la qualità dei processi di cura (Hibbard *et al.*, 2013). Numerosi studi evidenziano l'esistenza di molteplici legami positivi tra *engagement* del paziente e conseguimento di importanti *outcomes*, quali aumento dell'attività di ricerca di informazioni (Hibbard *et al.*, 2008); migliore gestione della malattia (Greene e Hibbard 2012; Hibbard *et al.*, 2013); maggiore aderenza ai trattamenti (Greene e Hibbard 2012); aumento delle azioni di prevenzione (Hibbard *et al.*, 2004; Greene e Hibbard 2012); maggiore condivisione delle decisioni terapeutiche (Rogvi *et al.*, 2012); incremento della qualità dei servizi sanitari (Polese *et al.*, 2016), aumento della soddisfazione del paziente (Alexander *et al.*, 2012); riduzione dei costi della sanità per il paziente e per il sistema sanitario nel suo complesso (Greene e Hibbard, 2012).

È evidente pertanto come il coinvolgimento, la partecipazione attiva del paziente rappresenti una condizione fondamentale per la generazione di valore in ambito sanitario, quale esito dell'integrazione di conoscenze, capacità e competenze dei medici e dei pazienti, che diventano parte attiva dello stesso sistema di produzione ed erogazione dell'offerta di servizi sanitari.

Nonostante il coinvolgimento, la partecipazione attiva del paziente al processo di generazione del valore sia una esigenza ampiamente riconosciuta (Zanetti e Taylor, 2015) non sono molti gli studi

che hanno esplorato in profondità il comportamento del paziente finalizzato alla cocreazione del valore. La letteratura ha posto in evidenza le molteplici dimensioni del processo di cocreazione che coinvolgono direttamente il paziente, ovvero la sua partecipazione in qualità di “risorsa operante” a molteplici e varie attività di cocreazione di valore sanitario (Xie et al., 2008; Randall et al., 2011; Payne et al., 2008; McColl Kennedy et al., 2012; Yi e Gong 2013; Neglina et al., 2014). Neglina et al., 2014, propongono la segmentazione del processo di cocreazione in sei attività principali svolte congiuntamente da utenti e fornitori costituite da attività: comunicative, interactive profile, relational, social profile, knowledge, cognitive profile; Yi e Gong 2013, considerano la cocreazione di valore un concetto composto da molteplici dimensioni riconducibili a due fattori di ordine superiore rappresentati rispettivamente dai comportamenti di ruolo e dai comportamenti extra ruolo dei clienti. Il comportamento di ruolo del cliente include le attività di ricerca di informazioni, di condivisione delle informazioni, il comportamento responsabile, l’interazione personale. Il comportamento extra ruolo è segmentabile nelle attività di feedback, promozione, aiuto e tolleranza; lo studio di McColl-Kennedy et al., 2012 concettualizza la partecipazione del paziente allo sviluppo un offerta di servizi sanitari di valore in un complesso di attività di natura cognitiva e comportamentale. In particolare lo studio individua otto classi di attività di cocreazione di valore di competenza del paziente: attività cerebrali quali, ad esempio, l’atteggiamento positivo del paziente nei confronti del fornitore del servizio; la collazione (raccolta e organizzazione) delle informazioni sul servizio da parte del paziente che ne favoriscono la fruizione; la cooperazione che comprende l’accettazione da parte del paziente delle direttive fornite dal provider necessaria per una migliore fruizione del servizio; la combinazione di attività complementari al servizio offerto (combinare terapie alternative, utilizzare medicine supplementari); cambiamento (adattamento pragmatico) delle abitudini di vita del paziente alle nuove condizioni derivate dalla fruizione del servizio; coproduzione (partecipazione del paziente alle attività di progettazione e erogazione del servizio sanitario); coapprendimento (condivisione di informazioni e risorse tra utente e fornitore e consigli, suggerimenti offerti circa l’erogazione del servizio); connessione (capacità del paziente di costruire e sviluppare relazioni e interazioni con il provider e con altri attori anche del contesto sociale (colleghi, amici parenti).

Da un esame degli studi citati, nonostante il comune riconoscimento della crescente importanza della partecipazione del paziente alla cocreazione, emerge tuttavia la mancanza di un accordo sulle attività attraverso le quali il paziente contribuisce alla generazione e allo sviluppo di un’offerta di valore. Alcuni autori hanno criticato la definizione di cocreazione di valore tra tutti gli attori, senza distinzione tra i diversi ruoli e azioni degli stessi attori come fornitori, utilizzatori e altri attori coinvolti nel processo di generazione del valore (Gronroos e Voima, 2013). Pochi studi hanno definito in modo chiaro le modalità di partecipazione del paziente al processo di cocreazione di valore,

lasciandone indeterminata la sua composizione. Sono finora anche pochi gli studi che hanno analizzato sistematicamente le attività di cocreazione svolte dal paziente, anche oltre l'interazione diretta con gli operatori sanitari, ovvero nelle fasi precedenti e successive il momento della produzione/erogazione dei servizi sanitari. La scarsa chiarezza circa le modalità di partecipazione del paziente alle attività di cocreazione di valore alimenta un sorta di ambiguità concettuale e di indeterminatezza sul comportamento cocreativo del paziente. Questa indeterminatezza si riflette anche nella difficoltà, da parte degli stessi operatori sanitari, di adottare approcci gestionali volti ad includere il paziente nel processo di cocreazione del valore della salute. Emerge quindi l'esigenza di ampliare la comprensione delle modalità di creazione del valore attraverso il coinvolgimento del paziente nella realizzazione dell'offerta di servizi sanitari capace di creare un valore positivo per tutti gli attori coinvolti direttamente e indirettamente nel processo cocreativo. L'obiettivo di questo lavoro, dopo aver esaminato il quadro teorico che attribuisce al cliente il ruolo di protagonista, di attore essenziale nella cocreazione di valore, è quello di definire un modello di analisi e qualificazione delle attività di cocreazione di valore che coinvolgono direttamente l'utente (paziente) di servizi sanitari, uno strumento concettuale suscettibile di poter essere utilizzato dagli operatori sanitari per comprendere su quali attività orientare possibili strategie volte a coinvolgere più efficacemente i pazienti e altre categorie di attori sanitari nei processi di cocreazione di valore.

In coerenza con gli sviluppi della service research il concetto di cocreazione adottato nel presente lavoro si basa sull'idea che il valore di uno scambio non sia determinato esclusivamente dall'erogatore ma "emerge" dall'integrazione di risorse, attraverso l'interazione tra fornitori e utenti e altri attori coinvolti nella progettazione ed erogazione di servizi sanitari, che creano valore reciprocamente, all'interno di sistemi ampliati, denominati anche ecosistemi di servizio (Vargo e Lush, 2011). Ai fini del presente lavoro i concetti di utente (paziente) come peraltro quello di provider (fornitore) di servizi sanitari non sono intesi in senso atomistico, ma come entità sistemiche che interagiscono reciprocamente in funzione del perseguimento del valore comune della salute, in quanto attori di un sistema più generale costituito dell'eco-sistema sanitario: il paziente è considerato incluso in un contesto più ampio costituito dal proprio sistema di servizio, composto da se stesso, dalla propria famiglia, dal medico di base, da comunità di pazienti, da medici specialisti, centri diagnostici, strutture ospedaliere; lo stesso provider inteso in senso ampio, come tutti gli attori - individuali e organizzativi - con i quali il paziente interagisce per la soluzione dei propri problemi di salute è inserito in un sistema relazionale i cui confini non sono oggettivi ma definiti soggettivamente dalle interazioni attivate dallo stesso provider con gli altri attori presenti nel contesto sanitario. Il fornitore del servizio sanitario con riferimento al presente studio può essere declinato in funzione delle diverse tipologie di soggetto caratterizzante il sistema sanitario nazionale. Più in particolare possono essere

definiti fornitori del servizio sanitario soggetti quali: medici generici, azienda ospedaliera, farmacie, aziende sanitarie private convenzionate, aziende sanitarie locali. Il presente contributo è strutturato come segue: dopo aver richiamato brevemente il concetto di *patient engagement* viene delineato il quadro concettuale di riferimento in tema di cocreazione di valore attraverso le principali prospettive teoriche da cui prende origine il concetto; si procede poi alla presentazione della metodologia utilizzata e dei risultati dell'analisi della letteratura; si evidenziano le implicazioni manageriali, i futuri sviluppi della ricerca e le conclusioni del lavoro.

2. Quadro teorico di riferimento

Il quadro teorico all'interno del quale il ruolo del consumatore è considerato fondamentale ai fini della cocreazione di valore è identificabile negli sviluppi della service research, ed in particolare nella *service dominant logic*, un orientamento teorico basato su un nuovo concetto di servizio e focalizzato sulla ricerca di nuove modalità di configurazione e management dei sistemi di servizio. A partire dalla seconda metà degli anni settanta del secolo scorso alcuni studiosi, dopo aver evidenziato la crescente difficoltà di applicare a settori diversi da quello dei beni di consumo di massa le soluzioni del marketing tradizionale, orientarono le ricerche verso la definizione di teorie, metodi e strumenti applicabili specificamente ai settori dei beni industriali e dei servizi (Hakansson e Osteberg, 1975; Hakansson, 1987; Grönroos, 1984, 1988; Gummesson, 1987). Nell'ambito di queste ricerche nasce il marketing relazionale, caratterizzato per un decisivo spostamento dell'attenzione dalla "transazione" alla "relazione" e focalizzato sullo studio della dimensione partecipativa del cliente al processo di generazione del valore. La nuova impostazione si basa su due principi fondamentali: attenzione prioritaria al cliente; gestione delle relazioni durevoli con il consumatore (Gummesson, 1987). L'obiettivo di marketing è creare, sviluppare e mantenere nel tempo relazioni interattive con i clienti e gli altri *stakeholder aziendali* (Grönroos, 1988). In linea con la nuova prospettiva di marketing la *service dominant logic*, è un approccio teorico che supera la logica tradizionale, basata sulla centralità del bene, quale output fisico del processo produttivo, per approdare ad una ottica che individua nel "servizio" la base fondamentale del processo di generazione del valore (Vargo e Lusch, 2004; 2006; 2008). L'idea di fondo è che il valore di un bene e/o servizio non sia generato unicamente dal "produttore" ma sia invece, anche se non co-prodotto, comunque sempre "cocreato" insieme ad altri attori ad iniziare dal destinatari finale dell'offerta. In particolare, il contributo innovativo offerto dalla logica *service dominant* riguarda la definizione di un *framework* che si sostanzia nella rivisitazione e ridefinizione dei concetti di servizio, di valore (attori e risorse) e del relativo contesto di creazione. La nuova prospettiva definisce il servizio come "un'applicazione di competenze attraverso azioni, processi e performance finalizzato a produrre un beneficio per se

stessi e per entità terze, direttamente o indirettamente connesse” (Vargo e Lush, 2004). L’oggetto principale della relazione di scambio è rappresentato dal servizio così definito, e può essere offerto direttamente o anche indirettamente, cioè attraverso la distribuzione di un bene fisico (Vargo e Lush, 2004). Coerentemente con una concezione reticolare dello scambio anche il concetto di valore assume un significato diverso rispetto a interpretazioni fornite da contributi precedenti. Il tradizionale concetto di valore è basato sui principi dell’economia industriale, secondo cui l’obiettivo dell’impresa è offrire ai propri clienti prodotti /servizi di valore superiore a quelli dei concorrenti (Porter, 1980). Secondo la *service dominant logic* il valore non è creato dall’impresa e, una volta incorporato nell’offerta, trasferito ai consumatori, ma co-creato dal consumatore e dall’impresa e da altri attori che hanno interesse a condividere le risorse disponibili (conoscenze e abilità). La distinzione tra produttori e consumatori scompare e tutti gli attori partecipanti al processo diventano protagonisti attivi nella cocreazione di valore per se stessi e gli altri (Vargo *et al*, 2008). Inoltre il coinvolgimento, la partecipazione attiva del consumatore viene inquadrata in un’ottica finalizzata non solo alla coproduzione del servizio, quanto piuttosto al processo più ampio della cocreazione del valore. Nella logica tradizionale secondo cui il valore, attraverso il processo produttivo, è incorporato nei prodotti/servizi non ha senso distinguere tra coproduzione e cocreazione; la distinzione tra i due concetti è invece necessaria in ottica *service dominant logic*, in quanto il consumatore è un cocreatore di valore anche se non collabora attivamente alle attività di produzione e di fornitura del servizio (Tomasetti *et al*. 2015). Il ruolo del consumatore è secondo la prospettiva *service dominant*, quello di un attore che partecipa attivamente allo sviluppo della proposta di valore di cui egli stesso è fruitore (Vargo e Lush, 2008), coerentemente con modelli di creazione di valore basati su una crescente interazione tra consumatori e impresa (Prahalad e Ramaswamy, 2004) e l’ampliamento dei confini della catena del valore tradizionale alla rete di attori esterni all’impresa (Normann e Ramirez, 1995). Secondo questa prospettiva l’impresa formula delle proposte di valore e queste potranno trasformarsi in valore se quanto offerto viene adeguatamente percepito, accettato ed usato dal consumatore (Vargo e Lush 2006, 2008). Un’offerta di valore è pertanto sempre il risultato dell’interazione tra impresa e cliente, tra i quali si sviluppa un rapporto del tipo *Actor-to-Actor* (Chandler e Vargo, 2011). Lo scambio di risorse ~~tra~~ avviene attraverso complesse interazioni coinvolgono una pluralità gli attori in molteplici attività di cocreazione del valore. Tutti gli attori coinvolti nel processo assumono il ruolo non unicamente di conferitore o unicamente di utilizzatore di risorse, ma piuttosto quello più complesso di integratore delle risorse, tangibili e intangibili e delle competenze specialistiche necessarie allo sviluppo del processo di cocreazione di valore. Ciascuno di essi, nell’ambito della propria rete di relazioni e interazioni, riveste nel contempo il ruolo di fornitore e nel contempo di utilizzatore di risorse sia *operand* che *operant*. Il valore finale del servizio offerto è sempre e

unicamente determinato dal destinatario del servizio nel momento dell'utilizzazione da parte dello stesso di una proposta di valore, alla cui realizzazione potrebbe collaborare anche il cliente, in un particolare contesto di fruizione del servizio (Vargo *et al.*, 2008).

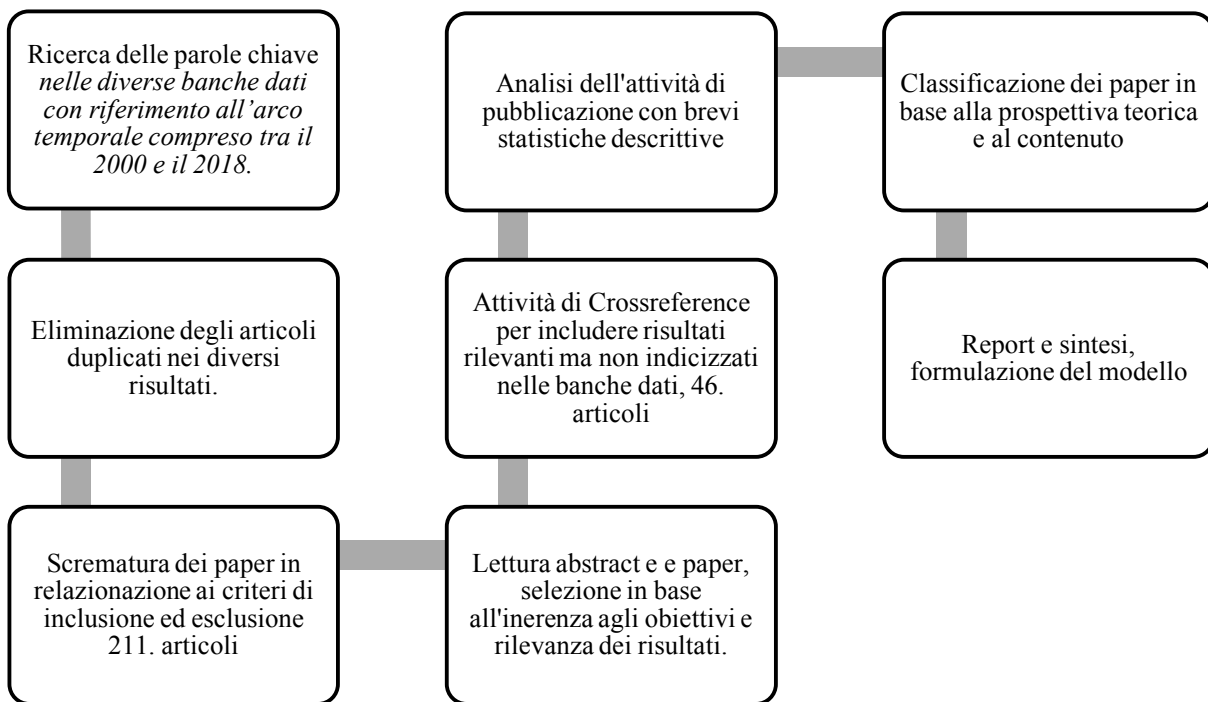
La soluzione organizzativa considerata più idonea dalla *service dominant logic* a supportare il processo di cocreazione del valore è identificata nel “sistema di servizio”, inteso come una “*Configuration of resources including people, information and technologies, connected to other systems through its value proposition...*” (Vargo *et al.*, 2008). La sua configurazione organizzativa di tipo reticolare è caratterizzata per la presenza di una pluralità di attori interdipendenti e interagenti al fine del conseguimento di risultati positivi per tutte le parti coinvolte, secondo una logica del tipo *win-win*, (Polese *et al.* 2016). La dimensione principale del sistema di servizio è costituita dalla componente umana, cioè da tutte le persone coinvolte nello scambio, dai fornitori ai fruitori dei servizi, agli altri partner. Ciascuna di esse contribuisce alla cocreazione fornendo al sistema le conoscenze e competenze necessarie per la gestione delle attività di cocreazione del valore; l'accesso alle informazioni degli attori e la loro condivisione rappresenta un'ulteriore fondamentale elemento per migliorare la qualità della proposta di valore, nelle sue diverse fasi di sviluppo, le modalità di fruizione della stessa e, pertanto, la cocreazione del valore; le tecnologie ed in particolare le *Information Technology*, facilitando l'accesso in tempi rapidi alle diverse fonti di informazione, favoriscono la condivisione di dati, informazioni, conoscenze utili alla gestione delle attività di cocreazione (Vargo *et al.*, 2008). Più recentemente Vargo e Lush (2011) propongono un'evoluzione dell'approccio *service logic dominant* per interpretare come il valore possa essere cocreato nell'ambito di *network* dinamici di interazioni interconnesse e integrazione di risorse. In linea con lo sviluppo delle nuove tecnologie dell'informazione, che influiscono sul contesto e sulle interazioni, i due autori propongono una concezione rinnovata del concetto di sistema di servizio. La nozione introdotta, cioè il concetto di ecosistema di servizio, è definito come “sistemi autoregolanti di attori integratori di risorse connessi da logiche istituzionali condivise e mutua creazione di valore attraverso lo scambio di servizi” (Vargo e Lush, 2011). La nuova logica *service ecosystems* si caratterizza per il riconoscimento di specifiche capacità di adattamento del sistema alle mutevoli condizioni di contesto (Golinelli 2010, 2017; Barile e Polese 2009, 2010); riconsidera la natura delle relazioni nei mercati che da diadiche (impresa–consumatore) si sviluppano in reti dinamiche di relazioni tra molteplici attori; sposta l'attenzione sul contesto sociale (istituzionale), riconosce il ruolo critico delle risorse operanti (ovvero quelle capaci di agire su altre risorse al fine di creare beneficio) e analizza la cocreazione di valore attraverso configurazioni di scambi relazionali di mutuo beneficio tra molteplici attori. Inoltre, la *service ecosystems focalizza* l'attenzione non solo sul valore cocreato, attraverso l'uso dell'offerta di valore in un particolare contesto, ma analizza anche l'importanza e le modalità

della costruzione collaborativa dello stesso contesto, nell'ambito di sistemi relazionali complessi di tipo *network* (Akaka *et al.*, 2012).

3. Metodologia

Al fine della definizione di un modello di analisi delle attività di cocreazione di valore svolte dall'utente (paziente) di servizi sanitari, nell'ambito di questo lavoro viene sviluppata una review sistematica della letteratura (Fink, 2014, Tranfield 2013). Nell'ambito della ricerca manageriale la review della letteratura è uno strumento chiave che permette di gestire e classificare le conoscenze diversificate con riferimento a uno specifico settore di ricerca. Lo scopo dell'adozione di una review della letteratura è relazionato alla possibilità da una parte di mappare e valutare la produzione scientifica esistente e di specificare una precisa domanda di ricerca attraverso la quale è possibile collocare il contributo scientifico del lavoro. La differenza principale di una review sistematica della letteratura rispetto alla review narrativa è riconducibile essenzialmente alla replicabilità e trasparenza della procedura, minimizzando il rischio di esclusione di contenuti rilevanti (Tranfield, et al. 2003). La review narrativa, infatti può celare il rischio di non includere articoli rilevanti e di non essere esaustiva con lo scopo di mappare i lavori di ricerca adatti alla costruzione di un modello sulle attività di cocreazione del valore. Attraverso la review si vuole fornire un quadro sulla letteratura in merito all'evoluzione dei modelli sulle specifiche attività responsabili della cocreazione di valore attraverso il patient engagement, con l'obiettivo di favorire la definizione di uno strumento per il management (Tranfield et al., 2003) delle aziende sanitarie per la formulazione di strategie in grado di promuovere e facilitare la partecipazione del paziente al processo di cocreazione di valore. Il processo di review della letteratura ha riguardato principalmente le seguenti fasi: a) costruzione del dataset; b) breve analisi delle attività di pubblicazione; c) classificazione dei contributi per contenuto e prospettive; reporting e sintesi del modello di analisi proposto come di pone in evidenza nella figura 1.

Fig. 1 Processo di review sistematica della letteratura e selezione articoli



Facendo seguito alla costruzione della domanda di ricerca, la costruzione del dataset è lo step che rappresenta un punto cardine nel processo di analisi, poiché si definisce l'ampiezza e la profondità dello studio. Rappresenta un momento di particolare delicatezza poiché vengono in questa fase filtrati gli articoli che verranno analizzati a fronte della selezione di specifici criteri di ricerca. A riguardo, in questo studio, la fonte primaria di costruzione del dataset ha riguardato l'utilizzo delle banche dati online di Scopus, Web of Science, Google Scholar. La scelta sulle prime è riconducibile a due principali motivazioni relative, rispettivamente, alla rilevanza delle fonti contenute (a livello di Journal) e alla reputazione dei database segnalati come quelle più accreditate tra le fonti bibliografiche internazionali. La motivazione della scelta dell'uso di Google Scholar è invece principalmente da ricondurre alla possibilità di ottenere articoli notevolmente rispondenti alla domanda di ricerca, ma non indicizzati nelle banche dati sopracitate per motivazioni varie, ovvero per articoli in work progress e per la pubblicazione in riviste non indicizzate. Nonostante possa rappresentare una scelta criticabile per la rilevanza delle fonti relativamente riconosciuta a livello internazionale inclusa nel motore di ricerca, la ragione che spinge a includere anche quest'ultima tipologia di articoli, è da attribuire all'elevata specificità del tema di ricerca e al conseguente numero ristretto di lavori già pubblicati e indicizzati nelle banche dati; si ricorda infatti che il tema analizzato non vuole riferirsi in generale alla cocreazione del valore ma più in particolare alle specifiche attività che il paziente attua per la creazione di valore attraverso l'interazione con il sistema di servizio del

fornitore. La selezione delle parole chiave è stata circoscritta ai termini che potessero, nel contempo, fornire la massima analogia in letteratura con il concetto di cocreazione di valore in sanità, e trovare il massimo numero di articoli scientifici sul tema. Ai fini della costruzione del dataset, sono state interrogate le banche dati con specifiche chiavi di ricerca individuate attraverso una ricognizione della letteratura sul tema della cocreazione del valore con riferimento all'engagement del paziente. Selezionando le seguenti parole chiave: "value", "cocreation", "patient", "engagement", "active", "participation", "Involvement", "activation", "activities", "practice", "models", "roles", "health", "health-care", sono stati trovati complessivamente, con le diverse e opportune combinazioni delle chiavi di ricerca, applicando filtro temporale dal 2000 al 2018, 503 articoli. Una volta ottenuti gli articoli in questa prima fase, è stato imposto un ulteriore criterio di esclusione, ovvero è stata limitata la ricerca ai paper riferibili al settore disciplinare del management e sono conseguentemente stati eliminati dal dataset i risultati duplicati nelle diverse banche dati. La fase di screening successiva rappresenta uno step di notevole importanza poiché concerne la valutazione del contenuto degli articoli ai fini della conseguente inclusione nel dataset. Più specificamente sono stati letti e analizzati gli abstract di tutti gli articoli e, quando necessario l'intero testo, ed è stata effettuata un'attenta selezione degli articoli strettamente riferibili alle attività di cocreazione del valore, tutti riconducibili ad annualità abbastanza recenti (dal 2008 al 2018).

4. Risultati e discussione

Come si evince dalla tabella esposta nel precedente paragrafo l'analisi sistematica della letteratura ha permesso d'identificare un complesso di 46 articoli risultato della selezione attenta dei lavori di ricerca sul tema delle modalità di partecipazione del paziente alla cocreazione del valore della salute. Gli studi selezionati si riferiscono a sistemi organizzativi eterogenei, sia privati che pubblici. Alcuni lavori vengono sviluppati sulla base di analisi teoriche non specificamente basati su uno studio empirico, altri lavori, invece, conducono l'analisi della cocreazione del valore applicata a settori diversificati, oltre che a quello sanitario, anche ai settori del turismo, delle tecnologie dell'informazione, istruzione, dell'industria del cibo, del trasporto pubblico fino ad arrivare a quello ecclesiastico. Descrivendo ancora la composizione settoriale degli articoli si può notare che è presente una netta rilevanza in termini di numero di paper riferiti ai settori dei servizi pubblici e soprattutto sanitario. Proprio in sanità infatti il concetto di cocreazione del valore trova fortissima valorizzazione dato il ruolo sempre più attivo del paziente, e l'orientamento al servizio che, in questo contesto trova piena esplicitazione come opportunità per il miglioramento della qualità e della sostenibilità dei servizi forniti dal sistema sanitario nazionale (Polese 2013). Nella prospettiva della SDL la valorizzazione delle interazioni tra i soggetti coinvolti nel servizio rappresenta infatti la base concettuale per lo studio

delle dinamiche di cocreazione del valore in ambito sanitario. Proprio in sanità e durante i processi di erogazione delle cure il paziente riveste un ruolo fondamentale capace di influenzare l'efficacia, l'efficienza e la sostenibilità del servizio sanitario (Polese *et al.*, 2016). Nel presente studio, ai fini della costruzione di un modello di analisi delle attività di cocreazione del valore che coinvolgono il paziente, si è scelto di prendere in considerazione non solo i lavori afferenti il settore sanitario, ma anche ad altri settori le cui componenti descritte possono contribuire, tramite adattamenti, alla costruzione del framework.

Sono presenti nei risultati della revisione, lavori concettuali (Nambisan, 2009, Neghina et al 2014) come anche lavori di tipo empirico che hanno per oggetto l'impiego sia di metodologie qualitative che quantitative (Randall et al. 2011, Chandler e Chen 2015, McColl-Kennedy et al. 2012, Sharma e Conduit 2016, Mc Coll Kennedy et al. 2016, Yu e San Giorgi 2018). L'analisi è stata sviluppata anche attraverso l'osservazione della distribuzione sulle riviste che hanno accolto e pubblicato articoli sullo specifico tema indagato. Di seguito si presenta la distribuzione percentuale degli articoli selezionati nelle principali riviste (Tab. 1)

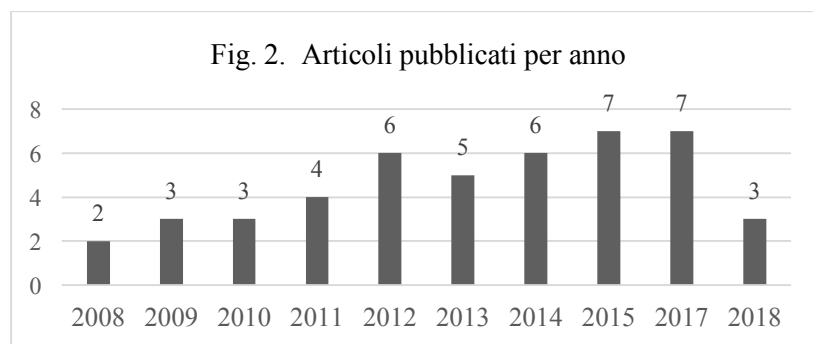
Tabella. 1 Principali riviste contenenti gli articoli selezionati.

JOURNAL	ARTICOLI
Journal of business research	14,04%
Journal of service research	10,86 %
Marketing theory	4,35 %
Service science	4,35 %
Review of marketing reaserach	4,35 %
Journal of Business and Behavioural science	7,02 %
Journal of strategic Marketing	6,52 %
Industrial Marketing Management	4,35 %
Journal of Academic Marketing Science	5,61 %
Healthcare	4,35%
Altri	34,2 %

Emerge subito, come già segnalano alcuni autori (Sharma e Conduit 2016), che alcuni journal di notevole rilevanza scientifica nel panorama internazionale da alcuni anni hanno dedicato attenzione

al tema delle attività di cocreazione del valore. A titolo di esempio, particolarmente significativo, può essere citato il *Journal of Service Research* e il *Journal of Business Research*. Entrambe le riviste, riconosciute come top Journal, accolgono con frequenza a partire dal 2012 lavori che studiano la cocreazione del valore e più specificamente la struttura delle attività di cocreazione del valore poste in essere dall'utente nel rapporto con il fornitore del servizio. A partire da questi lavori è facilmente intuibile come l'argomento acquisti sempre più rilevanza, dal momento che trova sempre maggiore spazio in riviste autorevoli e viene trattato da numerosi autori.

Per quanto riguarda le annualità di riferimento, è stata osservata un'intensificazione dei lavori pubblicati sul tema a partire dal 2012 (fig. 2).



Come si evince dal grafico, il periodo in cui si registra il maggior numero di articoli è quello che segue il 2012, anno in cui il lavoro sulle attività di cocreazione del valore di Mc Coll Kennedy et al. ha trovato pubblicazione nel *Journal of Service Research*. A partire poi dal 2015 l'interesse verso il tema delle attività di cocreazione del valore è stato ancora più rilevante, con riferimento ai lavori di ricerca atti a studiare il processo con l'obiettivo di ottenerne un modello di misurazione (). Nelle annualità più recenti è doveroso segnalare come la presenza dei lavori riferiti alle attività di cocreazione del valore sia sempre più presa in considerazione anche in concomitanza alla crescente attenzione della letteratura internazionale sul più generico tema della cocreazione del valore. Per il 2018, la presenza di articoli già pubblicati e indicizzati è comunque degna di attenzione benché il numero assoluto degli articoli sia minore in termini di quantità, chiaramente per il fatto che vengono considerati solo i primi tre mesi. Inoltre, una volta effettuata la selezione dal dataset dei 46 articoli rispondenti all'obiettivo specifico della ricerca, è stata studiato quale tipo di filone teorico è stato adottato come approccio per lo studio delle attività di cocreazione del valore. Nel loro complesso, gli studi trovano radici teoriche nell'evoluzione del marketing dei servizi ed in particolare negli sviluppi della *service dominant logic* (Vargo e Lush, 2011; Joiner e Lush 2016). Nonostante la presenza di definizioni, interpretazioni e aspetti della cocreazione di valore diversificati, è possibile affermare che i contributi accolgono in maniera predominante come prospettiva teorica di riferimento la *service*

dominant logic (Vargo e Lusch 2004). Doveroso segnalare l'espressa condivisione nel lavoro di Neghina et al. (2014) della prospettiva teorica di Grönroos e Voima (2013), che considera la cocreazione legata all'interazione diretta tra dipendente dell'impresa e cliente. Gli autori quindi, non seguono per intero le assunzioni dell' SDL, ma si avvicinano maggiormente alla prospettiva teorica della service logic e definiscono la cocreazione del valore come un processo strutturato da sei tipi di azioni (attività) eseguite dai clienti, dai fornitori e altre attori coinvolti nel servizio. Un primo esame della letteratura ha permesso di evidenziare la percezione della crescente complessità della partecipazione del paziente al processo di cocreazione di valore sanitario. Emerge in particolare come l'interesse specifico per la descrizione e ricerca di modelli di attività cocreative sia riconducibile soprattutto a lavori datati a partire dal 2008 - 2009 con un contributo di origine asiatica di Zhang et al. e il lavoro Nambisan et. al. 2009, che tra i primi fornisce un modello -teorico e non dettagliato - sulla cocreazione del valore nel settore della sanità.

A partire da quelle annualità il numero di articoli sul tema è cresciuto progressivamente anche con riferimento alle pubblicazioni di riviste internazionali. Tutti gli studi selezionati focalizzando sulle attività di cocreazione del valore rappresentano una risposta all'esigenza conoscitiva legata alla possibilità di includere il paziente nei processi di innovazione, produzione-erogazione e cocreazione del servizio sanitario (Greenhalgh *et al.*, 2016). Lo studio delle attività rappresenta infatti un modo per capire e indagare sulle possibilità di pianificare e adottare approcci gestionali improntati alla cocreazione del valore, interpretate come condizione fondamentale per il miglioramento della performance delle organizzazioni sanitarie, per l'aumento della qualità del servizio e per la riduzione dei costi legati alla sua erogazione. Gli articoli presi in considerazione, come già menzionato, sviluppano studi di tipo sia teorico che empirico, prendendo in considerazione variabili e metodi di classificazione diversificati delle attività di cocreazione.

Da una loro prima ricognizione emerge come all'analisi del tema, sia stata dedicata seppur in un breve intervallo temporale (2008-2017) una crescente attenzione, determinata anche dai cambiamenti che hanno interessato il comportamento degli utenti, il loro livello di partecipazione nei processi di cura collaborativi e nei processi decisionali. A seguito dei lavori di ricerca datati a partire dal 2008 - 2009, lo studio che costituisce un importante riferimento è quello di McColl Kennedy del 2012, che focalizza l'analisi sulle attività di cocreazione del valore da parte del paziente, fornendo uno dei primi lavori empirici presenti in letteratura. Altri autori (Hardyman *et al.*, 2015, Osei FriPong *et al.*, 2015) enfatizzano l'importanza della dimensione micro come base di studio per le interazioni paziente struttura sanitaria, altri autori, ancora, riportano e costruiscono una classificazione delle attività di cocreazione del valore in base al grado d'impegno del paziente (Sweeney *et al.*, 2015), oppure in base all'approccio della devianza positiva (Zanetti e Taylor, 2015). La tendenza è quella di

indagare sulle attività del paziente e le interazioni con l'azienda ospedaliera, con il fine di definire "soluzioni" strategiche ed operative che supportino il coinvolgimento del paziente e quindi la cocreazione di valore in sanità. La prospettiva di indagine si rivolge dunque alla ricerca di "soluzioni" capaci di sostenere e facilitare la coordinazione efficace ed efficiente dei meccanismi di cocreazione del valore nell'ambito delle strutture sanitarie (Breidbach *et al.*, 2016). Come già affermato, l'articolo di McColl Kennedy del 2012, rientrando nella selezione della presente review, rappresenta uno dei primi lavori riferiti all'indagine ai fini dell'individuazione delle attività capaci di cocreare valore attraverso l'engagement del paziente. L'obiettivo del lavoro era duplice: da un lato investigare le pratiche e le abitudini sviluppate dai pazienti in contesti di cura diversificati, individuando specifiche interazioni e attività; dall'altro lato procedere a una loro classificazione in relazione con la qualità della vita percepita dal paziente. Gli autori forniscono una definizione di valore cocreato, come beneficio ottenibile dall'integrazione di risorse attraverso le azioni e le attività, che presenta differenze di rilievo rispetto alla letteratura precedente, che nonostante l'interesse per l'engagement del paziente, non focalizzava sufficiente attenzione sul tema delle attività di cocreazione del valore. Una prima rilevante differenza riguarda le interazioni quale elemento costitutivo della cocreazione – essenziali per integrare le risorse - che superano la tradizionale impostazione diadica, estendendole a quelle intrattenute non solo con soggetti fornitori del servizio, ma con una molteplicità di attori collegati al processo di progettazione e gestione delle prestazioni sanitarie. La rete di servizio del consumatore (paziente) secondo l'interpretazione fornita, viene quindi ampliata comprendendo interazioni con soggetti collocati anche oltre l'azienda ospedaliera quali amici, familiari e colleghi. Un secondo elemento di differenza rispetto alle ricerche precedenti è il concetto di fornitori del servizio, intesi come "*partial provider*" di input nel processo di cocreazione del valore del consumatore con risorse provenienti da diverse attività, includendo quelle autogenerate dal consumatore, le "*self-activities*". In coerenza con la concezione di cocreazione proposta, l'ampliamento della rete delle interazioni del paziente e il riconoscimento della parzialità delle risorse dei fornitori del servizio, lo studio individua otto attività di cocreazione di valore del paziente: cooperazione, collazione delle informazioni, attività cerebrali, raccolta e organizzazione delle informazioni, combinazione di attività complementari al servizio, coapprendimento, cambiamento delle abitudini di vita, connessione, coproduzione. (McColl-Kennedy *et al.*, 2012). Il modello concettuale al quale gli autori giungono sulla base del loro studio riveste notevole importanza dal punto di vista dello sviluppo di nuove prospettive di ricerca sull'individuazione delle attività di cocreazione del valore attraverso l'engagement del paziente ma non procede anche ad una esaustiva identificazione e descrizione delle stesse. Peraltro, i contenuti delle attività non sono indicati in maniera approfondita ma solo esemplificativa e non si dà descrizione dell'organizzazione delle stesse

attività o delle relazioni intercorrenti tra di esse. Un altro limite riconducibile al suddetto lavoro di ricerca è legato al contesto di riferimento dello studio. Le interviste sono state condotte su pazienti maggiorenni in un reparto di cure di oncologia, conseguentemente il modello ottenuto è strettamente legato ad un contesto specifico ed emerge come siano necessari ulteriori studi che indaghino sulle attività di cocreazione in contesti di cura diversificati sia in termini di categorie di pazienti, che di tipologie di cura. A partire da questo contributo altri studi e ricerche pur riconoscendone l'indubbio valore hanno posto in evidenza l'esigenza di approfondire l'analisi delle attività svolte dal paziente in ambito sanitario. La strutturazione delle attività ottenute da Mc Coll Kennedy et al. è stata comunque poi ripresa in una molteplicità di lavori in letteratura costituendo un modello di riferimento per le future ricerche che approfondissero il framework sulle attività di cocreazione del valore non solamente rivolte al settore sanitario. Sul tema, è doveroso far riferimento a degli studi compiuti da autori italiani (Vesci et al 2015, Tomasetti et al. 2017, Troisi 2016) in merito all'approfondimento e al dettaglio delle attività di cocreazione del valore applicato al settore pubblico. I lavori citati rivestono particolare importanza poiché coniugano il valore empirico del modello di McColl Kennedy con una robusta analisi della letteratura per produrre un framework approfondito sulle varie subattività riconducibili alle categorie precedentemente individuate e applicabile a settori diversificati. Individuando infatti una relazione gerarchica tra le macroattività indicate da McColl Kennedy e le subattività trovate da un'attenta analisi della letteratura viene formulato un modello che tende a superare le carenze particolarmente rilevante e di stacco rispetto a quelli già presenti che affrontavano la descrizione delle attività in maniera parziale o diretti all'analisi di specifici aspetti, ma soprattutto valido per la progettazione di strategie per il supporto e la promozione della cocreazione del valore.

Nei prossimi paragrafi si procederà alla classificazione dei principali lavori selezionati, prendendo in considerazione la prospettiva teorica adottata, e in seguito si fornirà una classificazione e descrizione delle attività attraverso il confronto delle evoluzioni e dei contenuti dei paper oggetto della selezione seguendo l'impostazione di McColl Kennedy et al., implementata e approfondita con i contenuti della letteratura successiva.

4.1 Le attività di cocreazione del valore secondo le diverse prospettive teoriche.

I molteplici studi selezionati nella review, ad ogni modo, nonostante la focalizzazione su settori e aspetti diversificati sono comunque suscettibili di una classificazione riconducibile all'appartenenza alle diverse prospettive teoriche che fanno da sfondo alla cocreazione del valore. Come precedentemente accennato, l'SDL è la corrente teorica più rilevante presa in considerazione nel dataset degli studi, soprattutto tenendo conto dell'intensificazione dei lavori pubblicati negli ultimi anni e considerando anche la tendenza a convergere verso di essa delle teorie della SL e della

SS. Circa il 96% degli articoli considerati è riconducibile alla SDL mentre alla Service Logic e alla Service Science sono riconducibili circa il 4%. A riguardo, con riferimento alle attività è stato possibile osservare che vi sono delle variazioni a seconda dell'appartenenza dello studio alle diverse prospettive. Tra le attività comprese nei paper nettamente appartenenti all'SDL, sono infatti presenti le attività cerebrali altrimenti definite anche *self generated activities* (attività autogenerate), che descrivono essenzialmente la buona predisposizione, l'atteggiamento positivo del paziente nei confronti della cura, la fiducia nei confronti del fornitore del servizio. Esse trovano origine e supporto teorico in uno degli assiomi principali dell'SDL, che peraltro la differenzia maggiormente rispetto ad altre prospettive interpretative. A partire dalla definizione della cocreazione di valore di McColl Kennedy come "*benefit realized from integration of resources through activities and interactions with collaborators in the customer's service network*" assume rilievo fondamentale l'assioma recentemente riformulato per il quale tutti gli operatori economici e sociali sono capaci e integrano risorse (Lush e Vargo 2014). Il concetto di cocreazione di valore, così concepito è riferibile a una rete più estesa di soggetti rispetto alla prospettiva diadica, che contempla nel caso della sanità solo le interazioni medico paziente (McColl Kennedy 2012). Da una rapida osservazione sulle attività di cocreazione del paziente descritte nei lavori selezionati, è subito identificabile la presenza delle attività cerebrali (o *self activities*) introdotte da McColl Kennedy et al. in alcuni dei paper esplicitamente aderenti all'SDL. Questa considerazione è da collegare agli assiomi formulati dalla da Vargo e Lush definiti nelle Foundational Premises (FP) della SDL. In particolare nella FP4, la fonte principale del vantaggio competitivo risiede nelle operant resources, ovvero in tutti gli attori sociali ed economici, nella FP6 che indica che il valore è il risultato di un azione che presuppone l'interazione tra le parti e individua nel consumatore il cocreatore di valore, e nella FP10 che definisce il valore come sempre unicamente e fenomenologicamente determinato dal beneficiario del servizio, è comprensibile come l'utente del servizio sia l'assoluto protagonista del processo di cocreazione del valore. Le cerebral activities rappresentano una delle esemplificazioni concrete di questi assiomi, valorizzando l'autonoma capacità dell'utente di cocreare valore per l'impresa anche con la sola buona predisposizione e fiducia nei confronti del servizio. Queste attività rappresentano il presupposto per la manifestazione delle altre attività (di coproduzione, connessione etc), innescando un processo virtuoso di collaborazione e atteggiamento positivo nei confronti del servizio. Nei lavori di ricerca riconducibili alla scuola italiana (Tomasetti et al. 2015, Vesci et al. 2016, Troisi 2017), le attività cerebrali sono state ulteriormente approfondite e sono state scomposte in sub-dimensioni, in sub-attività che meglio ne hanno meglio declinato il contenuto e definito l'importanza.

Un ulteriore studio che insieme al lavoro di Mc Coll Kennedy rappresenta un punto di riferimento importante per la ricerca sulle attività di cocreazione del valore nell'ambito della SDL, è

quello di Yi e Gong del 2013 pubblicato nel Journal of Business Research, attraverso il quale si ottiene una classificazione che si differenzia nettamente rispetto a quella fornita nel 2012. Gli autori, accogliendo l'SDL, affermano che l'utente come partner collaborativo e attivo negli scambi, cocrea valore con l'impresa attraverso il coinvolgimento nell'intera catena del valore (Yi e Gong 2013). Essi ribadiscono che i comportamenti cocreativi degli utenti sono distinguibili in comportamenti in ruolo (partecipativi) necessari ai fini del verificarsi della cocreazione, e comportamenti extraruolo (di cittadinanza) ovvero volontari, i quali forniscono valore ulteriore e non sono imprescindibili ai fini della creazione congiunta di valore. Il modello, ispirato alla letteratura degli studi sulle risorse umane, è alla base di uno dei primi lavori empirici sulla misurazione della cocreazione del valore con lo sviluppo di una scala applicata al settore dell'istruzione (Yi e Gong 2013).

Ancora, nella SDL in considerazione ai diversi assunti si pone l'accento sull'integrazione delle risorse dei diversi attori del network (contesto) individuando in tale processo il presupposto essenziale per la cocreazione del valore. In questa prospettiva, l'utente del servizio passa al ruolo di integratore di risorse (abilità, conoscenze, competenze), questo ruolo viene esplicito nelle diverse attività intrattenibili con i diversi attori del network del servizio. A riguardo, è quindi presente in numerosi lavori di ricerca un ampliamento di prospettiva, nei quali si evidenzia il passaggio dalla prospettiva diadica impresa – cliente alla più ampia prospettiva orientata alla pluralità di stakeholder (Frow 2014). Sul tema alcuni studi tra quelli selezionati nel presente lavoro sono particolarmente rilevanti ai fini dell'individuazione delle diverse attività individuabili nel network (Payne et al 2016) nei diversi livelli dell'ecosistema di servizio. In letteratura, viene infatti introdotta la recente tendenza della prospettiva relazionale che inquadra il processo creazione del valore come il risultato di una complessa interazione di tutti gli attori nell'ecosistema di servizio che integrano le risorse (Galvagnano Dalli 2014, Colurcio 2016).

Nei paper aderenti alla SL, prospettiva la cui paternità è da attribuire a Gronroos e Voima viene enfatizzato il ruolo delle interazioni dirette in maniera coerente con la definizione da loro promossa di cocreazione del valore. In coerenza con la definizione le attività rilevanti nell'ambito di questa prospettiva sono principalmente riconducibili a una prospettiva micro, nella quale sono facilmente individuabili interazioni dirette tra utente e fornitore del servizio e dove l'esperienza dell'utente viene analizzata nella cosiddetta "joint action sphere" (Gronroos e Voima 2011), e quindi in interazione diretta con il fornitore del servizio.

Un esempio di rilievo è rappresentato dal contributo di Hardyman, Daunt, Kitchener, del 2014 che focalizzando sul livello micro di cocreazione del valore segnala la necessità di studi etnografici capaci di analizzare la cocreazione del "value in context". Al fine della individuazione delle attività di cocreazione del valore gli autori sottolineano l'esigenza di sviluppare l'indagine a livello micro,

ovvero delle interazioni *face to face* tra medico e paziente, quale base iniziale per l'analisi del processo di cocreazione di valore. Nell'articolo viene fornito un modello di "catena potenziale di cocreazione del valore attraverso l'*engagement* del paziente nel caso del servizio di medicina di base. A differenza del contributo di McColl Kennedy *et al.*, 2012, nel modello della catena potenziale di cocreazione del valore, le attività non sono semplicemente elencate, ma descritte in sequenza ordinata sul piano logico con riferimento al servizio specifico di consultazione del medico di base. Essa comprende le seguenti attività: preconsultazione delle informazioni, contatto con il personale addetto alla reception, consultazione medica, contatto con altri attori sanitari. La catena in questione inizia con una fase di preconsultazione delle informazioni da parte del paziente che oltre ad attingere dalle informazioni personali, ne reperisce altre da soggetti esterni al sistema sanitario (familiari, conoscenti) e da mezzi come internet e la stampa. La fase successiva riguarda il contatto con il personale addetto alla reception, con il quale il paziente inizia il percorso di relazione con il sistema sanitario (fissare l'appuntamento, determinare l'urgenza della visita, programmare eventuali analisi, colloquio e visita con il medico). Nella terza fase che vede il paziente in contatto con il medico curante, vengono poste in essere numerose interazioni, viene condiviso il processo decisionale sulla cura, ed eventualmente vengono prescritte ulteriori visite specialistiche. La quarta fase può sostanziarsi in una varietà di fattispecie che vedono il paziente variamente coinvolto e attivato come, ad esempio, l'acquisto di medicinali in farmacia, la consultazione di uno specialista, la prescrizione di una visita futura di controllo. Nel quadro delineato le attività di co-creazione del valore sono influenzate dal livello di partecipazione e coinvolgimento e dalle competenze del paziente che si configurano come elementi fondamentali per una efficace gestione del percorso di cura. Ad esempio, la consultazione con il medico può avere un risultato migliore, o può assumere diverse connotazioni a seconda della capacità del paziente di trasmettere adeguate informazioni sui sintomi e la condizione di salute. In questo senso, il *paper* in oggetto, evidenzia la necessità di approfondimenti in relazione alle diverse modalità di cocreazione del valore derivanti dalle diverse modalità di interazione dei soggetti. Inoltre, considerata l'esistenza di asimmetrie informative tra gli attori coinvolti (pazienti, medici specialisti, *receptionist*, farmacisti, altri operatori) è necessario indagare sui possibili elementi che possano ostacolare o agevolare la cocreazione di valore.

Uno studio che ancora focalizza l'attenzione sulle interazioni medico paziente è quello di Osei Frimpong Wilson A. Owusu Frimpong del 2014, esso si distingue notevolmente da quello proposto da Hardyman *et al.*, 2015 in primo luogo perché si tratta di un contributo empirico, e in secondo luogo poiché individua tre aree critiche di attività di cocreazione del valore. Il quadro teorico del *paper* è sempre relativo alla *service dominant logic* tenendo conto delle considerazioni di Grönroos secondo il quale " its creation is always influenced by the processes of the service encounters between the

actors (Grönroos 2011)”. In questo contesto gli autori valorizzano il concetto di esperienza come fattore influenzante le interazioni e conseguentemente la cocreazione di valore. A sua volta l’esperienza viene influenzata dal *social context, belief and perception*, e dal *level of partnership*, tre elementi che si traducono nelle tre aree critiche evidenziate nel lavoro. In armonia con la letteratura precedente, il modello del processo di cocreazione del valore nell’ambito delle interazioni diadiche medico paziente proposto nell’articolo, rispecchia l’importanza delle “*self experiences*” dei diversi attori e delle loro percezioni. In particolare le attività sono classificate tenendo presente le aree critiche durante l’erogazione del servizio, ovvero per il contesto sociale sono rilevanti tutte le interazioni riconducibili alle competenze sociali e alle conoscenze degli attori; per quanto riguarda l’area delle percezioni le attività relative alla fiducia reciproca all’aspetto emozionale del rapporto medico paziente; infine all’area delle relazioni di partnership appartengono le attività di collaborazione del paziente per l’adesione alle prescrizioni mediche, il suo coinvolgimento nel processo decisionale relativo alla cura, le attività di orientamento da parte del paziente verso il fornitore del servizio.

Un altro contributo rilevante in termini di evoluzione del modello di attività è stato proposto molto recentemente (2017) sempre da McColl Kennedy insieme a Hogan, Wittel, Snyder. Il lavoro, “*Cocreative customer practice: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being*”, fonda le basi concettuali nel contributo del 2012 sugli stili pratici di cocreazione del valore in sanità, identifica specifiche interazioni e attività, facendo evolvere così il modello originario; l’aspetto più innovativo rispetto alla letteratura precedente è relativo allo studio delle attività e agli effetti delle stesse sul benessere del paziente. Il benessere (*well-being*) viene scelto come variabile in grado di spiegare gli effetti delle azioni e dell’operato dello staff medico sul paziente. Esso viene concepito nella sua accezione più ampia comprendendo uno stato sociale, esistenziale, psicologico e fisico. Può quindi essere associato alla soddisfazione globale del paziente e alla qualità della vita (Mick *et al.*, 2012; Ostrom *et al.*, 2015). Le attività vengono identificate attraverso l’analisi di diari di un campione di pazienti e attraverso lo studio delle interazioni con lo staff medico. Sono state classificate (riferendosi al modello di McColl Kennedy *et al.*, 2012) per poi essere sistematizzate in tre macro-categorie, ovvero programma delle cure (*Health treatment program*), informazione sanitaria (*Health related information*), attività complementari (*Complementary health related activities*). Alla prima categoria sono riconducibili le attività di adeguamento alla prescrizione (*Complying with basic*) e coproduzione (*coproducing*), mentre nella seconda vengono ricondotte le attività di collazione (*collating*) e (*colearning*). Nell’ultima categoria, ovvero nelle attività complementari per la salute vengono ricomprese quelle relative alla gestione dei cambiamenti e alle abitudini quotidiane in seguito all’inizio della malattia (*changing ways of doing things*), alla gestione

di una dieta sana e alle attività di svago che possano distogliere l'attenzione del paziente dallo stato di malattia. Dall'esame del contributo emerge chiaramente come le *self activities* non vengano ricomprese nella nuova classificazione, questo è principalmente da ricondurre alla metodologia adottata per la raccolta dei dati poiché si è basata su una *content analysis* sui diari compilati dai pazienti. Questo fa luce su una questione che potrebbe avere essenziale rilevanza ai fini della gestione delle attività di cocreazione del valore; è infatti comprensibile come non avendole annotate nel diario, il paziente non percepisca come utili, o comunque non mostri consapevolezza delle attività autogenerate (*self-activities*). Quest'ultime, come attivarsi in maniera positiva a livello psicologico, la gestione emozionale, l'acquisizione di consapevolezza della malattia, pur avendo basilare importanza riguardo l'esito della cura, non vengono in quel contesto di analisi codificate. Pertanto potrebbe essere utile lo sviluppo di modelli in grado di tener conto ed esplicitare gli effetti anche delle attività cerebrali sul benessere. Tuttavia, l'apporto innovativo dello studio è evidente considerando il paragone con la prima classificazione di McColl Kennedy *et al.*, del 2012, quale studio pioniere delle attività di co-creazione in sanità. Lo studio originario prendeva in considerazione dati qualitativi in un solo contesto di cura, ovvero quello oncologico, McColl Kennedy *et al.*, nel 2017 estende l'analisi a sei contesti diversi con l'uso di analisi quantitative. Peraltro, rispetto al lavoro di Sweeney *et al.*, 2015, nel quale veniva fornita una gerarchia di attività e l'*effort* veniva relazionato alla qualità della vita, in questo caso viene studiato l'impatto relativo di ogni attività e interazione sul benessere, come concetto più ampio e inclusivo rispetto al livello della qualità della vita del paziente.

4.2 Le attività di cocreazione del valore del paziente e il modello ottenuto

4.2.1 Attività cerebrali

Comprende quelle attività, rientranti nel novero delle *self-activities*, che predispongono il paziente mentalmente ed emotivamente verso un eventuale coinvolgimento nel processo di erogazione del servizio. Introdotte da Mc Coll Kennedy *et al.* come attività di cocreazione del valore sono state sviluppate e meglio descritte da alcuni autori italiani (Tomasetti Vesci *et al.* 2016, Troisi 2016) e sono riconducibili a 4 sub-attività: l'atteggiamento positivo del paziente verso il fornitore del servizio (Mc Coll Kennedy *et al.* 2012; Xie *et al.* 2008; Carrubbo 2015); le aspettative del paziente rispetto alla fruizione, in termini di speranza di raggiungimento dei risultati attesi (Cardozo 1965, Katona, 1960; Parasuraman *et al.*, 1991); la tolleranza rispetto al fatto che il servizio non corrisponda pienamente alle aspettative iniziali del paziente (Yi e Gong ,2013); la fiducia del paziente nei confronti del fornitore del servizio (*Morgan & Hunt, 1994*).

Un'ulteriore dimensione potenzialmente riconducibile a questa classe potrebbe essere quella relativa al Commitment, studiata nel lavoro di Randall et al. 2011, definito come “*when an exchange partner believes that an ongoing relationship with another is sufficiently important to warrant maximum efforts at maintaining the relationship. In particolare il Commitment captures pride in belonging, concern for long-term success, and a desire for customers to participate as friends of the organization* (Morgan & Hunt, 1994).” Viene concepito come fattore influenzante comportamenti futuri degli utenti e quindi attività cocreative. Nel complesso la presenza di caratteri psicologici che predispongono il paziente verso la collaborazione col fornitore rappresenta una dimensione fondamentale per la cocreazione.

4.2.2 Ricerca e organizzazione delle informazioni

Anche la dimensione ricerca e organizzazione delle informazioni rappresenta una fase preparatoria al processo di erogazione e valorizzazione del servizio. Vengono ricondotte alla dimensione in oggetto sia le attività di ricerca che le attività di organizzazione delle informazioni. I pazienti ricercano informazioni per conoscere le caratteristiche del servizio, le modalità di fruizione dello stesso e per soddisfare altre esigenze conoscitive (Kellog, Youngdahl, e Bowen, 1997; Yi e Gong, 2013). La ricerca di informazioni è importante per svariate ragioni: riduce l'indeterminatezza sul servizio e sulle modalità di accesso e permette ai fruitori di controllare l'ambiente in cui si svolge la cocreazione; e pertanto di padroneggiare il loro ruolo di cocreatori (Yi e Gong, 2013). I pazienti possono ricercare le informazioni utili interagendo - fisicamente o virtualmente - con altre persone del proprio contesto di riferimento (pazienti, familiari, medici...). Senza tali informazioni il paziente non sarebbe neppure in grado di partecipare al servizio ed in taluni casi non potrebbe iniziare l'erogazione dello stesso (Hirschman, 1981).

4.2.3. Cooperazione

Nella cooperazione rientrano quelle attività caratterizzate da un basso (minimo) grado di partecipazione attraverso cui il paziente esprime la propria volontà di aderire alle linee guida e alle altre richieste e indicazioni del fornitore, quale premessa fondamentale per l'erogazione del servizio (McColl Kennedy et al 2012). Nell'ambito di questa dimensione si distinguono la compliance, definita come “la conformità dell'utente alle istruzioni fornite dal fornitore del servizio e il comportamento responsabile che si verifica quando il paziente riconosce i propri doveri e responsabilità nei confronti del fornitore del servizio. Sull'attività di cooperazione una pluralità di autori (Sweeny et al. 2016), mostrano concordanza nell'intepretazione di questa attività come comportamento da parte dell'utente come presupposto per una cocreazione di valore efficace,

riconoscendo la componente del comportamento responsabile fondamentale poiché è sintomo del riconoscimento dei doveri e della necessità di collaborazione degli utenti. Secondo Yi e Gong 2013 infatti, per una co-creazione di valore di successo un atteggiamento collaborativo è imprescindibile, passando attraverso l'osservazione delle regole e l'accettazione delle direttive da parte del fornitore del servizio (Bettencourt, 1997). Alcuni autori segnalano come anche la presenza fisica possa essere un elemento indice di collaborazione e cooperazione per la co-creazione di valore di successo.

4.2.4. Combinazione di attività complementari al servizio

Definisce la capacità del paziente di combinare attività alternative e complementari rispetto al servizio fondamentale offerto e la sua partecipazione a eventi organizzati dallo stesso fornitore. Questa categoria di attività è particolarmente studiata nel settore sanitario dove possono essere adottate dai pazienti azioni complementari e parallele alla cura, che possono coadiuvare il risultato, ma che non sono fondamentali per la fruizione del servizio. Nella fattispecie, si può fare riferimento alle cure riferibili a terapie supplementari o alla medicina supplementare. Vengono definite in letteratura come delle attività che rendono l'utente maggiormente competente nell'ambito della fruizione del servizio (Botti et. al. 2016). Nel lavoro empirico di Mc Coll Kennedy (2012) vengono identificate come attività complementari quelle relative all'osservazione di particolari diete, all'assunzione di integratori, o allo svolgimento di regolare attività fisica.

4.2.5. Connessione

L'attività di connessione indica l'attività relazionale del paziente con il fornitore del servizio e con altri attori. La cocreazione di valore non è infatti il risultato di semplici scambi diadici tra fornitore del servizio e consumatore ma è l'esito della valorizzazione di interazioni continue e molteplici non solo tra impresa e consumatore, ma anche tra diversi soggetti. Nell'ambito di questa dimensione si distingue l'attività di costruzione del legame che il paziente instaura con il fornitore del servizio e di mantenimento e sviluppo della relazione anche nella fase di post erogazione del servizio (Palmatier, 2008). L'attività di connessione così intesa, coinvolge soggetti al di là delle interazioni diadiche cliente impresa e riguarda anche interazioni tra diversi consumatori e altri soggetti. Lo studio di Sweeny, Danaher, Janet, McCollKennedy, nel quale vengono classificate le attività in relazione all'effort del paziente, fornisce una gerarchia delle attività di cocreazione del valore del paziente ordinate in base all' "effort". La seconda classe di attività comprende proprio le attività di relazione con parenti e amici, di contatto con altre persone malate, attività di svago, comportamenti salutistici, gestione cambiamento stili di vita, ricerca informazioni su prestazioni, trattamenti. Si deduce quindi che l'attività di connessione richiede quindi molto impegno da parte del

paziente, e come le altre poste nelle prime posizioni della scala (attività di svago, regolazione emozionale, inclusione proattiva nel processo decisionale), risultano di più impegnativa applicazione ai fini della cocreazione del valore. L'attività di connessione, rappresenta, ai fini del presente lavoro, una delle attività chiave poiché oltre a richiedere un alto livello di coinvolgimento da parte del paziente, può rappresentare una dimensione che nella sostanza amplia i confini di interazione dell'azienda valorizzando interazioni che coinvolgono soggetti non direttamente inclusi nella progettazione e fornitura del servizio.

4.2.6. Coproduzione

L'attività di coproduzione viene ampiamente riconosciuta dalla letteratura come attività cruciale nell'ambito del processo di cocreazione del valore. Spesso addirittura, è stata assimilata al concetto di co-creazione (Normann e Ramirez, 1994; Gummesson, 1996). I due concetti sono da differenziare poiché un il costrutto della coproduzione può essere contenuto in quello più ampio della cocreazione del valore. Mentre la coproduzione attiene al coinvolgimento dei consumatori nella realizzazione della proposizione di valore, la co-creazione di valore è l'attuazione della proposta di valore per il value-in-use (Vargo e Lusch, 2004; Vargo e Lusch, 2008) e conseguentemente, mentre gli utenti sono da ritenersi secondo una logica sdi sempre cocreatore di valore, possono non essere coproduttori (Vargo e Lusch, 2014).

Da più autori viene infatti interpretata (Mc Coll Kennedy et al 2012, Botti et al. 2016, Tomasetti et al. 2015, Osborne et al. 2015, Sweeny et al. 2015) come la partecipazione dell'utente del servizio sanitario sia nella fase di progettazione del servizio sia in quella di fornitura. Più concretamente, in questa attività il paziente può contribuire allo sviluppo, alla gestione e alla fornitura del servizio attraverso idee, scelte ed azioni volte a creare, progettare ed erogare il servizio in maniera congiunta all'organizzazione. Osborne et al. 2015 definiscono la coproduzione come il coinvolgimento volontario e involontario degli utenti nella progettazione, gestione, fornitura e valutazione del servizio pubblico. Questa definizione coglie precisamente il contenuto delle attività di coproduzione riconducendola anche a fasi anteriori all'erogazione del servizio. In questo senso, l'interpretazione della co-produzione differisce in molti studi, alcuni lavori la identificano come scomponibile in due attività (coprogettazione e coerogazione), altri autori (Sharma e Conduit 2016) la identificano con la possibilità di coinvolgere il paziente nella sola erogazione del servizio, separandola dall'attività di cosviluppo che riguarderebbe invece la fase anteriore all'erogazione. Ai fini del presente studio sembra ragionevole includere come sub attività della coproduzione comportamenti e azioni che non solo coincidono con il momento dell'erogazione del servizio ma che possono precederlo. A riguardo lo studio di Osborne et al. fornisce un utile approfondimento sulla

composizione della co-produzione con riferimento alla volontarietà del contributo del paziente come elemento discriminante per la distinzione tra coproduzione in senso stretto (come contributo involontario del paziente ma naturale e intrinseco nella natura del servizio, quindi legato alla fase di erogazione) e la coprogettazione, intesa come sviluppo e miglioramento del servizio attraverso il coinvolgimento dell'utente nella progettazione, valutazione e miglioramento. L'analisi della coproduzione nello stesso studio viene anche interpretata in funzione del beneficio a livello sistemico che può comportare questa attività. Appare utile accogliere nell'ambito di questo studio un'ulteriore differenziazione con riferimento alla differenza tra coprogettazione e cosviluppo (sharma e Conduit 2016). Quest'ultima viene infatti riferita al contributo in termini di risorse messe a disposizione da parte dei pazienti o utenti del servizio per il miglioramento e l'innovazione del servizio stesso verso un risultato che non si ripercuote direttamente sull'individuo ma di cui beneficia l'organizzazione e dell'intero sistema sanitario (Sharma e Conduit). A riguardo il cosviluppo è identificabile come attività che può innovare il servizio attraverso il contributo attivo dell'utente, in termini di contribuzione in idee per alcuni cambiamenti alcuni autori ne connotano infatti la forte caratteristica di volontarietà (Ostrom 1996, Osborne et al. 2016, Tomasetti et al. 2015, Yu e San Giorgi 2018).

4.2.7. Cambiamento abitudini

L'attività di cambiamento delle abitudini indica l'impatto che il servizio sanitario (in termini di cure, terapie diagnosi, ...) ha sullo stile di vita dei pazienti, che possono essere più o meno disposti a cambiare il proprio comportamento in base al grado di partecipazione all'esperienza di consumo (Tomasetti et al 2015).

Può comprendere due subattività : 1) "adattamento pragmatico" ai cambiamenti derivanti dall'uso del servizio (McColl-Kennedy et al., 2012, p.132); 2) change management, in cui gli utenti scelgono di adattarsi ai cambiamenti causati dal servizio allo scopo di co-creare valore (Virta, 2014).

McColl-Kennedy et al. (2012) affermano che l'adattamento pragmatico è la capacità degli utenti - in questo caso i pazienti - di ristrutturare la propria esistenza a partire dalle nuove circostanze introdotte dal servizio che modificano le pratiche e le abitudini. La maggiore difficoltà risiede nella capacità dei pazienti di accettare il loro stato di salute critico e di considerare la loro condizione come normale, di continuare la loro vita e di reintegrarsi in essa, per quanto possibile, nelle attività precedentemente svolte (Virta, 2014).

4.2.8 Coapprendimento

La dimensione del coapprendimento è stata in letteratura indagata e approfondita in numerosi lavori di ricerca sul tema della cocreazione del valore non solo in ambito sanitario

Una definizione comunemente accettata in letteratura la identifica come quel processo che coinvolge l'organizzazione e gli utenti nella costruzione della conoscenza riguardo i bisogni reciproci e l'offerta dei servizi (Sharma e Conduit 2016). Mc Coll Kennedy et al. 2012, 2017 la identificano come attività posta in essere dagli utenti nella condivisione delle informazioni e delle valutazioni con l'organizzazione. Sharma e Conduit 2016 evidenziano come l'organizzazione possa essere attiva nei processi di apprendimento per stimolare la costruzione di conoscenze collettive proprio favorendo il rilascio da parte dei pazienti di informazioni non solo sulle sintomatologie, ma anche valutazioni e feedback riguardo la fruizione del servizio.

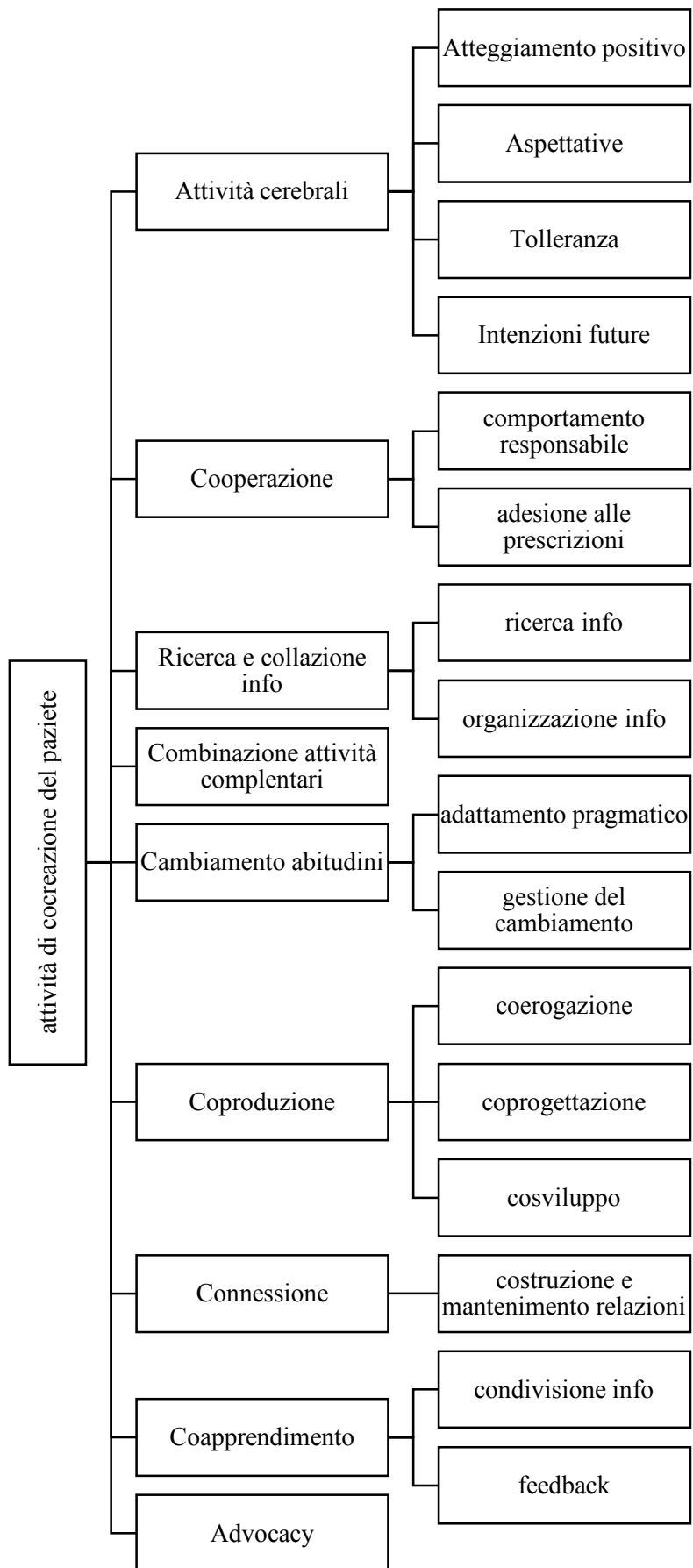
4.2.9. Advocacy

Solo gli studi più recenti introducono tra i comportamenti cocreativi del paziente quello della co-advocacy, definibile come l'attività attraverso la quale il paziente raccomanda il servizio o lo stesso fornitore ad altre persone (pazienti, amici, familiari) (Yi e Gong 2013, Sharma e Conduit 2016). Lo studio di Yi e Gong invece introduce l'advocacy come comportamento cocreativo extraruolo, definendola come comportamento che coinvolge l'utente nella promozione volontaria andando anche al di là del suo interesse personale (Bettancourt 1997, Yi and Gong 2013, Sharma e Conduit 2016). Ancora, gli autori specificano che l'advocacy, può spesso rappresentare un indicatore di fedeltà del consumatore e può contribuire allo sviluppo di un'immagine e di una reputazione positiva dell'azienda, alla promozione dei servizi e all'aumento della base dei clienti (Groth 2014).

Più concretamente, gli studi di Sharma e Conduit ne approfondiscono la composizione, gli autori osservano infatti che l'attività si può configurare con la promozione sia dell'organizzazione sia dei servizi offerti. Più specificamente è stato osservato nello studio condotto dagli stessi autori nell'ambito del settore sanitario che gli utenti del servizio possono essere coinvolti nella promozione dell'organizzazione nella divulgazione di informazioni riguardo a eccellenze sul servizio, o a qualità della struttura ma non solo; essi possono avere un ruolo fondamentale anche nel coinvolgimento attivo di altri utenti stimolandoli nel processo di cocreazione del valore e infine possono addirittura essere coinvolti attivamente nella reclutamento di operatori frontline (Sharma e Conduit 2016).

Di seguito nella fig. 3 si fornisce una rappresentazione grafica del modello ottenuto dalla revisione della letteratura.

Figura 3. Il modello ottenuto delle attività di cocreazione del valore del paziente



4. Implicazioni Manageriali

Dall'analisi svolta emerge la natura complessa del processo di creazione di valore nel contesto sanitario, quale esito di interazioni tra attività che coinvolgono molteplici attori organizzati in sistemi di servizi tra i quali assume un ruolo essenziale il sistema di servizio del paziente. Focalizzando sul sistema di servizio del paziente, quale attore della creazione di valore sanitario, la ricerca ha consentito di evidenziare un complesso di attività di creazione di valore tra loro reciprocamente interdipendenti e interagenti, che coinvolgono direttamente il paziente considerato non isolatamente ma immerso nel proprio contesto relazionale.

La comprensione del sistema di attività di cocreazione gestite dal paziente consente al management sanitario di configurare e riconfigurare il processo di erogazione del servizio al fine di ottimizzare gli obiettivi di cocreazione del valore. Sotto questo profilo una dimensione fondamentale per il management, sarà gestire in maniera virtuosa e proficua le interazioni sistemiche derivanti dalla ricerca di una sempre maggiore integrazione delle attività di cocreazione di valore nell'ecosistema del servizio. In questo senso, la necessità di includere e coinvolgere il paziente nei processi di progettazione, produzione ed erogazione del servizio sanitario rappresenta una delle condizioni essenziali per il management sanitario al fine di perseguire obiettivi di miglioramento della qualità del servizio e, nel contempo, di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria. Il processo di inclusione e di coinvolgimento del paziente sottende la presenza di pazienti con alti livelli di *engagement*, che permettano l'interazione e la collaborazione con gli operatori sanitari. Con riferimento ai comportamenti dei pazienti con alti livelli di *engagement*, tenendo conto dei miglioramenti nella *compliance*, negli *outcomes* clinici in termini di controllo e gestione della malattia e nella conduzione di uno stile di vita adeguato, vi è una valorizzazione del ruolo del paziente come gestore responsabile del proprio stato di salute, che si traduce nella possibilità di riduzione dei costi del Sistema Sanitario Nazionale. In questa prospettiva è da considerare ad esempio il contenimento dei costi di ospedalizzazione dei pazienti e una migliore gestione delle emergenze. L'*engagement* del paziente è pertanto connesso a una gestione più efficiente dei reparti e ad un'ottimizzazione dei costi per l'azienda ospedaliera e conseguentemente per il *network* sanitario. L'ottica *patient centred* piuttosto che *professional centred* consente di focalizzare sulle esigenze del paziente, valorizzando le sue potenzialità di interazione e le sue capacità e competenze. Emerge dall'indagine la necessità del passaggio da una logica *top down* a un modello gestionale aperto, inclusivo e partecipativo. La comprensione delle differenze negli comportamenti dei pazienti nelle attività di cocreazione del valore, può essere utilizzata come informazione fondamentale per contribuire allo sviluppo di un'offerta di servizi maggiormente aderente alle esigenze del paziente e

per conseguire miglioramenti sui risultati delle cure ed efficienze nella gestione del processo stesso. Coerentemente con questa logica è necessario da parte dei manager considerare il paziente nella pienezza del suo ruolo di cocreatore del servizio sanitario, non solo quindi come informatore sui sintomi e come mero destinatario del servizio. In particolare, capire la prospettiva individuale del paziente, come soggetto con diverse peculiarità ed esigenze consente di progettare o coprogettare azioni che abbiano beneficio sul benessere come elemento di principale riferimento per la proposta di valore. L'ottica quindi da prendere in considerazione durante la progettazione del servizio è focalizzata sia sul livello micro, con particolare riguardo alle problematiche delle esigenze dei rapporti paziente – operatore sanitario; sia in ottica sistemica ampliando l'attenzione alle relazioni intercorrenti tra i diversi soggetti interdipendenti e interagenti nel sistema del servizio. Lo sviluppo di una logica collaborativa con le diverse tipologie di *stakeholder* delle aziende sanitarie è foriero di numerose implicazioni per il management in termini di ampliamento dei confini organizzativi, di riconcettualizzazione e ridefinizione in ottica di apertura delle attività di progettazione, erogazione e valutazione dell'offerta di servizi sanitari e relativamente allo sviluppo e allocazione delle risorse da impegnare per promuovere azioni e strumenti volti alla collaborazione con il paziente e gli altri attori della rete. Una prima implicazione riguarda il superamento della logica tradizionale basata su una eccessiva attenzione alla dimensione infra-organizzativa piuttosto che a quella inter-organizzativa. Il coinvolgimento del paziente e degli altri attori presenti nel *network* deve essere maggiormente ricercato anche in momenti che si collocano a monte e a valle della attività di produzione - erogazione del servizio sanitario in senso stretto. La promozione della cocreazione di valore attraverso l'integrazione delle risorse del paziente, legata anche ad investimenti nelle risorse umane e nelle tecnologie, non è tuttavia di facile implementazione e traduzione pratica. Una ragione di tali difficoltà è riconducibile alla progressiva riduzione dei finanziamenti pubblici che condizionano gli investimenti nello sviluppo delle capacità, individuali e organizzative necessarie per la gestione delle attività e delle interazioni con i pazienti e gli altri attori della rete. Da queste riflessioni emerge l'importanza fondamentale delle risorse umane nelle diverse fasi del processo sanitario e dell'attività di formazione del personale per promuovere la partecipazione attiva del paziente e degli altri attori del *network* sanitario nel processo di creazione di valore.

Tra le altre azioni che possono essere adottate per promuovere e favorire la partecipazione del paziente alla cocreazione un rilievo particolare rivestono le attività di formazione dirette ad elevare le capacità di comunicazione e interazione del personale sanitario con i fruitori del servizio; lo sviluppo di capacità organizzative di apertura volte ad identificare e selezionare diverse categorie di *stakeholder* sanitari con cui impostare e gestire relazioni, formali e informali, di tipo durevole; l'investimento nelle nuove tecnologie *web based* che abilitano e supportano la

condivisione delle informazioni e l'interazione tra i diversi attori del *network* sanitario; le azioni di formazione e sensibilizzazione del paziente sulla patologia; le sessioni finalizzate allo scambio delle informazioni e alla condivisione di esperienze utili ad aumentare il livello di attivazione del paziente. In questa logica particolare importanza assumono gli strumenti diretti a favorire il coinvolgimento, la partecipazione attiva del paziente quali, ad esempio, i *focus group*, *work shop*, le misure elettroniche di pagamento dei *ticket*; ritiro di referti *online*, siti *web* istituzionali che veicolano servizi sanitari, *social network*, che favoriscano la partecipazione dei pazienti alla progettazione dell'offerta, all'innovazione del servizio e alla sua fruizione e valutazione.

6. Future ricerche e conclusioni

Dallo studio si evince come ancora siano non numerosi i lavori di ricerca riferiti nello specifico alle attività di cocreazione di valore in ambito sanitario attraverso l'*engagement* del paziente. Emerge, pertanto, l'esigenza di ulteriori ricerche che possano condurre verso una migliore definizione delle attività di cocreazione che consenta, a sua volta, di costruire un modello di analisi adattabile a contesti diversificati di cura e differenti tipologie di pazienti. Si sottolinea la necessità di maggiori indagini da un lato sul ruolo di altri attori che si collocano all'esterno del servizio, e di come siano integrati all'interno del processo di cocreazione del valore, dall'altro come i diversi individui (pazienti) integrino in maniere differenti le esperienze tra di loro. Nonostante il valore delle informazioni fornite dal modello configurato nello studio, l'esigenza da parte del management è quella di ottenere informazioni utili per implementare delle strategie che promuovano la cocreazione del valore nell'ambito del servizio sanitario. La soddisfazione della indicata esigenza richiede tuttavia ulteriori approfondimenti in tema di analisi delle attività di cocreazione di valore in diversi contesti, sempre tenendo conto dell'allargamento del *network* del paziente in ottica *many to many*. Inoltre gli studi fin qui descritti affrontano la tematica secondo una prospettiva incentrata sul paziente e, sarebbe interessante per futuri lavori di ricerca sviluppare degli studi che considerino anche il punto di vista del management e dell'azienda sanitaria in modo tale da poter costruire un modello capace promuovere la partecipazione del paziente e degli altri attori alla cocreazione del valore in ambito sanitario.

Inoltre, possono essere sviluppati altri studi per indagare sulle attività riferite alle diverse fasi del processo sanitario, al fine di comprendere le dinamiche evolutive della attività di cocreazione in diversi contesti anche temporali. Come evidenziano i risultati dell'analisi della letteratura il tema, finora, è stato prevalentemente indagato nella prospettiva del paziente, pertanto al fine di ottenere un modello che possa analizzare le dinamiche delle interazioni fra tutti gli attori coinvolti in ottica di cocreazione del valore a livello sistemico, potrebbe essere utile effettuare lavori di ricerca che tengano

conto del contributo dei diversi attori coinvolti (medici, personale sanitario) includendo quelli al di fuori dei confini dell'azienda ospedaliera (familiari, professionisti, fornitori). Un'altra prospettiva di analisi è relativa allo sviluppo delle ricerche sul ruolo delle *Information Communication Technology*, quale elemento facilitatore e abilitante della cocreazione del valore. Sotto questo profilo, si segnala l'importanza crescente della telemedicina, dei social web, dei siti online istituzionali, come ambienti nei quali il paziente e gli altri attori sanitari possono, attraverso l'integrazione di risorse e competenze specializzate, partecipare a processi complessi di cocreazione di valore.

In conclusione, in coerenza con l'evoluzione della *Service Dominant Logic*, la focalizzazione dell'analisi passa dalla proposta del fornitore del servizio alle relazioni e interazioni tra gli attori coinvolti o potenzialmente coinvolti nel processo di generazione del valore. In questo contesto, il ruolo del paziente diventa fondamentale e il suo contributo nelle più diversificate attività di cocreazione è complesso e poliedrico. Il modello di analisi delle attività ha mostrato una sensibile evoluzione e di recente sono state introdotte variabili di analisi, come il benessere in grado di dare concretezza e valutare gli effetti della cocreazione anche in altri settori di attività.

BIBLIOGRAFIA

AKAKA M.A. VARGO S.L., LUSH RS, (2012), "An exploration of networks in value cocreation: a service-ecosystems view", *Review of Marketing Research*, vol. 9, Special Issue, pp. 13-50.

ALEXDANDER J.H., HESARLD L.R., MITTLERJ.N. HARVEY J. (2012), "Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness", *Health Serv. Res.*, vol. 47, n. 3 pt1, pp.1202-1223.

BARILE S., POLESE F. (2009) "Service Dominant Logic and Service Science: a contribute deriving from network theories", in Gummenson E., Mele C. Polese F., (a cura di), *The 2009 Naples Forum on Service: Service Science, S-D logic and network theory*, Giannini, Napoli.

BARILE S., POLESE F. (2010), "Smart Service Systems and Viable Service Systems", *Service Science*, vol. II, n. 1-2, pp. 21-40.

BOWDEN J-L.H. (2009), "The process of customer engagement: A conceptual framework", *Journal of Marketing Theory and Practice*, vol. 17, n. 1, pp. 63-74.

BREIDBACH F., ANTONS D., SALGE T.O., (2016) "Seamless Service? On the Role and Impact of Service Orchestrators in Human Centered Service Systems", *Journal of Service Research*, vol. 19, n. 4, pp 458-476.

BRODIE R.,JU., ILIC A., JURIC B. HOLLEBEEK L. (2013), “Consumer engagement in a virtual community: An exploratory analysis”, *Journal of Business Research*, vol. 66, n. 1, pp. 105-114.

BRYSON C., HAND L. (2007), “The role of engagement in inspiring teaching and learning”, *Innovation in education and teaching international*, vol. 44, n. 4, pp. 349-362.

CARMAN, K. L., DARDESS, P., MAURER, M., SOFAER, S., ADAMS, K., BECHTEL, C., & SWEENEY, J. (2013), “Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies”, *Health Affairs*, vol. 32, n. 2, pp. 223-331.

CHANDLER J.D., VARGO S.L. (2011), “Contextualization and value-in-context: How context frames exchange”, *Marketing Theory*, vol. 11, n. 1, pp. 35-49.

FINK A. (2014), *Conducting research literature reviews, from the internet to the paper*, Ed. SAGE.

FROW P., MCCOLL-KENNEDY J.R., PAYNE A. (2016), “Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem”, *Industrial Marketing Management*, vol. 56 pp. 54-39.

GOLINELLI G.M. (2010), *Viable Systems Approach (VSA). Governing Business Dynamics*, Cedam, Padova.

GOLINELLI G.M., 2017) *L'Approccio Sistemico Vitale (ASV) al governo dell'impresa. Verso l'impresa sostenibile, IV Edizione*, Cedam, Padova.

GRAFFIGNA G., BARELLO S., RIVA G. (2013), “Technologies for patient engagement”, *Health Affairs*, vol. 32, n. 1-1, pp. 1172-1172.

GRAFFIGNA G., BARRELLO S. (2015), “Patient engagement come qualificatore dello scambio tra la domanda e l'offerta di salute: il caso della cronicità”, *Ricerche di psicologia*, vol. 3, pp. 513-526.

GREEN J., HIBBARD J.H. (2012), “Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcome”, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, n. 5, pp. 520-526.

GREENHALGH T., JACKSON C., SHAW S., JANAMIAN T., (2016), “Achieving Research Impact Through Co-creation in Community-Based Health Services: Literature Review and Case Study”, *The Milbank Quarterly*, vol. 94, n. 2, pp. 392-429.

GRÖNROOS C. (1984), “A Service quality model and its marketing implications”, *European Journal of Marketing*, vol. 18 n. 4, pp. 36-34.

GRÖNROOS C. (1988), “Service quality: The six criteria of good perceived service”, *Review of Business*, vol. 9, n. 3, pp. 10-13.

- GRÖNROOS C., VOIMA P. (2013). "Critical Service Logic: Making Sense of Value Creation and Co-Creation", *Journal of the Academy of Marketing Service*, vol. 41, n. 2, pp. 133-150.
- GRUMAN J., ROVNER MH., FRENCH ME., JEFFRES D., SOFAER S. SHALLER D., (2010), "From patient education to patient engagement: implications for the field of patient education". *Patient Educ. Couns.*, vol. 78, n. 3, pp. 350-356.
- GUMMESSON E. (1987), "The new marketing developing long-term interactive relationships", *Long range planning*, vol. 20, pp. 10-20).
- HAKANSOON H. (1987), *Industrial Technology Development: a Network Approach*, Croom Helm, London.
- HAKANSOON H., OSTEBERG C. (1975), "Industrial Marketing: an organizational problem", *Industrial Marketing Management*, vol.4, n. 2-3, pp.113-123.
- HARDYMAN W., DAUNT K.L., KITCHENER M. (2014), "Value Co-creation through patient engagement in healthcare: a microlevel approach and research agenda", *Public Management Review*, vol. 71, n. 1, pp. 90-107.
- HIBBARD J.H., CUNNINGHAM P.J. (2008), "How engaged are consumer in their health care, and why does it matter?", *Res Briefs*, vol. 8, pp.1-9.
- HIBBARD J.H., GREENE J. (2013), "What The Evidence Shows About Patient Activation: Bette Health Outcomes And Care Experiences; Fewer data On Costs", *Health Affairs*, vol. 32, n. 2, pp. 207-214.
- HIBBARD J.H., STOCKARD J., MAHONEY E.R., TUSLER M. (2004), "Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers", *Health Serv Res.*, vol. 39, n. 4.1, pp. 1005-1026.
- HIBBARD JH, MAHONEY E. (2010), "Toward a theory of patient and consumer activation", *Patient Educ Couns.*; vol. 78, n. 3, pp. 377-81.
- HOLLEBEEK L. (2011), "Exploring customer brand engagement: definition and themes", *Journal of strategic Management*, vol. 19, n. 7, pp. 785-807.
- HOLLEBEEK L.D., GLYNN M.S. BRODIE R. (2014), "Consumer brand engagement in social media: Conceptualization, scale , development and validation", *Journal of interactive marketing*, vol. 28, n. 2, pp.149-165.
- HOLMAN H., LORIG K. (2000) "Patients as Partners in Managing Chronic disease", *British medical journal*, pp. 526-527.
- HUO Y., BINNING K.R. MOLINA L.E. (2010), "Testing an integrative model of respect: Implication for Social engagement and well-being", *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 36, n. 2, pp. 200-212.

JENNING M.K., STOKER L. (2004), “Social trust and civic engagement across time and generations”, *Acta politica*, vol. 39, n. 4, pp. 342-379.

JOINER K. A., LUSH F. R. (2016), “Evolving to a new service-dominant logic for health care”, *Innovation and entrepreneurship in Health*, vol. 3, pp. 25-33.

LUSCH, R. F. AND VARGO, S. L. (2014), *Service-Dominant Logic: Premises, Perspectives, Possibilities*, Cambridge University Press, Cambridge.

LUSH R.F., VARGO S.L., O’ BRIEN M. (2007), “Competing through service: Insights from service-dominant logic”, *Journal of Retailing*, vol. LXXXIII, pp. 5-18.

McCOLL K., HOGAN JH.; WITTELL L., SNYDER H., (2017), “Cocreative customer practice: Effects of health care customer value cocreation practice on well-being”, *Journal of Business research*, vol. 70, pp. 55-66.

McCOLL-KENNEDY J.R, VARGO S.L, DAGGER T.S, SWEENEY J.C., VAN KASTEREN Y.,(2012), “Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles” *Journal of Service research*, vol. 15, n. 4, pp. 370-389.

MOLLEN A., WILSON H. (2010), “Engagement, telepresence and interactivity in online consumer experience: Reconciling scholastic and managerial perspectives”, *Journal of business research*, vol. 63, n. 9, pp. 919-925.

NAMBISAN P., NAMBISAN S., (2009), “Models of Consumer Value cocreation in Healthcare”, *Health Care Management Review*, vol. 34, n. 4, pp. 334-354.

NEGHINA, C., CANIËLS, M. C., BLOEMER, J. M., & VAN BIRGELEN, M. J. (2015). Value cocreation in service interactions: Dimensions and antecedents. *Marketing Theory*, 15(2), 221-242.

NORMANN R., RAMIREZ R. (1995), *Le strategie interattive d’impresa. Dalla catena del valore alla costellazione del valore*, Etas, Milano.

OSEI-FRIMPONG K., WILSON A., LEMKE F. (2016), “Patient cocreation activities in healthcare service delivery at the micro level: the influence of online access to healthcare information”, *Technology fore casting and social*, 2016 Apr 15.

OSEI-FRIMPONG K., WILSON A., OWUSU_FRIMPONG N., (2015), “Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach ”, *Journal of Service theory and practice*, vol. 25, n. 4, pp. 443-462.

POLESE F. (2013), *Management sanitario in ottica sistemico vitale*, G. Giappichelli Editore, Torino.

POLESE F., IANDOLO F., CARRUBBO L., (2015), “Co-creare valore compartecipando valori. Un contributo in ottica service tra fruizione e compartecipazione”, *Conference Proceeding XXVII Convegno annuale di Sinergie, Heritage Management e impresa: quali sinergie?*, pp. 317-335.

POLESE F., TARTAGLIONE A., CAVACECE Y. (2016), “Patient empowerment for healthcare service quality improvements: a value co-creation view”, *Conference Proceedings 19th Toulon-Verona International Conference Excellence in services*, pp. 385-397.

POLESE, F., & CARRUBBO, L. (2017). *Eco-sistemi di servizio in sanità* (Vol. 65). G Giappichelli Editore.

PORTER M.E. (1980), *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and competitors*; The Free Press, New York.

PORTER M.E. (1985), “Technology and competitive advantage”, *Journal business strategy*, vol. 5, n. 3, pp. 60-78.

PRAHALAD C.K., RAMASWAMY V. (2004), *The future of Competition; Co-Creating Unique Value with Customers*, Harvard Business School Press, Boston.

RANDALL, W. S., GRAVIER, M. J., & PRYBUTOK, V. R. (2011). Connection, trust, and commitment: dimensions of co-creation?. *Journal of Strategic Marketing*, 19(01), 3-24.

SHARMA S., CONDUIT J. (2016), “Cocreation Culture in Health Care Organizations”, *Journal of Service Research*, vol. 19, n. 4, pp. 438-457.

SPROTT D., CZELLAR S. SPANGEBERG E. (2008), “The importance of a general measure of brand engagement on market behavior: Development and validation of scale “, *Journal of Marketing Research*, vol. 46, n. 1, pp. 92-104.

SWEENEY J.C., DANAHAR T.S., MCCOLL KENNEDY J., (2015), “Customer effort in Value cocreation activities: Improving quality of life and behavioural Intentions of health care customer”, *Journal of Service Research*, vol. 18, n.3, pp. 318-335.

TRANFIELD, D., DENYER, D. AND SMART, P. (2003), “Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review”, *British Journal of Management*, vol. 14, n. 3, pp. 207-222.

VARGO S.L., LUSH R.F. (2004), “Evolving to new dominant logic for marketing”, *Journal of Marketing*, vol. 68, n. 1, pp. 1-17.

VARGO S.L., LUSH R.F. (2006), “Service-Dominant Logic: What is, What is not, What it might be”, in Vargo S.L., Lush R.F. (a cura di), *The Service-Dominant of Marketing : Dialog, Debate, and Direction*, Sharpe M.E, Armonk.

VARGO S.L., LUSH R.F. (2008), “Service-Dominant Logic: Continuing the Evolution”, *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 36, n. 1, pp. 1-10.

VARGO S.L., LUSH R.F. (2011), "It's all B2B ... and beyond: Toward a System perspective of the market", *Industrial Marketing Management*, vol. 40, n. 2, pp.181-187.

XIE, C., BAGOZZI, R. P., & TROYE, S. V. (2008). Trying to prosume: toward a theory of consumers as co-creators of value. *Journal of the Academy of marketing Science*, 36(1), 109-122.

WATHIEU L., BRENNER L., CARMON Z., CHATTOPAHYAY A., WETENBROCH K. DROLET A., GOURVILLE A. W., MUTHUKRISHNAN N., NOVEMSKY R., RATNER N., WU G. (2002), "Consumer control and empowerment: a primer", *Marketing letter*, vol. 13, n. 3, pp. 297-305.

ZANETTI C. A., TAYLOR N. (2015), "Value Cocreation in healthcare through positive deviance", *Healthcare* vol. 4, n. 4, pp. 277-281.

ZIMMERMAN M.A (1995), "Psychology empowerment: Issues and illustrations", *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, n. 5, pp. 581-600.

Articolo II

Facilitating value cocreation activities in healthcare. A case study from Italy.

Keywords: Value cocreation activities, healthcare, value cocreation strategies

1. Introduction

Value cocreation concept is well recognised in management literature. In the last decades, this paradigm has become a crucial approach to support enterprises in creating long terms relationships with customers and positive experiences (Cuevas et al. 2016). The main assumption is that value is not solely being created for the customer by the provider of a service but for and by both parties throughout the time of their interaction and activities (Neghina et al. 2015). In healthcare, value cocreation has an essential role, indeed the active participation of patients and various stakeholders can bring better results of treatment and quality of health services. Traditionally, in health care sector above all, users have been viewed just as final recipients of the organisation's service, separated and outside the firm (Payne, Storbacka, and Frow 2008, McColl Kennedy 2012). Therefore, health care research and practice have recognized the need of customers' more active role in cocreating the health care service experience (Gill, White, and Cameron 2011; McColl-Kennedy et al. 2012). It is well reported in literature how important value cocreation is in healthcare field to achieve several advantages in terms of improvement of health services and population safety, and for health system efficiency and cost reduction (Polese et al. 2016). Value cocreation in healthcare is much related to the ability to establish wise and profitable relationships among actors, facilitating their engagement in service provision.

This change in health care provision reflects a recognised shift from a goods-dominant to a service-dominant logic (Vargo and Lusch 2004, 2008). Service-dominant (S-D) logic (Vargo and Lusch 2004, 2006, 2008b) as it is well reported in literature, is the theoretical background of the value cocreation concept describing service as the core purpose of exchange and provides a theoretical understanding of how firms, customers, and other market actors cocreate value through their service interactions with each other.

A central implication of S-D logic is that the value exchange is not only defined by the supplier but also negotiated through exchange of resources between providers, users and other cocreators (Tomasetti et al. 2016). This change of paradigm deeply affect business strategy logics of enterprises also in health sector. In the perspective of value cocreation patients are considered the main actor of the value creation as an integral part included in the boundaries of the enterprise, cocreating value through resource integration during activities. Basically, following this view, the organisation needs to come to be a facilitator, a supporter, and co-constructor of value rather than a supplier of value (Karpen et al. 2012, Firat and Dholakia 2006; Grönroos 2008; Michel, Vargo, and Lusch 2008; Normann 2001; Payne, Storbacka, and Frow 2008; Ramírez 1999; Vargo and Lusch 2008b.). Thus, organisational practices of health enterprises have to change, with the aim to adopt a service dominant logic perspective; consequently, the strategic focus could

become to enhance value cocreation activities, to better support individual customers to get more involved and engaged in the service. Service-dominant (S-D) logic can function as a strategic business approach that portrays creating superior value in conjunction with—rather than for—customers as a source of competitive advantage for organizations. From this perspective, strategy is about making choices in terms of how to best facilitate and enhance value cocreation for mutual and long-term betterment.

In truth, also in health care sector, organisations have difficulties in understanding the value cocreation concept concretely, they face considerable difficulties in implementing organisational practices to facilitate value cocreation in healthcare organisation.

Indeed, value co-creation remains a rather abstract concept without much empirical development, only a limited number of studies illustrate which are the strategy to foster patient engagement in value cocreation activities or to plan a service dominant logic orientation in their organisation. To fulfil value cocreation means to find structured paths to be developed to enhance value cocreation, combining patient value cocreation activities with organisational approach that can facilitate them. Therefore, the purpose of this study is to investigate which are the behaviour that a health organisation can implement with the aim to facilitate value cocreation. Starting from defining patient value cocreation activities the study explores and explicates which practices can be adopted by a health organisation to support patient and other stakeholder participation and resource integration among different actors from an S-D logic perspective.

To this aim, a qualitative explorative approach has been applied developing a case study analysis (Yin 2014), regarding a well established and representative health structure operating in phisiokinesi-therapy sector in Sardinian territory in Italy. Data were collected through 16 interviews hold with key actors operating in the health structure and the analysis of internal documentation. Through a coding procedure, all data have been analysed in relation to the codes emerged from a thematic analysis (Gibbs 2007), and partially suggested by the literature (Miles and Huberman). This sector is characterised by long terms relationships with patients and very intensive appointments, given also the wide range of services offered for both ambulatory treatment and domiciliary care. For this reasons, the case study observed was particularly representative of potential dynamics of value cocreation; in addition, it has been possible to develop the analysis comparing the two typology of service (ambulatory and home care) generating different type of behaviours to support value cocreation. Thus, concerning results, it has been noticed that cocreative supportive behaviours can strongly enhance interaction and engagement of patients in their value cocreation activities. Furthermore, the different behaviours can be tailored in relation to the typology of services and to the typology of users and patients. It

with mentioning that it emerged also, how important could be to develop proper organisational capability in all the human resources involved in the service provision to better interact with patients and to make them capable to exchange resource.

This study contributes to the theory providing the basis to develop a model capable of describing guideline to manage and enhance value cocreation in health organisation.

In the following sections, a brief theoretical background on value cocreation activities and a literature review on the studies focused on support behaviours are provided. Subsequently the case study is analysed describing the service provision process and the different cocreation behaviours implemented by the health structure. Then theoretical and managerial implication are presented followed in the final section by conclusions and future research.

2. Theoretical background

2.1 Value co-creation in healthcare

Until a few years ago, healthcare systems have considered customers as passive recipients of health services rather than being an active subject (McColl-Kennedy et al., 2012). In the last decade, with rising healthcare costs, increasing customers demand for more personalized and better care, healthcare systems have recognised the centrality of patients in co-creating healthcare service experience. This new paradigm is emphasised within Service Dominant Logic (Vargo and Lusch, 2004). In this context, Service dominant logic (SDL) sheds more light on patient inclusion in the service production and creation of value. This approach conceptualizes value co-creation as a process in which different actors exchange resources and jointly create value. Consequently, the actors' knowledge in the service exchange and sharing of information is central to SDL and value co-creation (McColl-Kennedy et.al, 2012; Vargo & Lusch, 2012). McColl-Kennedy and colleagues (2012) define customer value co-creation as “activities with self or in collaboration with members of the service delivery network including family, friends, other patients, health professionals and the outside community and involves a variety of activities that customers carry out to co-create service value”. These activities include for example some co-creative behaviours like as information research and collation, changing habits, sharing information and provide feedbacks, developing relationships and regulating emotions. The emphasis is upon the value (benefit to some party) that is co-created through the interactions and activities of patients with service providers. Resource integration is viewed as an opportunity for creating new potential resources, which during service exchange can be used to ‘access additional resources’ and create new resources (which can also be exchanged) through integration (Vargo & Lusch, 2011; Vargo & Lusch, 2012). Previous literature point out that through

this process of creating value by sharing and integrating resources, actors potentially develop new skills and engage in learning loops that enrich their engagement in future co-creation activities (Payne et al. 2008). In the service dominant logic perspective, the healthcare organizations have to adopt co-creative behaviours and activities that facilitate and promote value co-creation by multiple actors. These activities require to healthcare organizations to include customers in the life of the organization and to recognize the importance of the interactions about actors in order to create value (Corlett & Twycross, 2006; Ballantyne, D., & Varey, R. J. (2006). The success of co-creation is founded on the ability to create an environment of interaction in which participants feel free to engage in conversations and activities that are of personal interest and enabling them to develop their sense of belonging. In this context, the value co-created comes from the perceived value by actors that interact each other through a deep dialogue, sharing information, experiences being able to be responsible for the care path, and finally increasing the trust level by an even more clear relationship (Hibbard J., Green J., 2007). Interpersonal interaction increases open communication, in this way, patients and families are motivated to participate in engagement behaviours through encouragement from others, such as providers, and through positive feedback when they engage in these desired behaviours (McColl Kennedy, 2017). Healthcare organizations have to encourage patients to take an active role as key players in protecting their health and choosing appropriate treatments for managing their disease (Rafaeli & Sudweeks, 1997). To make an example through interventions direct at modifying patient medication compliance, chronic disease self-management, interventions directed encouraging patients to ask questions through social platform and traditional behaviours associated with promoting health and preventing disease. Multifaceted information from healthcare providers includes verbal explanations, visual diagrams, pamphlets, book recommendations, credible online sources, question-and-answer sessions, and other creative avenues for information sharing.

2.1.2 Patient value cocreation activities

Only few previous studies have investigated which are the activities that involve patients in the value cocreation process. Following the literature review results of the first article in this research work, nine dimensions of activities can be identified (Mc Coll Kennedy et al. 2012, Tomasetti et al 2015, Mc Coll Kennedy et al. 2017, Yi e Gong 2013). The first dimension includes all of the cerebral activities (McColl Kennedy et al 2012) that psychologically predispose the user to start service provision, including patient positive attitudes toward the health provider, expectations of service success, patients' trust preceding supply, and their willingness to tolerate potential inefficiencies (Yi and Gong 2013). The cooperation activity includes the acceptance and the consequent compliance with basic service providers' guidelines (Dellande et al. 2004) and the resulting customers'

assumption of responsible behaviour. Another dimension pertains to the information research (Yi and Gong 2013) and collation (McColl-Kennedy et al. 2012, Caridà et al. 2014, Osei Frimpong et al. 2016), consisting of a set of basic informative actions carried out by users to better understand service modalities. The combination of complementary activities pertains to consumers' involvement in further activities in addition to the service provision (McColl Kennedy et al 2012, 2017). This activity is designed to allow users to become more competent in the service domain. The fifth activity, changing habits, refers to the way in which service can modify consumers' routines and practices (McColl Kennedy et al. 2012). To foster value cocreation, patients should be able, from a psychological point of view, to manage long-term changes deriving from service (McColl-Kennedy et al. 2012, Virta 2014). Moreover, from a behavioural perspective, they should be able to control these changes (McColl-Kennedy et al. 2012, Virta 2014). One of the key stages of the whole process is beyond doubt coproduction, which primarily includes users' participation both prior to service provision (codesign and codevelopment of a value proposition and simultaneously with service provision Bovaird and Loeffler (2012), introduced the term "codelivery". In the phase of colearning, buyers actively share information deriving from various sources: external, e.g., friends, family, or other customers, or internal, e.g., previous knowledge and competences regarding other members of consumers' service network. This information can be provided by patients to health institutions, creating so a mechanism of feedback. This mechanism can improve service delivery and produces colearning. Connection as another patient value cocreation activity, corresponds to the effective relations among all of the actors involved in the service process, including the creation of relationships and their maintenance. Advocacy is the last value cocreation activity identified in the model. It is related to the willingness of patient and users in promoting the health organisation service beyond their personal interest (Yi and Gong 2013, Sharma and Conduit 2016). Advocacy concern the positive word of mouth brought by users, configuring them as real promoters of the organisation services and quality. The relevance of this activity can be interpreted as an excellent indicator of loyalty and a tool to implement the number of the organisation users.

2.1.3 Organisation support behaviours

A scarce number of studies in management literature faced the important topic of finding a practical framework in order to achieve the value creation potential of the interactions in healthcare organisation. Thus, only few studies partially investigated which care the managerial approach and organisational behaviours, which can boost a service dominant oriented management. Some studies have investigated behaviours to be implemented within the organisation with the aim to support value

cocreation process, some other studies have highlighted the importance to develop interactional capabilities to manage the organisation in a service dominant perspective, facilitating value cocreation.

It is well reported in literature the role of new technologies enabling value cocreation, together with all communication on line platform (Nambisan et al 2009, Breidbach and Maglio 2014, Sharma and Conduit 2016)

Breidbach et al. (2016) argues that the introduction of “case managers,” a type of *service orchestrator* of activities, increasingly common in hospitals, is associated with greater patient satisfaction and staff perceptions of patients’ involvement in value cocreation processes as well as with higher process efficiency and staff productivity in clinical departments. Very recent research works (Wetter – Edman et al. 2014, Yi and San Giorgi 2018), argue that design for service provides approaches, competences, and tools that enable involved actors to participate in and be a part of the service system redesign. Furthermore in the context of service coproduction and codevelopment the activation of specific resources (both physical or online) is fundamental.

It is well underlined in literature how important could be for organisations to develop a constellation of strategic capabilities that foster service-driving interactions in a value cocreation perspective (Karpen et al. 2011, Cuevas et al. 2012, Breidbak et al. 2016, Breidbach and Maglio 2016, Russo Spina et al 2010). Cuevas et al. 2012 characterize these capabilities as the integrative mechanisms that provide the coherence and integration of practices so they result in co-creation. In this sense, capabilities allow the ‘whole’ (value cocreation) to emerge, becoming more than the addition of the ‘parts’ (practices). In other words, capabilities provide the background for the assembly and integration of firm-specific assets into clusters, allowing the realization of value co-creation. In particular Karpen et al. 2011 proposed a portfolio of capabilities facilitating and enhancing interaction and resource integration experiences including (a) individuated interaction capability, understanding individual customers’ service contexts, service processes, and expected service outcomes; (b) relational interaction capability—enhancing the connection of social and emotional links with customers in service processes; (c) ethical interaction capability, supporting fair and non opportunistic customer service processes; (d) empowered interaction capability, enabling customers to shape the nature and content of service processes; (e) developmental interaction capability—assisting customers’ own knowledge and competence development in service processes; and (f) concerted interaction capability—facilitating coordinated and integrated service processes that include customers. All this research provided an only partial analysis of organisational behaviours and guidelines to facilitate value cocreation in organisation. A very significant exception could be the empirical study provided by Sharma and Conduit (2016), which is almost the among first that face

the exploration of characteristics of an organizational culture that depicts the customer's active role in value cocreation and facilitates active participation and resource integration among multiple actors. The study extends the boundaries of organizational culture to include customers (Ostrom et al. 2010) and addresses the limitation of traditional organizational culture models. In doing so beyond the core cocreation activities, a complex of support behaviours developed by the organisation have been found in order to facilitate core cocreation activities. They are tied to stimulate resources integration and can enhance patient engagement within the whole service process. Support behaviours include dialog, sharing market intelligence, mutual capability development, sharing decision making. The authors define the capability development not only the initiatives tied to develop skills on the organisation staff, but also on patient and users, making them more aware about the health service and the treatment. By doing this, the aim is to facilitate patients and users in interacting with the organisation. It is worth mentioning that management literature underlines how important could be to stimulate health literacy on patient. It can enhance patient participation in service care process and consequently can led to better clinical results and service efficiency (Ishicawa 2008, Palumbo 2013).

3. Research Method

A qualitative research approach has been adopted to find guidelines and to investigate which actions healthcare managers can implement to enhance value cocreation. Given the scarcity of research works in that field and the typology of the research question a qualitative methodology can be considered a proper solution to explore organisational behaviours and to investigate their relationships with patient value cocreation activities. The single case study approach has been used as it is well suited to exploratory investigations where phenomena are not well-understood (Eisenhardt 1989; Yin 2014). Case study method allows researchers to follow an open approach in order to understand complex social phenomena, (Eisenhardt & Graebner, 2007) such as value cocreation in depth. Data have been collected through internal documentation and in depth interviews, which have been coded following literature indications integrated with a thematic analysis. In the following sections of the paragraph the case description is presented followed by the explanation of the data collection and the coding procedure.

3.1 Case description

The case study setting is a well-established healthcare structure located in Sardinian region, in Italy. The health structure selected is active in the sector of physiokinesio-therapy providing a wide range of services in the diagnostic and rehabilitation field. It is a well-known, private structure

accredited to the public health system, relevant in terms of number of patients and quality of facilities provided in the area. This health organisation operates in the territory since 1985, providing physical medicine and rehabilitation services for a total amount of 95.450 approximately per year, and a total of 26 healthcare professionals employed.

A health structure is defined affiliated with the SSN (Servizio Sanitario Nazionale – National Health Service) when there is accreditation of the facility. An accreditation (Art. 8 quater D.Lgs No. 502/92) is the act by which the region verifies the quality requirements, organisational and structural standards of structures and professionals, evaluating the structures and professionals of the private sector. In this case, the related economic charges are debited to the SSN and the citizen who addresses them does not incur additional costs compared to those he would sustain if he turned to a structure or a public professional. The health organisation observed, such as all the accredited structures in Italy, had to obtain the authorization by the Regional Government. Regional Government verifies that the health organisation has the structural requisites (square meters, rooms and spaces, absence of architectural barriers depots, warehouses and changing rooms, etc.), and organizational (professional figures enabled and in a number suitable for the health activity to be performed in complete safety for patients). Consequently, the institutional accreditation has been obtained through act, which verifies that the private structure has the same quality standards as public facilities and, therefore, could be equivalent to them. The health structure has consequently stipulated specific contractual agreements with the Regional Government, which establishes the number of services that the SSN "acquires" and can be provided as equivalent to public. Therefore, these services (determined by the calculation of population's health care needs) are provided to the citizen without any additional expense compared to the same benefit provided in the public facility and under the same conditions; hence, patients of the accredited health structure are required to pay a "ticket" as well as it is required when using a public facility.

Services provided by the organisation consist in physical medicine and rehabilitation services (mainly for the functional recovery of those affected by physical, or sensory impairments). Hence, these services are provided both as a private structure and for a certain quantity as a public facility. The medical centre observed is one of the most relevant in the territorial network considered, which provides a wide range of rehabilitation facilities to people with severe disabilities who need a customised rehabilitation project, or specialised physiochemical therapy, physical medicine services and rehabilitation in outpatient or even domiciliary regime, depending on the phases and the complexity of the intervention. Given the intrinsic characteristic of the service, the structure has been chosen as a very representative health organisation in which it is possible to observe the approach to facilitate value cocreation in a healthcare structure. Patient dealing with rehabilitation issues and

physical medicine use to be engaged in the services and them usually a long-term relationship with the health structure.

3.1.1 The outpatient service process

From the internal documentation analysed it has been possible to obtain the protocol that describes the methods of patients access to the outpatient services. The protocol have to guarantee operational homogeneity at the time of booking, providing the medical service to clarify the main interpretative doubts.

In particular, the protocol include:

- information on the modality to access (prescription and direct access);
- operational indications to standardize the booking procedures, with particular reference to the services ordered by priority;
- operational indications during the provision of medical service.

The protocol indicates that all outpatient specialist services are provided on request by the General Practitioner, and the eventual the Medical Specialist (first access, checks, follow up). All the medical staff involved in the outpatient path have to observe the protocol. At the time of booking, it is necessary that the patient own the prescription issued by the general medical doctor or by the specialist. It is also necessary that he has available the health card or regional services card (CRS).

The recipe is characterized by:

- identification data of the patient
- possible exemptions from cost sharing
- requested service
- priority class, if any
- diagnostic question.

In addition, the medical doctor or the specialist can suggest a further physiatrist diagnostic exam in the structure. By doing this, personalised rehabilitation plans can be implemented for individual needs of users. Concerning the accessibility to the physical and rehabilitation services, priority access has to be guarantee by the structure to people affected by disabilities. Accessibility must also be guaranteed through a modern, rational, correct and completely transparent management of waiting lists, preferably through the Unified Centers of Reservation (CUP) to make the offerings of all the facilities synergistic and efficient within the healthcare company. Thus, the medical staff involved in the process is mainly the physiatrist doctor, physiotherapist, massotherapist, logotherapist, to move on even more complex teams, in relation to the problems to be treated. The professionals will however be identified depending on the Project and Rehabilitative Programs. Concerning the

health structure observed, outpatient physical and rehabilitation services include both intensive and extensive therapy. They are mainly starting from physiatrist diagnostic, physiotherapist treatment, also with manipulation, treatment using particular cutting edge equipment, osteopathy treatments, respiratory therapy.

3.1.2. The domiciliary care service process.

Home care offers the opportunity to receive a wide range of services in family environment. The scope of home care services can be of a preventive, acute, rehabilitative or palliative nature. The type and range of services provided with home care treatment generally include health and social care for elderly people who are not self-sufficient or in fragility conditions, patients who need home care after hospitalization or people with disabilities or chronic illnesses.

In this work, we will refer to home care with the term Integrated Home Care (ADI – Assistenza Domiciliare Integrata). According to a recent Health Technology Assessment document the ADI takes place at the patient's home, as part of an integrated care path between primary care, hospital services and social services for patients with social and health care needs. It is performed by a multidisciplinary team, in collaboration with the patient at the domicile of the latter. In particular, in Italy, the ADI is dedicated for people who are not self-sufficient and in a state of fragility with ongoing assistance needs and planned interventions in order to counteract the pathological forms in progress, functional decline and improve the quality of life. Therefore, the range of services that pertain to this type of professional intervention includes medical nursing services, medical rehabilitation, specialist medical and social assistance.

These services (both intensive and extensive treatment) are integrated into a mix within an Individualized Assistance Plan (IAP), as the result of a multidimensional evaluation phase carried out by the Integrated Assessment Units (UVI). In particular, this process includes Admission (Admission), Multi-Dimensional Evaluation (Multi-Dimensional Evaluation), the definition of an Individualized Care Plan (hereafter, PAI) (Individual Care Plan), its application through the Provision of Care (Care Provision) and evaluation of results through a Revaluation (Re-Evaluation). This process can be performed several times, until the desired results are achieved with patient discharge. The following figure represents the entire process.



Analyzing the process, nine actors have been identified that generally interact in the process: Patient (P), General Practitioner (MMG – Medico Generico), Single Access Door (PUA), Integrated Assessment Unit (UVI), Medical Specialist (MS), Nurse (In), Healthcare Professional (OS – Operatori Sanitario), Social Worker (AS – Assistente sociale), Caregiver (Cg). It is possible to observe the centrality of patient within the entire process, also given its role as a coproducer of the service.

3.2 Data collection and the coding procedure.

The data mainly consists of primary data collected through 16 qualitative explorative semi-structured interviews (each of them approximately 40 minutes duration) held with the two top managers, the Administrative Director, doctors and health professionals involved in the service process. Each interview was attended by two researchers, using different protocols for the managers and the medical staff. Moreover, each interview was recorded and fully transcribed. Following Miles and Huberman 1994, a provisional start list of codes defined from the literature was created prior to the field work to guide the analysis and have been integrated through a thematic analysis. Secondly, we analysed official documentation, regional laws, internal archives, historical data and organisational plans provided directly by the organisation. In particular, in the phase of mapping the process, the analysis of company documentation has been integrated with the information given by the Top managers and Administrative Staff who, during the interviews and the visits to organisational units, defined different phases and process activities. Finally, in the phase of critical analysis, the support of the scientific literature has been fundamental.

Table 1 – Overview of empirical data

Type of data	Quantity	Utilization in analysis and reporting
Dataset 1: Face-to-face interviews conducted by the researchers	16 in total (2 to the top manager, 1 to the administrative director, and 13 to the medical staff and health professionals)	Identifying and analysing activities constituting the collaborative value creation process, matching them to the different supportive behaviour of the organisation.
Dataset 2: Internal documentation, official protocol and archives	207 pages in total	Description of the service process, Identification and analysis of activities constituting the collaborative value creation process, matching them to the different supportive behaviour of the organisation

The interviews have been structured following the aim of the study, trying to investigate which are the initiative that can facilitate patient value cocreation activities in the health service process. To this aim questions were formulated in relation to the different cocreation activities described in the literature (see table 2).

Table 2 – Patient value cocreation activities

Value co-creation activities	Subcategory
	Positive attitude
Cerebral Activities	Tolerance
	Expectations
	Mutual Trust
	Future Intentions
	Commitment
Information search and collation	Searching Information
	Sorting and assorting Information
Combination of complementary activity	
Changing habits	Pragmatic Adapting
	Change Management
Co-production	Co-development
	Co-provision
Co-learning	To share resources acknowledged by other actors (information, experiences, expectations, etc.)
	Feedback
Connection	
Co-advocacy	Organisation quality promotion
	Organisation service promotion

The coding procedure was developed with the adoption of the Nvivo software that help to gather data on the codes and organise observations. To avoid observation bias driven by a researcher's expectations, two trained coders, independently, analysed a set of transcripts to determine intercoder reliability. Furthermore, to increase internal validity the article and the final report of the study were presented and discussed with the two top managers of the health structure. Although the number of interviews may be considered not big, they were related to the key role that the respondents had in the planning and development of the service process, and with an important role in interacting with patients. This can give a higher level of reliability and validity to the research findings.

In the first phase of coding, a classification of different support behaviours has been described inspired by management literature related to the theme of supporting value cocreation in health care organisation. In the second phase a thematic analysis (Gibbs 2007) helped to integrated the coding structure deriving from literature. In the following table the list of codes derived form literature is presented.

Support behaviours	Description
Dialog (Sharma e Conduit 2016)	Management of effective dialogue and communication exchanges between users and businesses, including through the creation of digital platforms that facilitate interactions and two-way communications
Sharing market intellingence (Sharma e Conduit 2016)	Sharing experiences and information in order to develop understanding of the service delivery context.
Sharing Decision Making process (Sharma e Conduit 2016)	Sharing responsibility on the decision-making process with users and their network, not considering it more than just the health organization's competence.
Mutual capability development (Sharma e Conduit 2016,)	Development of skills and competences of users and staff with reference to the possibility of contributing effectively to the exchange of resources in the process of value co-creation.
Case manager (Breidbach 2017)	A manager capable of coordinating and monitoring the exchange of resources between users and organization for a successful management of the value cocreation activities managed by the patient in the relationship with the service provider.
Specific sources activation (Yu e San Giorgi 2017)	Activation of specific resources such as dedicated spaces, time available to human resources, equipment and digital tools suitable for involving users and facilitating the exchange of resources.
Interactional capability development (Karpen et al. 2011, Lambert et al. 2012, Yu e Sangiorgi 2018)	Training and strengthening of the relational skills of the operators in order to increase the effective exchange of resources with the users
Personalised therapeutical path (Polese 2016)	Study of personalized solutions on the patient for the establishment of an empathetic relationship between the health worker and the service user

4. Results and discussion.

The analysis of the literature and case study show how health management can promote the cocreation of the value in relations to the actions of the service provider (defined as supportive) that have a different impact on the process. In particular, it has been observed that different types of value cocreation activities such as coproduction, information gathering and information collation, co-learning, change habits are most stimulated in a diversified way by patient and support involvement

actions implemented by the health structure. More specifically, it has been observed that through activities of dialogue, sharing of strategic information and sharing of decision-making processes, cerebral activities, co-production, cooperation and co-learning are particularly facilitated. The dimension of co-learning, and research and collation of information is influenced by all those actions facilitating dialogue that support the exchange of information resources. It was also observed that brain activities are promoted by almost all the actions by the company; this result is due to the observations already present in the literature (Tomasetti and Vesce 2016) that consider the brain activities as a presupposition and transversal to all the activities of cocreation of the patient's value.

“To make patient and their relatives have a good attitude towards our structure and the treatment a multitude of initiatives are implemented. We try to be the closest as possible to patients and their families..... Starting from sharing with them all the information relevant to the illness, the treatment and encouraging them to be confident to the care process. Also we use all the communication tool to be present as more as possible (reminding appointment for outpatient treatment and providing long term assistance), also giving them operational information to best experience the service ” “we are trying to use all the tool available to communicate with them, including online tool such as mail or social media, but we have to say that, given our typology of patients (a lot of elderly people with domiciliary care service), the telephone call remain at the moment the more effective way to make people learn about the service provision and appointment timeline... social media and the web site has been useful to alert young patients about administrative procedure to access the service for example, making them more aware about cost and documents to be prepared, or to some health promotion information to involve them in a better management of their health”.

It has been observed that the health structure pays a lot of attention in planning and activating specific sources to better interact with patient and their families, offering opportunities to develop value cocreation activities such as colearning and coproduction. *“we have planned since time a sort of speaking session before and after every treatment provision giving patients and their family to make questions freely, or asking them an opinion or suggestions about the care process, but also we have routinized this action to obtain feedback both to understand the level of satisfaction of patient and to ensure about the patients understanding of prescriptions and medical indications” “we certainly know that generally (above all in rehabilitation treatments and physical medicine) the more the patient is informed and the more is responsible of his health condition the easier our job is”.* Also it has been noticed from the coding that in this health field there is a huge relevance on planning, evaluating and reevaluating personalized medical path: *“in a collaboration perspective with specialist doctor we periodically formulate individual and specific rehabilitation plans, tailored in relation to the specific need of patient also according to LEA (livelli essenziali di assistenza), this means that*

we constantly to observe patients needs and their level of self sufficiency.For these reasons we have to stay in touch not only to the patient but also to families or caregivers that take care about them or manage their care process.

Data have been analysed according to the dual perspective of outpatient services and home care services. The actions supporting the cocreation of the value can in fact be very differentiated according to the type of service. From the interviews it emerged that home care requires a greater level of patient involvement than outpatient ones. This difference is due to a multiplicity of factors linked both to the predisposition of the venue in which the services are provided (outpatient or patient's home) and to the type of interactions involved in the therapeutical treatment services. First of all as it is reported in the interview *“In the context of traditional care within our structure, communication between all the actors responsible for patient care is informal and fast, because they work together in the same place. In the ADI domain is very different! however, the organization is distributed and so the different professional figures involved rarely meet and the flow of information is neither constant nor complete. So our aim is to make information flow the more effective as possible and the information transferred to the patient has to be the most complete and the most clear we can”*.... for this reason it has been observed that in the domain of domiciliary treatment the role of generic practionar could be fundamental to best coordinate all the patients activities including those related to coproducing the home care service *“for our field we have also to stay connected with the general practitioner that should coordinate the different treatment and should be responsible of the health management of the patient”*.

Comparing the results from the interviews and the documents data it appears a relevant attention to human resourses and their management in a value cocreation perspective. The health management of the structure argued that it is crucial not only to train and develop interactional skill on the staff, but it is also important to evaluate their attitude in a perspective of an ongoing and dynamic cocreation process. Indeed, the medical e staff and professional with a natural predispotion to dialog and relationship is better suitable for long term treatment and home care services. As the manager say *“it is fundamental for us to select staff with great relationship skill,capable of developing interactional capacity, to best approach with particular patient and specific situation in which our service is not only related to the provision of the strict medical treatment”*.

5. Managerial implication and future research.

First, from a managerial and policy maker perspective, balancing cost constraints while creating

desirable value propositions remains a challenge in today's health-care systems (Dagger, Sweeney, and Johnson 2007). A value cocreation approach can be considered a strategic approach to face this challenges in competitive environment. Although transformative benefits flow from health care professionals' use of a patient-centered approach to support customers in value cocreation (Sweeney, Danaher, and McColl-Kennedy 2015), many health organisations lack the organisational structure to support this approach (Sharma, Conduit, and Rao Hill 2014). By understanding the behaviors and initiative that can be implemented to create cocreation opportunities and to engage patients, health care organizations can actively develop strategies to facilitate and encourage appropriate cocreation behaviors within the organization (Sharma an Conduit 2016). The findings of this study underline the importance of organizations in creating opportunities for customers to integrate resources and to facilitate value cocreation, giving a preliminary results about a possible complex of initiative to be implement in a service dominant perspective. Managers must recognize the precious value of collaboration with patients and their families and provide venues for constant dialogue, capability development, and interaction between customers and employees to facilitate cocreation. Therefore, healthmanager needs to open the boundaries of their organisation, not only creating an value proposition but creating it with users (Sorrentino et al. 2016). To ensure that customers are prepared and appropriately skilled to integrate resources, organizations should train their employees and customers, develop their mutual capabilities, and encourage them to engage in service provision across boundaries (Sharma and Conduit 2016). Further, organizations need to develop path for customers and employees to share market intelligence and lived experiences and further facilitate opportunities for shared decision-making.

The service provision as to be planned with appropriateness, continuity and congruity that combines in optimal way the participation of users and the scientificity of the health approach with a management approach useful for the valorisation of human resources engaged in the service.

Furthermore, there is the need to optimise the health process which is a priority requirement of patients and, in the conditions of severe disability, of their families, as well as of those with responsibility direct in taking care of patients, and likewise of those who must decide the allocation of economic resources.

An effective management of human resources is another theme to be developed in a value cocreation perspective. The complexity of the health sector and in particular of the rehabilitation in interdisciplinary and multi-professional team, dictated by the need to give adequate answers to health problems, imposes specific organization and management skills professionals who must take responsibility for the functioning of the team.

In addition, the optimization economic resources represents an issue to be faced by health structure. Therefore the medical management must responsibly confront the economic reality and the economical advantages connected to the value cocreation exploitation, to have useful resources to generate the optimal health processes and use them in a rational way.

Further research is required, not only to different health context in order to obtain more insights about guidelines to foster value cocreation in organisation, but also into the role of different technologies and media that facilitate the implementation of the value cocreation process (Hennig-Thurau et al. 2010). Technology seems to take a prominent role in facilitating cocreative service design and resource configurations (Rust and Espinoza 2006; Rust and Thompson 2006).

REFERENCE

Ballantyne, D., & Varey, R. J. (2006). Creating value-in-use through marketing interaction: the exchange logic of relating, communicating and knowing. *Marketing theory*, 6(3), 335-348.

Breidbach, C. F., & Maglio, P. P. (2016). Technology-enabled value co-creation: An empirical analysis of actors, resources, and practices. *Industrial Marketing Management*, 56, 73-85.

Breidbach, C. F., Antons, D., & Salge, T. O. (2016). Seamless service? On the role and impact of service orchestrators in human-centered service systems. *Journal of Service Research*, 19(4), 458-476.

Caridà, A., Colurcio, M., & Melia, M. (2014). Rethinking and improving the health care service through interactive web technologies. In *Managing Consumer Services* (pp. 191-210). Springer, Cham.

Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of service research*, 10(2), 123-142.

Dellande, S., Gilly, M. C., & Graham, J. L. (2004). Gaining compliance and losing weight: The role of the service provider in health care services. *Journal of Marketing*, 68(3), 78-91.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, 14(4), 532-550.

- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: Opportunities and challenges. *The Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32.
- Firat, A. F., & Dholakia, N. (2006). Theoretical and philosophical implications of postmodern debates: some challenges to modern marketing. *Marketing theory*, 6(2), 123-162.
- Gibbs, G. R. (2007). Thematic coding and categorizing. *Analyzing qualitative data*. London: Sage, 38-56.
- Gill, L., White, L., & Cameron, I. D. (2011). Service co-creation in community-based aged healthcare. *Managing Service Quality: An International Journal*, 21(2), 152-177.
- Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health affairs*, 32(2), 207-214.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*, 11(2), 113-122.
- Karpen, I. O., Bove, L. L., & Lukas, B. A. (2012). Linking service-dominant logic and strategic business practice: A conceptual model of a service-dominant orientation. *Journal of Service Research*, 15(1), 21-38.
- Marcos-Cuevas, J., Nätti, S., Palo, T., & Baumann, J. (2016). Value co-creation practices and capabilities: Sustained purposeful engagement across B2B systems. *Industrial Marketing Management*, 56, 97-107.
- McColl-Kennedy, J. R., Cheung, L., & Ferrier, E. (2015). Co-creating service experience practices. *Journal of Service Management*, 26(2), 249-275.
- McColl-Kennedy, J. R., Hogan, S. J., Witell, L., & Snyder, H. (2017). Cocreative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. *Journal of Business Research*, 70, 55-66.
- McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. V. (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research*, 15(4), 370-389.
- Mele, C., Russo Spina, T., & Colurcio, M. (2010). Co-creating value innovation through resource integration. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 2(1), 60-78.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., Huberman, M. A., & Huberman, M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage.
- Nambisan, P., & Nambisan, S. (2009). Models of consumer value cocreation in health care. *Health Care Management Review*, 34(4), 344-354.
- Nambisan, S., & Baron, R. A. (2009). Virtual customer environments: testing a model of voluntary participation in value co-creation activities. *Journal of product innovation management*, 26(4), 388-406.

- Neghina, C., Caniëls, M. C., Bloemer, J. M., & van Birgelen, M. J. (2015). Value cocreation in service interactions: Dimensions and antecedents. *Marketing Theory*, 15(2), 221-242.
- Palumbo, R. (2016). Contextualizing co-production of health care: a systematic literature review. *International Journal of Public Sector Management*, 29(1), 72-90.
- Payne, A. F., Storbacka, K., & Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. *Journal of the academy of marketing science*, 36(1), 83-96.
- Rafaeli, S., & Sudweeks, F. (1997). Networked interactivity. *Journal of computer-mediated communication*, 2(4), JCMC243.
- Sharma, S., & Conduit, J. (2016). Cocreation culture in health care organizations. *Journal of Service Research*, 19(4), 438-457.
- Sharma, S., Conduit, J., & Hill, S. R. (2014). Organisational capabilities for customer participation in health care service innovation. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 22(3), 179-188.
- Sorrentino, M., De Marco, M., & Rossignoli, C. (2016, May). Health care co-production: co-creation of value in flexible boundary spheres. In *International Conference on Exploring Services Science* (pp. 649-659). Springer, Cham
- Tommasetti, A., Troisi, O., & Vesci, M. (2015, June). Customer value co-creation: a conceptual measurement model in a Service Dominant Logic perspective. In *Naples Forum on Service* (Vol. 15, pp. 1-31).
- Virta, A. (2014). Customer value cocreation in the health care relationship. *University of Oulu. Wieland V., Polese F., Vargo S., Lusch R. (2012), "Toward a Service (Eco) Systems Perspective on Value Creation"*, *International Journal of Service Science, Management, Engineering, and Technology*, 3(3), 12-24.
- Wetter-Edman, K., Sangiorgi, D., Edvardsson, B., Holmlid, S., Grönroos, C., & Mattelmäki, T. (2014). Design for value co-creation: Exploring synergies between design for service and service logic. *Service Science*, 6(2), 106-121.
- Yi, Y., & Gong, T. (2013). Customer value co-creation behavior: Scale development and validation. *Journal of Business Research*, 66(9), 1279-1284.
- Yin, R. K. (2014). Case study research: Design and methods (Fifth).

Articolo III

How social media platform can support value cocreation activities in healthcare.

KeyWords: Value co-creation, social media, patients' value cocreation activities, public health communication, communication strategies.

1. Introduction

The use of social media, such as Facebook, Twitter and You Tube, is part of a growing trend and is due to a realization that healthcare institutions need to be more engaged with their patients in order to facilitate the value co-creation process. In particular, fundamental role of the new technologies that, by facilitating the value co-creation process, can create a smarter, more connected healthcare system able to provide better assistance, anticipate and prevent illness and allow people to make better and more responsible choices (Spohrer & Maglio, 2008; Carrubbo et al., 2015; Gkoulalas-Divanis et al., 2014). The term social media denotes highly interactive platforms via which individuals and communities share, co - create, discuss, and modify user - generated content (Househ, 2013) Heldman A.B. et.al., 2013). Interactivity refers to "the condition of communication in which simultaneous and continuous exchanges occur, and these exchanges carry a social, binding force" (Fisher & Clayton, 2012). The expanding use of social media platform make possible new ways of searching and sharing health information, provide new collaborative health care opportunities . Since then, the use of social media in the field of health has grown exponentially. Through digital social media, healthcare organizations can offer its patients/citizens new opportunities to take an active role in value creation processes as well as to engage in dialogue with healthcare institution during the stages of service configuration and delivery, including information search, fulfilment, and consumption (Prahalad & Ramaswamy, 2004, Payne, Storbacka, & Frow, 2008). This process is referred to as co-creation and is considered an important manifestation of patient's engagement behaviour and quality improvement. Traditionally, the patients were considered passive recipients of complex services (McColl Kennedy et al. 2012). However, in the last few years, the idea that patients should be at the centre of the health-care system has become a topical issue at the international level. There is growing realization that, rather than being passive recipients of services, patients are active engaging in a range of interactions and activities to co-create value (McColl Kennedy, H. S., 2017). Despite patient value, co-creation in healthcare is still a relatively recent phenomenon, it is likely to have important implications for health care organizations as they continue to seek new ways to reduce costs and improve the service quality (Bonomi, S. et. Al., 2015). In this context, co-creation is understood as an active process, creative, society based on the collaboration between health care organizations and audiences (patients, family and other stakeholders), and that should ideally lead to the generation of value for all parties.

These perspectives were introduced by the Service-Dominant Logic (SDL) (Vargo and Lusch, 2004), which defines value co-creation as "the joint, collaborative, concurrent, peer-like process of producing new value, both materially and symbolically". Recently, healthcare institutions are recognizing the power of the social media as a platform for co-creating value with their audiences

(Kaplan & Haenlein, 2010). Social media platform allow health organizations to engage in conversations with its audience and, specifically, citizens through unique interactive feature, such as sharing videos, photos, commenting on platforms like Facebook or Twitter. Some scholar (Barry, 2010) point out that hospital across the country using social media with different aims like as supply information to a general audience, provide informations about news services or events and promote health. Among these, patients appear to become more engaged with their care in general, and one of the many results is that they are increasingly using the Internet to share their experiences of health care, to interact with others having similar illnesses and to manage their illnesses by leveraging these technologies (Heldman et.al., 2013; Kotsenas et.al., 2017).

Starting from these reasons, recently the national and local governments in Italy is doing pressure on health care organizations to understand how well they can promote the health of their population and to reconfigure their service delivery processes by the use of the information and communication technology (Sorrentino et.al., 2016; Zardini et.al., 2016). The Ministry of Health suggests to the local health institutions, within the guidelines for the on-line communication published in 2010, the use of social media platforms for planning communication activities to obtain more effective health promotion and to establish with the citizens more engaging and dialogical relations. In the last few years, an increasing number of health organizations in Italy have come up with Facebook health applications for facilitating brand awareness and promoting brand engagement (Househ, 2013). In particular, healthcare organizations in Italy use social media as part of various community engagement activities, such as fundraising, customer service and support, the provision of news and information, patient education, and advertising new services. Despite the importance of the use of social media, little has been published about its role in the value co-creation process. While online health information seeking has received much credence in research, most studies have focused on information seeking behaviours (Fiksdal et al., 2014; Silver, 2015). Others have examined the influence of health information seeking on specific disease conditions (Jamal et al., 2015), and health literacy among patients (Berkman et al., 2011; Gutierrez et al., 2014). Consequently, empirical research to ascertain how online health information seeking influences the consultation process, which in effect could impact on the expected health outcomes leading to co-creation of value is scarce.

Starting from the growing use of social media in healthcare, the purpose of this paper is to examine how the use of the most widespread platforms, as Facebook and twitter influences the ability of health care organizations to create opportunities for engage patients but also families and citizens in value co-creation activities. Specifically, we explore how these tools are used by healthcare organizations as a mechanism for engaging audiences in true multi way interaction. The healthcare

context offers an ideal setting in which to study the role of social media platform, as it supports interactions among patients, citizens and providers.

To reply the research questions, an explorative qualitative analysis, was carried out through the content represented by texts, and videos posted on the Facebook pages of an Italian healthcare organization. In particular, we analyzed the postings of a University Hospital, in relation to some of the objectives pursued by this communication, to analyze their ability to generate engagement by users, measured in terms of likes, sharing of posts and comments to post. This study contributes to co-creation literature by being one of the first to consider social media platform as tool to promote value co-creation activities in healthcare context. Importantly, this study provides healthcare practitioners some directions in order to co-create value with the support of social media platforms.

The rest of the paper is organised as follows. First, the theoretical background of the study is explained along with a review of relevant literature and proposed hypotheses. Next, the research methodology employed is detailed. Finally, we provide a summary of the key findings and discuss the implications for healthcare organizations.

2. Theoretical background

2.1 Technology platform and value cocreation in healthcare.

This new paradigm of value cocreation in healthcare is emphasised within Service Dominant Logic (Vargo and Lusch, 2004). In this context, Service dominant logic (SDL) supports patient inclusion in the service production and providing, involving it in the value cocreation process. McColl Kennedy et al. describes value cocreation as the composed by activities autogenerated or in collaboration with members of the service delivery network including family, friends, other patients, health professionals and the outside community and involving various interaction that customers carry out to co-create service value. In this perspective, it worth mentioning that the “benefit” is co-created through the interactions and activities of patients with service providers . Thus resource integration is fundamental premise the value cocreation concept in healthcare. In this view, technology contributes to the co-creation of value by enabling and facilitating resource integration, the sharing of information within and across. Bitner et al. (2010, p. 197) argue that recent advances in technology have profoundly changed the nature of service provision and influenced how service is delivered, innovated and managed. Similarly, Rust (2004, p. 24) suggests that “the service revolution and the information revolution are two sides of the same coin,” which are both driven by technological change. Although technology has been recognized as an important factor in value co-creation (Maglio, Spohrer 2008), traditional views of the role and scope of technology underscores the importance of institutions in value co-creation and draws attention toward technology as an operant resource—one that is capable of acting

on other resources in value creation. Contributions based on Service Science analyse the fundamental role of the new technologies that, by facilitating the value co-creation process, can create a smarter, more connected healthcare system able to provide better assistance, anticipate and prevent illness and allow people to make better and more responsible choices (Spohrer & Maglio, 2008; Carrubbo et al., 2015; Gkoulalas-Divanis et al., 2014).

The emerge of social media has generated profound changes in the processes of sharing, in creating and promoting contents. Social media has been characterized as mutually beneficial for public health organizations and their audiences to connect to each other in ways that promote a “common good”. Heldman et. al. (2013) defined social media engagement as “a multi-way interaction between and among an organization and digital communities that could take many forms, using social media channels to facilitate that interaction”. Many authors emphasize the importance of social media platforms which represent an important source of information for patients. They provide new form of interaction that makes the service available in a continuous manner, making possible forms of value that would not be available in a traditional healthcare system based on sporadic relations between operators and patients (Loane and Webster, 2014; Karjaluoto & Rantala, 2017; Van Oerle et al., 2016). Through social media platform, healthcare institution, create a venue in which actors can interact and exchange resources to create joint value. Social media platforms can promote a relationship between healthcare institution and its audiences at each stage of the value co-creation process, including information search, service configuration, fulfillment, and consumption (Kane et.al., 2009; Kaplan & Haenlein, 2010; Ramaswamy, 2008). In particular, one key value health social media platform provide is the possibility to interact with others in similar health situations and share informations about conditions, symptoms and treatments. This collective learning can be leveraged and shared to help individuals make decisions and provide an emotional support (Libai et.al., 2010). For exemple, patients can make their experiences feedback, including response to drugs, available as public resources. In this way, patients can benefit from the experiences of other patients who share their experience on social media platform (Hoyer et.al., 2010; Nambisan & Nambisan, 2009). Studies have shown that patients through social media can, not only, to share their experiences through discussion forums, chat rooms and instant messaging, or online consultation with a qualified clinician but they can also express themselves, share their stories, learn from others and spread health knowledge (Lober & Flowers, 2011). A health conditions is a particularly strong affinity and the collective learning and experience of others can be leveraged and shared to help individuals to make decisions (Kotsenas et al, 2017). Patients could describe and share their emotional perspectives and provide necessary coping skills, support, and resources for other patients. Healthcare organizations can engage audiences in value co-creation processes in several ways. In the case of new service

development or ideation phase, healthcare institutions can use social media in order to involve their audiences in the stages of the service generation process and engage audiences in a dialogue. Moreover, patients/citizens especially create value for a healthcare organization when they provide feedback on new services as well as possible improvements to existing offerings (Kumar et al., 2010). From a health promotion perspective, these conversations can lead to varying levels of engagement. They can result in a range of outcomes, including increased awareness or knowledge of health-related information, feelings of belonging and social connection, and involvement with health promotion programs (Hoyer et. Al., 2010; Nambisan & Nambisan, 2008). Healthcare institutions can actively monitor feedback from audiences through social media to understand how is possible improving services. Feedback mechanisms, such as buttons or quizzes, facilitate more participation from users of social media and encourage a discussion among users with relatively few access or content creation barriers. Heldman et al. (2013) point out that social media monitoring tools allow public health organizations to learn more about what diverse audiences are saying regarding public health topics, identify information gaps, and adjust messaging accordingly. Social media give us insights into what health information may be important and interesting to users, in the moment. This real-time aspect of social media is a key component to ensuring that the communication efforts are relevant, meaningful, and useful to audiences. Now, if the value of any experience is generated in the interaction between the actors, in their ability to involve each other in a relationship, it can thus understand how social media can offer a great opportunity for the development of these relationships. Clearly, the use of social media within a strategic plan, prepared by the various health organizations, presupposes the definition of specific objectives that then must be monitored and measured based on appropriate indicators, such as, for example, reach, click-through rates, impressions, posts, and followers must be tracked, interpreted, and documented relative to targets for each initiative.

3. Research Method

In this study, with the analysis co-creation activities in a health social network context, we investigated how a healthcare institution uses social media in order to engage with its audiences and we explained how healthcare co-create value with patients. A case study (Yin, 2014) was conducted to explore the research question of this study. The case we have considered is the online social platforms, of an Italian healthcare organization located in Sardinian region. A content analysis has been developed and, following Miles and Huberman (1994), a list of codes defined from the literature was created prior to define the fieldwork to guide the analysis. Defining coding as the organisation

of raw data into conceptual categories, each code is effectively a category or ‘bin’ into which a piece of data is placed.

3.1 The study context

Healthcare organization aims to make citizens, patients and their family members as protagonists within the health service with the objective to improve health outcomes and contributing to make the health system more effective. As it is well reported in literature (Sharma and Conduit 2016; McColl Kennedy et al. 2012; Ramaswamy and Gouillart, 2010) an organization with a co-creation culture manages to achieve effective dialogue by creating platforms for interaction and two-way communication. Social web platform in particular, represent a venue to foster interaction between actors involved in the service provision and stimulate value co-creation. The Social web platforms analysed belongs to the Azienda Ospedaliera of Cagliari (AOU)¹, which, in line with the European eGovernment Action Plan 2011-2015, since January 2017 it has implemented a communication Plan that concern a renovation of the main digital communication platforms (Facebook, Tweeter and Instagram). Table 1 shows the situation of the digital platforms implemented by the AOU following the framework Kaplan and Hanelein (2010).

Table 1 - Digital platforms implemented by the AOU Cagliari and the main dimensions observed (data at 26 June 2018).

Dimensions observed	Collaborative projects	Blogs	Content Communities			Social Networking Sites					Virtual Game	Virtual Social
			Youtube	Flickr	Slideshare	Facebook	Twitter	Instagram	Google+	Linkedin		
Adopted			x			x	x	x				
Fan/Follower						11.544	520	1.517				
People who like it						11.488	193					
Following							222	81				

¹ The AOU is leader in Sardinian region in health communication, thanks to the number of online communication platforms it uses which the AOU has been able to integrate. AOU of Cagliari is the first in Sardinia and one of the first in Italy to use of all the devices (pcs, tablets and smartphones) for patient services: from the withdrawal report, going for online booking, and dialogue with the administration.

Subscribers			234									
Spontaneous reviews						106						
Score						4.4						
Post/Tweet							786	251				
Videos			42									

The European Commission indeed, calls on public administrations of all levels to become open, accessible and transparent to citizens. There is a relevant commitment of the AOU regarding this aspect: the institutional website has been renewed, focusing on social media and it has integrated all the Digital Healthcare facilities. The goal of the organisation is to keep focusing on all these aspects, enhancing the information technologies tools and online services available to users. Specifically, referring to social media, the AOU's presence on social networks is relevant. The Facebook page, is highly active, as well as Twitter page, Youtube channel and the Instagram profile.

It is worth mentioning, that the Facebook page of the AOU was followed by 6567 in November 2016 fans reaching 9581 fans on November 2017 in only one year. At the end of June 2018 the Facebook profile reached 11.638 followers with a relevant increase of the contents posted by the organisations and by users on the page. Initially, the social media channel and, in particular the Facebook page of the AOU, was simply used to promote health services or "administrative" information (press releases, news). It was not enough used for engaging patients neither exploited as a tool to co-create value with users. Conversely, for the AOU, the communication with citizens is not just promotion about services and the company but rather health promotion and the stimulation of interaction with the organization and among patients, after the implementation of the new communication plan in 2017.

Concerning the case study it has been selected the Facebook page as the unit of analysis, and more specifically the content analysis has been conducted on the AOU posted messages and on the users comments and reaction.

The Facebook page has been chosen as the social media platform to be analysed deeply considering that in Italy, by 2015, 28 million Facebook users were active every month, 8 millions of Instagram users and 6.4 million Twitter users (Audiweb). Furthermore, concerning the context of this study, the same contents of the Facebook page were published on the Twitter and Instagram account. In particular several studies highlighted the importance of Facebook in connecting patients, developing interaction and in promoting health. It can constitute a valid and effective platform where

patients search for health information and develop value co-creation activities (Miles M.B. & Huberman A.M. 1994).

3.2 Data collection and the coding procedure

A browser application of NVivo software, NCapture, has been used to collect all multimedia contents shared into AOU official Facebook page since the beginning of 2017 until May 2018. The period studied covers one year and five months after the introduction of the new communication Plan. Thanks to this tool, we gathered a rich collection of data from January 2017 to Jun 2018, which allowed us to analyse value co-creation activities from the perspective of users and the perspective of the health organisation. In particular through the coding procedure, we have investigated how the organisation can co-create value with patients on a social web platform studying the value co-creation activities of users and which are the different ways that the company used with the aim to engage patient and co-create value.

At first the comments of patients have been coded in relation to the different value co-creation activities of users according to McColl-Kennedy et al (2012) framework. Then, all the posted messages by AOU has been coded too in relation to the different support activities and engagement actions which can be implemented by managers to enhance value co-creation and interactions with patients in their organisation.

Another source of data on the page was the amount of page reviews by different users. These are very significant data to be coded and studied because they represent the autonomous and spontaneous contribution of citizens willing to interact and leave its opinion.

Data collected consist mainly in posts, photos, links, tags, videos, comments posted on the Facebook wall and the company's replies to its clients' comments. With reference to the users, a descriptive analysis has been provided regarding different reactions to the different post. The number of the most relevant reaction indicators in terms of like, number of posts and sharing have been evaluated (Neiger et.al., 2012), not only referring to the patient engagement but also in relation to some co-creation activities. In the next paragraph the coding procedure will be explained considering the former literature that served as the basis for the value co-creation activities model in a social media platform. All the post of the AOU and the comments of users on the Facebook page served as the coding units of analysis for this study. Before the actual content analysis, to avoid observation bias driven by a researcher's expectations, two trained coders, independently coded a sample of 150 Post and 500 comments, in order to evaluate coherence between the coding processes performed by the two co-authors, and consequently evaluate the robustness of the analysis.

The coding categories were developed based on previous literature in management studies and in particular in value co-creation under the domain of SDL (McColl-Kennedy et.al., 2012; Botti et.al., 2017; Tomasetti et.al., 2015; Sharma & Conduit, 2016;) and they were modified to fit the context of health in a Facebook page when necessary. More specifically, the coding procedure has been developed through a two-step path. In the first step the coding's procedure aim to identify the different categories of messages describing the users value co-creation activities implemented on the social media institutional Facebook page belonging to the healthcare tertiary hospital. For this purpose, a model from the literature review from SDL and SL has been used to identify which are the collaborative activities that involve user in value co-creation in not specified context. Therefore, the activities of the model have to be adapted in order to fit a social media context. As some authors reported in literature how health related organisations make use of interactive features and social media channels on Facebook (Miles & Huberman, 1994), we have revised which are the user activities that can be observed in a social platform context. Nine main categories have been identified for this classification (Tab.2)

Tab. 2 Category of users value co-creation activities on the social web platform

Value co-creation activities	Subcategory	Description	Expected/
Cerebral Activities	Positive attitude Tolerance Expectations Mutual Trust Future Intentions Commitment	All of the cerebral activities that psychologically predispose buyers to start service provision (Xie et al. 2008), including users' positive attitudes toward suppliers (Bagozzi 1992), expectations of service success (Cardozo 1965), customers' trust preceding supply and their willingness to tolerate potential inefficiencies , (Yi and Gong 2013).	Post and link related to have a positive attitude, expectation, participating in future activities, trust and tolerance about the service provided by the health organisation.

Information search and collation	Searching Information Sorting and assorting Information	Consisting of a set of basic informative actions carried out by users to better understand service modalities.	Comments related to asking information about health service, or comments and post related to managing health related information
Combination of complementary activity		Consumers' involvement in further activities in addition to the service provision. This includes events or supplementary services related to basic service but not fundamental for supply.	Comments and reactions related to following diets, or taking food supplement and other action complementary to the treatments.
Changing habits	Pragmatic Adapting Change Management	Refers to the way in which service can modify consumers' routines and practices, from a psychological point of view, to manage long-term changes deriving from service and from a behavioral perspective in terms of being able to control these changes.	Post or comments related to Storytelling about daily activities in the hospital, about experiences in the department, but also referred to habits modification in daily life after treatment or diagnosis.
Co-production	Co-development Co-provision	Users' participation both prior to service provision (co-design and co-development of a value proposition; Lusch and Vargo 2014 , Prahalad and Ramaswamy 2004) and	Post and comments related to patients contributions in terms of new ideas, plans and contents.

		simultaneously with service provision	Users comments related to the way they organise the service provision referred to managing their health.
Co-learning	To share resources acknowledged by other actors (information, experiences, expectations, etc.) Feedback	To share information deriving from various sources which are acknowledged by other actors: external, e.g., friends, family, or other customers, or internal, e.g., previous knowledge and competences regarding other members of consumers' service network and health promotion	Post and comments related to reactions and information sharing about health related contents and past experiences on the AOU service which is a knowledge by other actors.
Connection		The bidirectional and dialogic exchange between beneficiaries and suppliers, and between users (Randall et al. 2011, Mele and Polese 2011)	Number of followers and kind of typologies Post related to discussion activated between users and patients, Q&A between users.
Co-advocacy	Organisation quality promotion Organisation service promotion	Individual's voluntary promotion of the firm's interests beyond the individual's own interests (Yi and Gong 2013). Therefore, co-advocacy entails customers working with the organization to actively promote the organization and its service offerings	Comments related to promotion of the AOU services experiences and quality. Sharing posts to promote the organisation services and qualities.

The second phase concerned the identification of different categories of action implemented by the health structure to support patients value cocreation activities. With regards to the patient engagement in value co-creation activities social media sites have become extremely important venues for seeking and exchanging health information, contributing to a tremendous amount of health information available online. Interaction is the conceptual basis of engagement, and value co-creation, thus, the organisation in order to engage patient in value co-creation activities within the social network has to provide and differentiate interaction opportunity.

Therefore, referring to coding, for this step of the analysis, a classification of related action to support value cocreation have been recognised inspired by literature, in particular referring to the study of Sharma and Conduit (2016). These authors define supportive co-creation behaviours as “*resource integration activities that facilitate value cocreation*” (Sharma and Conduit, 2016). Therefore, even if these behaviors are not explicitly tied to a specific purpose or outcome, they represent the resource-integrating activity that facilitates a multitude of outcomes. Hence, user’s co-creation activities are basically manifested through the supportive co-creation behaviours. The classification suitable for the health organisation is shown in Tab. 3.

Tab. 3 – Support Activities and Patient Engagement action of the healthcare structure for value co-creation.

Co-creative support behaviour	Description	Expected
Dialog	Involving influencer and key partners	Engaging key partners and public health influencers driving online conversations on health.
	Responding to questions or comments channels.	Responding to health-related questions and comments—both negative and positive—received through organizational social media channels.
		Conducting outreach to discuss public health topics with high-level professionals that align with an organization’s priorities.
		Intervention by the health structure social media manger in answering directly and immediately to comments on AOU

Make chance of interaction between users	Create opportunities for users to engage with the organization, and for your users to engage with each other, and to encourage user generated content. Stimulate content created by users.	Asking users to comment on social media material, or make storytelling about patients experiences
Information collection	To ask users to give feedback, information, opinion with different tools.	A Facebook “group” could also be created to acquire information from a segment of the population that has experience with a particular topic. For example, a question could be posted on an organization’s Facebook wall requesting a response.
Making chance to make people participate to offline health related events.	Integrating the virtual and real world, and gives committed social media users the opportunity to gain access to events and opportunities.	Promoting offline health related events on the Facebook page
Sharing Market intelligence	Sharing news about health promotion information	To share experiences and information to develop an understanding and awareness about health information.
Sharing information on ongoing services and programs.	Sharing information on ongoing services and programs.	To share experiences and information to develop an understanding of the service provision context
Mutual capability development	To actively contribute to the development of customers’ skills, thus ensuring that users can effectively contribute resources in the co-creation of value.	Post related to new programs, or results implemented or to be implemented by the organisation To share post or to create groups discussing how to manage IT tools and how to contribute with Ideas and opinion interacting with the organisation. (for example “how to use the interactive

website and leave opinion”,
how to use web services etc)

**To share
decision making
process**

Decision-making
responsibility is shared with
customers and their networks
in a value co-creation context
and it is not considered solely
the domain of the
organization.

To involve users in discussion
(groups or simple comments)
about programs and treatment
make them to give ideas and
opinion beyond their personal
interest and experience.

In the final phase of the analysis, through NVivo software, it has been investigated which users value co-creation activities can be influenced, affected and enhanced by different managerial support activities listed before. The different effect on the various user activities have been evaluated through the content of comments to the different messages posted by the AOU, the number reactions (in terms of sharing, likes, emoticons and number of comments).

4. Results and discussions

Looking at the contents, posted by AOU, comments and reaction by different users, it has been found out that messages were principally aimed to stimulate the active involvement of patients and users and they are very likely to be active giving reaction on post aimed to stimulate dialog. It has been possible to observe that the post of the Aou, analysed related to the different user cocreative behaviour are quite balanced, with a light predominance for dialog and the organisation service promotion (sharing market intelligence) linked to a huge presence of co-learning and co-advocacy related comments from the user perspective, also in terms of reactions. More specifically, it has been observed that the reactions of users related to information dissemination for health promotion and sharing service information is massive in consideration to the contents of comments and quantity of post sharing by users and patient. The involved users value cocreation activities with regards to Sharing Market intelligence behaviours of the AOU is considerable. As it shown in Tab. 4, in relation to this type of post, Cerebral activities, Colearning, Information searching and Collaction, Connection and Coadvocacy have been stimulated. Concerning Coproduction activities, it has been observed that it is possible to implement it as a cocreation activity in a social media platform, but it could be mostly

encouraged by dialogues behaviours like involving partners and creating opportunity to interact between users. Users often provided suggestions for improvements and some ideas to develop in order to modernize the service and make it more patient centred: *“make sure that our doctors can take care of their patients and not the paperwork. Come and spend some time at the oncological hospital (from spectators) and try to understand, I wish you not to have to do it as a patient. It is palpable the difficult situation in which all the operators have fallen after the famous merger”*.

Moreover, with regards to the organisation service information sharing, a very interesting thing on the Facebook page happened. From one hand, a highly impact on coadvocacy reactions are present, to cite an example could be *“I have always felt good and I would recommend to everyone to give birth to them the best structure in the area”*, and from the other hand the level of interactivity triggered was qualitative significant. To give an example, a patient comment about the post of the app for tickets and services was to show the difficulties for elderly people with technologies, and AOU immediate answer was *“Dear Cenza, offering an extra service does not mean taking something off to someone else. Today, technology offers us many possibilities. I'll give you an example: our company allows patients who do the analysis from us to download the report on your smartphone or PC, Obviously to do so you need to have one of these two objects. Those who do not have them can still withdraw their report to the hospital, as has always been done. The same applies to the row at the ticket or for many other services ... have a nice day!”*

It has also emerged from the analysis, a relevant consideration related to the dialog, especially referring to information collection: the attempts of the health structure to ask directly for information and opinion were not so numerous; they introduced some posts for the possibilities for patient to give opinion also from the website tool. Unexpectedly, to give an example an user comment was, apparently criticizing the tool: *“It seems to me the classic paper questionnaire that is also found in shopping malls where everyone sees you if you take it, fill it and put it in the classic box. If you exceeded that fear of being in front of everyone, you would have earned the first place in the box. This certainly surpasses the fact of having to "put your face" but with the personal data does not change much. If your intent was to have data on the type of person who uses the service you could have inserted in the form some spaces such as: nationality, gender, age, qualification, etc. I would definitely remove the first and last name and leave the email as the only address”*. However, the AOU immediately replied: *“Actually, the aim is to give people the opportunity to tell their opinion, give suggestions, express their evaluation or criticism (always constructive) in real time and having immediate feedback. Anyway thank you very much for your valuable suggestions!”*. This interaction can show that user are more willing to give information or telling their experience in an indirectly way rather than to be asked directly to do it. This results is very consistent with the studies of

Kerlinger (1973); since that time in marketing research, projective techniques are more effective than traditional surveys. Indeed, the number of reactions in terms of likes, share and comments was small compared to those observable for the other type of post. Concerning the dialog and to stimulate interaction it is useful to underline that every single post of the AOU was accompanied by multimedia contents, like photo, video, and audio related to daily events on the AOU or health related contents to stimulate the attention of the users. Furthermore, it has possible to notice the relevance of post related to involving influencer and key partners. Particularly referring to the dissemination of information about chronic disease, with the contribution of important professionals, as it shown in tab. 4, it has been noticed that the reaction of patients is very significant considering the number of sharing and comments. Furthermore, another important aspect is linked to the direct interaction between patients (asking information directly) and the AOU (immediately answering) for example, about a post of the surgery services: “*The surgery is done every Tuesday from 10:30 to 13:30. Third floor building Q.*” Allowing for real-time and two-way communication, social media can facilitate organisational communication practice by sharing information and building dialogic relationships. Indeed, Facebook platform allow health organisations to engage in conversations with its audiences through unique interactive features, such as sharing videos and photos, commenting on sharing post. Interactivity refers to the condition of communication in which simultaneous and continuous exchanges occur, and these exchanges carry a social, binding force. Interactivity enables social networking sites to facilitate consumers' understanding of health information, increases word of mouth among interpersonal networks, and improves consumers' self-management behaviours. Looking at our database, it emerged the attempt of the health structure to stimulate the interaction and the value cocreation activities of users and patients, but it is worth mentioning that the behaviour of sharing decision making process within the platform has been not possible to be observed regarding this case study. This is probably due to the characteristics of the health service and to the public contents of the social page.

Furthermore, it has been observed that several posts of the institutional Facebook page of AOU were structured to stimulate the emotional dimension interacting with patient. We founded that there is a particular emphasis on emotional concepts like *love, passion, pride*, which trigger a process of value co-creation confirmed by the correspondent reactions of audiences also expressed by using the “like” and “heart” bottoms of Facebook.

Tab. 4 in the following page shows examples of results about the analysis.

Tab. 4 Cocreative supportive behaviours and related User value cocreation activities.

Cocreative support behaviours	Subdimension	Example Quote (AOU post or comments)	User Value Cocreation Activities	Example quote (User comments and reactions)
Dialog	Involving influencer and key partners	<i>#Meningite, the advice of professor xxx and doctor xxx of the Policlinico Duilio Casula in the service of YouTG.net. "No alarmism: the contagion takes place only directly". #AouCa</i>	Cerebral Activities Colearning Connection Coproduction	<p><i>801 Sharing, 144 likes</i></p> <p><i>Needless to say that the best prevention remains the vaccine since we can not live inside a glass jar, too bad that this has a cost of 80 euros per dose for two doses per person (...).</i></p> <p><i>Perhaps it would be appropriate to treat all children equally and to allow everyone to protect themselves and get vaccinated (...) the risk is concrete for everyone and must be managed.</i></p>

<p>Responding to questions or comments channels.</p>	<p><i>“The San Giovanni di Dio (an AOU hospital) is represented by various services and departments, such as ophthalmology, dermatology, orthodontic clinic, radiology service and sampling center, in addition to the palliative care and pain therapy center and, of course, the Day Surgery. We have published photos and videos of all. But if they have escaped, there is no problem: we will publish others”.</i></p>	<p>Cerebral activities Information searching and collation Colearning</p>	<p><i>10 hearts and 2 likes</i> <i>“I tried to contact Prof. XXX for my endometriosis that I have excruciating pains and blood and tell him that the (drugs) is not working, but no one answers, even with the email nothing, what should I do? Answer me, please, how can I do it? ”</i></p>
	<p><i>“Dear Patrizia, you must refer to the surgeons or the doctor who sent you in surgery. In any case, talk to your doctor who knows the case well and knows how to act The treating doctor always knows what to do because he knows his patients and knows the case well”</i></p>		<p><i>“Thank you”</i></p>
<p>Make chance of interaction between users</p>	<p><i>A news for all future mothers: here is the schedule for preparatory conferences for childbirth-analgesia! Read here to learn more. #AouCa # labuonasanità Parto analgesia, the calendar of preparatory conferences for the first half of 2018: here is the program”</i></p>	<p>Cerebral Activities Coproduction Colearning Connection</p>	<p><i>47 likes 22 share 4 comments</i> <i>Hi I would like to know when the water birth conference is done ... thanks</i> <i>Have you seen? Xxx, xxx?</i> <i>“Lately I'm reading negative reviews about the structure and this makes me very angry I always cheer x the block q but unfortunately not all the.pensano like me”</i></p>
	<p><i>Finally the sun is shining Happy Saturday to everyone from #PoliclinicoDuilioCasula in particular to our patients and to those who at this time is working to ensure assistance and care #AouCa # labuonasanità</i></p>		

			<i>"It is bad to identify a department with alphabetic letters to better identify departments and managers. At the Policlinico there are no indicative signs and many employees are not very kind in welcoming"</i>
Information collection	<i>Your opinion is important to us! Click on the link if you want to communicate with us to give us advice and suggestions.ç You will help us improve! #AouCa #labuonasanità</i>	Cerebral Activities	<i>Non mi sembra il caso di chiedere dei suggerimenti/ opinioni, obbligando chi risponde a rilasciare nome cognome</i>
Making chance to make people participate to offline health related events or activities.	<i>Salute della donna, dal 16 al 18 aprile open week al Policlinico. #AouCa#labuonasanità #salutedelladonna #openweek</i>	Cerebral Activities Colearning Coproductio Connection Coadvocacy	<i>287 sharings, 220 likes "Why as is showed in the site it appears at the Policlinico only an informative meeting and not even visits as indicated in the title of the post you shared" "But on the phone you put someone who knows how to take reservations and who is kind and helpful, not sour and arrogant like the one that is currently, who is not doing anybody favors because everything is paid for by us. Thank you Can we participate XXX?"</i>

**Sharing
Market
intelligence**

Sharing news about health promotion information	<i>Early blood test and aspirin, doing so you save future mothers from #gestosi. Clinic of Obstetrics and Gynecology of the University of Cagliari of Professor xxxxx at the forefront: experimented at the Policlinico international study, almost canceled the disease. # AouCa labuonasanità</i>	Cerebral activities Colearning Connection	"Thank you"
Sharing information on ongoing services and programs	<i>"Fight against the pharynx and larynx: it is called Enhanced Contact Endoscopy and is the innovative technique developed by professor xxxxx, director of the Otorino Clinic of the #Policlinicoduiliocasula, and by his team. #AouCa #labuonasanità</i>	Cerebral Activities Information Searching And Collaction Colearning Coadvocacy Changing habits	50 sharings 347 likes 20 hearts "Yes, yes, in fact I wrote because I got to see how good he is and how he prepares his team, fantastic! "When they operated on me at the parotis. 1 1/2 years ago .. I go into the room ... all very kind ... the anesthetist (...) asks me what music I wanted to listen to (...) how to make a patient feel good "
	<i>"With the app, AOU Cagliari, just a simple click to download the analysis reports, and soon it will be possible for all radiological reports on your smartphone or on your computer! We work to improve our services and save you precious time • #Aou of #Cagliari walking with you • # labuonasanità #AouCa</i>		"Well done this service is very practical and fast thanks." "Sorry but for the withdrawal of the medical record you can go personally? (...) distance of months still nothing "

"... in real time to the family doctor. The network increases its nodes and works better. "

"... excellent, so you avoid moving people and data and reports can be dat"

And to do the pt of the policlinico?

(...) I had no doubts since I have to deal with the structure every 21 days since more

di due anni e so bene come operate! Comunque grazie ancora

116 sharings, 208 likes

"Thank You, I will try to do it"

"Look xxx"

*Mutual
capability
development*

"You can download your laboratory exam report, which you do at the Policlinico or at San Giovanni di Dio, directly on your smartphone, pc or tablet. You can do it from our app or from the site by following the link you find here. #AouCa labuonasanità # # Innovation alserviziodelcittadino

Cerebral activities
Changing Habits
Coadvocacy
Connection

Another important consideration that emerged from the analysis is related to colearning activities. It has been perceived how important could be a social media platform to improve colearning process. Several comments of users were based on sharing information (acknowledge by other users and the AOU) and giving feedback about the experience on the service to give an example: *“I value you because you are doing an excellent job bringing healthcare into a human dimension”*. It could be relevant to trigger coadvocacy activities and for a virtuous process of value cocreation. This activity is one the more stimulated through the supportive behavior of the AOU. In addition, significant moment of patient cerebral activities (particularly referring to positive attitude and trust) occurs when the AOU shares daily hospital life pictures, such as maternity ward, aimed at hitting patients’ emotions: *“A new life to celebrate! What a nice way to start the day! Happy Sunday to all mothers and all the dads”*, which provoke consistent reactions of audiences. In any case, it as been observed that cerebral activities are really often stimulated by every type of action on the page on the AOU. For every supportive cocreation behavior there is an impact (in terms of different reaction) on positive attitude, trust, tolerance, expectations, commitment. This is in line with previous studies (Tomasetti et 2015) that consider cerebral activities as transversal to the other activities to almost the entire process, showing their effects particularly at the connections and co-production levels.

5. Managerial Implications and Conclusions

The paper has presented preliminary results of a case study about the use of social media platform to facilitate the patients value co-creation activities. The results of the research are interesting both on the theoretical level and on the managerial implications.

From a theoretical point of view, the framework enriches the literature on the topic of value co-creation in the health field as it offers a model to understand how healthcare organizations can support the patients value cocreation activities through the use of social media platforms. Furthermore, the model is one of the first that provides both, from the healthcare organization and the patients perspectives.

The findings of the content analysis suggest some important managerial implications. Empirical observations have revealed a number of complex issues that decision makers need to able to adequately manage. The study suggests that patients co-create value through different type of activities and integrate resources in different ways through interactions with public

sources (support groups, community groups, family, friends, doctors, etc.). More specifically, the results highlight that social media platform facilitates the dialogue, provides an emotional support and support co-learning activities. An active dialogue implies knowledge sharing, learning and communication among peers. Social media platform provides an opportunity for audiences to sharing ideas and experiences, allowing users to provide feedback on new service as well as possible improvements to existing offerings (Kumar et.al. 2010). In terms of co-creation strategies, public health practitioners should encourage patients to engage in a range of value co-creation activities such as collecting information, co-learning, connecting, combining complementary activities, cerebral activities (e.g. positive thinking and emotional labor) and advocacy. In order to support these activities, some scholars (Heldman et. Al, 2013; Sharma & Conduit, 2016) suggest that public health practitioners have to identify the health information need of patients and align the message to the needs of audiences. The ability to listen and respond with relevant messaging demonstrates that public health organizations are paying attention and developing dialog capabilities. It is also important to develop a data management tools in order to capture and manage the ongoing dialogue users have with the organization, so that conversations continue regardless of the point of contact. Organizations should identify opportunities to connect directly with users, and to facilitate discussions between users. These could be events, which allow users to connect directly with an organization, share resources and information on a public health topic, and facilitate rapid diffusion of knowledge among members about new healthcare services and programs. Through forums, the health practitioners should encourage patients to share their lived experiences with staff and other users and collaborate on ideas or strategies to increase users' engagement and reaction to public health messages. By monitoring social media, public health organizations can also identify key partners and public health influencers driving online conversations on health and services topics of interest and develop mutually beneficial relationships with them. In this way, become important to coordinate meetings to share information with the multiple stakeholders involved in the management of the customer's health care. In addition, the results show that social media platform can play an important role on health behavior change. Provide information about health management to citizens so that they are better informed to take part in changing own life style and habits.

6. Limitations and future research.

Although this is an exploratory research, the study has some limitations. The first is represented by consideration in the analysis of only one of the social platforms used by the health company (Facebook) which has its own specific language and communication rules. Could be interesting to study the other platforms used by the health company in order to verify if the value co-creation process grants the same degree of effectiveness of Facebook. Another limitation is represented by the singularity of the context of analysis, while it would be useful to make comparisons with other health organizations both, in the same territorial context and in other contexts. The limits highlighted above could represent also areas for future research which can open up the basis of scientific knowledge and to make contributions in making the framework richer. This descriptive study provides a foundational basis for further investigations of social media strategy for patient engagement in value co-creation process in health care and other fields.

References

- Bagozzi, R. P. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social psychology quarterly*, 178-204.
- Ballantyne, D., & Varey, R. J. (2006). Creating value-in-use through marketing interaction: the exchange logic of relating, communicating and knowing. *Marketing theory*, 6(3), 335-348.
- Barry F. Social media 101 for healthcare development organizations. *AHP J*, 2010; 30-34.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K., 2011. Low health lit-eracy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann. Intern. Med.* 155, 97–107.
- Bonomi, S., Zardini, A., Rossignoli, C., & Dameri, P. R. (2015). E-health and value co-creation: the case of electronic medical record in an Italian academic integrated hospital. In *International Conference on Exploring Services Science* (pp. 166-175). Springer, Cham.
- Botti, A., Grimaldi, M., Tommasetti, A., Troisi, O., & Vesci, M. (2017). Modeling and measuring the consumer activities associated with value cocreation: An exploratory test in the context of education. *Service Science*, 9(1), 63-73.

Cardozo, R. N. (1965). An experimental study of customer effort, expectation, and satisfaction. *Journal of marketing research*, 244-249.

Carrubbo, L., Bruni, R., Cavacece, Y., & Moretta Tartaglione, A. (2015). Service system platforms to improve value co-creation: Insights for translational medicine. 2015), *Service Dominant Logic, Network and Systems Theory and Service Science: Integrating three Perspectives for a New Service Agenda*.

Corlett, J., & Twycross, A. (2006). Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1308-1316

Fiksdal A.S., A. Kumbamu, A.S. Jadhav, C. Cocos, L.A. Nelsen, J. Pathak, J.B. McCormick, Evaluating the process of online health information searching: a qualitative approach to exploring consumer perspectives, *J. Med. Internet Res.*, 16 (2014)

Fisher, C. J. and Clayton M. (2012). Who gives a tweet: assessing patients' interest in the use of social media for. *Worldviews Evid Based Nurs*, 9 (2), 100-108.

Gkoulalas-Divanis, A., Loukides, G., & Sun, J. (2014). Publishing data from electronic health records while preserving privacy: A survey of algorithms. *Journal of biomedical informatics*, 50, 4-19.

Gutierrez, N., Kindratt, T.B., Pagels, P., Foster, B., Gimpel, N.E., 2014. Health literacy, health information seeking behaviors and internet use among patients attending a private and public clinic in the same geographic area. *J. Community Health* 39, 83–89.

Heldman A.B, Schindelar. J, Weaver J. B.. (2013). Social Media Engagement and Public Health Communication: Implications for Public Health Organizations Being Truly “Social”. *Public Health Reviews*, Vol. 35, 1-18

Hibbard J., Green J., (2007). “Do increases in patient activation result in improved selfmanagement. *Health Services Research*, vol. 42, no., 1443–1463.

Househ, M. (2013). The Use of Social Media in Healthcare . *Studies in Health Technology & Informatics*, 244-248.

Hoyer, W. D., Chandy, R., Dorotic, M., Krafft, M., & Singh, S. S. (2010). Consumer co-creation in new product development. *Journal of Service Research*, 13(3), 283–296.

Jamal, A., Khan, S.A., AlHumud, A., Al-Duhyim, A., Alrashed, M., Shabr, F.B., Alteraif, A., Almuziri, A., Househ, M., Qureshi, R., 2015. Association of online health information-seeking behavior and self-care activities among type 2 diabetic patients in Saudi Arabia. *J. Med. Internet Res.* 17, e196.

Kane, G. C., Fichman, R. G., Gallagher, J., & Glaser, J. (2009). Community relations 2.0. *Harvard business review*, 87(11), 45-50.

Kaplan A. M., Haenlein M., (2010). "Users of the World, Unite! The Challenges and Opportunities of Social Media. *Business Horizons*, 53 (1), , 59-68.

KARJALUOTO, H., & RANTALA, K. (2017). Value Co-Creation Through Digitalization. In *Navigating Through Changing Times*(pp. 123-140). Routledge.

Kotsenas, A. L., Arce, M., Aase, L., Timimi, F. K., Young, C., & Wald, J. T. (2017). The strategic imperative for the use of social media in health care. *Journal of the American College of Radiology*.

Kumar, R., Novak, J., & Tomkins, A. (2010). Structure and evolution of online social networks. In *Link mining: models, algorithms, and applications* (pp. 337-357). Springer, New York, NY.

Libai, B., Bolton, R., Bügel, M. S., De Ruyter, K., Götz, O., Risselada, H., & Stephen, A. T. (2010). Customer-to-customer interactions: broadening the scope of word of mouth research. *Journal of service research*, 13(3), 267-282.

Loane, S. S., & Webster, C. M. (2014). Consumer-to-consumer value within social networks. *The Marketing Review*, 14(4), 444-459.

Lober J. Flowers, W. B., (2011). Consumer empowerment in health care amid the Internet and social media. *Semin Oncol Nurs*, 27 (3), 169-182.

Lusch, R. F., & Vargo, S. L. (2014). *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*. Routledge.

McColl Kennedy, H. S. (2017). creative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. *Journal of Business Research*, 55-66.

McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. V. (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research*, 15(4), 370-389.

Mele, C., & Polese, F. (2011). Key dimensions of service systems in value-creating networks. In *The science of service systems* (pp. 37-59). Springer, Boston, MA.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.

Nambisan, P., & Nambisan, S. (2009). Models of consumer value cocreation in health care. *Health Care Management Review*, 34(4), 344-354.

Nambisan, S., & Nambisan, P. (2008). How to profit from a better 'virtual customer environment'. *MIT Sloan Management Review*, 49(3), 53–61.

Osei-Frimpong, K., Wilson, A., & Owusu-Frimpong, N. (2015). Service experiences and dyadic value co-creation in healthcare service delivery: a CIT approach. *Journal of Service Theory and Practice*, 25(4), 443-462.

Payne, A. F., Storbacka, K., & Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. *Journal of the academy of marketing science*, 36(1), 83-96.5.

Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004). Co-creating unique value with customers. *Strategy & leadership*, 32(3), 4-9.

Rafaeli, S., & Sudweeks, F. (1997). Networked interactivity. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 2(4),

Ramaswamy, V., & Gouillart, F. J. (2010), *The power of co-creation: Build it with them to boost growth, productivity, and profits*, Simon and Schuster

Randall, W. S., Gravier, M. J., & Prybutok, V. R. (2011). Connection, trust, and commitment: dimensions of co-creation?. *Journal of Strategic Marketing*, 19(01), 3-24.

Sharma, S., & Conduit, J. (2016). Cocreation culture in health care organizations. *Journal of Service Research*, 19(4), 438-457.

Silver M.P., Patient perspectives on online health information and communication with doctors: a qualitative study of patients 50 years old and over. *J. Med. Internet Res.*, 17 (2015),

Sorrentino, M., De Marco, M., & Rossignoli, C. (2016, May). Health care co-production: co-creation of value in flexible boundary spheres. In *International Conference on Exploring Services Science* (pp. 649-659). Springer, Cham.

Spohrer, J., & Maglio, P. P. (2008). The emergence of service science: Toward systematic service innovations to accelerate co-creation of value. *Production and operations management*, 17(3), 238-246

Tommasetti, A., Troisi, O., & Vesci, M. (2015, June). Customer value co-creation: a conceptual measurement model in a Service Dominant Logic perspective. In *Naples Forum on Service* (Vol. 15, pp. 1-31).

Van Oerle, S., Mahr, D., & Lievens, A. (2016). Coordinating online health communities for cognitive and affective value creation. *Journal of Service Management*, 27(4), 481-506.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1), 1-17.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2011). It's all B2B... and beyond: Toward a systems perspective of the market. *Industrial marketing management*, 40(2), 181-187.

Xie, C., Bagozzi, R. P., & Troye, S. V. (2008). Trying to prosume: toward a theory of consumers as co-creators of value. *Journal of the Academy of marketing Science*, 36(1), 109-122.

Yi, Y., & Gong, T. (2013). Customer value co-creation behavior: Scale development and validation. *Journal of Business Research*, 66(9), 1279-1284.

Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods*. Sage Publishing, Thousand Oaks

Zardini, A., Rossignoli, C., & Campedelli, B. (2016). The impact of the implementation of the electronic medical record in an Italian university hospital. In *Organizational Innovation and Change* (pp. 63-73). Springer, Cham.

Conclusioni e future ricerche

La presente stesura ha avuto l'obiettivo di indagare il tema delle attività di cocreazione del valore in sanità gestite dal paziente e quali modalità (azioni, modelli organizzativi, strategici e operativi), possono essere adottate dal management delle aziende sanitarie per supportare una logica orientata alla cocreazione del valore. Il lavoro di ricerca pone luce su quello che può essere definito come un vero e proprio cambio di prospettiva nell'analisi del rapporto azienda sanitaria - utente del servizio. È stato evidenziato infatti come il paziente è attore primario e fondamentale nel processo di cocreazione del valore e quali siano le attività in cui esso può essere coinvolto per la stessa. In questa prospettiva si assiste a un vero e proprio allargamento dei confini organizzativi dell'impresa sanitaria, facendo entrare il paziente (e i soggetti connessi alla sua rete di interazione sociale) nei processi di pianificazione, produzione ed erogazione del servizio sanitario. Grazie alla review sistematica della letteratura del primo articolo è stato ottenuto un modello dettagliato di attività nelle quali il paziente può avere partecipazione attiva nel processo di cocreazione del valore. Con riferimento al modello risulta evidente come le relazioni sottese alle attività descritte vengono ampliate rispetto ai primi modelli proposti in letteratura, includendo interazioni che coinvolgono anche attori che vanno al di là del rapporto diadico impresa – paziente. Il framework ottenuto nel primo articolo pone quindi le basi per ulteriori studi per la definizione di modelli strategici e iniziative manageriali capaci di facilitare il processo di cocreazione del valore delle aziende sanitarie. Negli articoli II e III sono stati analizzati dei casi studio con l'obiettivo di sviluppare percorsi di sviluppo e di gestione capaci di valorizzare il coinvolgimento attivo dell'utente del servizio nel processo progettazione ed erogazione del servizio e quindi di cocreazione del valore. E' stato possibile evidenziare come la buona predisposizione e l'atteggiamento positivo da parte degli utenti rispetto al fornitore dei servizi siano in grado di innescare un generale processo virtuoso che spinge l'utente nelle più impegnative attività di cocreazione del valore (coproduzione coapprendimento connessione) dando così spazio alla progettazione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi e di gestione dell'azienda sanitaria. Emerge pertanto l'importanza da parte dell'azienda della agevolazione di questo tipo di approccio sugli utenti. In questo senso, emerge come i servizi domiciliari rispetto a quelli ambulatoriali possano costituire uno spazio molto fertile per l'applicazione di iniziative volte alla facilitazione delle attività di cocreazione del valore del paziente, e a riguardo, viene sottolineato come tutte le azioni volte a diminuire

la “distanza” tra i ruoli (operatore sanitario e utente) e l’umanizzazione della prestazione, come l’agevolazione del dialogo, la diffusione di particolari tipologie di informazioni, la partecipazione dell’utente nei processi decisionali, possono agevolare considerevolmente il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività di cocreazione del valore.

Viene evidenziato come la selezione delle risorse umane dotate di adeguate capacità relazionali e di interazione, oltre che tecnico scientifiche, possano essere maggiormente efficaci ai fini del coinvolgimento attivo dei pazienti. Soprattutto nei servizi domiciliari, per le caratteristiche intrinseche alla tipologia di prestazione, l’esito delle cure e dei trattamenti è imprescindibilmente legato al livello di cooperazione e collaborazione da parte degli utenti. La selezione e la formazione degli operatori sanitari su capacità di tipo relazionale diventa così requisito essenziale per la pianificazione di strategie orientate alla cocreazione del valore.

Nel terzo paper dal punto di vista della comunicazione online, è emerso come l’uso delle piattaforme social possa costituire strumento fondamentale atto ad agevolare il coinvolgimento attivo dei pazienti non solo nelle attività a sfondo informativo quali la ricerca e collazione delle informazioni e il coapprendimento, ma anche per coadiuvare altre attività esplicitate al di fuori dell’ambiente della pagina social, come ad esempio il cambiamento abitudini e la coproduzione. Risulta poi rilevante come gli utenti del servizio, se opportunamente stimolati, informati e soddisfatti possono interpretare ruolo di eccellenti promotori del servizio, condividendo informazioni e “raccomandando” esplicitamente il servizio a soggetti esterni e a potenziali utenti.

Si pone in evidenza come lo studio in oggetto presenti dei risultati che possono costituire la base per ulteriori sviluppi delle ricerche. La necessità è quella di sviluppare aggiuntive indagini empiriche che comprendano plurimi casi studio riferibili a contesti sanitari diversificati, per osservare nella comparazione, eventuali variazioni negli approcci manageriali e nelle azioni di supporto alla cocreazione del valore.

Per quanto attiene al contesto di ricerca inerente le attività di supporto alla cocreazione implementabili in un contesto online, sarebbe utile, oltre che fornire ulteriori casi studio anche attraverso l’analisi dei diversi canali social, anche focalizzare l’analisi sui contenuti e l’offerta informativa dei siti web istituzionali delle strutture sanitarie, tenendo conto del loro livello di interattività e soprattutto dei servizi erogabili via web, che coinvolgono l’utente proprio nella coproduzione e coerogazione del servizio, e che rappresentano una delle ultime frontiere del servizio sanitario nazionale. A tal riguardo è ancora necessario sviluppare studi capaci di indagare quali strategie comunicative integrate (che coinvolgano l’uso di più strumenti delle

Information Technologies) possano supportare al meglio le attività di cocreazione del valore dei pazienti.

Da queste considerazioni è facilmente intuibile pertanto, come vi sia la necessità di individuare percorsi di ‘sviluppo’ alternativi che, al fine di agevolare la cocreazione di valore innovino sia i modelli che le modalità di progettazione ed erogazione dell’offerta di servizi sanitari, aprendo i confini organizzativi delle aziende sanitarie al coinvolgimento attivo, alla partecipazione dei pazienti e di altri attori del contesto (network) di riferimento.