

## LE RETI CLINICHE IN NEFROLOGIA

Valeria D. Tozzi

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) e SDA Bocconi, Milano

### Clinical networks in nephrology

*Networking can be used to create a balance between the fragmentation of care (necessary to favor the accessibility of the service) and the high volumes necessary both to enable staff to develop specific expertise and to justify investments in new technologies and treatments. These requirements, however, are present in the care of any disease requiring expensive technologies and highly specific expertise. What is typical of kidney disease, like most complex chronic illnesses, is that it requires the presence of multiple specialists who work over a long period of time and across multiple stages (prevention, diagnosis, acute care, rehabilitation, follow-up) characterized by different levels of complexity and typically performed by different healthcare institutions. This has led, in different countries and specialties, to the development of managed and integrated care models. These issues were analyzed by the research project "Strategic and organizational prospects of nephrology in Italy. An economic-business analysis," which involved a number of case studies on the organization of nephrology services. (G Ital Nefrol 2010; 27: 188-95)*

Conflict of interest: None

#### KEY WORDS:

Social network,  
Clinical network,  
Nephrology  
network,

#### PAROLE CHIAVE:

Network di  
professionisti,  
Rete clinica,  
Rete nefrologica

#### ✉ Indirizzo degli Autori:

Dr.ssa Valeria D. Tozzi  
CERGAS e SDA Bocconi  
Via Roentgen 1  
20136 Milano  
e-mail: valeria.tozzi@unibocconi.it

### COSA SI INTENDE PER RETE CLINICA

Il contributo intende presentare gli elementi caratterizzanti le reti cliniche, verificare la diffusione di quelle nefrologiche attraverso l'analisi dei Piani Sanitari Regionali e confrontare alcune forme di rete per i servizi nefrologici osservate attraverso interviste e casi di studio.

Le reti nascono quando i sistemi si riempiono di connessioni tra gli attori (nodi) che ne fanno parte e maturano convenienze a sviluppare relazioni di collaborazione più che di competizione. Far parte di una rete prevede quindi l'accettazione di condizioni di scambio reciproco e lo sviluppo di vantaggi non individuali e puntuali ma "allargati" al sistema degli attori.

Molti sono i contributi che riflettono sulle condizioni che spingono allo sviluppo di reti. Jones et al. (1997) identificano quattro fenomeni:

- Incertezza ambientale in presenza di vincoli sulle risorse (dal personale alle tecnologie).
- Alta personalizzazione degli scambi, dovuta ad una rilevante *human asset specificity*. Le persone cioè necessitano di lavorare congiuntamente, a cavallo dei confini delle diverse organizzazioni, per sviluppare conoscenza e innovazione (una parte del dibattito si concentra su questo aspetto,

ovvero sul ruolo dei *network* nel favorire l'innovazione e lo scambio di conoscenza (1).

- Operazioni complesse (che richiedono *input* numerosi e altamente specializzati) in condizioni di scarsità di tempo. Questo richiede lo svolgimento simultaneo di diverse operazioni, con una continua condivisione delle informazioni.
- Frequenza degli scambi che inducono processi di *learning by doing*. La frequenza del contatto allunga l'orizzonte temporale di riferimento degli attori, sposta il focus transazione sulla relazione tra gli attori (2). Si realizzano così forme di *embeddedness*<sup>1</sup>.

Quelle appena descritte rappresentano condizioni caratterizzanti il sistema delle relazioni tra professionisti e tra strutture di offerta anche in Sanità e che motivano

<sup>1</sup> Jones et al. (1997) si concentrano su quattro meccanismi che favoriscono la *structural embeddedness* (la disposizione dei componenti del *network* alla collaborazione): possibilità di restringere gli scambi a quei componenti del *network* a più alto status; presenza di una cultura comune sviluppata attraverso associazioni, università di provenienza, aggiornamento attraverso i medesimi meccanismi (ad esempio, riviste di settore); presenza di sanzioni collettive effettive; importanza riconosciuta alla memoria storica e alla reputazione.

il naturale sviluppo di relazioni frequenti ed intense.

I motivi che spingono allo sviluppo di forme di rete si rintracciano tipicamente nelle economie di costo e di conoscenza. Queste ultime hanno un ruolo centrale in Sanità. Le economie di conoscenza (o di apprendimento) consentono la riduzione dei costi nell'erogazione dei servizi grazie alla esperienza conseguente alla crescita del volume di produzione. Le scelte di specializzazione delle strutture di offerta sono in primo luogo scelte relative ai luoghi della rete in cui un certo sapere trova luogo e legittimano processi di scambio tra saperi omogenei o complementari.

Relativamente alla prima finalità del contributo occorre evidenziare le caratteristiche distintive delle reti cliniche. Esse sono principalmente sistemi di servizi che danno risposta a classi di bisogni Sanitari omogenei (patologie che afferiscono alla medesima specialità) organizzati a rete o in rete.

Quando si sviluppano relazioni di influenza tra professionisti e di coordinamento tecnico-scientifico senza modificare le vocazioni produttive delle strutture di offerta si hanno servizi organizzati in rete. Questo fenomeno si manifesta naturalmente tra i professionisti in ragione dell'appartenenza alla medesima comunità professionale (facilitata dalla militanza in Associazioni e Società Scientifiche di specialità) e da collaborazioni professionali consolidate dalla routinaria gestione dei casi trattati.

Se al coordinamento tecnico-scientifico si associa una riconfigurazione della rete di offerta in una determinata area territoriale, si parla di servizi a rete. Questa ultima tipologia di *network* può assumere due modelli di riferimento: a) *hub&spoke* (con centro di gravità unico o perno/raggi) nel caso si progettino forme di complementarietà rispetto all'intensità di cura (ad esempio, il terzo livello dell'assistenza specialistica è concentrato in un solo nodo detto *hub*); b) poli/antenne (rete paritetica) nella misura in cui si prevedono forme di complementarietà delle vocazioni specialistiche dei nodi della rete. L'allineamento tra convenienze della comunità professionale e quelle delle istituzioni chiamate ad organizzare l'assistenza (Regione, azienda Sanitaria, ecc.) rappresenta una condizione per i servizi a rete, mentre per quella in rete sono sufficienti i legami e le relazioni tipicamente professionali.

Reti ospedaliere e reti cliniche, quindi, sono concetti distinti anche se in alcuni casi coincidenti: la seconda rappresenta la lettura della filiera dei servizi ospedalieri attraverso la lente della disciplina specialistica e del percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) del paziente con uno specifico bisogno. Infatti, il disegno della rete ospedaliera fatto da una Regione include scelte sulla numerosità dei nodi, sull'allocazione delle risorse (dalle tecnologie ai posti letto), sulla natura istituzionale dei nodi, ecc.; si tratta di scelte che toccano trasversalmente più aree specialistiche di offerta. Se su tali scelte si

allineano anche quelle tecnico scientifiche della comunità professionale degli specialisti (ad esempio, gli oncologi condividono modalità di invio e di gestione dei pazienti tra le strutture di offerta oncologiche della Regione) fino a prevedere forme di condivisione con altre famiglie professionali che intercettano, diagnosticano, trattano e monitorano il paziente (continuando nell'esemplificazione, gli oncologi condividono PDTA con medici di medicina generale, radioterapisti, chirurghi, ecc.) si concretizzano reti cliniche ad elevata integrazione e complessità.

L'elemento distintivo delle reti cliniche è quindi la natura professionale degli scambi tra i nodi di una rete di offerta per offrire una risposta integrata ai bisogni del paziente. La rete dei professionisti di una determinata comunità professionale interviene direttamente nei processi di generazione del sapere, di specialità, orienta, all'interno delle aziende, il mix dei servizi e guida il paziente all'interno della filiera dei servizi; sviluppa logiche condivise di ripartizione del flusso dei pazienti all'interno della rete e partecipa ad un sistema di coerenze tra gli approcci assistenziali adottati. L'implementazione di tali scelte prevede forme di organizzazione (dei servizi e quindi dei professionisti) che da un lato devono evitare fenomeni di burocratizzazione e dall'altro devono garantire la connessione dei partecipanti in modo che le relazioni non si disperdano. Le reti professionali - partendo da questa dimensione di base - quella della rete tra professionisti, possono avere «semplici» legami relazionali fino a forme di organizzazione ultra complesse (Fig. 1):

- a. quando i professionisti sono uniti da collegamenti «deboli», basati sulla conoscenza, sulla estemporaneità delle richieste di collaborazione, si parla di «*enclave*» od «*individualistic*» *networks*, o reti professionali in senso stretto; esse sviluppano forme organizzative in rete;
- b. quando la collaborazione si fonda su pratiche e routine organizzative, supportate da riferimenti ed azioni istituzionali e da tecnologie facilitanti (ed incentivanti), allora si può parlare di reti cliniche gestite («*managed clinical networks*»);
- c. quando le reti cliniche forniscono quel «micro-contesto» in cui si sviluppano PDTA che «cementificano» la rete ospedaliera e l'integrazione di questa con i servizi del territorio (fino a prospettare forme di centralizzazione delle piattaforme produttive) si prospettano i cosiddetti «*managed care networks*», che hanno un «*focal point beyond health/clinical care and the whole patient to the whole person*». In questo caso la rete evolve verso una forma ad elevata complessità; essa si manifesta quando i professionisti e le strutture all'interno delle quali operano (ad esempio i Nefrologi e le unità operative di nefrologia) intercettano e si integrano con i professionisti o i servizi di specialità comple-

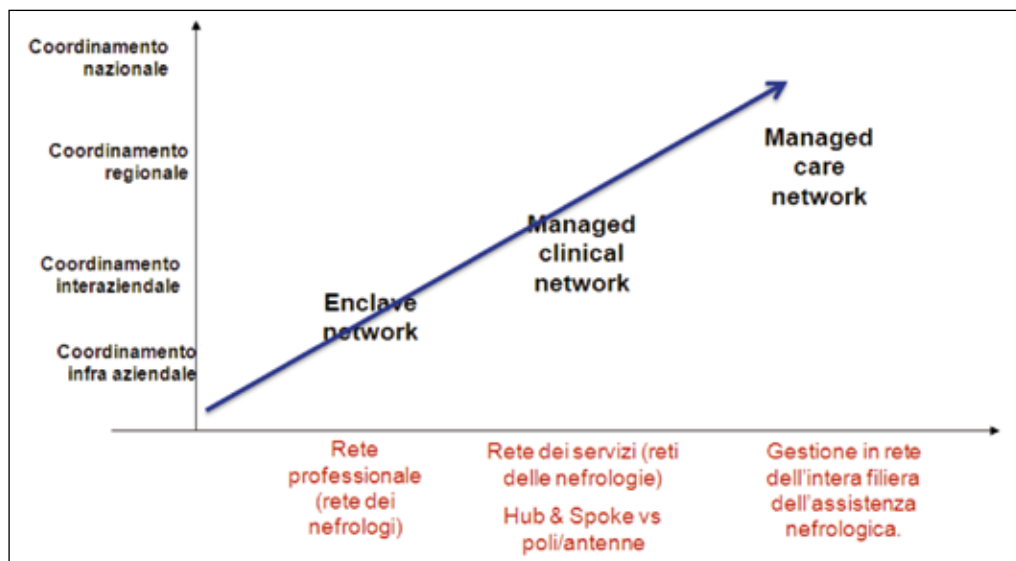


Fig. 1 - Forme di rete.

mentari (si pensi ai cardiologi, ai diabetologi ed ai medici di medicina generale per la gestione dei pazienti con insufficienza renale cronica, piuttosto che agli urologi per i trapianti di rene).

Come è intuitivo pensare la rete professionale in senso stretto riesce a divenire "clinica", condizionando la vocazione produttiva dei diversi nodi, solo in territori non particolarmente estesi e ad alta intensità di scambi e coesione. Progetti di rete su scala Regionale piuttosto che Nazionale necessitano di adeguati livelli di formalizzazione e istituzionalizzazione soprattutto se integrano più reti professionali.

### LE RETI CLINICHE IN NEFROLOGIA

Il tema delle reti cliniche è diventato centrale nei documenti di programmazione delle Regioni. Lega e Tozzi (2009), propongono il censimento delle reti cliniche in Italia a partire dalle informazioni presenti nei piani Sanitari Regionali e dai siti web di Regioni, Assessorati ed Agenzie Regionali. Sono state rilevate 96 reti cliniche in 17 contesti Regionali (Fig. 2). Si registra una media di quasi 6 reti cliniche nel campione Regionale analizzato evidenziando la centralità del tema. Si tratta di progetti molto eterogenei dal punto di vista del modello organizzativo proposto, del livello di implementazione (alcune sono reti "sulla carta") e della diffusione sul territorio Regionale (molto frequentemente "a macchia di leopardo"). Se oncologia e cardiologia sono le specialità con il numero maggiore di progetti di rete e con la storia più consolidata, la nefrologia si sta affacciando alla formalizzazione di reti di assistenza a livello Regionale (5 sono i progetti di rete nefrologica rintracciati). Occorre precisare che

il contributo citato esclude le reti dei trapianti (centrali per la specialità nefrologica) e considera solo progetti su scala Regionale. La riflessione sui progetti Regionali di rete clinica in nefrologia incrocia quella relativa allo spazio dedicato all'assistenza nefrologica nei documenti di programmazione Regionale (si veda Susi nel presente numero, pag. 140-147). Si evince una sensibilità al tema da parte dei professionisti e delle istituzioni motivata dalla percezione di cambiamenti relativi alla natura dei processi assistenziali, per i primi, e alle pressioni ambientali per le seconde.

La ricerca ha consentito di far emergere le convenienze della nefrologia rispetto allo sviluppo dei progetti di rete; esse sono sostanzialmente riconducibili alle seguenti condizioni:

- i processi assistenziali che caratterizzano la specialità non sono sempre comprimibili all'interno del perimetro della medesima azienda. Le scelte di razionalizzazione dell'offerta ospedaliera compiute dalle Regioni e quelle aziendali di dipartimentalizzazione inducono una ripartizione di tali processi tra diverse aziende;
- Molti dei processi Sanitari della nefrologia sono interdipendenti (dalla cura dell'IRC alla dialisi al trapianto) nella misura in cui l'evoluzione della malattia spinge il paziente con IRC a divenire dializzato prima e trapiantato poi. Processi interdipendenti inducono un elevato fabbisogno di relazione tra le strutture di offerta che erogano i servizi nelle diverse fasi della malattia del paziente. Oltre a problemi relativi all'allineamento professionale sulla gestione del medesimo paziente, si pongono questioni relative ai meccanismi di invio soprattutto tra aziende che hanno natura istituzionale differente (si pensi al rapporto tra strutture pubbliche e private nella gestione

Fig. 2 - Reti cliniche in Italia.

Regione (n° reti cliniche rilevate)	Rete Clinica	Regione (n° reti cliniche rilevate)	Rete Clinica
Abruzzo (9)	Cardiochirurgia IMA	Lombardia (7)	Epilessia
	Stroke Care		Malattie dell'udito
	Oncologia		Cardio-cerebrovascolare
	Nefrodialisi		Neuropsichiatria infantile
	Diabetologia		Oncologia
	Diagnostica		Ematologica
	Disturbi DCA		Diabetologia
	Disturbi dell'accrescimento	Cardiologia	
	Cure palliative	Nefrologia	
Basilicata (4)	Oncologia	Marche (4)	Oncologia
			Stroke Care
	Nefro-urologia		Oncologia
	Stroke Care		Riabilitazione
Calabria (4)	Reumatologia	Piemonte(10)	Allergologia
	Oncologia		Neuropsichiatria infantile
	Cardiochirurgia IMA		Assistenza neonatale
	Diabetologia pediatrica		Oncoematologia pediatrica
Stroke Care	Stroke Care		
Campania (5)	Oncologia		Nefrologia
	Emergenze cardiovascolari		Diabete
	Stroke Care		Cardiochirurgia IMA
	Traumatologia		Stroke Care
	Emergenze neonatologiche		Cardiochirurgia
Terapie intensive	Fibrosi cistica		
Emilia Romagna (11)	Terapia dei grandi traumi	Dialisi (nefrologica)	
	Terapia delle grandi ustioni	Assistenza neonatale	
	Terapia intensiva neonatale e pedi	Oncologia	
	Riabilitazione	Cure palliative	
	Neuroscienze	Malattie Neurodegenerative	
	Genetica medica	Disturbi DCA	
	Cure palliative (terapia del dolore)	Oncologia	
	Cardiologia e Cardiochirurgia	Diabetologia	
	Oncologia		
	Ortopedia	Cure palliative	
	Diabetologia	Demenze	
Friuli VG (4)	Oncologia	Toscana (5)	Oncologia
	Screening oncologici		Disturbi DCA
	Riabilitazione		Diabetologia
	Diabetologia		Allergologica
Emergenza cardiologica	Oncologia		
Lazio (4)	Stroke Care	PA Trentino (2)	Cure palliative
	Oncologia		Oncologia
	Traumi gravi	Umbria (4)	Materno infantile
	Cure palliative		Stroke Care
Liguria (7)	Demenze	Veneto (4)	Oncologia
	Cardiologia		Riabilitazione
	Neurologia		Cure palliative
	Pediatria		Disturbi DCA
	Politrauma		
	Oncologia		

dell'acuzie del paziente dializzato);

- le attese di incremento della domanda di servizi nefrologici, collegate all'invecchiamento della popolazione, e i vincoli sulla capacità di offerta (in primo luogo, il numero dei nefrologi nel medio termine) inducono a domandarsi: a) quali sono i processi assistenziali che devono essere gestiti squisitamente dai Nefrologi e quali possono essere erogati da altre professionalità preservando la *clinical governance* nefrologica; b) quali sono i servizi che possono essere esternalizzati. Processi e strumenti di governo clinico possono essere sviluppati e diffusi solo attraverso un intenso scambio di sapere: occorre che sia esplicita l'area del sapere "proprietario" della nefrologia e che i Nefrologi, oltre a continuare ad alimentarlo, lo trasferiscano ai professionisti chiamati ad erogare il servizio;
- il paziente con problemi renali è frequentemente pluripatologico nella misura in cui la malattia renale insorge in seguito ad altri problemi Sanitari. Ciò implica che: a) solo adeguati meccanismi di invio del paziente consentono al Nefrologo di gestire i pazienti "giusti"; b) il traguardo di salute del paziente nefropatico dipende anche dalla prontezza degli altri professionisti nell'intercettare la malattia renale (ovvero in quanto è "diffuso" il sapere nefrologico). Tali condizioni aprono il fianco ad alleanze con altre famiglie professionali allo scopo di rendere appropriato l'intervento del Nefrologo in condizioni di contrazione dell'offerta di Nefrologi e di prospettive di incremento della domanda;
- vi sono processi assistenziali che necessitano di "massa critica" per il conseguimento di *standard* qualitativi e di condizioni di sostenibilità economica. Si pensi ai trapianti di rene piuttosto che alle biopsie renali. Progettare in modo deliberato che tali servizi vengano erogati in pochi specifici nodi della rete consente di conseguire economie di apprendimento e di scala e di integrare la ricerca all'assistenza;
- alcuni processi assistenziali in nefrologia (ad esempio, la dialisi) richiedono presidi e materiale Sanitario che potrebbero essere negoziati da cordate di aziende (in rete) piuttosto che da singole aziende, conseguendo risparmi nei costi di fornitura. Piattaforme negoziali allargate (sovra aziendali) possono essere funzionali anche nella relazione con le organizzazioni sindacali per garantirsi, ad esempio, i servizi infermieristici a copertura dei cicli a giorni alterni della dialisi anche nei giorni festivi.

## IL CANTIERE DELLE RETI IN NEFROLOGIA: RIFLESSIONI DA ANALISI DI CASI

Le convenienze a sviluppare forme reticolari di orga-

nizzazione, come descritto in precedenza, hanno alla base fabbisogni di presidio dell'intera filiera dei servizi di specialità più o meno consapevolmente avvertiti dalla comunità professionale dei Nefrologi. Ciò ha spinto allo sviluppo di forme embrionali di progetti di rete su diversa scala territoriale in tutta Italia. La nefrologia, infatti, non è scevra da esperienze di organizzazione a rete; si tratta di esperienze in alcuni casi isolate e "in corso d'opera", che testimoniano la convenienza della famiglia professionale a sviluppare forme di scambio del sapere nefrologico (non solo tra Nefrologi), di invio e gestione del paziente, di connessione tra i diversi servizi nefrologici attraverso collegamenti più o meno stabili.

La discussione sviluppata all'interno dei *focus group* Regionali ha fatto emergere le seguenti considerazioni:

- la nefrologia ha già avviato riflessioni e progetti in merito allo sviluppo della rete clinica (detta anche per patologia), così come testimoniano alcuni documenti della SIN. Nel documento 2008 "la prevenzione della malattia renale cronica: un problema centrale nella missione della nefrologia" si legge in merito alla rete nefrologica (...) *I cardini della proposta SIN sono due: 1) il rafforzamento della rete di strutture di Nefrologia, Dialisi e Trapianto esistente; 2) l'integrazione della rete di specialità con la Medicina Generale ed il territorio in generale. L'integrazione Ospedale-Ospedale e Ospedale-Territorio trova soluzione nella "Rete di patologia". Questa soluzione, già adottata dalla Regione Lombardia per i pazienti oncologici ed in fase d'avvio per altre patologie, tra le quali la MRC, fa sì che i Medici di tutte le strutture Sanitarie possano avere accesso diretto ed online, a tutti i dati anamnestici, laboratoristici e clinici di un paziente, costituenti una sorta di scheda clinica del paziente, evitando errori o ritardi dovuti a notizie riferite, incomplete od errate;*
- esiste una storia consolidata di "connessioni" efficaci relative al funzionamento dei servizi per il trapianto di rene. Infatti lo sviluppo del trapianto renale ha reso necessarie le connessioni tra Centro Trapianti e le strutture di Nefrologia afferenti; infatti in molti contesti Regionali l'avvio del trapianto di rene ha visto lo sviluppo di processi di *knowledge sharing* allo scopo di rendere le strutture di nefrologia capaci di intercettare, inviare al trapianto e gestire nel modo migliore il post-trapianto<sup>2</sup>. Le reti dei trapianti, oltre a prevedere

<sup>2</sup> L'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte ha proposto nel 1988 che venissero individuati in ogni Divisione di Nefrologia e Dialisi del Piemonte 1 o 2 medici Referenti per il trapianto renale e che fosse prevista per detti Referenti la partecipazione ad un periodo di frequenza di 5 giorni presso il centro trapianti renali dell'Ospedale Molinette di Torino secondo un calendario concordato con gli interessati.

routine consolidate di collegamento tra strutture periferiche e centri trapianti all'interno della medesima Regione, sono tra di loro interconnesse poiché esistono meccanismi di invio ed orientamento del paziente anche verso centri trapianto fuori dalla Regione di residenza del paziente. I vantaggi di tali forme di collaborazione sono ben note alla comunità professionale, come testimonia il contributo del 2005 *"From waiting list to kidney transplant follow-up: interaction between transplantation centers and dialysis units. Analysis of an Italian approach"* (3). Questa forma di rete, solida e consolidata in nefrologia, ha rappresentato il substrato sul quale in alcuni contesti aziendali si sono sviluppate scelte di specializzazione: laddove è presente il centro trapianti si sono concentrati tutti i servizi nefrologici a maggiore complessità (ad esempio, le biopsie) delocalizzando quelli più stabili e routinari (ad esempio, la dialisi non notturna). Altro fenomeno collegato allo sviluppo della rete dei trapianti nelle Regioni è quello mimetico: le Regioni tendono a replicare modelli organizzativi e soprattutto strumenti operativi di funzionamento delle reti più mature anche se il rapporto tra numero dei centri trapianto e popolazione residente è differente.

Il fabbisogno di rete "clinica" per la nefrologia è percepito in modo chiaro dalla comunità professionale, la sfida da cogliere è quella di allineare in modo coerente le vocazioni delle strutture di offerta e le scelte sui luoghi ed i contenuti di sviluppo del sapere. Di seguito vengono proposte le riflessioni emerse dall'analisi di due dei casi di studio, analizzati all'interno della ricerca, relative al tessuto provinciale della rete dei servizi nefrologici. Certamente non sono esaustivi rispetto alle esperienze di network in nefrologia, ma appaiono significativi rispetto al fatto che rappresentano forme assai eterogenee e quasi paradigmatiche.

#### **Il caso della provincia di Pavia: la rete "naturale"**

La rete di offerta nefrologica Pavese è composta da strutture pubbliche e private accreditate, dotate di dialisi con centri satellite (situazione tipica della Lombardia); è composta dal Policlinico San Matteo, dalla Fondazione Maugeri e dagli ospedali di Voghera e Vigevano, e comprende circa 25-30 Nefrologi. Si tratta di una rete "naturale" nella misura in cui si è costruita nel tempo per sedimentazione progressiva dei servizi nefrologici che in passato i pazienti Pavesi ritrovavano tendenzialmente nell'orbita di Milano (esempio, la prima dialisi peritoneale nel 1983 a Vigevano e nel 1985 per la prima volta notturna). La rete si consolida negli anni '90, quando si avvia l'attività nefrologica del Policlinico S. Matteo, nasce la specialità di nefrologia

presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Pavia e si avvia l'attività di trapianto. Così come non vi è un disegno Regionale di organizzazione a rete dei servizi nefrologici, non si osserva un'articolazione reticolare deliberata in provincia di Pavia. Vi sono *enclave* cose di professionisti che operano in aziende diverse, e la focalizzazione su alcuni servizi (trapianto, biopsie, ecc.) deriva dalla diversa natura istituzionale: tutti i processi Sanitari della nefrologia (dall'IRC ai trapianti) sono presenti presso il Policlinico San Matteo che per natura istituzionale ha funzioni di ricerca didattica ed assistenza. Ad essi si sommano quelli presenti presso la Fondazione Maugeri ad eccezione dei trapianti. Il substrato di relazioni professionali consente di inviare i pazienti tra i diversi nodi per valorizzare le diverse funzioni dei nodi della rete o per trovare servizi più vicini alla residenza del paziente nefropatico.

Dal dibattito e dal confronto sviluppati in seno ai *focus group* Regionali, è emerso che la fattispecie di rete osservata nel caso della provincia di Pavia è molto frequente: infatti, lo sviluppo della rete dei servizi nefrologici è spesso il risultato della stratificazione di strutture di offerta che si sono progressivamente specializzate (o meglio, rese visibili) per alcuni servizi distintivi. Sono le relazioni informali all'interno della comunità locale di Nefrologi che orientano i pazienti all'interno della rete di offerta.

#### **Il caso del Dipartimento interaziendale della provincia di Foggia: una rete formale**

Il dipartimento interaziendale per l'assistenza specialistica integrata (DIASI) in Nefrologia ha scala provinciale, aggrega tutta la filiera di servizi nefrologici (dall'ambulatorio per l'ipertensione, alla dialisi, ai trapianti). Esso considera i presidi ospedalieri ed i servizi distrettuali dell'ASL della provincia di Foggia, quelli dell'AOU Ospedali Riuniti di Foggia (dipartimento nefro-urologico) e quelli dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di S. Giovanni Rotondo. Istituito nel 2007 è ancora in fase di completa attuazione in ragione della riorganizzazione della rete Regionale e della fusione tra aziende Territoriali. Gli obiettivi del DIASI sono: a) sviluppare integrazione verticale con il territorio (progetti di prevenzione e di formazione con i MMG) e con il centro trapianti di nuova istituzione presso l'AOU; b) progettare e monitorare gli standard qualitativi e le procedure operative in tutti i servizi della rete attraverso specifici PDTA; c) sviluppare economie di scala. La *governance* del DIASI prevede la Conferenza dei Direttori generali delle aziende ed il Direttore del dipartimento. Sebbene l'architettura del dipartimento sia formalizzata e condivisa, la parziale implementazione della rete è dovuta all'assenza di sistemi gestionali di dipartimento. Infatti, in quanto sintesi della

<b>DEC. SUL TERRITORIO</b>	<b>Emilia, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Trentino Alto-Adige, Valle d'Aosta, Veneto</b> Prevalenza di centri nefrologici pubblici dotati di dialisi dai quali dipendono uno o più strutture dialitiche satellite distribuite sul territorio di competenza	
	<b>Friuli-Venezia Giulia, Marche, Sardegna, Umbria</b> situazione intermedia	<b>Campania, Sicilia e Lazio</b> elevata presenza di centri nefrologici privati, prevalentemente dialitici, indipendenti o collegati ad un centro pubblico.
<b>ACCENTRATO</b>	<b>Abruzzo, Basilicata, Calabria, Liguria e Molise</b> prevalenza di centri Nefrologici pubblici dotati di dialisi, ma senza Csat.	
	<b>PUBBLICO</b>	<b>PRIVATO</b>

Fonte: "La rete nefrologica italiana: rilevazioni e indicazioni SIN", Giornale Italiano di Nefrologia / anno 25 n. 2, 2008/pp. 139-151.

Fig. 3 - I diversi modelli di assistenza nefrologica.

realtà manageriale delle aziende che vi partecipano, gli strumenti di dipartimento (sistema informativo, staff, ecc.) prevedono un allineamento tra le diverse realtà, processo lungo e non privo di inerzie. I risultati raggiunti possono essere sintetizzati come segue:

- mobilità del personale infermieristico su tutto il territorio provinciale;
- razionalizzazione della filiera dei servizi: agli ambulatori di dialisi dell'AOU di Foggia afferiscono prevalentemente i casi maggiormente complessi e quelli per i quali viene praticata la dialisi notturna dal 2004 (adottata in poche altre aziende Italiane). Con un'organizzazione della terapia a giorni alterni (compresa la domenica), la dialisi della Provincia è completamente pubblica e prevede Csat; ciò rappresenta una condizione eccezionale per il Sud Italia (Censimento SIN 2004); il centro trapianti è in fase di avvio presso l'AOU allo scopo di "autonomizzare" la Capitanata rispetto al soddisfacimento dei bisogni nefrologici.
- Economie di scala: per il materiale della dialisi, il DIASI realizza gare uniche; ciò ha consentito di conseguire un abbattimento del prezzo più basso tra quelli conseguiti autonomamente dalle aziende. Il risparmio è di circa euro 250.000 all'anno;
- sostanziale uniformità dei PDTA in ragione di: a) attività di continua formazione dei Nefrologi e delle relazioni di collaborazione con altri professionisti; b) medesime procedure operative nell'organizzazione delle dialisi e nell'impiego del materiale e dei presidi.

Il caso evidenzia una rete formalizzata attraverso la costituzione del dipartimento interaziendale. Si se-

gnala che solo in virtù di tale formalizzazione è stato possibile attivare forme di acquisto centralizzate per il materiale e scelte condivise sulla comunizzazione di alcune risorse. Il caso evidenzia che la scelta relativa ad una forma "soft" di istituzionalizzazione quale il dipartimento interaziendale (esso è una configurazione che integra ed allinea le scelte sui servizi a cavallo tra più contesti aziendali), sconta la difficoltà di contemporaneo del diverso livello di maturità degli strumenti di gestione e quella relativa allo sviluppo di sistemi per rendicontare e valorizzare i flussi di attività tra le aziende. Il caso in oggetto ha consentito di evidenziare che i processi di integrazione verticale con la medicina generale, devono essere orientati allo sviluppo della funzione di "filtro" rispetto ai bisogni "nefrologici" che devono accedere ai servizi ospedalieri ed al trasferimento della presa in carico per i pazienti con bisogni nefrologici a bassa complessità (ad esempio, paziente con IRC inferiore al terzo stadio). Lo sviluppo della funzione di filtro in capo ai medici di medicina generale passa attraverso iniziative di comunicazione e formazione e forme di collaborazione strutturata (ad esempio, di consulenza strutturata dei Nefrologi a supporto dell'operato dei generalisti) che richiedono il coinvolgimento delle ASL. In questo tipo di progettualità avere un luogo "virtuale", che naturalmente fa convergere le scelte di più aziende, quale il dipartimento interaziendale, rappresenta una condizione di vantaggio. Contenere la rete clinica attraverso dipartimenti interaziendali appare essere una scelta di successo se i confini del dipartimento coincidono con quelli di un territorio non troppo ampio e se vi è rappresentato un numero non troppo elevato di aziende. Allargare i con-

fini del dipartimento ed estendere il progetto ad una pluralità estesa di aziende richiede forme di istituzionalizzazione più forte.

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

La fotografia della nefrologia Italiana fatta dalla SIN nel 2004 (Fig. 3), rivela una molteplicità di modelli organizzativi a livello Nazionale. La loro rilettura è proposta attraverso due chiavi interpretative: a) rilevanza dell'attore pubblico o privato nell'erogazione delle prestazioni nefrologiche; b) accentramento/decentramento territoriale nell'organizzazione dei servizi. Emerge un quadro di sintesi largamente popolato da zone grigie in cui risulta complesso posizionare i modelli Regionali rispetto all'organizzazione accentrata piuttosto che decentrata (7 regioni), mentre è più chiaro dirimere la predominanza di erogatori pubblici piuttosto che privati (17 contesti Regionali con prevalenza dell'attore pubblico e 3 con prevalenza di quello privato). Ne deriva che le condizioni di partenza relative alla progettazione ed allo sviluppo di reti cliniche, devono maturare su ipotesi differenti. Di seguito alcune riflessioni in tal senso:

- occorre distinguere la funzione di committenza da quella di produzione dei servizi. Ciò implica che nei contesti a forte presenza del privato accreditato, i processi di governo della rete possono contemplare anche scelte relative ai contenuti ed alle modalità di erogazione richieste a tale attore. Ciò significa esternalizzare la produzione mantenendo le condizioni di committenza. Altra cosa è invece orientare il modello di offerta riconoscendo al privato accreditato non solo il ruolo di erogatore ma anche di "committente". Nel primo caso si realizzerebbe una rete che integra servizi pubblici e servizi privati, nel secondo si profilerebbe una rete di offerta pubblica distinta da quella privata i cui confine sarebbero dettati dalle convenienze istituzionali in capo all'interlocutore pubblico ed a quello privato;
- lo sviluppo di progetti di rete nefrologica su scala territoriale, almeno provinciale, potrebbe rappresentare in alcuni contesti l'occasione per restituire

razionalità alle scelte di decentramento per i servizi che davvero necessitano di prossimità per il paziente e di concentrare fisicamente quelli che necessitano di masse critiche per il conseguimento di economie non solo di scala ma anche di apprendimento.

Sebbene la comunità professionale nella sua globalità stia condividendo le premesse decisionali che sono alla base della scelta di organizzare a rete i servizi per la nefrologia, dovranno essere sviluppati più cantieri locali per mettere in piedi modelli di rete coerenti con il tessuto di offerta esistente.

## RIASSUNTO

*Molti sono i contributi relativi all'analisi delle motivazioni che spingono alla nascita di network; tra le più significative si segnalano le seguenti: a) incertezza ambientale (flussi domanda, innovazione tecnologica, sviluppo di conoscenze) in presenza di dotazione organica costante; b) alta personalizzazione degli scambi, dovuta al valore riconosciuto alla specificità del sapere di ogni singola persona (le persone necessitano di lavorare congiuntamente, a cavallo tra più strutture organizzative, per sviluppare conoscenza e innovazione); c) operazioni complesse (che richiedono input numerosi ma altamente specializzati) e time consuming che richiedono lo svolgimento simultaneo di diverse operazioni con una continua condivisione delle informazioni; d) frequenza degli scambi che consente lo sviluppo di processi di apprendimento attraverso il "fare condiviso", allungando l'orizzonte temporale dell'interazione e focalizzando l'attenzione sulla relazione piuttosto che sulla transazione. Questi sono fenomeni che si rintracciano frequentemente nel mondo della Sanità e sui quali le comunità professionali riflettono ricercando posizionamenti deliberati rispetto alla natura degli scambi tra persone, tra pazienti e tra strutture di offerta. La ricerca condotta ha supportato l'analisi delle possibili traiettorie di sviluppo della nefrologia in Italia, e tra queste anche quella relativa alla nascita di reti nefrologiche, studiando anche specifici casi.*

## DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Kogut B. The network as knowledge: Generative rules and the emergence of structure. *Strategic Management J* 2000; 21: 405-25.
2. Powell W. Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. *Research in Organizational Behavior* 1990; 12: 295.
3. Giacchino F, Odone P, Basolo B, Segoloni GP, Stratta P, Roggero S. From waiting list to kidney transplant follow-up: interaction between transplantation centers and dialysis units. Analysis of an Italian approach 2005. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20 (Suppl. 5): Abs n. MP497.