

LE FORMULE GESTIONALI DELLA NEFROLOGIA

Mario Del Vecchio

CUSAS Facoltà di Medicina, Università di Firenze, Firenze
CeRGAS Università Bocconi, Milano

LA RICERCA PRECEDENTE

La ricerca che viene qui presentata ha i suoi presupposti in un precedente lavoro ai risultati del quale era stato dedicato il numero 2/2010 di questa rivista¹. Rispetto a quella ricerca, metodo e finalità ultime sono rimaste invariate: da una parte, l'utilizzo di casi e la discussione dei materiali con un panel rappresentativo della comunità professionale (commissione SIN) e, dall'altra, la messa a disposizione della nefrologia italiana di un insieme di analisi e riflessioni utili per la definizione di un posizionamento a fronte di alcuni rilevanti mutamenti nell'ambiente.

Rimane anche immutata l'idea che una comunità professionale possa provare a condizionare, se non a disegnare, il proprio futuro e che la condizione prima per l'esercizio di una qualsiasi azione collettiva intenzionalmente orientata sia la condivisione di un'analisi su come la realtà sia e come possa evolvere. Perché il tentativo abbia un senso è necessario radicare ogni dibattito e decisione intorno a ciò che è desiderabile per i pazienti e per la disciplina in una realistica analisi di un insieme di dinamiche destinate a modificare profondamente l'ambiente nel quale la nefrologia italiana si è, finora e con indubbio successo, sviluppata.

La prima ricerca aveva focalizzato l'attenzione su una serie di cambiamenti che riguardavano essenzialmente l'«ambiente competitivo»². L'espressione non è certamente tra le più felici in un contesto professionale, ma vuole rimandare alla realtà, ben conosciuta da chi opera nella concretezza delle organizzazioni sanitarie, di un confronto, talvolta acceso, tra i diversi saperi per difendere o ampliare le proprie sfere di intervento

¹ Per un quadro di insieme della ricerca e un'ampia discussione dei risultati si veda anche Del Vecchio e Dal Canton (1).

² La terminologia, così come il quadro concettuale, è mutuato dalle discipline aziendali. L'applicabilità, almeno degli schemi di fondo, deriva dal comune problema che aziende e comunità professionali hanno di perseguire proprie finalità rispetto all'ambiente nel quale si trovano a operare. Un testo classico sull'argomento rimane quello di Coda (2).

³ Si tratta delle «guerre per il controllo del territorio» (turf wars) di parla Lega (3) in un testo dedicato alle aziende *brain-intensive*.

e reperire le risorse necessarie per sostenere le attività³. Le condizioni di questo confronto, rappresentate in primo luogo dagli assetti organizzativi delle aziende sanitarie, sono mutate attraverso un progressivo indebolimento del modello divisionale, modificando, così, un tradizionale e fondamentale «terreno di gioco».

Gli assetti organizzativi, costruiti sulle «divisioni» (le UU.OO. semplici o complesse), essendo tendenzialmente ancorati ai saperi, non solo esprimevano sul piano organizzativo, rafforzandole, l'identità e la visione delle singole discipline, ma ne cristallizzavano, specialmente, ma non esclusivamente, attraverso i posti-letto, i rapporti di forza. Il confronto tra le discipline avveniva, così, in forma mediata, attraverso le scelte organizzative sulle UU.OO. e le risorse a esse attribuite, mentre, sul piano dei processi operativi, i «muri» delle divisioni portavano a isolarne il funzionamento. Da un certo punto in poi il modello ha iniziato a mostrare limiti crescenti: la specializzazione dei saperi, una volta traslata sul piano organizzativo, diventava facilmente frammentazione, le dimensioni delle divisioni non consentivano di realizzare quelle economie di scala (guardie, utilizzo delle tecnologie, organizzazione dell'assistenza) che l'ambiente imponeva e il passaggio dal paradigma dell'acuzie a quello della cronicità e della multipatologia imponeva modalità sempre più intense di collaborazione multi-disciplinare. Emergono, quindi, come base dei nuovi assetti, i modelli dipartimentali caratterizzati dalla messa in comune delle risorse precedentemente di proprietà delle divisioni, modelli i quali, a loro volta, vengono superati dagli ospedali per intensità di cura in cui le piattaforme operative sono sganciate da ogni riferimento disciplinare (4).

Le trasformazioni in questione che, pur con intensità diverse, sembrano essere il tratto distintivo di molte dinamiche organizzative rendono il confronto tra le discipline molto più intenso e, soprattutto, lo spostano dal terreno organizzativo a quello, più delicato, dei processi clinici e assistenziali. A rendere più complesso il quadro sono le prevedibili tensioni generate dall'invecchiamento della popolazione medica e dalle politiche di regolazione nell'accesso alla professione (5). In sintesi, mentre le dinamiche competitive tradizio-

nali avevano luogo in un contesto di espansione delle risorse e di abbondante disponibilità di professionisti, lo scenario ora prevedibile è quello di una stabilizzazione degli organici medici, non solo per le tensioni finanziarie, ma soprattutto a causa di un vero e proprio *shortage* di professionisti.

Rispetto al panorama, qui sinteticamente ripreso, le conclusioni che la ricerca traeva indicavano alla comunità professionale la necessità, se non voleva lasciarsi guidare dal passato e dalle sue inerzie o restringere in senso specialistico la propria area di intervento, di aumentare significativamente le capacità di presidio del bisogno nefrologico, concentrando l'attenzione su tre direttrici principali: il rafforzamento disciplinare e la sua visibilità, la delega e/o il trasferimento di alcune attività oggi direttamente gestite ad altre componenti professionali (con particolare riferimento agli infermieri) e la strutturazione a rete della nefrologia, superando i tradizionali confini aziendali (1).

L'AMBIENTE ECONOMICO E FINANZIARIO: LA SPINTA ALL'EFFICIENTAMENTO

Le analisi e le riflessioni che presentiamo sono state stimolate dalle dinamiche di un ambiente diverso da quello competitivo e dai riflessi che queste possono avere sulle prospettive di sviluppo della nefrologia. Si tratta, e il tema è diventato di ancora più drammatica attualità negli ultimi mesi con l'apparire della cosiddetta *spending review* (legge 135/2012), di ciò che sta accadendo sul versante delle risorse. Se non è una novità l'affermazione secondo cui le risorse stanno diventando sempre più scarse a fronte di bisogni crescenti, è probabilmente meno compreso, soprattutto dai professionisti, il mutamento radicale di prospettiva rispetto al passato e la necessità di valutare con attenzione la «tenuta» di alcuni assunti su cui si sono finora fondate le strategie implicite o esplicite della comunità professionale.

La Tabella I può aiutare a cogliere alcuni elementi che, nella loro semplicità, dipingono un quadro sufficientemente chiaro della situazione. La prima riga mostra, per il periodo considerato, i tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica rispettivamente degli ultimi due decenni, dell'ultimo decennio e degli ultimi quattro anni. È evidente come la crescita sia vistosamente rallentata, fino ad arrivare ai risparmi rispetto all'anno precedente previsti per l'anno corrente, e come la dinamica della spesa non possa che essere collegata a quella del PIL (ultima riga). Le due righe in mezzo segnalano, a loro volta, che il rallentamento della spesa sanitaria pubblica non è compensato dalla spesa privata. Nonostante il nostro SSN sia un sistema, quando confrontato con paesi analoghi, «parsimonioso» in termini di risorse consumate (6), le

TABELLA I - TASSI DI CRESCITA

	1990-2009	2001-2009	2005-2009
Spesa sanitaria pubblica	5.3	4.4	3.2
Spesa sanitaria privata	6.6	2.8	2.0
Spesa sanitaria totale	5.5	4.1	2.9
PIL	4.3	2.5	1.6

Elaborazione su Armeni (6)

condizioni della finanza pubblica e gli impegni già assunti in sede europea non consentiranno, almeno per il medio periodo, dinamiche della spesa superiori a quelle del PIL. Anzi, già oggi si chiede alla sanità di contribuire al risanamento, il che significa ipotizzare dinamiche più contenute.

Se si considera che il PIL subirà, quest'anno, una contrazione e che tassi di crescita del PIL stesso intorno all'uno per cento sono obiettivi da conquistare, è evidente la rottura rispetto al passato: un sistema, e tutti gli attori con esso, abituato a crescere e a considerare fisiologici tassi di almeno il tre per cento annuo sperimenta e continuerà a sperimentare per il prevedibile futuro qualcosa di simile alla crescita zero. Il punto non può essere sottovalutato, in quanto la possibilità di accompagnare la crescita della domanda con un incremento delle risorse finanziarie e reali (personale) è stata finora l'ipotesi implicita (puntualmente realizzata) che ha sorretto e guidato molti dei comportamenti delle discipline nel loro complesso e in ogni singola azienda. Si tratta, ora, di verificare quanti di quei comportamenti risultano ancora funzionali al perseguimento della missione della nefrologia, una volta che le risorse non siano più in grado di allinearsi automaticamente alle dinamiche dei bisogni e della domanda.

Se l'entità della stretta finanziaria e il suo carattere non contingente sono chiari, anche alcuni assi di risposta sono ormai sufficientemente consolidati. Quello che qui si rileva maggiormente è la sempre più intensa ricerca dei sistemi regionali e delle aziende di più elevati livelli di efficienza operativa ed economica. Di fronte alla necessità di un riaggiustamento strutturale, molte regioni, da una parte, ripensano la rete di offerta per migliorare la razionalità produttiva (diminuzione dei presidi, logiche formalizzate *hub and spoke*, rafforzamento del territorio) e, dall'altra, accentrano i processi decisionali a partire dagli acquisti. La tendenza coinvolge anche gli assetti istituzionali attraverso l'accorpamento delle aziende e/o l'individuazione di nuovi livelli sovra-aziendali (aree vaste, federazioni, ecc.). A loro volta, le aziende, non potendo più contare su incrementi di risorse dall'esterno, iniziano a «setacciare» il funzionamento interno per reperire risorse

da riallocare su scelte ritenute prioritarie (7).

L'effetto complessivo è un indebolimento delle razionalità locali e specifiche a favore di quelle aziendali prima e di sistema poi, insieme a un orientamento prevalente delle scelte sulla base della dimensione economica (miglioramento dell'efficienza), quando non strettamente finanziaria (diminuzione della spesa, anche sacrificando l'efficienza, se necessario)⁴. Anche in questo caso si tratta di un mutamento deciso delle condizioni dell'ambiente che impone una verifica delle strategie e degli assunti, spesso impliciti, su cui esse si basano. Ciò è particolarmente vero per le discipline caratterizzate da processi produttivi con largo impiego di tecnologie (attrezzature e consumi) e operazioni che si ripetono ciclicamente e, quindi, potenzialmente più standardizzabili di altri.

SISTEMI E AZIENDE DAI CONFINI SEMPRE PIÙ FRASTAGLIATI

Il cambiamento di scenario, innescato dalla crisi della finanza pubblica e dagli inevitabili impatti che questa produce sulla sanità in quanto seconda voce di spesa dopo la previdenza sociale (8), non avviene, naturalmente, nel vuoto, ma si inserisce in un quadro evolutivo complesso, alimentato anche da altri fattori. Una dimensione di particolare interesse è quella che, nella sua espressione più generale, attiene ai confini dei sistemi e delle aziende, ma a cui spesso ci si riferisce in termini di rapporto pubblico/privato. Il tema, nella sua forma più semplice, è l'esternalizzazione, cioè la scelta da parte dei sistemi sanitari regionali e delle loro aziende di non organizzare direttamente i fattori della produzione, ma di affidarsi a soggetti esterni. Tradizionalmente il tema è articolato su due livelli diversi (9).

Al primo vanno inseriti i «servizi finali», vale a dire le prestazioni che il SSN garantisce ai cittadini e che vengono prodotte e offerte da altri soggetti nel quadro di accordi e normative generali. Tipicamente, tali servizi, come, per esempio, le prestazioni di diagnostica strumentale o i ricoveri resi da soggetti accreditati, sono prodotti ed erogati in forma autonoma, con scarse connessioni rispetto ai processi produttivi delle aziende sanitarie pubbliche, con le quali i soggetti in questione possono anche essere in competizione. Il co-

ordinamento si situa al livello di finalità da perseguire e avviene attraverso gli strumenti di programmazione e la contrattazione. Le scelte di configurazione complessiva (quanto «privato» nel sistema) si sono sempre collocate a livello di disegno istituzionale piuttosto che di politica aziendale⁵.

In un secondo insieme si inseriscono quelle che possono essere considerate come vere e proprie esternalizzazioni, cioè l'affidamento a soggetti esterni di processi produttivi i cui output concorrono alla produzione di risultati finali che il disegno istituzionale colloca nel diretto ambito di responsabilità dell'azienda stessa. Le caratteristiche dei servizi esternalizzati hanno per lungo tempo mantenuto caratteristiche abbastanza definite, sostanzialmente riconducibili a una loro distanza dai processi considerati core per l'azienda (servizi sanitari) e da un'interconnessione con i restanti processi aziendali sufficientemente standardizzabile (output resi disponibili dal fornitore esattamente definibili nelle loro caratteristiche). I campi di elezione per tali processi erano, quindi, servizi ancillari come le pulizie, i pasti o le lavanderie.

Se si considerano i cambiamenti che, specialmente nell'ultimo decennio, hanno caratterizzato il fenomeno, ci si rende conto come, anche in questo caso, le tradizionali coordinate di ragionamento non siano più utilizzabili. Il passato ci consegnava, infatti, un fenomeno dai contorni sufficientemente definiti. A livello di sistemi era netto il confine istituzionale (più o meno spostato in una direzione o nell'altra a seconda delle regioni) tra aziende pubbliche, da una parte, e soggetti privati «convenzionati» (per usare la terminologia classica) che rispondono a regole generali di sistema (accreditamento, tariffe, tetti di fatturato, ecc.), dall'altra. A livello di azienda il contributo dei soggetti privati poco si estendeva oltre la fornitura di semplici beni o di servizi ritenuti «banali» rispetto alla missione principale, lasciando così la possibilità di tracciare un confine netto tra l'azienda, che si dislocava intorno a un nucleo di processi produttivi principali di carattere sanitario e amministrativo, e l'ambiente, in questo caso le imprese fornitrici, ragionevolmente lontane in termini di catene produttive dai servizi, non solo finali, ma anche intermedi.

Anche a uno sguardo superficiale il panorama attuale si rivela profondamente diverso. Lo spazio tra le aziende sanitarie pubbliche e quelle private «convenzionate» si è popolato di una serie di forme ibride, con assetti proprietari ampiamente diversificati, rappresentate dalle innumerevoli esperienze di partnership pubblico-privato (11). Le aziende pubbliche

⁴ La potenziale divaricazione tra dimensione economica e finanziaria nei sistemi pubblici non è sempre immediatamente colta. Per un ospedale pubblico un aumento dei ricoveri a parità di strutture e personale rappresenta indubbiamente un miglioramento dell'efficienza, ma ciò comporta quasi inevitabilmente un aumento delle uscite (per esempio i farmaci). In molti casi, paradossalmente, il rispetto dei tetti finanziari imporrebbe una diminuzione dell'efficienza economica.

⁵ Per un approfondimento sul tema, anche in una prospettiva di comparazione internazionale, si rimanda a Pelissero e Mingardi (10).

hanno definitivamente superato le forme tradizionali di esternalizzazione, affidando a outsourcer processi e funzioni aziendali precedentemente considerati core e come tali non affidabili all'esterno (12). Le due tendenze si intrecciano rendendo sempre più ardua la distinzione tra assetti di sistema (il ruolo attribuito al privato «convenzionato») e configurazioni aziendali (collaborazioni e accordi che le aziende attivano con soggetti esterni per assicurare i servizi posti sotto la loro diretta responsabilità). A rendere ancora più complesso il quadro vi è poi il fenomeno della «deintegrazione istituzionale», ossia la distribuzione di compiti differenziati tra aziende pubbliche del medesimo sistema o a causa di una differente missione ad esse attribuita (aziende ospedaliere, agenzie di acquisto) o per accordi negoziali tra aziende stesse (9). In questo caso, l'affidamento all'esterno di processi e funzioni avviene all'interno del perimetro pubblico.

Le spinte che sorreggono l'evoluzione appena descritta sono molteplici e vanno dalle crescenti possibilità offerte dagli strumenti manageriali e dalle tecnologie (soprattutto sistemi informativi) di riconnettere in logiche unitarie, orientate ai servizi da produrre, processi che si svolgono in differenti aziende, ai vantaggi ricavabili dalla specializzazione produttiva e organizzativa in presenza di opportunità tecnologiche e complessità operative, alla necessità di ricorrere al finanziamento privato per sostenere l'investimento in strutture e tecnologie e alla possibilità di sfruttare economie di scala. Tutte queste dinamiche, insieme ad altre, hanno concorso a disegnare un quadro nel quale i confini aziendali, se osservati lungo la dimensione dei processi produttivi, appaiono sempre più frastagliati e incerti. Mentre la missione delle aziende sanitarie pubbliche può considerarsi immutata, l'esperienza ha mostrato come il perseguimento della missione possa essere affidato a configurazioni gestionali e produttive molto diverse le une dalle altre e che l'organizzazione diretta dei fattori della produzione non è necessariamente l'unica forma possibile di disegno dei processi che realizzano i servizi.

È bene sottolineare come la ricostruzione proposta non implichi alcuna valutazione circa la desiderabilità dell'evoluzione nel senso indicato. Infatti, non è detto, per esempio, che maggiori gradi di specializzazione inevitabilmente realizzino maggiori livelli di efficienza o che questi si traducano in risparmi economici o, ancora, che i risparmi economici debbano rappresentare l'unica dimensione di scelta da considerare. Indipendentemente dalla desiderabilità o convenienza delle specifiche soluzioni, il cambiamento insito nel nuovo scenario è la percezione sempre più diffusa che per tutti i processi produttivi, o per parti significative di essi, sia possibile ipotizzare diverse formule gestionali e che la scelta tra queste deve es-

sere il frutto di valutazioni attente su vantaggi e svantaggi e non più il risultato di inerzie organizzative o di giudizi aprioristici.

LA NECESSITÀ DI UNA MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA

Ogni disciplina e la comunità professionale che intorno a essa si riconosce perseguono una missione orientata al loro sviluppo, ovvero alla possibilità, in ultima analisi, di contribuire sempre di più e meglio al trattamento dei problemi e delle condizioni per i quali ritengono che il loro sapere possa dare un contributo più positivo di altri. Per realizzare tale missione ogni comunità professionale nel suo insieme e ogni suo singolo membro, esplicitamente o, molto più spesso, implicitamente, adottano una strategia: sulla base di alcuni assunti di fondo circa l'ambiente nel quale la missione deve essere realizzata e le sue modalità di funzionamento, definisce come e in che modo la missione possa essere concretamente perseguita. La strategia definisce quali elementi siano più importanti di altri e, quindi, meritorio di essere presidiati con maggiore attenzione, quali sequenze di comportamenti e azioni massimizzino la probabilità di conseguire le finalità e come, in sintesi, si debba affrontare un ambiente nel quale le risorse, di ogni tipo e natura, sono, per definizione, scarse e passibili di usi alternativi, ovvero appropriabili da altri soggetti ugualmente legittimati e animati da finalità analoghe. Ragionare in termini di missione e strategia, infine, non è diverso dal ragionare in una prospettiva professionale. Ogni professionista, nelle condizioni date, è, infatti, animato dall'imperativo di offrire ai propri pazienti le maggiori e migliori opportunità di cura, compatibilmente con i diritti di tutti, e tale imperativo implica non solo la selezione dei migliori corsi di azione, ma anche un intervento attivo sull'ambiente in cui opera⁶.

I cambiamenti in atto nei sistemi e nelle aziende non possono, evidentemente, modificare la missione della nefrologia italiana e la sua ragion d'essere. Non è detto, poi, che ne debbano modificare la strategia e il sistema di assunti di base che ne guidano il comportamento in termini collettivi e di singoli professionisti, anche se l'ambiente e la sua configurazione rappresentano elementi fondamentali nella definizione della strategia stessa. Di sicuro, impongono una maggiore consapevolezza rispetto ai suoi contenuti effettivi ovvero alle scelte che la comunità professionale ha compiuto e concretamente compie nell'interpretare la missione. Una verifica circa l'effettiva rispondenza tra gli

⁶ Per una riflessione recente sulla professione medica si veda Toussijn (13).

assunti espliciti e le concettualizzazioni comunemente utilizzate per analizzare l'ambiente, da una parte, e le strategie di sviluppo che la nefrologia ha utilizzato nei differenti contesti, dall'altra, è, infatti, un presupposto necessario per decifrare l'effettiva portata dei cambiamenti e individuare eventuali minacce e opportunità che richiedessero aggiustamenti di rotta. In altri termini, in tempi di cambiamento radicale dell'ambiente, un maggiore tasso di esplicitazione delle strategie e dei loro presupposti è una condizione indispensabile per attivare e sostenere i necessari processi di comprensione e apprendimento collettivo.

In questa prospettiva, un'area a elevata criticità è rappresentata dalle formule istituzionali e gestionali con le quali i processi e le attività di tutta la filiera nefrologica vengono gestiti. La criticità deriva dal combinarsi di due elementi: uno che si colloca all'esterno della nefrologia e l'altro che nasce dal suo interno e dagli assunti espliciti che dovrebbero orientarne la strategia. Dall'esterno, l'insieme delle trasformazioni in atto converge verso una messa in discussione degli assetti produttivi esistenti, alla ricerca di nuove efficienze e, in molti casi, di nuovi risparmi. Vanno in questo senso i riassetto strutturali di sistema e l'accentramento decisionale, mentre, a livello aziendale, i confini delle unità operative sono sempre più permeabili rispetto alla necessità di perseguire maggiori livelli di «razionalità aziendale». Dall'interno, uno degli assunti più spesso resi espliciti nel dibattito che coinvolge la comunità professionale è l'importanza di un controllo diretto dei vasti processi produttivi che costituiscono la filiera nefrologica⁷. L'enfasi posta sul controllo diretto dei processi produttivi in relazione alla necessità di governo dei percorsi di un paziente molto spesso cronico si confronta, così, con un ambiente, se non ostile, almeno più attento del passato nel valutare vantaggi e svantaggi delle diverse soluzioni.

I CONTENUTI DELLA RICERCA

Poiché nello scenario tratteggiato a essere messe sotto tensione, forse più e prima ancora dell'area relativa al «governo strategico del paziente» e a quella, connessa, del perimetro effettivamente presidiato dalla nefrologia, saranno prevedibilmente le modalità di esercizio di tale governo attraverso il controllo e l'erogazione diretta, l'idea che ha sorretto la ricerca è stata quella di analizzare alcuni casi di nefrologie per capire come eventuali forme di «approvvigionamento esterno» potessero coesistere con ragionevoli gradi di

controllo sull'intera filiera. Lo scopo, è bene ribadirlo, non intendeva essere quello di valutare la funzionalità o la desiderabilità delle soluzioni adottate, né tantomeno di descrivere la realtà media o idealtipica delle nefrologie e dialisi nel nostro paese, quanto di rappresentare e capire come alcune di esse potessero concretamente funzionare.

In questa prospettiva ciò che interessava era che i casi selezionati fossero delle nefrologie riconosciute come tali, ovvero potessero essere considerate, nella percezione della comunità professionale, come legittime espressioni della varietà di configurazioni che un'unità di nefrologia e dialisi può assumere nel nostro paese. Soddisfatta tale condizione, scontati anche differenti giudizi che rispetto alle singole esperienze potrebbero essere espressi (anche se i casi poi selezionati sembrerebbero collocarsi sulla parte positiva di uno spettro ideale di giudizio), ciò che ne risulta è un insieme di nefrologie e dialisi: possibili in quanto concretamente realizzate, caratterizzate da soluzioni variegata, per quanto attiene ai processi produttivi, e tutte considerate accettabili. Per ognuno dei casi, come viene più estesamente ripreso in un successivo contributo, sono state descritte e analizzate le formule adottate per ognuna di quelle che possono essere considerate le componenti fondamentali della catena produttiva, in una prospettiva orientata a cogliere rispetto alle componenti esternalizzate le condizioni che rendono possibile un governo delle relazioni e le eventuali criticità da presidiare.

La base concettuale delle descrizioni e delle analisi è la vasta letteratura sul tema degli elementi che differenziano, in relazione alle componenti necessarie per la produzione dei servizi, la diretta combinazione dei fattori della produzione (organizzazione) rispetto all'acquisizione delle componenti stesse attraverso accordi contrattuali con un fornitore (mercato)⁸. Il punto di partenza di molte analisi è la constatazione che la gerarchia e, quindi, l'organizzazione consentono tendenzialmente un miglior controllo di alcuni, eventuali, comportamenti opportunistici, grazie a fattori quali la possibilità di una supervisione diretta, la costanza della relazione e sistemi di ricompensa articolati nel lungo periodo. Nel caso in cui la convenienza economica o altre motivazioni spingano a preferire le relazioni di mercato, si tratta di considerare con attenzione i costi di transazione, ossia gli sforzi necessari per ridurre a livelli accettabili i rischi di comportamenti opportunistici da parte del fornitore. In questa prospettiva, i costi di transazione sono più elevati

⁷ È in tal senso l'intervento di Remuzzi nell'area Sinspace del sito nephromeet (<http://www.nephromeet.com>).

⁸ Il punto di riferimento in letteratura è rappresentato da Williamson (14).

a) quanto meno definibili (standardizzabili) sono gli *output* attesi; b) quanto aggiustamento reciproco è richiesto nella dinamica della relazione tra fornitore e cliente (i contratti sono, per definizione, meno flessibili della gerarchia); c) quanto potere o saperi vengono trasferiti nella relazione dal cliente al fornitore. Nel valutare i costi di transazione, elementi come quelli menzionati, di natura più oggettiva, devono, inoltre, essere combinati con ulteriori elementi, più soggettivi, che attengono alla probabilità e agli incentivi che il fornitore potrebbe avere a mettere in atto comportamenti opportunistici. Intervengono, quindi, valutazioni sulla «consonanza strategica» (condivisione delle finalità e interesse a relazioni di lungo periodo) tra fornitore e cliente, sulla struttura proprietaria del fornitore e sui suoi sistemi di gestione. In sintesi, la letteratura dice che, da una parte, non bisogna dare per scontato che la gerarchia sia di per sé garanzia di comportamenti non orientati da convenienze particolari (siano esse di individui o di gruppi) e che, dall'altra, le relazioni di mercato devono essere attentamente governate e richiedono una serie di precondizioni perché i contratti da soli non garantiscono l'insieme delle condizioni che il cliente si attende dallo scambio. Ne consegue che la scelta di una delle due modalità deve essere attentamente valutata, ma che è ancora più importante una loro, altrettanto, attenta gestione.

Proprio in questa prospettiva diventa probabilmente più comprensibile la focalizzazione dello studio sulle condizioni che rendono possibile l'adozione di certe soluzioni dei contesti analizzati, piuttosto che utilizzare le stesse osservazioni per produrre valutazioni orientate a stabilire la superiorità di un'alternativa rispetto a un'altra. Non si tratta solo del fatto che spesso non esistono alternative, per cui è più fruttuoso tentare di capire come fare funzionare al meglio l'unica opzione disponibile, ma anche della necessità di comprendere a fondo quali possano essere le implicazioni di certe soluzioni, al fine di valutare se e come esse possano collocarsi nelle prospettive strategiche della nefrologia nel suo complesso e delle singole unità operative che la compongono. Un'analisi attenta di esperienze già compiute potrebbe rivelare la presenza di uno scarto tra le concettualizzazioni utilizzate nel dibattito e la realtà per come si è venuta modellando tra scelte deliberate e contingenze subite. La stessa analisi arricchirebbe, quindi, il novero delle soluzioni concretamente praticabili, suggerendo condizioni da rispettare e criticità da presidiare e, al tempo stesso, ne faciliterebbe un coerente inserimento nei percorsi di sviluppo che la comunità professionale sceglierà di perseguire.

ALCUNE NOTAZIONI CONCLUSIVE

Uno dei risultati del lavoro, per alcuni versi non intenzionalmente ricercato, è la pluralità delle interpretazioni che della medesima missione sono state offerte da unità operative, anche analoghe per collocazione istituzionale (Asl, aziende ospedaliere). Per quanto riguarda la missione, resta fermo il comune riferimento alla tutela e alla cura dei pazienti affetti da patologie renali o, meglio, il comune riferimento all'applicazione di un sapere alla soluzione di problemi rispetto ai quali il sapere stesso si ritiene meglio posizionato di altri. Ciò che varia è il modo con cui la missione trova concreta espressione nelle diverse realtà aziendali, espressione che riflette non solo la diversità dei contesti, ma anche una diversità di visioni su ciò che qualifica la nefrologia e che ne può aumentare le opportunità di sviluppo.

A fronte di strategie diverse, si nota, poi, una grande varietà di soluzioni organizzative e gestionali, ognuna delle quali, per poter funzionare, ha goduto di premesse e realizzato condizioni specifiche. La natura delle condizioni da realizzare, che diventano criticità da presidiare nel momento in cui alcune componenti, per scelta o per necessità, escono dal controllo diretto per essere affidate alle relazioni di mercato, non è invariante rispetto alla strategia adottata. In altri termini, da un'analisi attenta dei casi emerge come, nelle diverse strategie, le componenti giochino ruoli diversi e, quindi, non solo risultino più o meno esternalizzabili, ma, una volta esternalizzate, si caratterizzino per criticità diverse a seconda della strategia nella quale sono inserite.

Il tema delle competenze del nefrologo in relazione alle strategie perseguite è di grande complessità e, nella ricerca, si sono solo poste le basi per sviluppare una riflessione che dovrebbe impegnare tutta la comunità professionale. Di tutta evidenza è lo stretto legame tra tipologia di competenze presenti e strategie percorse dalle unità operative. Se in termini retrospettivi è facile osservare una coerenza, probabile frutto delle reciproche interazioni tra capacità professionali che aprono opportunità e opportunità che alimentano nuove competenze, rimane il tema di come guidare l'evoluzione, di quali percorsi evolutivi immaginare per la nefrologia e di come aprire nuove opportunità per nuovi nefrologi portatori di nuove competenze.

La lezione ultima che i ricercatori hanno appreso dai casi analizzati è che il valore aggiunto della nefrologia, che passa anche attraverso la sua capacità di esercitare il governo dei percorsi del paziente, non sembra dipendere da una formula preconfezionata, da applicare ovunque, ma dalla capacità di creare in ogni contesto le condizioni per assicurare al nefrologo e al sapere di cui è portatore il ruolo migliore per as-

solvere alla propria missione. Se ciò è vero, la varietà dei modelli e delle soluzioni, lungi dal rappresentare un insieme di deviazioni da un ipotetico standard, deve essere apprezzata come un esempio di duttilità e rappresenta un patrimonio che andrebbe meglio conosciuto e valorizzato per lo sviluppo della nefrologia italiana e per il bene dei pazienti.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

CONTRIBUTI ECONOMICI AGLI AUTORI

L'Autore dichiara di aver ricevuto sponsorizzazioni economiche per lo sviluppo della ricerca da parte di Fresenius.

Indirizzo dell' Autore:

Prof. Mario Del Vecchio
CUSAS Facoltà di Medicina, Università di Firenze e
CeRGAS Università Bocconi, Milano
e-mail: mario.delvecchio@unifi.it
e-mail: mario.delvecchio@unibocconi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Del Vecchio M, Dal Canton A. "Comunità professionali e percorsi strategici: il caso della nefrologia". Mecosan 2009; 18 (72).
2. Coda V (1988). L'orientamento strategico dell'impresa. Torino, Utet.
3. Lega F. Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali. Milano, Egea. 2008.
4. Prenestini A, Carbone C, Giusepi I, Lega F, Flor L, Garbelli C. "Logiche e modelli organizzativi per le reti ospedaliere: analisi di due casi aziendali" in Cantù E. (a cura di): L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2011. Milano, Egea. 2011.
5. De Pietro C. "L'invecchiamento del personale SSN" in Cantù E. (a cura di): L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009. Milano, Egea.
6. Armeni P. "La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione" in Cantù E. (a cura di): L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012. Milano: Egea.
7. Anessi Pessina E, Cantù E. "Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati" in Cantù E. (a cura di): L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012. Milano: Egea.
8. Ministero dell'Economia e delle Finanze. La spesa pubblica in Europa: metodi, fonti, elementi per l'analisi. Roma, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. 2011.
9. Del Vecchio M. Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche. Milano, Egea. 2009.
10. Pelissero G, Mingardi A (a cura di). Come cambia la sanità in Europa, fra pubblico e privato. Torino IBL libri. 2010.
11. Amatucci F, Favretto F, Vecchi VE. "Il finanziamento degli investimenti sanitari: il partenariato-pubblico privato «su misura»" in Cantù E. (a cura di): L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2010. Milano: Egea.
12. Macinati MS. "Il ricorso all'outsourcing nel SSN: i risultati di un'indagine empirica". Mecosan 2006; vol. 15 n. 57.
13. Tousijn W. "I medici in Italia: opportunità e vincoli per una nuova logica professionale" Tendenze Nuove n. 2.
14. Williamson OE. Markets and hierarchies, analysis and anti-trust implications: a study in the economics of internal organization. New York Free Press. 1975.