

## LEZIONI APPRESE DALLA RICERCA “FORME ISTITUZIONALI E MODELLI ORGANIZZATIVI PER LA FILIERA DEI SERVIZI NEFROLOGICI”

Mario Del Vecchio<sup>1,2</sup>, Rosanna Coppo<sup>3a</sup>, Valeria D. Tozzi<sup>1</sup>, Francesco Pizzarelli<sup>3b</sup>, Giuseppe Quintaliani<sup>3c</sup>, Gina Meneghel<sup>3d</sup>, Ugo Teatini<sup>3e</sup>, Giovanni G. Battaglia<sup>3</sup>, Marco Formica<sup>3</sup>, Giuseppe Enia<sup>3</sup>, Antonio Santoro<sup>3</sup>, Sandro Feriozzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CeRGAS Università Bocconi, Milano

<sup>2</sup>CUSAS Facoltà di Medicina, Università di Firenze, Firenze

<sup>3</sup>Società Italiana di Nefrologia, Roma

Il contributo presenta le principali “lezioni apprese” raggruppandole intorno alle tre questioni di fondo che hanno mosso l’organizzazione della ricerca e il metodo adottato (si vedano Loiacono e Tozzi negli elaborati precedenti). Esse sono presentate in prima battuta in forma sintetica (paragrafo 1) mentre, nel prosieguo dello scritto, viene presentato un executive summary della ricerca (paragrafo 2) e di seguito vengono dettagliate le riflessioni puntuali che hanno condotto all’esplicitazione delle “lezioni apprese” (paragrafo 3).

Il lavoro presentato è il risultato delle riflessioni e del confronto costante che CeRGAS Bocconi e CUSAS hanno avuto con SIN attraverso la sua commissione organizzata per la guida e il supporto alla ricerca alla quale hanno partecipato i professionisti nefrologi che firmano il contributo. Si tratta di riflessioni che in molteplici occasioni sono state oggetto di condivisione e confronto con l’intera popolazione dei nefrologi all’interno di eventi formativi e seminariali. Si è trattato di occasioni preziose attraverso le quali è stato possibile “allargare” la base di discussione e di ragionamento; lo scritto di seguito proposto fa tesoro delle osservazioni emerse in ciascuno di questi incontri.

<sup>a</sup>Presidente SIN

<sup>b</sup>Segretario SIN

<sup>c</sup>Chairman Governo Clinico SIN

<sup>d</sup>Commissione Accreditamento professionale - Gestione del rischio clinico - Audit clinico della SIN

<sup>e</sup>Comitato Direttori SC - SIN

### 1. I MESSAGGI CHIAVE PER LA NEFROLOGIA DALLE EVIDENZE DELLA RICERCA

Di seguito vengono riassunte le questioni “chiave” che alimentano le riflessioni in merito al posizionamento strategico della nefrologia. Esse sono raggruppate intorno a tre temi assiali:

- relazioni tra sapere disciplinare, contesti organizzativi e prospettive di sviluppo della specialità (1);
- sviluppo della disciplina e innovazioni gestionali nella filiera dei servizi nefrologici: quesiti legittimi per la comunità nefrologica;
- unicità dei saperi e molteplicità delle forme istituzionali e gestionali.

#### **Relazioni tra sapere disciplinare, contesti organizzativi e prospettive di sviluppo delle specialità**

1. Il sistema dei saperi in nefrologia è condizionato non solo dal progresso scientifico e dall’espansione della domanda ma anche dalle forme di organizzazione e gestione dei servizi all’interno delle aziende sanitarie. La comunità nefrologica ha sviluppato consapevolezza di tale processo di innovazione della disciplina.
2. Esiste una relazione di reciproco condizionamento tra i contesti organizzativi in cui i nefrologi operano e la missione che in essi esprime la disciplina. Più che ricercare la formulazione della missione che meglio rappresenta la specialità in astratto, è opportuno rivedere la diversificazione delle missioni che la nefrologia può esprimere in contesti organizzativi in cambiamento

per la garanzia della qualità delle cure per il paziente nefropatico.

3. La centralità delle competenze nefrologiche nella cura delle nefropatie è garantita dalle condizioni di organizzazione e gestione che consentono il reale governo strategico della filiera dei servizi nefrologici e il rispetto di condizioni di governo clinico del malato. Aprire il dibattito all'interno della comunità sulle diverse condizioni per garantire il governo strategico dei servizi e clinico del malato appare questione centrale per affermare la centralità della nefrologia per la salute dei nefropatici.

### **Sviluppo della disciplina e innovazioni gestionali nella filiera dei servizi nefrologici: quesiti legittimi per la comunità nefrologica**

4. La Società Italiana di Nefrologia (SIN) rappresenta lo spazio virtuale di elaborazione delle scelte della comunità in merito ai saperi che la qualificano e il luogo di convergenza degli interessi dei professionisti che praticano attività nefrologiche.
5. Tra le attività che la SIN si candida a fare c'è quella di prospettare strategie per lo sviluppo della comunità attraverso il presidio dei saperi scientifici che la qualificano e la diffusione delle sue attività essenziali che la rendono insostituibile nei contesti organizzativi della sanità pubblica e privata.
6. La nefrologia riconosce i fabbisogni di efficientamento dei sistemi erogativi aziendali e si propone, anche con i rappresentanti istituzionali della SIN, come interlocutore nell'elaborazione di scelte e strumenti promossi da Regioni e Aziende Sanitarie. È interesse del nefrologo che le diverse forme di gestione (fino all'outsourcing) prevedano strumenti specifici per il governo strategico dei servizi nefrologici e il governo clinico del malato. In questa prospettiva, appare vantaggioso per la comunità codificare e condividere l'insieme di strumenti che consentano di produrre omogeneità delle risposte di salute in contesti istituzionali differenti.
7. La nefrologia è una disciplina ampia con picchi di specializzazione: essa formula i suoi saperi distintivi intorno a un corpo unitario di attività (dalla gestione dell'insufficienza renale acuta o in fase conservativa delle fasi iniziali alla dialisi fino al trapianto di rene). Sebbene tali saperi non esauriscano il portafoglio delle conoscenze della specialità, la sopravvivenza della disciplina è collegata alle forme di manutenzione della matrice del sapere.
8. Dal punto di vista delle competenze professionali, il profilo del nefrologo del futuro non potrà che enfatizzare i generalismi diffusi della disciplina (collegati alla matrice delle sue conoscenze principali) e prevedere lo sviluppo di specialismi in definiti contesti aziendali su aree di patologia non contendibili.
9. La nefrologia ha una lunga storia rispetto alla riformulazione di modelli di governo strategico del paziente elaborati in contesti aziendali in cambiamento<sup>1</sup>. La comunizzazione di tali esperienze può consentire alla comunità di praticare ed esportare le migliori soluzioni.
10. Agire il governo clinico del malato e quello strategico della filiera dei servizi nefrologici prevede che vengano rispettate le condizioni di autonomia professionale del nefrologo nelle scelte terapeutiche, funzionali all'efficacia della risposta di salute.
11. Le modalità e gli strumenti di controllo dei servizi esternalizzati possono essere un focus specifico delle competenze gestionali del nefrologo per affermare la disciplina in contesti in cambiamento.
12. I confini organizzativi dell'operato del nefrologo sono sempre più quelli della rete territoriale (frequentemente di scala provinciale), piuttosto che della singola unità operativa, all'interno della quale trovano contemperamento gli interessi dei pazienti, dei professionisti e delle istituzioni. La rete nefrologica richiede strumenti di integrazione professionale e organizzativa per la gestione delle interdipendenze dei servizi della filiera.
13. Per ciascun nefrologo impegnato nella dialisi si pone la questione del posizionamento strategico di tali servizi all'interno dell'azienda e della rete nella quale sono inseriti: soddisfare tutta la domanda di dialisi che l'azienda intercetta oppure specializzarsi su specifici *target* di pazienti (per esempio, quelli di area critica) sono questioni che ne definiscono il posizionamento.
14. Il radicamento della nefrologia in ospedale può essere condizionato da alcuni processi di trasformazione che stanno caratterizzando questo ambito assistenziale. L'ancoraggio all'acuzie, all'emergenza e all'intensità tecnologica dei servizi appare una condizione che legittima la nefrologia nel *setting* assistenziale dell'ospedale anche

### **Unicità dei saperi e molteplicità delle forme istituzionali e gestionali**

<sup>1</sup> La nefrologia ha già esperito una molteplicità di soluzioni per la gestione in outsourcing di specifiche risorse (dagli infermieri alla distribuzione dei farmaci) e dei servizi di dialisi, fino all'esternalizzazione dell'intera filiera.

ad alta intensità di cura.

15. I nuovi modelli di organizzazione dell'assistenza territoriale orientati alla casistica cronica e polipatologica (Case della salute, Utap, ecc.) possono rappresentare una sfida per l'organizzazione della nefrologia che naturalmente tocca pazienti con tali caratteristiche.

## 2. EXECUTIVE SUMMARY

L'assistenza nefrologica si compone di una filiera eterogenea di servizi (dall'ambulatorio per l'insufficienza renale cronica, alle degenze per il trapianto fino al *day hospital* per la dialisi) che manifesta elevati fabbisogni di coordinamento in ragione dell'evoluzione di una patologia cronica. Se in passato la filiera dei servizi nefrologici era concentrata all'interno di singole strutture di offerta (a eccezione dei trapianti), nel corso degli ultimi anni una serie di fenomeni ne hanno, da una parte, esteso i confini (prevenzione, territorio, ospedale) e, dall'altra, ampliato il ventaglio delle formule istituzionali e gestionali potenzialmente utilizzabili. Alcuni dei fenomeni che hanno indotto tali trasformazioni gestionali e istituzionali sono stati:

- *Il ridisegno della rete di offerta promosso da molte Regioni*

La riconfigurazione dei confini delle ASL, attraverso i processi di fusione, e lo snellimento della rete ospedaliera appaiono due fenomeni ancora in divenire che condizionano i luoghi e i confini organizzativi della filiera dei servizi nefrologici. Nello specifico, le ASL stanno sviluppando forme intermedie di assistenza per supplire alla rimodulazione dei portafoglio dei servizi ospedalieri, sempre più focalizzato sull'acuzie, che produce una moltiplicazione dei servizi outpatient posti al di fuori dell'ospedale.

- *Il ricambio generazionale della classe medica*

L'invecchiamento dei professionisti pone il problema del ricambio generazionale all'interno delle comunità professionali e delle strutture di offerta, ricambio complicato dal saldo passivo che nel medio periodo si profila tra professionalità esordienti nel mercato del lavoro e quelle in via di pensionamento. Questo fenomeno ha diverse implicazioni: molte sono le comunità professionali, quella dei nefrologi per prima, che stanno sviluppando strategie più o meno consapevoli di focalizzazione sui saperi e sulle attività distintive della disciplina e alleanze con altre comunità professionali.

- *Outsourcing*

Quando i processi erogativi raggiungono un certo grado di standardizzazione possono divenire oggetto di esternalizzazione per migliorare i margini di flessibilità organizzativa e di efficienza operativa, favorendo, così, una riduzione dei costi. La tecnologia dialitica di base si è consolidata e largamente diffusa divenendo sempre meno dipendente, dal punto di vista strettamente operativo, da altri servizi sanitari e non sanitari all'interno delle aziende. Ciò ha portato al crescente sviluppo di centri dialisi privati che si interfacciano con il sistema pubblico secondo modelli localmente differenti. A tal proposito occorre sottolineare che le forme di esternalizzazione possono avere configurazioni ampiamente differenti (per esempio, appalto di servizi, service management, ecc.) e hanno interessato, in alcuni contesti regionali, segmenti più estesi della dialisi fino ad arrivare all'outsourcing dell'intera filiera.

- *Nuovi soggetti istituzionali che centralizzano processi decisionali e servizi aziendali*

Nell'ultimo decennio sono stati sperimentati modelli di centralizzazione sia delle decisioni sia di servizi quali l'approvvigionamento di beni e servizi. Si tratta di esperienze che portano al di fuori dei confini della singola azienda i processi decisionali su risorse necessarie per il funzionamento dei servizi e che divaricano le dinamiche decisionali mediche ed economiche secondo modelli gestionali nuovi. Tale fenomeno costringe il nefrologo a sviluppare forme di partecipazione alle scelte di acquisto centralizzate, per esempio, e a rivedere la propria organizzazione del lavoro in ragione di scelte "esterne" che in passato conduceva in autonomia.

A fronte di tali dinamiche, che acquistano connotati specifici a livello regionale e locale, la nefrologia si sta popolando di forme differenti di gestione dei propri servizi. Sorge l'esigenza di comprendere meglio i legami logici e operativi tra le diverse componenti di una filiera che deve comunque mantenere elevati livelli di integrazione per garantire, da una parte, la presa in carico del paziente e, dall'altra, la manutenzione e lo sviluppo di professionalità ampie e profonde chiamate ad adattarsi a modelli gestionali e istituzionali nuovi.

La ricerca ha riconosciuto alla SIN il ruolo di collettore delle esperienze più innovative che i nefrologi stanno vivendo in merito all'organizzazione dei servizi per poter elaborare e condividere soluzioni per il governo strategico dell'intera filiera dei servizi e del governo clinico del malato. Dalla ricerca in oggetto è maturata la convinzione che il sapere distintivo della nefrologia

può essere presidiato non solo attraverso il progresso scientifico, ma anche conoscendo e valutando la capacità delle diverse forme di gestione e organizzazione di garantire il governo strategico della filiera e quello clinico per il nefropatico. Il mantenimento del controllo organizzativo rappresenta una modalità essenziale per mantenere il controllo clinico del paziente.

I nefrologi hanno maturato una molteplicità di modelli di organizzazione e gestione dei servizi tale per cui è possibile sviluppare una visione unitaria all'interno della comunità sugli strumenti che, all'interno delle diverse configurazioni istituzionali, possano preservare meglio la centralità delle competenze nefrologiche e garantire le migliori risposte per il malato.

Un ampliamento dello spazio di azione e di decisione del nefrologo fino alla rete provinciale o regionale prevede che egli irrobustisca le proprie competenze manageriali non solo cogliendo le differenze tra scelte e configurazioni gestionali e istituzionali differenti, ma anche organizzando forme di integrazione funzionale per una filiera che si estende sempre più frequentemente al di là dei confini della singola azienda.

### 3. LE LEZIONI APPRESE

#### **Relazioni tra sapere disciplinare, contesti organizzativi e prospettive di sviluppo delle specialità**

- *Il presidio del sapere distintivo della disciplina passa anche attraverso la conoscenza e la valutazione delle nuove formule organizzative e istituzionali dei servizi nefrologici*

In via generale, le prospettive di sviluppo di una disciplina in campo medico sono condizionate da:

- dinamiche di espansione dei bisogni che ampliano la domanda di specifiche prestazioni;
- progresso scientifico che apre nuovi orizzonti nella diagnosi e nella terapia delle malattie;
- contesti organizzativi all'interno dei quali il sapere della disciplina si trasforma in pratica clinica.

In merito alla prima questione, per quel che concerne la nefrologia, si osserva che l'ampliamento dello spazio di azione della nefrologia, determinato anche dal progressivo invecchiamento della popolazione, oltre che da fattori legati a una maggiore sopravvivenza di patologie oncologiche e cardiologiche comportanti sofferenza renale, è testimoniato da indagini epidemiologiche che prospettano una domanda di servizi nefrologici in crescita; a fronte di tale scenario, in questa sede, si approfondiscono le relazioni che gli altri due fenomeni producono sullo sviluppo della disciplina (Fig. 1).

Il progresso scientifico derivante dalla costante ricerca di nuove modalità di diagnosi e cura delle pato-

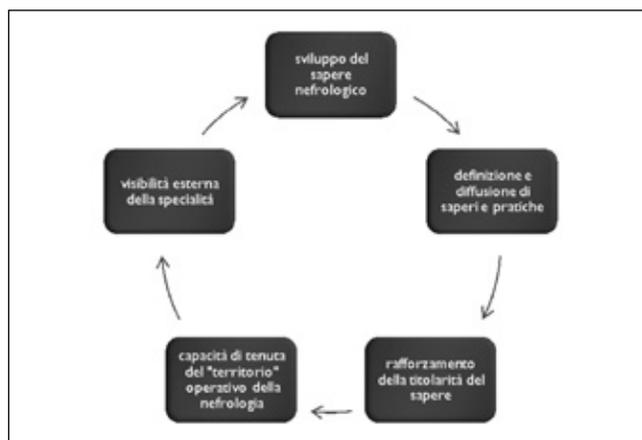


Fig. 1 - La circolarità del sapere.

logie renali ridefinisce costantemente i confini del sapere disciplinare rafforzando la centralità del sapere nefrologico. La divulgazione dei traguardi di sapere, progressivamente conseguiti dalla disciplina, produce l'effetto di esplicitare i sottoinsiemi di saperi dei quali si compone e segna i confini che demarcano le differenze tra più aree di sapere e specialità. Tutte le forme di divulgazione (linee guida, paper, studi, convegni, ecc.) consentono al sapere di diventare "proprietario": si legittima, in questo modo, la titolarità del sapere e al "proprietario" se ne riconosce il diritto all'uso che in medicina si traduce in pratica clinica.

Tradizionalmente i luoghi della pratica clinica sono stati le unità organizzative, i cui confini erano stati definiti dal sapere specialistico: medici, infermieri, pazienti, tecnologie e risorse in generale dedicati a specifici saperi trovavano luogo in spazi propri con routine di lavoro autoprodotte. Questo modello ha indotto l'equivalenza tra saperi e spazi nelle aziende sanitarie ad essi dedicati, rendendo le questioni di "titolarità" del sapere l'elemento discriminante nella ripartizione delle pratiche tra comunità professionali e riconoscendo al professionista ampi spazi nelle scelte di organizzazione del lavoro all'interno dei "suoi luoghi". Nel tempo, le tensioni all'efficientamento dei sistemi produttivi e la ricerca di forme più efficaci nel governo delle aziende sanitarie, sempre più grandi, hanno prodotto modelli che hanno interrotto la coincidenza tra luoghi e saperi (si pensi ai modelli di organizzazione per intensità delle cure) e hanno spinto all'integrazione tra pratiche, risorse e professionisti di più unità organizzative. Il dipartimento ricade in quest'ultima fattispecie, poiché ha integrato unità organizzative con differenti vocazioni specialistiche, secondo criteri di omogeneità o complementarità, inducendo forme di comunizzazione: dalla negoziazione unitaria dei budget fino alla condivisione di risorse (per esempio, posti letto, infermieri) o di approcci al

malato (per esempio, percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali). Queste esperienze condotte a largo raggio nell'intero Paese, hanno indotto forme differenti di "dispersione" del sapere e delle pratiche tra persone e spazi che in passato afferivano alla medesima disciplina. In tale scenario non solo l'innovazione scientifica ma anche le forme di definizione tramite la "clinical competence" nefrologica e la divulgazione rappresentano condizioni centrali per sostenere la titolarità dei saperi e il radicamento dei professionisti all'interno dei contesti aziendali.

- *La missione che la nefrologia individua come propria condiziona le modalità e le forme di espansione del campo di azione della disciplina*

La lettura dei fini e degli orientamenti che alcune unità organizzative di Nefrologia e Dialisi in Italia si sono attribuite ha consentito di osservare una numerosità di missioni in capo alla specialità. Di seguito, alcune delle più significative, che consentono di osservare progressivi restringimenti di campo della missione con orientamenti sempre più specialistici:

- a) "il nefrologo è un internista con una specializzazione rispetto all'organo";
- b) "in condizioni di ridotta funzionalità del rene, c'è bisogno di uno specialista nefrologo";
- c) "il nefrologo è lo specialista degli squilibri idrolettrolitici" con massima espressione clinica nell'insufficienza renale a diuresi assente;
- d) "il nefrologo è colui che ha competenze precipue per il trattamento della dell'insufficienza renale acuta";
- e) "il nefrologo è colui che ha competenze precipue per il trattamento delle complicanze multiorgano derivate dall'insufficienza renale cronica";
- f) "la nefrologia è la specialità di malattie poco note (glomerulonefriti)" che possono essere alla base di ipertensione secondaria o di insufficienza renale cronica, se non diagnosticate tempestivamente.

La missione della specialità all'interno dei diversi contesti aziendali identifica i campi di attività riconosciuti al nefrologo e le condizioni del suo intervento sul malato. L'esplicitazione del mandato riconosciuto alla disciplina tocca le relazioni tra più comunità professionali che operano nella medesima azienda: più ampia è la missione del nefrologo, maggiori sono gli spazi di contendibilità con altre arene professionali.

Esiste una relazione di reciproco condizionamento tra i contesti organizzativi in cui i nefrologi operano e la vocazione che la disciplina attribuisce a se stessa. Comprendere le relazioni causa-effetto non appare questione utile in questa sede. Molto più vantaggiosa è la consapevolezza che i due fenomeni sono connessi: forme di sclerotizzazione sulla missione possono

ridurre e comprimere le possibilità di espressione del sapere nefrologico all'interno dei contesti aziendali, oggi sempre più variegati. Per una comunità professionale, mantenere alta l'attenzione sulle diverse missioni espresse e sulle forme di organizzazione che essa adotta per poterla agire rappresenta una condizione di sopravvivenza importante. Più che convergere su una missione definita può essere utile per la nefrologia continuare a mantenere flessibile il suo mandato all'interno delle aziende, focalizzando l'attenzione sulle forme di presa in carico del paziente nefropatico.

Da qui, la convinzione che, a fronte di un campo di saperi definito e condiviso che rappresenta la nefrologia, intesa come disciplina, esistono multiformi declinazioni del suo operare in seno alle aziende a causa della natura istituzionale di queste ultime, delle scelte di organizzazione e gestione, degli orientamenti specialistici dei professionisti, dei legami professionali che i nefrologi intrattengono con le altre comunità e della configurazione della rete territoriale di riferimento.

- *Il presidio del sapere disciplinare passa per il governo strategico della filiera dei servizi nefrologici e per l'adozione di strumenti di governo clinico per l'appropriatezza della cura*

I modelli di organizzazione e gestione delle aziende sanitarie esprimono ampi livelli di variabilità, inducendo eterogenee modalità di presa in carico del malato. Per governo strategico della filiera nefrologica si intende la possibilità di intervenire sulle relazioni di interdipendenza che legano i diversi servizi nefrologici. Le modalità di reclutamento del paziente in dialisi piuttosto che il suo passaggio al trapianto sono esempi di legami che il nefrologo deve poter presidiare per garantire la più adeguata continuità delle cure anche in presenza di servizi ripartiti tra differenti aziende. L'allocazione della nefrologia all'interno di un dipartimento di area chirurgica piuttosto che medica e le scelte aziendali di "acquisto" dal mercato di risorse (per esempio, personale infermieristico) o di esternalizzazione della dialisi non sono condizioni neutre rispetto alle modalità di azione della presa in carico nefrologica del paziente e alle condizioni di controllo sulla qualità delle risposte fornite. Il tema di riflessione che si pone alla comunità è quello di conoscere e condividere le diverse soluzioni a garanzia del governo strategico della filiera in contesti organizzativi e istituzionali eterogenei.

Altra modalità per affermare la centralità del sapere nefrologico nel dar risposta alle nefropatie sta nella capacità di elaborare e applicare *standard* di "clinical competence" e di appropriatezza che consentano di conoscere e comprendere la qualità delle cure per il

paziente con malattia renale. Esempi di strumenti che vanno nella direzione del governo clinico sono Linee Guida, percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali, indicatori e così via.

La ricognizione e il censimento delle pratiche e degli accordi adottati nelle diverse realtà e delle diverse forme controllo sugli *standard* assistenziali prestatati appaiono la questione chiave che lega saldamente la nefrologia ai bisogni dei pazienti in modo trasversale rispetto all'eterogeneità delle forme istituzionali e gestionali che si possono ritrovare all'interno delle Regioni.

### **Sviluppo della disciplina e innovazioni gestionali nella filiera dei servizi nefrologici: quesiti legittimi per la comunità nefrologica**

- *Per le comunità professionali in medicina, il luogo di elaborazione delle riflessioni in merito allo sviluppo della disciplina, nella prospettiva in precedenza dipinta, è rappresentato sempre più dalle loro società scientifiche*

Il processo di decentramento amministrativo e l'autonomia delle Regioni sui temi della sanità hanno ridotto non solo lo spazio di azione delle istituzioni centrali al SSN ma ne hanno anche depotenziato la capacità di intercettare fenomeni di scala nazionale e di rappresentare il luogo prioritario di riflessione da parte di più portatori di interesse. Ciò ha comportato il naturale rafforzamento di tutte quelle forme organizzate di osservazione e valutazione di questioni che toccano il panorama della sanità nazionale e, in tale direzione, le società scientifiche svolgono, accanto alle funzioni più tradizionali, quelle di riflessione sul posizionamento della comunità e sulle relazioni con le altre comunità. Si tratta di una nuova prospettiva per le società scientifiche: oltre a rappresentare la collettività scientifica di riferimento, diventano interlocutore e *partner* delle istituzioni pubbliche nella costante riflessione su evoluzione della disciplina, qualità dei servizi e risposta ai bisogni dei pazienti.

Questa condizione rende la Società Italiana di Nefrologia (SIN) il luogo di convergenza degli interessi dei professionisti che praticano attività nefrologiche e lo spazio virtuale di elaborazione delle scelte della comunità in merito ai saperi che la qualificano. Significa

che, all'interno del perimetro della SIN, è possibile prospettare strategie per lo sviluppo della comunità attraverso il presidio dei saperi scientifici che la qualificano e la conoscenza delle forme di espressione nei contesti organizzativi della sanità pubblica e privata. Si tratta di un lavoro che la SIN ha già avviato e che necessita di continuità nella visione e nella conduzione.

- *Le innovazioni di natura manageriale, oltre a quelle scientifiche, pongono alla comunità la questione del posizionamento strategico dei nefrologi e della disciplina*

La rottura dell'equivalenza tra saperi e luoghi a essi dedicati, indotta dai più recenti modelli di organizzazione delle aziende sanitarie (si pensi all'organizzazione per intensità delle cure), impone alla comunità professionale la necessità di rivedere le modalità di "radicamento" dei nefrologi all'interno delle organizzazioni nelle quali operano. Se l'innovazione manageriale si spinge fino a forme di *outsourcing*, per il nefrologo si pone la necessità di rivedere la sua pratica e di valutare strumenti nuovi che consentano la presa in carico del paziente come se fosse gestito in "organizzazione".

Si avverte la necessità di una riflessione particolare per la dialisi non solo per il peso che ha nell'agenda del nefrologo, ma anche per il rapporto che ha con la nascita della specialità. La diffusione del sapere e delle pratiche della disciplina nefrologica è legata alla penetrazione dei servizi di dialisi all'interno delle strutture di offerta<sup>2</sup>, pur non esaurendo la dialisi il corpo dei saperi della specialità. Si tratta di un *imprinting* che lega e vincola la disciplina alle forme di gestione di uno dei suoi servizi core. Questo tratto genetico è naturale che continui a segnare i confini e gli spazi di azione della disciplina in modo forte: cambiamenti nelle forme di gestione e di erogazione dei servizi dialitici hanno ripercussioni sul posizionamento della comunità professionale e sui saperi che la rappresentano.

Le scelte di esternalizzazione appaiono diffuse e capillari nel tessuto delle aziende sanitarie e decise al di fuori dei circuiti professionali. Questo rende opportuno ragionare sulle forme di controllo che il nefrologo può agire per mantenere adeguati *standard* assistenziali, avendo la nefrologia manifestato un ampio ventaglio di esperienze in tal senso, come si dimostrerà in seguito.

- *La salvaguardia della matrice distintiva del sapere e il bilanciamento tra specialismi e generalismi per il rafforzamento della disciplina*

Tra le questioni che una società scientifica è chiamata ad affrontare c'è quella del profilo di professionista che si intende prospettare nel futuro. Si tratta di una riflessione che parte dalla storia della disciplina e che

<sup>2</sup> Andres G (†), Fogazzi GB, Enrico Fiaschi (1913-1989): una rievocazione personale. In: Fogazzi GB, Schena FP. *Personae e fatti della nefrologia italiana (1957-2007)*. Milano: Wichtig Editore 2007; 32-41; Fogazzi GB, Cameron JS. The early introduction of percutaneous renal biopsy in Italy. *Kidney Int* 1999; 56: 1951-61; Cortesini R. Società Italiana Trapianti d'Organo. Breve storia. <http://www.societitalianatrapiantidiorgano.com> (accesso il 10 Febbraio 2009); Cagli V, Cinotti GA. *La nascita della nefrologia Romana*, *Giornale Italiano di Nefrologia/Anno 26 n. 3, 2009/* pp. 377-83.

scommette sul portafoglio di saperi che rafforzano il campo disciplinare che i singoli rappresentano e sulle modalità che i professionisti hanno a disposizione per migliorare l'assistenza ai pazienti nefropatici.

La nefrologia è una disciplina che radica i suoi saperi distintivi intorno a un corpo unitario di attività: dalla gestione del danno renale, dell'insufficienza renale e delle complicanze a essa legate fino alla dialisi e al trapianto. Sebbene tali saperi non esauriscano il portafoglio delle conoscenze della specialità, essi ne rappresentano la parte più corposa. Si tratta di attività interdipendenti in ragione dell'evoluzione naturale della patologia. Questo rende la comunità molto più omogenea rispetto alle proprie conoscenze "di base", pur perseguendo percorsi di specializzazione delle diverse forme di manifestazione della patologia e delle sue complicanze. La matrice delle conoscenze nefrologiche è unitaria e viene acquisita interamente nel percorso di formazione evitando l'elaborazione di ambiti di iperspecializzazione distinti e privi di interdipendenze di sapere. Tale situazione fattuale implica che qualsiasi strategia venga elaborata dalla comunità dovrà preservare la sua "matrice" di riferimento, quei generalismi che rappresentano la base delle pratiche e delle conoscenze del nefrologo, riducendo le strategie di focalizzazione a specifiche attività e gruppi di persone.

- *Gli "specialismi" della disciplina possono essere perseguiti solo in contesti organizzativi in cui è maturata una domanda di competenze nefrologiche da parte delle altre comunità professionali*

La possibilità di gestire pazienti nefropatici di area critica dipende dal fatto che chirurghi e rianimatori, solo per fare alcuni esempi, ritengano che la gestione delle complicanze renali sia una *expertise* del nefrologo, sostenendone quindi i costi di integrazione interprofessionale. La presa in carico nefrologica della casistica con insufficienza renale cronica, in una fase storica di tensione sulle risorse professionali, passa attraverso l'alleanza con i medici di medicina generale che domandano competenze specialistiche per la casistica più complessa. Tali situazioni esemplificano due forme di orientamento specialistico dell'attività che, per essere agite richiedono non solo lo scambio professionale tra medici ma anche il presidio di relazioni organizzative tra equipe e strutture organizzative. La riflessione sugli specialisti della disciplina non può quindi prescindere dai luoghi e dalle condizioni nei quali essi operano. Occorre un bilanciamento tra saperi specialistici non contendibili da altre figure professionali e generalismi della disciplina che possono essere condivisi e "ceduti" ad altre.

### **Unicità dei saperi e molteplicità di forme istituzionali e gestionali**

- *Esiste un patrimonio di esperienze della nefrologia nella riformulazione dei modelli di carico dei pazienti in contesti organizzativi in grande cambiamento*

Il portafoglio dei servizi nefrologici è stato oggetto di scelte esplicite di policy da parte delle Regioni e di innovazioni organizzative per le aziende sanitarie. Il censimento SIN del 2008 fotografava questa situazione. La nefrologia ha già una storia rispetto alla formulazione di risposte nuove al governo strategico del paziente elaborate in contesti aziendali che hanno avviato forme importanti di cambiamento. In Lombardia, nel 2004, partiva la sperimentazione gestionale presso l'Azienda Ospedaliera di Seriate per la gestione dell'intera attività nefrologica in capo alla Fondazione *Onlus Orizzonte*; presso l'Asl di Firenze sono in essere accordi e modalità specifiche di governo della dialisi esternalizzata e modelli di organizzazione per intensità delle cure della nefrologia nell'Ospedale *Santa Maria Annunziata*; presso l'Ospedale *Don Bosco* di Torino si osservano forme di *outsourcing* di parte del personale infermieristico e della distribuzione di farmaci e dispositivi per la dialisi e presso l'AOU *Sant'Orsola Malpighi* di Bologna sono attivi ruoli di *case manager* per percorsi a diversa complessità. Si tratta di casi aziendali che propongono forme istituzionali e gestionali nuove che si associano a quelle più frequenti e diffuse nel panorama nazionale riconducibili al caso dell'Ospedale Belcolle di Viterbo o dell'ASP di Catania.

Si tratta di un patrimonio di esperienze diverse rispetto a quelle normalmente e diffusamente attuate che possono trovare ambiti di riflessione specifica in seno alla SIN e diventare patrimonio della comunità e non solo modello di pratica del singolo professionista.

- *Le forme di controllo dei servizi esternalizzati a garanzia del governo strategico della filiera e clinico del nefropatico*

Il tema dell'*outsourcing* pone una riflessione su come ricondurre a unitarietà nella presa in carico del malato servizi o condizioni di funzionamento (per esempio, le risorse infermieristiche) gestiti con regole e assetti istituzionali differenti. La letteratura sottolinea che si prestano all'esternalizzazione le attività stabili e controllabili (Williamson, 1981). Il controllo può essere esercitato sulle modalità di erogazione del servizio e/o sui suoi esiti (Ouchi, 1989). Nella prima ipotesi, il processo erogativo è ben noto e anticipabile, per cui chi esercita il controllo andrà a verificare, per esempio, il *timing* tra prestazioni e l'utilizzo di alcune terapie; nella seconda, il processo non è standardizzabile, ma sono noti gli esiti attesi: in questo caso la verifica sui

servizi esternalizzati viene fatta rispetto a valutazioni, presenza di complicanze e raggiungimento di *target* di parametri sanitari. Si tratta di due condizioni non necessariamente alternative.

Appare opportuno osservare la storia che la comunità dei nefrologi ha maturato su questi temi all'interno dei sistemi di offerta regionali differenti e porre l'accento sulle forme di controllo che il nefrologo può mettere in campo a garanzia della salute dei pazienti e del miglior presidio delle competenze nefrologiche.

Oggetto di *outsourcing* possono essere non solo singoli servizi sanitari, ma anche condizioni specifiche per il loro funzionamento: si tratta di tecnologie (per esempio, le macchine per la dialisi), di "attività sanitarie di supporto" (per esempio, la distribuzione dei farmaci, delle prestazioni di diagnostica di laboratorio, del personale infermieristico) o di attività "amministrative di supporto" (dall'amministrazione del personale fino alle pulizie o ai rifiuti speciali), (2), fino ad arrivare all'esternalizzazione dell'intera filiera (3).

La nefrologia ha maturato esperienze relative a tutte le fattispecie di esternalizzazione e di seguito vengono presentate le principali riflessioni in merito alle forme di controllo che ha promosso. Tali esperienze sono oggetto di riflessione costante da parte della comunità, in modo da orientare l'operato dei nefrologi e le scelte di organizzazione all'interno delle aziende nelle quali operano, valorizzando le esperienze già maturate.

- *Il controllo pubblico nelle forme di esternalizzazione a tutela della qualità delle cure per i pazienti nefropatici*

Le relazioni pubblico-privato sono andate rafforzandosi a partire dalla fine degli anni '90 (4-7) in ragione della tensione all'efficientamento dei sistemi erogativi avviati nelle aziende sanitarie pubbliche. Questo fenomeno ha indotto confini sempre più frastagliati tra le combinazioni economiche dell'azienda pubblica e di quella privata. È naturale che i fini istituzionali orientino i comportamenti degli attori che operano al loro interno e, per evitare che le convenienze dell'impresa possano produrre forme di "selezione avversa" tra pazienti o, più in generale, differenze nella qualità delle cure erogate in contesti istituzionali differenti, l'attore pubblico, titolare della funzione di tutela della salute, è chiamato a sviluppare adeguate forme di committenza e controllo. In questo senso, i casi osservati evidenziano modalità e strumenti specifici di aziende pubbliche nel promuovere forme di controllo che, in via generale, riconoscono al *partner* privato il ruolo di produttore, non lasciando spazio per forme di committenza, e preservano le condizioni di governo strategico della filiera e di quello clinico da parte del nefrologo che operano nell'azienda pubblica.

- *L'esternalizzazione del personale infermieristico tra conoscenze stabili e controllabilità delle performance*

Il modello tradizionale, all'interno del quale si sono formate le competenze della gran parte dei nefrologi Italiani, prevede che il sistema delle risorse dei nuclei omogenei di attività (a eccezione del trapianto) venga gestito all'interno della UO. Questo implica ampi gradi di autonomia nelle decisioni in merito all'approvvigionamento delle risorse. Le scelte compiute dalle aziende sanitarie di divisionalizzazione delle strutture organizzative attraverso i dipartimenti o di centralizzazione dei processi decisionali in capo a unità operative uniche aziendali (si pensi alle forme di approvvigionamento e gestione delle risorse infermieristiche) mettono in discussione l'autonomia dei processi decisionali del nefrologo e lo obbligano alla negoziazione all'interno del dipartimento o con strutture d'azienda. Alternativa a tale processo di negoziazione interna è quello dell'acquisto esterno delle risorse che accade ogni volta che i costi della gestione interna appaiono eccessivamente onerosi e i servizi da reperire sono stabili e controllabili. Quando intervengono fenomeni di tal genere, si osserva che i legami gerarchici all'interno delle aziende vengono interrotti da scelte "di mercato" (8).

Le risorse infermieristiche, centrali per l'erogazione di assistenza per pazienti prevalentemente cronici come i nefropatici, sono state tra le prime che il nefrologo ha "sciolto" dai vincoli del funzionamento aziendale. Come anticipato, la convenienza al "rifornimento esterno" di risorse umane si manifesta quando:

- le persone non devono apportare conoscenze critiche per il processo erogativo, poiché metterebbero in "dipendenza" l'organizzazione dalla loro presenza/assenza e creerebbero gravi problemi nel caso non potessero essere sostituite;
- i costi dell'immissione nell'organizzazione non sono particolarmente alti in termini di conoscenze da trasferire, tempi di addestramento e formazione, ecc.;
- le modalità di reclutamento e di sostituzione sono più celeri ed è possibile esprimere chiare forme di committenza sui requisiti richiesti.

Se l'efficacia delle opzioni di esternalizzazione sono connesse alla capacità di controllare il processo erogativo nel quale sono immesse o agli esiti dell'operato, appare evidente che l'opzione di acquisto a mercato di competenze infermieristiche venga espressa per la gestione dei percorsi di cura più stabili: si tratta dei servizi a maggiore standardizzabilità che riguardano i pazienti stabilizzati, per i quali il percorso di cura appare programmato e codificato. Infatti, le forme di controllo in questo caso possono riguardare le modalità di effettuazione delle diverse pratiche che inter-

vengono nella singola seduta dialitica. Strumenti di controllo ampiamente noti alla comunità sono i sistemi informativi che consentono di verificare quali attività sono state erogate al paziente e da parte di chi, piani e programmi di attività, percorsi di inserimento focalizzati sul portafoglio di attività che l'infermiere è chiamato a svolgere.

Spesso, nelle aziende, si è chiamati a gestire la convivenza tra risorse infermieristiche con contratto pubblico e quelle reperite al di fuori delle regole della dipendenza. In tali situazioni si osservano due fattispecie:

- i servizi e le attività vengono ripartiti tra le due tipologie di profili sulla base della loro stabilità e standardizzazione. In questo caso, si affidano alla gestione infermieristica in *outsourcing* alcuni servizi per i pazienti stabilizzati e non complessi, mentre rimane in carico al pubblico il resto delle attività;
- nel caso in cui non sia possibile ripartire attività e servizi, occorre gestire le forme di interdipendenza che naturalmente si sviluppano nell'intervento sul medesimo paziente o nello svolgimento delle stesse attività per pazienti differenti. Ai tradizionali sistemi di controllo, si associano le azioni per promuovere orientamenti finalistici condivisi che possono promuovere forme di integrazione e collaborazione.

• *L'esternalizzazione delle condizioni di supporto: dal magazzino alla distribuzione di farmaci e dispositivi*

La possibilità di acquistare dal mercato servizi di supporto della filiera nefrologica prevede il rispetto di alcune condizioni di equilibrio tra le regole di funzionamento dell'azienda pubblica e quelle del fornitore:

- le regole generali di acquisto di beni e servizi che il sistema aziendale ha formulato non possono essere travalicate;
- i servizi del *partner* privato possono integrare quelli dell'azienda supplendo ad alcune criticità e soddisfacendo alcuni bisogni specifici collegati alla gestione del malato che l'azienda pubblica non riesce a risolvere.

Ciò significa, per quel che riguarda il primo punto, che il valore complessivo dei servizi acquistati e le modalità di pagamento del fornitore sono condizioni che rientrano nella negoziazione aziendale e nelle *routine* dell'attore pubblico. La spesa complessiva per i farmaci e i dispositivi acquisiti attraverso i servizi del *partner* privato non possono superare i tetti che l'azienda pubblica ha. Quello che cambia è che, a fronte del rispetto delle condizioni economiche di massima, il professionista può richiedere forniture e dosaggi per-

sonalizzati per ciascun paziente. Questo va incontro alla necessità dei professionisti di avere forme di distribuzione di farmaci e dei dispositivi *targettizzate* per ciascun malato. Bisogno sempre più stringente per le aziende pubbliche è quello di ridurre i costi e gli oneri organizzativi collegati alla gestione di magazzini aziendali: in questo caso, il distributore si occupa del reperimento e dello stoccaggio delle risorse che comporranno i *kit* personalizzati.

Questo modello di gestione deve prevedere: l'organizzazione dell'emergenza (la necessità di reperire un kit nel caso di attività non programmate) e la separazione dei flussi (le attività di consegna e allestimento della poltrona per la dialisi con il *kit* dedicato al paziente devono svolgersi in tempi diversi da quelli dell'erogazione della prestazione).

• *L'outsourcing della dialisi: strumenti testati in nefrologia per il governo strategico del malato*

La dialisi è un servizio che richiede condizioni di prossimità per il malato per la natura cronica del bisogno. I diversi sistemi regionali hanno risposto in modo differente alla necessità di bilanciare il bisogno di rendere tale servizio capillare e i vincoli sulle risorse umane ed economiche da investire. Come già rilevato dal rapporto SIN, in Italia sussistono molteplici modelli di rete per la dialisi con o senza centri satellite e con diversa presenza di attori privati.

La preoccupazione maggiormente percepita dalla collettività dei nefrologi è relativa al fatto che in reti di offerta che prevedono sia erogatori pubblici sia erogatori privati vengano messe a rischio le condizioni di continuità delle cure (nel caso in cui il paziente dializzato abbia bisogno di servizi tipici dell'acuzie quali la degenza o il PS) e il governo strategico del malato, a garanzia della qualità della risposta diagnostica e terapeutica fornita.

Le esperienze che la nefrologia annovera consentono di proporre condizioni già testate di collaborazione pubblico-privato che mettono in sicurezza la comunità e i pazienti rispetto a tali preoccupazioni. Di seguito l'elenco delle principali evidenze:

- il ruolo di produttore e non di gestore strategico del malato per il *partner* privato. Se oggetto di esternalizzazione sono servizi che possono essere controllati nella modalità di erogazione e/o negli *output*, possono essere esternalizzati quelli di dialisi destinati ai pazienti stabilizzati e non complicati che hanno percorsi di cura codificati e condivisi. Questo implica che le modalità di invio a tali strutture devono prevedere l'intermediazione della struttura pubblica. In questa accezione, il nefrologo pubblico funge da "filtro" per l'accesso al centro dialisi privato, si fa garante

della coorte sulla quale il "pubblico" assume la presa in carico, stabilisce modalità definite di controllo periodico e si assume la responsabilità della verifica, con possibilità di reversibilità dal privato al pubblico in caso di perdita di idoneità per aggravamento delle condizioni cliniche;

- la costituzione di una rete territoriale gestita dall'attore che risponde per la funzione pubblica che rappresenta. In questo modo, vengono non solo garantiti gli equilibri e gli spazi di azione tra pubblico e privato ma si sviluppano forme di governo dell'intera filiera nefrologica su scala territoriale;
  - le modalità di invio e la funzione di "filtro" da parte della struttura pubblica possono essere di diverso tipo. Dagli accordi specifici tra ASL e strutture private fino all'esplicitazione di *standard* di accreditamento sulla qualità dei servizi che esse sono chiamate a rispettare. Le forme di contrattualizzazione esplicitano le reciproche responsabilità e definiscono i confini delle interdipendenze reciproche. Infatti oltre a sancire il *target*, i volumi di attività e le modalità di erogazione, il contratto può prevedere le modalità di gestione del paziente in caso in cui abbia un evento acuto (nel caso osservato, interviene il presidio territoriale più vicino alla residenza del paziente);
  - il controllo sulla qualità delle cure prevede forme di coesione professionale. Se la rete è governata dall'attore pubblico, il nefrologo pubblico è chiamato a verificare gli standard terapeutici praticati nel centro dialisi privato. Intervenire sulle scelte professionali, proponendo e condividendo specifici protocolli, appare praticabile se esistono forme di allineamento tra il nefrologo pubblico e quello privato, la condivisione del dibattito che anima l'evoluzione della disciplina e la partecipazione sentita alla medesima comunità locale professionale. Il fatto che entrambi partecipino alla medesima arena professionale (per esempio, partecipazione condivisa alla vita della società scientifica) o che si identifichino con la medesima scuola di specializzazione in nefrologia appaiono condizioni di fondo favoranti il clima del confronto e del ragionamento clinico condiviso sul caso.
- *L'esternalizzazione dell'intera filiera nefrologica: la centralità delle relazioni con l'azienda pubblica*

Nel tema dell'*outsourcing* si osserva che il governo integrato dell'intera filiera ricade su uno stesso soggetto, un *partner* privato, che organizza e gestisce tutte le interdipendenze indotte tra i servizi della filiera stessa

e tra questi ultimi e l'azienda pubblica. Agganciare alla dialisi i nuclei omogenei di prevenzione, diagnosi e *follow up* in regime ambulatoriale e la degenza significa che la filiera dei servizi in *outsourcing* tocca l'intera domanda di servizi nefrologici e non riguarda solo *target* di pazienti cronici e stabilizzati. Questa situazione induce a organizzare le condizioni per dare risposta a una domanda variabile ed eterogenea di servizi. In linea generale, le regole di funzionamento della filiera rispettano le condizioni di funzionamento di un interlocutore istituzionalmente diverso rispetto all'azienda pubblica, introducendo condizioni di efficienza indotte dalla specificità dell'assetto istituzionale: gestione delle forniture, dei sistemi operativi a supporto della qualità e così via. Questioni centrali nell'esercizio del controllo nei confronti di questa forma di *outsourcing* sono:

- la capacità dell'attore pubblico nel fare committenza non solo su volumi minimi di attività per soddisfare i bisogni attesi, ma anche sugli *standard* qualitativi di funzionamento dei servizi;
- l'esistenza di una molteplicità di potenziali *partner* da mettere in competizione e, tra essi, di soggetti affidabili che possano condividere parte degli orientamenti di chi ha responsabilità del servizio per la collettività;
- il presidio dei legami logistici e funzionali "forti" con l'azienda pubblica; la sola dialisi non riesce a garantire completamente le soglie minime di funzionamento della degenza e dell'ambulatorio. Essere incardinati all'interno della struttura ospedaliera e partecipare alle *routine* e ai processi manageriali e professionali in seno all'azienda consentono di garantire meccanismi di invio tipici del funzionamento "in organizzazione". Inoltre, la gestione dell'intera filiera richiede la predisposizione di alcuni servizi che è impossibile per l'attore privato produrre "in economia", ma che conviene acquistare dall'azienda pubblica: la guardia notturna, l'utilizzo della sala mortuaria e il sistema delle consulenze routinarie. Infine, il fatto che l'attore privato sia incardinato all'interno della struttura pubblica consente di gestire le condizioni che garantiscono il governo strategico del malato e la continuità della cura per la prossimità tra servizi.
- *Il nefrologo come professionista della rete territoriale di nefrologia e non della singola azienda*

Il funzionamento "a rete" dei servizi nefrologici sposta le scelte di governo sull'assistenza nefrologica a bacini di popolazione più ampi di quelli della singola azienda e consente forme di controllo sia professionale sia istituzionale.

Sempre più frequentemente la filiera nefrologica è

scomposta in una serie di servizi che non trovano spazio in una sola azienda ma in più aziende all'interno di confini provinciali o di altre partizioni regionali (aree vaste, zone, quadranti). Ciò implica che il livello di regia dell'intera rete sia sovra-aziendale (9) e tale modello di organizzazione consente specifici vantaggi per la nefrologia che gestisce un portafoglio di servizi eterogenei per *target*, ambiti assistenziali, condizioni di fruizione e forme di collaborazione pubblico-privato.

Infatti, il modello "a rete" consente di bilanciare i seguenti fenomeni:

- forme diffuse di reclutamento dei pazienti. I pazienti nefropatici hanno frequentemente patologie pregresse (problemi cardiologici, diabetologici, ecc.) gestite da altri professionisti, a partire dal medico di medicina generale fino agli specialisti ospedalieri. I meccanismi di invio ai servizi rappresentano una variabile chiave per alimentare il flusso atteso di pazienti e per far sì che vi sia una funzione di filtro che consenta di inviare i pazienti "giusti" agli ambiti assistenziali appropriati. Infatti le scelte di invio e di orientamento dei pazienti nella rete dei servizi possono essere concordate tra professionisti e tra istituzioni che partecipano al gioco di rete;
  - relazioni interistituzionali e scelte di invio e orientamento su scala provinciale o di dimensione superiore, richiedendo livelli di formalizzazione delle regole di funzionamento della rete. È possibile inserire negli accordi di *partnership* non solo tetti di spesa e volumi di prestazione ma anche *target* di pazienti per i quali la struttura privata può erogare servizi e condizioni di verifica delle scelte terapeutiche. La letteratura sul tema segnala che le reti cliniche (come potrebbe essere quella nefrologica su scala provinciale o regionale), per essere efficaci, devono essere "managed": ciò significa che devono essere regole e scelte di comportamento condivise da parte di tutti i "nodi" della rete che partecipano ai processi negoziali e decisionali.
- *Competenze di network management per la comunità dei nefrologi*

Accanto alle competenze professionali il nefrologo è chiamato a sviluppare competenze manageriali non solo e non tanto nella gestione della singola unità organizzativa ospedaliera: i fenomeni aziendali e regionali descritti in precedenza dipingono una filiera di offerta interaziendale con elevati fabbisogni di integrazione (10). Come garantire che i centri dialisi prossimi alla residenza del malato siano idonei e operino secondo i migliori *standard* e come gestire le complicanze per i casi ad alta complessità che richiedono uno sforzo multi-professionale sono le questioni che il nefrologo è chiamato a sviluppare per stare in rete.

- *Il diverso posizionamento strategico della dialisi: dal modello focused factory alla dialisi iperspecialistica*

Per ciascun nefrologo impegnato con la dialisi si pone la questione se i suoi servizi siano chiamati a soddisfare tutta la domanda di dialisi che l'azienda intercetta oppure se la nefrologia si debba specializzare su quella dedicata a specifici *target* di pazienti (per esempio, quelli di area critica). In realtà non si tratta di questioni davvero alternative ed esse sono condizionate dalla natura istituzionale dell'azienda in cui opera: aziende orientate all'alta specialità offrono alternative di posizionamento differenti rispetto ai presidi delle aziende territoriali. In ogni caso, a prescindere dalle determinanti della scelta, le due alternative strategiche richiedono condizioni differenti di funzionamento.

La prima situazione è tipica di strutture di dialisi che rappresentano il nodo di offerta quasi unico sul quale si concentra un'ampia domanda di servizi dialitici. Significa che il portafoglio delle alternative di offerta per il paziente è ridotto o per assenza di una pluralità di strutture o per *reputation* di uno specifico centro di dialisi. Il centro dialisi che assorbe ampie porzioni della domanda dialitica può identificarsi in una *focused factory* all'interno della quale trovano risposta tutti i livelli di complessità della domanda dialitica. Esistono alcune questioni chiave per questo posizionamento strategico della dialisi, che riguardano la gestione delle risorse umane e degli spazi:

- concentrazione fisica di tutti i servizi dedicati alla dialisi (dagli spazi dedicati alla preparazione al trapianto fino a quelli per i casi contumaciali). In questo modello si intersecano molteplici percorsi fisici dei pazienti e la possibilità di comunizzare gli spazi moltiplica la possibilità da parte della struttura di erogare un ampio portafoglio di servizi e di fare monitoraggio diretto sul malato;
- internalizzazione di servizi di supporto alla prestazione dialitica vera e propria: la possibilità di gestire gli accessi vascolari e di avere dei pacchetti di consulenze per il *follow up* consentono di produrre risposte unitarie riducendo le inter-dipendenze della dialisi da altri servizi interni o esterni all'azienda;
- sviluppo di specialismi del sapere collegati sia ai volumi di pazienti sia alle forme di organizzazione del lavoro. La possibilità di dare risposta a tutte le fattispecie di fabbisogno dialitico richiede che, all'interno del *team* di professionisti, ciascuno sviluppi degli orientamenti specialistici. Agli specialismi del sapere vengono associate di frequente le responsabilità sulle diverse aree di attività (per esempio, dialisi peritoneale, emodialisi, preparazione al trapianto).

La scelta di focalizzazione della dialisi su determinati *target* di pazienti pone puntuali condizioni di funzionamento, poiché i pazienti sono collocati in altre unità operative:

- occorre che venga avvertito il bisogno delle competenze nefrologiche per erogare la dialisi. Questo significa che, nella medesima azienda, esiste una domanda "interna" di tali competenze nefrologiche: si tratta di una condizione di legittimazione professionale tra comunità etero-professionali;
- i processi di invio e di condivisione delle strategie terapeutiche tra più medici sul medesimo paziente non sono solo una questione professionale, ma implicano l'attivazione di strumenti di integrazione tra *routine* operative di diverse unità organizzative: per esempio, integrare l'organizzazione della terapia intensiva con quella della struttura di dialisi. Oltre alla condivisione di protocolli o di percorsi, in alcuni casi la complessità assistenziale può prevedere l'identificazione di un ruolo di *case manager* che supporti l'allineamento professionale e organizzativo sul medesimo paziente.

Questo posizionamento strategico, che non esclude l'erogazione delle forme di dialisi più tradizionale, può sussistere se la singola struttura nefrologica necessita di differenziarsi all'interno di una rete di offerta (non solo aziendale ma anche interaziendale) popolata.

- *I servizi nefrologici in ospedale e sul territorio: sfide da cogliere per la nefrologia*

La riorganizzazione della rete di offerta promossa da Regioni e aziende sanitarie sta orientando sempre più l'ospedale alla gestione dei fenomeni acuti, dell'emergenza e dei servizi ad alto contenuto tecnologico. Il radicamento delle discipline all'interno del setting ospedaliero è largamente condizionato dalla capacità di legarsi a queste attività.

Le forme di innovazione organizzativa dell'assistenza territoriale puntano sempre più all'integrazione tra le cure primarie e quelle intermedie. I modelli delle case della salute, delle UTAP (*unità territoriali di assistenza primaria*), dei presidi territoriali di assistenza (PTA della Regione Siciliana) e dei CReG lombardi aprono alla nefrologia la possibilità di valutare forme nuove di prossimità dei servizi per i pazienti nefropatici. Si tratta di forme di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che, nelle diverse declinazioni regionali, si stanno diffondendo a "macchia di leopardo nell'intero Paese". La nefrologia è una disciplina che della cronicità e della polipatologia fa uno dei suoi tratti distintivi; è, però, ancora gravata da un alto indice di mancata identificazione precoce delle malattie renali in fase iniziale. La collaborazione con altre discipline e con i medici di medicina generale potrebbe favorire la diagnosi precoce delle malattie renali. Appare, al momento, uno spazio inesplorato che consente di valorizzare il tratto della prossimità che molti servizi nefrologici richiedono.

#### DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

#### CONTRIBUTI ECONOMICI AGLI AUTORI

Con il supporto incondizionato di Fresenius alla ricerca effettuata dagli Autori 1 e 3.

#### 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 Po  
e-mail: mario.delvecchio@unibocconi.it Pos

## BIBLIOGRAFIA

1. Dal Canton A, Del Vecchio M. "Comunità professionali e percorsi strategici: il caso della nefrologia". *Mecosan* n. 72. 2009.
2. Tozzi V (2004). La gestione per processi in sanità. *Mecosan* n. 50.
3. Boscolo PR, Tozzi V. La gestione delle interdipendenze per la filiera dei servizi nefrologici: l'A.O. Bolognini di Seriate, *Mecosan*, v. 20, n. 80. 2011.
4. Macinati MS. «L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati», in E. Anessi Pessina». E Cantù (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto Oasi 2006*, Egea, Milano. 2006.
5. Macinati MS. Outsourcing in sanità: successo o fallimento? Indicazioni da una ricerca empirica. *Politiche sanitarie* Vol. 7, n. 3. 2006.
6. Macinati MS. Personale infermieristico interno e in outsourcing: contesto aziendale e soddisfazione professionale. *Mecosan* n. 64. 2007.
7. Macinati MS, D'Urso A, Degrassi F, Fachin M, Leto A. La reinternalizzazione dei servizi in sanità. L'esperienza dell'AOU di Trieste e della Asl RM B. *Mecosan* n. 71. 2009.
8. Williamson OE. The economics of organization: the transaction cost approach. *American Journal of Sociology* 1981; 87: 548-77.
9. Lega F. Gruppi e reti aziendali in sanità: Strategia e gestione. Egea. 2002.
10. Del Vecchio. "Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale". Egea, Milano. 2008.