

INTRODUZIONE ALLA RICERCA

Mario Del Vecchio¹, Valeria D. Tozzi²

¹Professore Associato Facoltà di Medicina, Università degli studi di Firenze e Direttore MiMS Master in Management per la Sanità SDA Bocconi, Milano

²Ricercatore Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) e Vice Direttore MiMS Master in Management per la Sanità SDA Bocconi, Milano

LE IPOTESI DELLA RICERCA

La storia recente dell'assistenza Sanitaria si è contraddistinta per il rapporto univoco tra sapere dei professionisti, natura specialistica delle prestazioni e partizioni organizzative all'interno delle aziende (l'unità operativa di una struttura ospedaliera rappresenta il luogo aziendale all'interno del quale si trova un determinato sapere). L'unitarietà della relazione tra saperi, persone e spazi fisici per il mondo medico si è sempre confrontata con un'altra fattispecie di unitarietà tra saperi, persone e luoghi fisici, quella relativa alle questioni amministrative. Le tendenze evolutive dei sistemi stanno spingendo alla rottura dell'univocità della relazione tra saperi, persone e luoghi fisici (si pensi, a titolo esemplificativo, ai fenomeni dell'organizzazione ospedaliera per intensità di cura) ed al superamento della rigida ripartizione tra la dimensione medica e quella gestionale nel campo dell'assistenza; in tale senso il tema del governo clinico può essere letto come il tentativo di avvicinare la razionalità manageriale a quella medica.

Sebbene tali fenomeni sono generalizzabili all'intero contesto Italiano, essi hanno manifestato sfumature differenti a seconda delle contingenze Regionali e aziendali.

La tipologia e la numerosità delle attività specialistiche erogate all'interno delle aziende Sanitarie (pubbliche e private) è fortemente condizionata dallo sviluppo del sistema delle conoscenze della famiglia professionale nel contesto locale, dalle scelte di organizzazione dei servizi compiute dal *management* aziendale (e dal ruolo agito in tali decisioni dagli stessi professionisti nei diversi contesti) e dalle pressioni ambientali esercitate in generale sulle organizzazioni Sanitarie.

La lettura integrata dei fenomeni emergenti, non solo di livello Nazionale ma anche locale consente di sviluppare riflessioni in merito al posizionamento di un'intera famiglia professionale relativamente ai servizi che ne connotano l'identità e la riconoscibilità e le scelte di organizzazione che ne valorizzano l'operato. Tali informazioni consentono di maturare livelli di consapevolezza diffusa sulle dinamiche in atto e di sviluppare e

condividere le piste di sviluppo futuro.

L'innovatività della ricerca «Prospettive organizzative e strategiche per la nefrologia in Italia. Un'analisi economico-aziendale», svolta dal CERGAS (Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria) dell'Università Bocconi di Milano e dal CUSAS (Centro Universitario di Studi sull'Amministrazione Sanitaria) della Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze, per la Società Italiana di Nefrologia (SIN) ha promosso la riflessione sulle dinamiche evolutive della specialità al di fuori dal campo del sapere medico, allargando la prospettiva al mondo del *management* e delle istituzioni.

Relativamente alla nefrologia, le traiettorie che hanno guidato la ricerca in oggetto sono state le seguenti:

1) La riorganizzazione delle strutture ospedaliere in ragione dell'attivazione dei dipartimenti. Da obiettivi di integrazione dei diversi apporti specialistici lungo i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali fino alla condivisione di risorse e piattaforme produttive per diverse attività specialistiche, la dipartimentalizzazione modifica le condizioni di lavoro delle specialità ospedaliere e nelle versioni più "spinte" interrompe la relazione univoca tra luoghi dedicati ad una specialità ed il sapere distintivo della disciplina che ha contraddistinto le dinamiche organizzative del passato. In questo contesto la nefrologia ha vissuto esperienze molto differenti: in alcuni casi la dipartimentalizzazione ne ha limitato il peso aziendale, mentre in altri ne ha valorizzato il ruolo; è evidente che la collocazione all'interno di un dipartimento a vocazione medica piuttosto che chirurgica ne condiziona la focalizzazione verso le attività di nefrologia clinica piuttosto che quelle dei trapianti di rene, soprattutto nelle esperienze interaziendali (molto più complesse relativamente alle intese interistituzionali e alle soluzioni organizzative). Si segnala che l'unitarietà dell'intera filiera dei servizi nefrologici su scala locale (sovraziendale, provinciale o regionale) si persegue non solo attraverso il ridisegno delle strutture organizzative (ad esempio, i dipartimenti) ma anche (in alcuni casi soprattutto) attraverso progetti e sistemi operativi di integrazione (si pensi alla condivisione della cartella clinica informatizzata piuttosto che alla definizione di percorsi diagnostico

terapeutici ed assistenziali).

2) I progetti di integrazione tra ospedale e territorio che hanno lo scopo di allocare attività e prestazioni all'interno degli ambiti assistenziali di maggiore appropriatezza organizzativa. Focalizzare l'ospedalità sull'acuzie e sviluppare strutture "intermedie" che coprano il ventaglio dei servizi dal domicilio al ricovero ospedaliero, sono alcune delle più cogenti priorità nell'agenda dei sistemi Regionali. Il tema della terapia dialitica al di fuori dei confini ospedalieri ed i progetti di integrazione con la medicina generale allo scopo di fungere da "filtro" nei confronti delle strutture nefrologiche, sono solo due delle questioni che i processi di integrazione ospedale territorio sollevano.

3) *Outsourcing* dei servizi sanitari core. Si sta progressivamente diffondendo la pratica di "portare" al di fuori dei confini d'azienda "pezzi" dei processi assistenziali. Tale situazione, spinta prevalentemente dal contenimento della spesa, apre il fianco a riflessioni relative alla *clinical governance* del paziente, gestito da attori non pubblici, ed ai problemi relativi alla riconnessione di tali servizi all'intera filiera di offerta della specialità (si pensi al paziente dializzato che necessita di trapianto). La maturità della tecnologia e la stabilità del suo processo assistenziale sono due qualità della dialisi che ne stanno motivando le scelte di esternalizzazione e ne inducono una riflessione consapevole all'interno della famiglia professionale.

4) Professionalizzazione del personale dell'assistenza (personale infermieristico, tecnici sanitari, ecc.) che ha visto aumentare le proprie conoscenze tecniche e scientifiche. Si tratta di un'evoluzione che in molte specialità ha dato luogo - e forse avrà ancora di più in futuro - ad un progressivo travaso di attività e responsabilità dai medici a tali professionisti e quindi ad un'importante revisione della divisione del lavoro e del potere organizzativo all'interno delle strutture Sanitarie. Più che promuovere la competizione e limitare gli spazi di azione, si tratta di un'opportunità per gestire lo scenario futuribile dell'aumento della domanda di servizi nefrologici e fronte di risorse decrescenti (a partire dall'offerta di professionisti Nefrologi nell'immediato futuro).

LE RIFLESSIONI DI FONDO

L'avvio della ricerca ha coinciso con l'analisi della produzione delle nefrologie ospedaliere riconducibili alle discipline di Nefrologia, Nefrologia Pediatrica, Nefrologia abilitata al trapianto ed Emodialisi in Italia a partire dai dati SDO degli anni 2005 e 2006 (ricoveri ospedalieri e diurni). L'analisi della produzione ospedaliera ha consentito di verificare retrospettivamente la strategia che la comunità professionale ha

sviluppato a livello Regionale e a livello Nazionale.

Si tratta di una strategia in quanto, sulla base di alcune assunzioni sugli ambienti di riferimento, in parte implicite e in parte esplicite, e di uno schema interpretativo delle dinamiche prevalenti, è rintracciabile un modello di comportamento condiviso dalla comunità professionale, coerente rispetto sia ai presupposti, sia alle finalità perseguite di crescita della specialità nei singoli contesti e nel sistema nel suo complesso. Tale strategia, di carattere tanto generale da potere essere condivisa dalla maggior parte delle famiglie professionali mediche, si basa essenzialmente su una stretta connessione tra espansione del campo potenziale di intervento e crescita della specialità. Se per ogni disciplina il campo potenziale è dato dall'insieme di individui e condizioni rispetto ai quali gli specifici saperi e tecniche possono essere utilmente impiegati ed esso è stato - ed è - in continua espansione in ragione delle dinamiche demografiche da una parte, e dei progressi scientifici e tecnologici dall'altra, le variabili da presidiare e sulle quali intervenire - in assenza di altri vincoli - sono quelle che rappresentano per la disciplina una sorta di «moltiplicatore per unità di bisogno». Da questo punto di vista, un'area di intervento tipico, spesso interamente delegata alla disciplina stessa, è costituita dagli *standard* di qualità i cui miglioramenti, in termini di copertura dei bisogni o di intensità di risposta alla domanda, sono tradizionalmente stati un vettore rilevante di crescita.

La percezione che i presupposti della strategia finora adottata possano non essere più utilizzabili nel futuro, ha imposto una esplicitazione, e contestuale rivisitazione, del modello logico di riferimento iniziando a prendere atto che i legami tra espansione del campo potenziale e processi di crescita non potevano più essere dati per scontati. Nel sorreggere questo cambiamento di prospettiva ha giovato una breve analisi preliminare del «posizionamento competitivo» della nefrologia riguardo alle attività di ricovero condotta sulla base delle schede di dimissione ospedaliera del 2005 e del 2006 rese disponibili dal Ministero della Salute.

Limitandosi per brevità al 2006 (per il 2005 l'analisi è in larga parte sovrapponibile), la Tabella I mostra nella prima colonna il totale dei ricoveri (ordinari e DH) per DRG effettuati nel 2006 dalle unità operative afferenti alla nefrologia, mentre la seconda e la terza colonna mostrano rispettivamente la quota percentuale di ogni DRG sul totale della produzione e la cumulata corrispondente ad ogni DRG, essendo questi collocati in ordine decrescente di apporto alla produzione totale. Questa prima fotografia ci consegna l'immagine di ciò che fanno le nefrologie e quale sia il loro grado di «specializzazione produttiva». Emerge un quadro nel quale un solo DRG (316-insufficienza renale) copre

TABELLA I - ATTIVITÀ NEFROLOGICA DEDOTTA DALLE DIMISSIONI DEI REPARTI DI NEFROLOGIA A CONFRONTO CON LE ALTRE DISCIPLINE

Dimessi (SDO 2006)	LE NEFROLOGIE °(disc.29-48-54-77)			ALTRE DISCIPLINE	QUOTE DI MERCATO		TOTALE n.
	n.	% *	Σ %		Nefrologie	Altre discipline	
I 20 DRG più frequenti (rappresentano 80% dell'attività)							
316 - Insufficienza renale	57.735	40,3%	40,3%	18.573	75,7%	24,3%	76.308
332 - Altre dia. rene e vie urinarie,eta' >17 senza CC	10.108	7,1%	47,4%	12.517	44,7%	55,3%	22.625
315 - Altri int. Su rene e vie urinarie	9.122	6,4%	53,8%	3.372	73,0%	27,0%	12.494
134 - Ipertensione	6.571	4,6%	58,4%	53.377	11,0%	89,0%	59.948
333 - Altre dia. rene e vie urinarie,eta' <18	5.719	4,0%	62,4%	11.705	32,8%	67,2%	17.424
331 - Altre dia. rene e vie urinarie,eta' >17 con CC	3.919	2,7%	65,1%	4.680	45,6%	54,4%	8.599
317 - Ricovero per dialisi renale	2.674	1,9%	67,0%	283	90,4%	9,6%	2.957
324 - Calcolosi urinaria senza CC	2.205	1,5%	68,5%	28.216	7,2%	92,8%	30.421
120 - Altri int. su app. circolatorio	2.153	1,5%	70,0%	4.460	32,6%	67,4%	6.613
321 - Infezioni rene e vie urinarie, eta' > 17 senza CC	2.065	1,4%	71,4%	13.063	13,7%	86,3%	15.128
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1.663	1,2%	72,6%	84.896	1,9%	98,1%	86.559
326 - Segni,sintomi rene e vie urinarie,eta'>17 senza CC	1.324	0,9%	73,5%	9.377	12,4%	87,6%	10.701
127 - Insufficienza cardiaca e shock	1.303	0,9%	74,4%	116.961	1,1%	98,9%	118.264
144 - Altre dia. app. circolatorio con CC	1.286	0,9%	75,3%	20.695	5,9%	94,1%	21.981
416 - Setticemia, eta' > 17	1.205	0,8%	76,2%	17.043	6,6%	93,4%	18.248
323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia (ESWL)	1.045	0,7%	76,9%	35.736	2,8%	97,2%	36.781
322 - Infezioni rene e vie urinarie, eta' < 18	1.026	0,7%	77,6%	8.836	10,4%	89,6%	9.862
395 - Anomalie dei globuli rossi, eta' > 17	1.014	0,7%	78,3%	50.112	2,0%	98,0%	51.126
302 - Trapianto renale	984	0,7%	79,0%	564	63,6%	36,4%	1.548
478 - Altri int. vascolari con CC	918	0,6%	79,7%	11.363	7,5%	92,5%	12.281
Altri (in totale sono 445)	29.098	20,3%	100,0%				
TOTALE	143.137	100%					619.868

Legenda: * La percentuale indica il peso del singolo DRG rispetto all'intera attività di ricovero delle Nefrologie in Italia.

° Discipline 29: nefrologia; 48: nefrologia abilitata al trapianto di rene, 54: Emodialisi; 77: Nefrologia pediatrica

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006)

circa il 40% di tutta la produzione e i successivi quattro si collocano tra il 4 e il 7%, coprendo tutti insieme circa il 60%. A parte questi primi cinque DRG, il resto della produzione appare disperso e frammentato (Fig. 1). La seconda parte della stessa Tabella I considera le attività delle nefrologie da un'altra prospettiva. Per i medesimi DRG presi in considerazione nelle prime tre colonne viene evidenziata la produzione attribuibile a unità operative non nefrologiche, avendo preventivamente selezionato le sole strutture dove la nefrologia è presente. Si tratta, quindi, di pazienti che, in termini e nei limiti della classificazione DRG, avrebbero potuto teoricamente ricoverarsi in un reparto nefrologico,

effettivamente presente nella struttura, ma sono stati trattati da un'altra specialità. Così la quarta colonna mostra, per i DRG considerati, il totale della produzione assicurata dalle specialità non nefrologiche nelle strutture dove la nefrologia è presente e sono di conseguenza calcolabili (quinta colonna) le rispettive «quote di mercato». Come emerge in maniera più evidente dalle Figure 2 e 3, molta della produzione che caratterizza le nefrologie viene dimessa anche da altre specialità, la medicina in primis. Le due dimensioni di analisi - quella interna della «specializzazione produttiva» e quella esterna della «attrazione competitiva» - possono essere congiunte in una classica matrice stra-

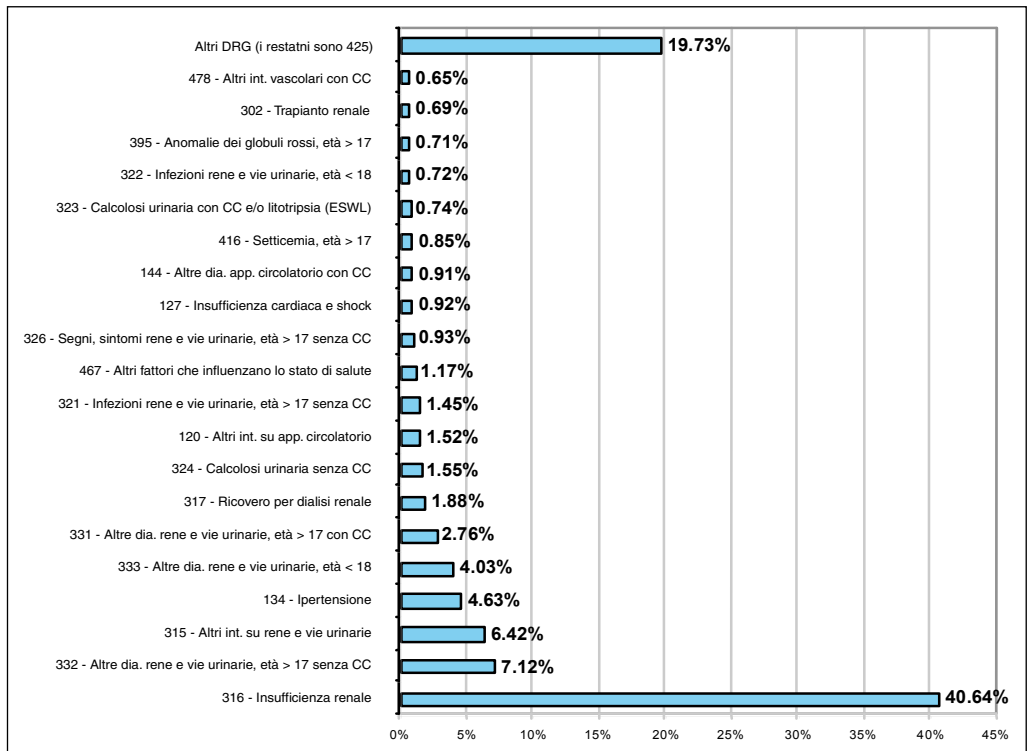
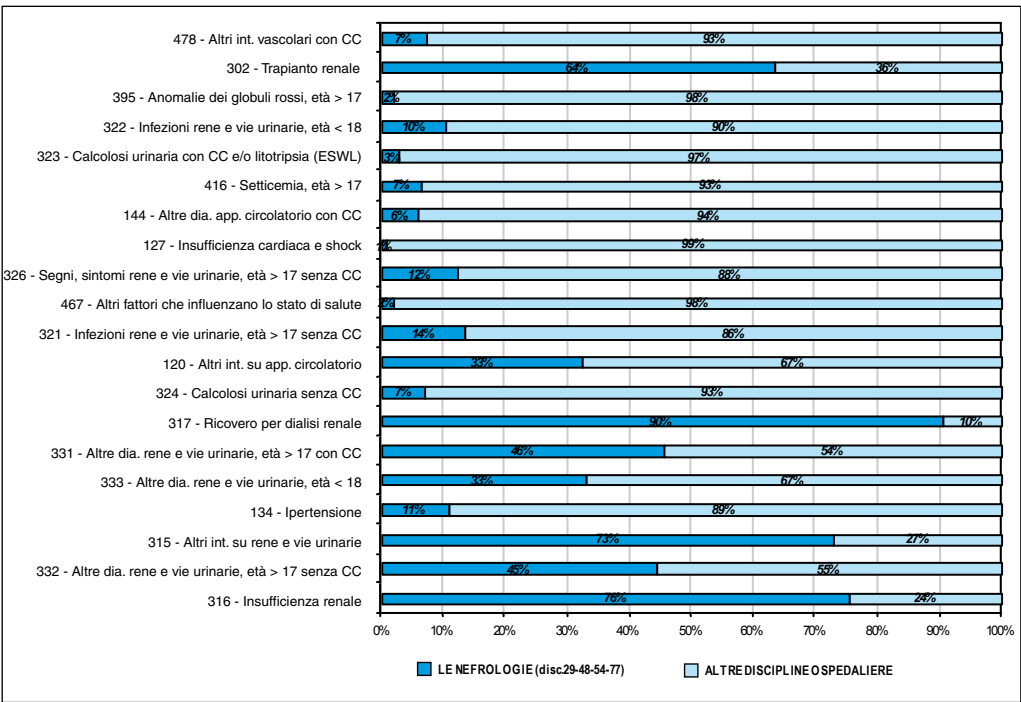


Fig. 1 - Attività nefrologica dedotta dalle dimissioni dei reparti di nefrologia in Italia.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).

Fig. 2 - Quote di mercato della nefrologia per i DRG di sua competenza.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).



tecnica che tendenzialmente individua quattro insiemi di DRG cui è possibile applicare specifici schemi di ragionamento (Fig. 4).

L'analisi e la discussione di dettaglio dei dati verrà presentata in uno dei contributi seguenti (pag. 129); ciò che qui interessa evidenziare è come una riflessione

nei termini appena indicati contribuisca a modificare radicalmente il modo di guardare al campo potenziale nelle sue relazioni con la crescita della disciplina.

Consideriamo, ad esempio, una possibile connotazione del campo attraverso l'utilizzo di due variabili: da una parte i livelli di insufficienza renale rispetto

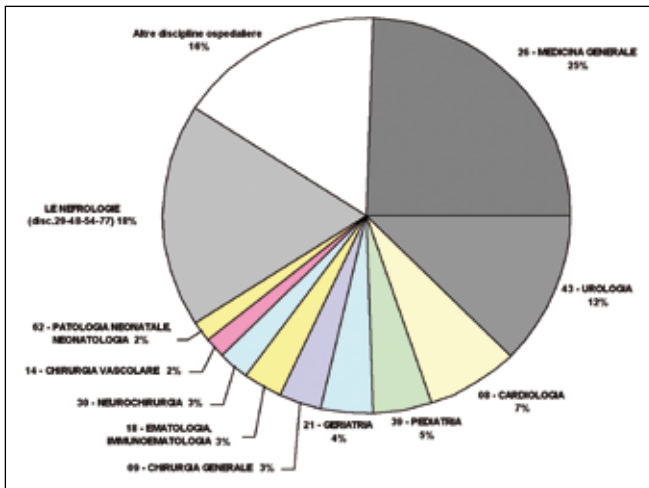


Fig. 3 - Quota di mercato della nefrologia e delle altre discipline.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).

ai quali è utile/desiderabile l'intervento e, dall'altra, il tipo di quadro generale nel quale si presenta la patologia nefrologica che può andare da un contesto di monopatia/acuzie a quello di una pluripatia/cronicità (i due termini nei binomi non sono evidentemente coincidenti, ma indicano una comune direzione evolutiva). Le variabili proposte possono essere considerate sufficientemente rappresentative delle due dimensioni, più volte citate, dei progressi scientifici e tecnologici - i livelli di insufficienza rispetto ai quali può essere utile intervenire progressivamente si abbassano - e delle dinamiche demografiche - l'invecchiamento della popolazione contribuisce ad aumentare la domanda correlata alle patologie plurime e alla cronicità - variabili che contribuiscono a spie-

gare la continua crescita del campo potenziale. Ciò che modifica la prospettiva tradizionale non è quindi la crescita delle opportunità, che come minimo rimane inalterata, ma il fatto che nella lettura del campo potenziale irrompono altri attori, le altre specialità, di cui bisogna tenere adeguatamente conto (Fig. 5). Si tratta di attori che da sempre sono stati presenti, ma che rimanevano sullo sfondo fino a quando i confini delle diverse unità operative sono stati sufficientemente garantiti. Le nuove tendenze indeboliscono i confini tra le diverse specialità e rendono problematico il rapporto tra potenzialità di espansione presenti nell'ambiente e opportunità effettive di crescita della specialità. Così come mostra la Figura 5, la nuova lettura prende atto del ruolo che le altre discipline possono esercitare, non solo nell'area di maggiore espansione rappresentata tipicamente dal paziente anziano e pluripatologico, ma anche in quella dell'acuzie specifica (patologie indiscutibilmente nefrologiche che sfuggono alle nefrologie) o del trapianto (dove si registra un rapporto dialettico e variabile con le chirurgie).

In termini più generali e astratti, l'analisi della produzione che dovrebbe rappresentare quella di riferimento per la nefrologia (i DRG che ne caratterizzano l'attività) e la «scoperta» che il soddisfacimento di tale domanda potenziale è condiviso con altre specialità, conduce ad una prima importante innovazione nel modo di guardare al problema della crescita della specialità. Il «sapere nefrologico» definisce un campo potenziale di intervento, ma le modalità di traduzione di tale sapere in attività concrete e risorse destinate a sorreggerle sono varie e oggetto di dinamiche non sempre controllabili dalla comunità dei Nefrologi. Così, accanto a situazioni di intervento tendenzialmente esclusivo del

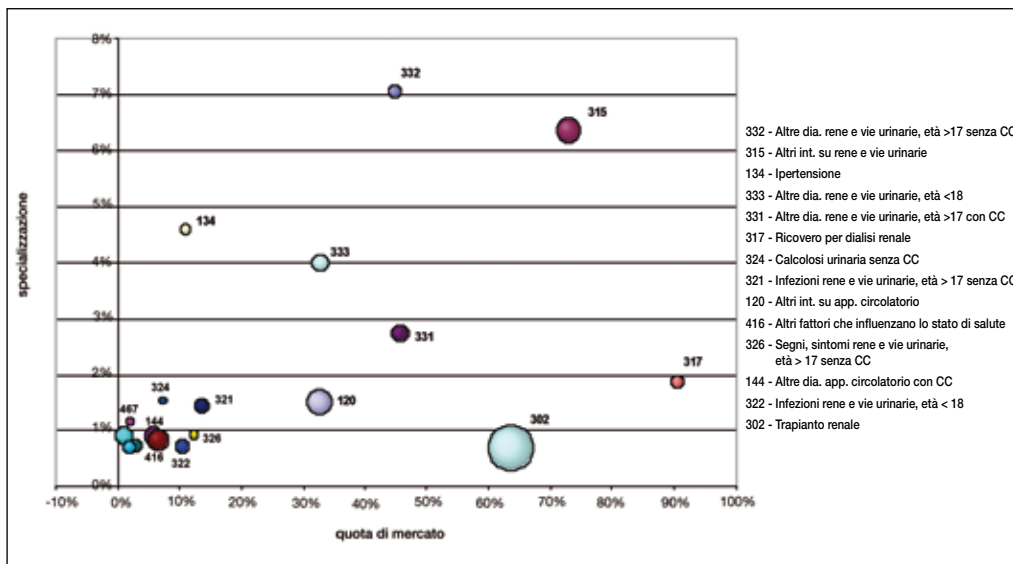


Fig. 4 - Matrice delle quote di mercato e di specializzazione della nefrologia.

Il DRG 316 (outlier con valori 0,75 e 0,40) è stato escluso dalla matrice per avere un dettaglio più chiaro dei DRG immediatamente successivi che si riportano in matrice.

Elaborazioni da database ministeriale SDO (2006).

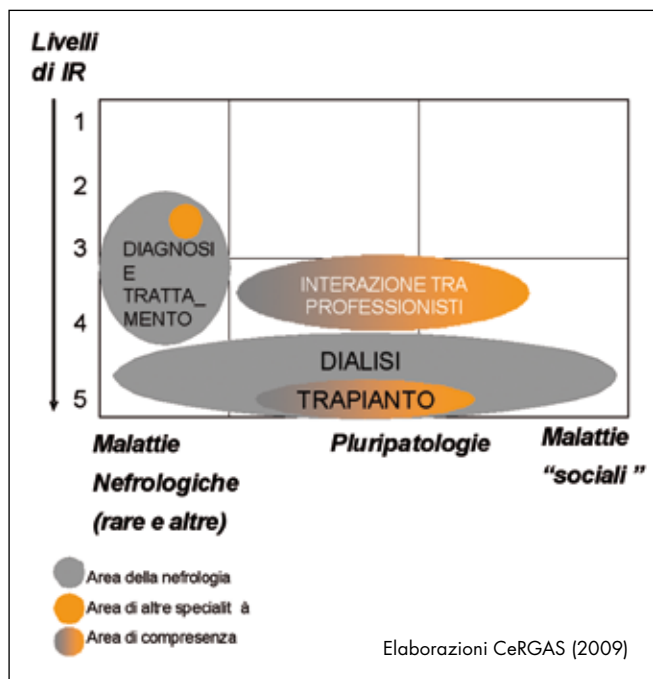


Fig. 5 - Livelli di severità della malattia renale cronica e ipotesi di posizionamento attuale.

Nefrologo, esiste una area crescente di interazione tra specialità diverse, area nella quale il «governo strategico» del paziente può essere realmente condiviso o, molto più spesso, vedere la prevalenza di una specialità (non sempre la nefrologia) in posizione dominante e le altre collocate in funzione di supporto e consulenza. In alcuni contesti assistenziali, come ad esempio l'assistenza primaria, le competenze nefrologiche, possono essere poi, addirittura, trasferite - e le responsabilità demandate - ad altri professionisti come i medici di medicina generale. I riflessi per la comunità dei Nefrologi conseguenti all'espansione delle potenzialità legate ai «bisogni nefrologici» vengono, quindi, mediati dalle relazioni di collaborazione e concorrenza che la specialità è in grado di instaurare rispetto alle altre.

La configurazione specifica di tali relazioni dipende, come già precedentemente accennato, da ciò che concretamente accade non solo nel campo dei saperi - e quindi rispetto alla capacità di ogni matrice disciplinare di trovare risposte più efficaci di altre ai bisogni di salute dell'umanità - ma anche e soprattutto nelle organizzazioni e nei sistemi nei quali i saperi stessi vengono applicati. In questa prospettiva, ed è un secondo elemento di innovazione rispetto alla visione tradizionale, nella fase di selezione delle aree di sviluppo ogni tentativo di governo delle dinamiche della disciplina deve superare il riferimento pressoché esclusivo a ciò che si ritiene utile e desiderabile, per arrivare a considerare la

difendibilità o meno delle aree prescelte rispetto all'arena inevitabilmente competitiva rappresentata dagli specifici contesti organizzativi e di sistema. Non può essere, inoltre, sottovalutato come, mentre sul terreno del sapere la possibilità di «tenere il campo» dipende dalle capacità di esprimere eccellenze, nelle organizzazioni e nei sistemi è l'intera comunità professionale che è chiamata a confrontarsi. La scelta delle aree sulle quali concentrare l'attenzione non potrà, quindi, non tenere conto delle effettive competenze presenti tra tutti i Nefrologi e della loro distribuzione.

La nuova visione qui delineata, condivisa tra i ricercatori e la SIN nei suoi organi istituzionali, ha ispirato una struttura di ricerca volta a raccogliere un insieme di elementi variegati che potessero rappresentare la base per un quadro di riferimento entro il quale collocare le prospettive di sviluppo della nefrologia nel nostro paese. È bene sottolineare che per la natura del soggetto considerato - una comunità professionale e, quindi, un insieme di soggetti autonomi «debolmente connessi» - e del risultato che si è inteso conseguire - un quadro di riferimento per l'azione rispetto ad una strategia accuratamente e pienamente definita - l'enfasi è stata posta su una condivisione dei presupposti per l'azione e la generazione di uno schema che potesse risultare compatibile con le variabili prese in considerazione. In altri termini, da una parte, sono stati esplicitati e analizzati una serie di elementi ritenuti rilevanti per lo sviluppo della disciplina, con l'idea che un loro apprezzamento condiviso produca di per sé un allineamento dei comportamenti e, dall'altra, è stata individuata una prospettiva che, se non deriva direttamente e necessariamente dall'analisi, ha con questa elevati gradi di coerenza.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA RICERCA

La ricerca è stata organizzata attraverso le seguenti attività e strumenti:

- 1 - Desk research relativamente a: a) l'analisi della "produzione ospedaliera" delle unità operative di nefrologia in Italia, valutata sia rispetto alla totalità delle strutture di offerta in Italia sia rispetto a quelle nelle quali vi è l'unità operativa di nefrologia; b) la review della letteratura sui modelli organizzativi dell'assistenza nefrologica; c) il confronto tra i Piani Sanitari Regionali in merito allo spazio dedicato all'assistenza in nefrologia.
- 2 - Analisi di casi studio: sono stati selezionati tre casi (uno per ogni focus group), approfonditi in merito alle quattro ipotesi di lavoro, presentato nel paragrafo n. 1. I casi selezionati sono stati quello della Provincia di Pavia, quella dell'AOU

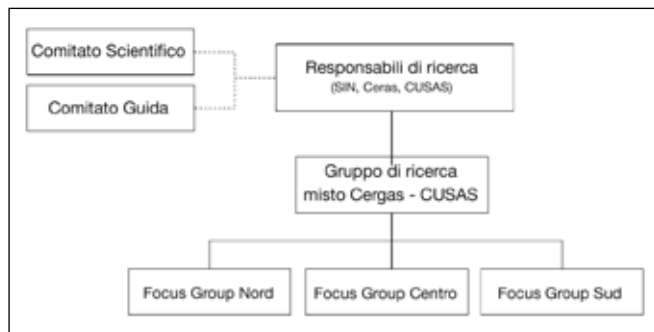


Fig. 6 - La macro organizzazione della ricerca.

- prof. **Antonio Dal Canton**;
- dott. **Alessandro Balducci** (direttore UOC Nefrologia e dialisi dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma);
- dott. **Leonardo Cagnoli** (direttore UO Nefrologia e dialisi dell'AUSL di Rimini);
- prof. **Giovanni Cancarini** (professore ordinario, direttore della scuola di specializzazione in nefrologia, direttore UO Nefrologia dell'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia);
- dott.ssa **Rosanna Coppo** (Direttore SC di Nefrologia, Dialisi e Trapianto dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, direttore indirizzo universitario Nefrologia Pediatrica, Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Torino);
- dott.ssa **Francesca Mallamaci** (UO Nefrologia, dialisi e trapianto dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria).

Fig. 7 - Il comitato guida.

- prof. **Antonio Dal Canton** (presidente SIN);
- prof. **Gian franco Gensini** (prof. ordinario di Medicina Interna e Cardiologia all'Università di Firenze, presidente Fondazione Smith Kline);
- prof. **Elio Guzzanti** (presidente del comitato scientifico della fondazione Serono; direttore scientifico di Organizzazione Sanitaria);
- dott. **Fulvio Moirano** (direttore generale AGENAS);
- dott. **Gaetano Piccinocchi** (da confermare) presidente SIMG – Società Italiana di Medicina Generale della provincia di Napoli);
- dott. **Francesco Ripa di Meana** (presidente FIASO – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere e direttore generale ASL di Bologna).

Fig. 8 - Il comitato scientifico.

- Focus Group Nord:** Valle d'Aosta (Alberto Gaiter, Ospedale Regionale di Aosta), Piemonte (Piero Stratta, AO Ospedale Maggiore della Carità di Novara), Liguria (Giuseppe Romboli, Ospedale Sant'Andrea di La Spezia), Lombardia (Ferruccio Conte, AO Melegnano, Ospedale di Cernusco sul Naviglio), Veneto (Antonio Lupo, AO Istituto Ospitalieri di Verona), Emilia-Romagna (Alberto Albertazzi, Policlinico di Modena), Trentino-Alto Adige (Peter Riegler, Merano-Ospedale Silandro), Friuli-Venezia Giulia (Massimo Adorati, Ospedale S. Antonio, San Daniele)
- Focus Group Centro:** Toscana (Maurizio Salvadori, ADU Careggi di Firenze), Umbria (Giuseppe Quintalari, Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia), Marche (Francesco Bruni, Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto), Lazio (Massimo Morosetti, Ospedale G.B. Grassi di Ostia), Abruzzo (Francesco De Meo, Ospedale Civile di Salmona), Sardegna (Giovanna Scau, AO Brotzu di Cagliari).
- Focus Group Sud:** Molise (Giuseppe Di Rienzo, Ospedale A. Cardarelli di Campobasso), Campania (Giovambattista Capasso, Seconda Università di Napoli), Puglia (Francesco Petranaro, Ospedale Venere Carbonara di Bari), Basilicata (Vito Valente, Ospedale Oncologico Regionale di Ronero sul Vulture), Calabria (Salvatore Carpentieri, ASL 9 Locri), Sicilia (Biagio Ricciardi, Ospedale di Milazzo).

Fig. 9 - I focus group.

Careggi di Firenze e quello del Dipartimento Interaziendale della Provincia di Foggia.

- 3 - Questionario on line per gli iscritti alla SIN con l'obiettivo di ricostruire la demografia professionale dei nefrologi e di acquisire una serie di informazioni relative alla percezione sulle tendenze di sviluppo della disciplina e alla distribuzione del loro tempo lavorativo tra le diverse attività di

assistenza e ricerca.

- 4 - Interviste a vari "portatori di interesse" nei confronti della nefrologia: sono state fatte interviste a direttori generali di aziende sanitarie ospedaliere e territoriali, a referenti di diversi livelli istituzionali (ad esempio, AGENAS, FIASO, ecc), delle Associazioni Pazienti e ad infermieri con esperienza in nefrologia.

- 5 - Gruppi di lavoro e confronto: sono stati previsti numerosi momenti di confronto e dibattito in seno alla comunità professionale e tra quella dei nefrologi e altre comunità professionali (non solo mediche). Allo scopo sono stati organizzati gruppi di lavoro che si sono incontrati a partire da marzo 2008 fino ad ottobre 2009. I gruppi di lavoro coinvolti sono stati i seguenti: il "comitato guida" composto da leader della specialità chiamati a validare il metodo e i traguardi intermedi e finali della ricerca; il "comitato scientifico" al quale hanno partecipato diversi "portatori di interesse" verso la specialità nefrologica a partire da professionalità complementari al nefrologo nella gestione dei pazienti nefropatici (ad esempio, medici di medicina generale, cardiologi, diabetologi, ecc.) fino ad interlocutori rappresentanti delle istituzioni interessate allo sviluppo della disciplina; il ruolo di questo gruppo di lavoro è stato quello di ricostruire il sistema delle percezioni al di fuori della comunità professionale dei nefrologi e di evidenziare le attese maturate nel sistema nei confronti della nefrologia. A questi gruppi di lavoro si sono affiancati i tre focus group su scala sovra regionale che hanno coinvolto i referenti regionali SIN allo scopo di conoscere le caratteristiche regionali della rete di offerta nefrologica e rileggere i risultati rispetto ai fenomeni locali.

La Fig. 6 sintetizza la macroarticolazione dei gruppi di lavoro mentre quelle 7, 8 e 9 esplicitano la composizione dei gruppi di lavoro condotti dai ricercatori CERGAS e CUSAS.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

✉ Indirizzo degli Autori:

Prof. Mario Del Vecchio
 Direttore MiMS
 Master in Management per la Sanità SDA Bocconi
 Via Roentgen 1
 20136 Milano
 e-mail: mario.delvecchio@unibocconi.it