

# FORME DI GESTIONE E MODELLI ISTITUZIONALI PER LA FILIERA DEI SERVIZI NEFROLOGICI. ANALISI DI ALCUNE ESPERIENZE IN ITALIA

**Paola Roberta Boscolo, Valeria D. Tozzi<sup>1</sup>**

CeRGAS Università Bocconi, Dipartimento di Analisi Istituzionale e Management Pubblico, SDA Bocconi, Milano

## 1. PREMESSA

Gli assetti organizzativi delle strutture sanitarie (ASL, AO, AOU, presidi sul territorio, ecc.) sono sempre più oggetto di processi dinamici e continui di adattamento agli stimoli provenienti dal contesto esterno e interno. Diverse sono le variabili esogene ed endogene che possono promuovere il cambiamento; tra le prime si citano le *policy* di riordino della rete ospedaliera regionale, che possono determinare fenomeni di integrazione orizzontale tra diverse strutture (si pensi, per esempio, alla specializzazione di alcuni poli che può determinare a cascata nuove relazioni e collaborazioni più o meno formalizzate tra le strutture), mentre, tra le seconde, si ritrovano i fenomeni di riorganizzazione interna degli ospedali quali la dipartimentalizzazione o l'esternalizzazione di alcune funzioni sanitarie e/o di supporto.

Sulla base delle riflessioni che spingono i sistemi, le aziende e le comunità professionali a ragionare intorno alle diverse forme di gestione della rete dei servizi nefrologici (1) e del metodo di indagine introdotto da Tozzi e Loiacono (GIN, 2012), il presente articolo sintetizza l'analisi di sei casi aziendali italiani oggetto della ricerca condotta da CeRGAS Bocconi e CUSAS per SIN dal titolo "Forme Istituzionali e modelli organizzativi per la filiera dei servizi nefrologici".

I sei casi analizzati non vogliono essere la rappresentazione esaustiva delle modalità organizzative dei servizi nefrologici in Italia, ma, piuttosto, un campione di esperienze capace di descrivere la variabilità delle soluzioni possibili sia in termini di soggetti che partecipano al processo di erogazione dei servizi sia in merito alle scelte di localizzazione dei servizi all'interno e all'esterno dei confini aziendali. In tale prospettiva, le realtà aziendali selezionate non intendono rappresentare la "media" delle UO di Nefrologia e Dialisi in Italia ma i fenomeni di innovazione istituzionale e gestionale che si stanno sviluppando; esse, quindi, non intendono proporre best practice, ma si propongono come esperienze "di confine" capaci di intercettare fenomeni sui quali si stanno giocando importanti

processi di cambiamento nella sanità italiana. I casi sono stati selezionati dalla commissione SIN<sup>2</sup>, organizzata per la conduzione e la partecipazione alla ricerca in oggetto e sono quelli di: AOU Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Ospedale San Giovanni Bosco di Torino, Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze, Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate, Ospedale di Acireale e Ospedale Belcolle di Viterbo. Per ogni caso, vengono presentate di seguito le caratteristiche di massima della filiera nefrologica, interpretata secondo il modello dei nuclei di attività di prevenzione, diagnosi e *follow-up*, terapia in regime ambulatoriale, dialisi, acuzie in regime di degenza e trapianto, e vengono enfatizzate le peculiarità osservate in merito alle relazioni pubblico-privato e le scelte di gestione adottate. L'articolo si conclude con alcune riflessioni trasversali che sintetizzano le diverse forme di governo delle relazioni istituzionali che i sei casi consentono di studiare.

## 2. ANALISI DEI CASI

### 2.1. Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola Malpighi, Bologna

Il caso dell'AOU Sant'Orsola Malpighi appare significativo poiché esplicita un posizionamento specifico all'interno della rete di offerta aziendale e per il rafforzamento dell'offerta dialitica attraverso un CAL all'interno di una struttura privata accreditata.

L'Unità Operativa Complessa (UOC) di Nefrologia, Dialisi e Ipertensione, che affianca l'UOC di Nefrologia, Dialisi e Trapianto a direzione universitaria presente nell'AOU, esprime una vocazione chiara verso la gestione dei pazienti ad alta complessità. Questo

<sup>1</sup> CeRGAS e SDA Bocconi. Si attribuiscono a Paola R. Boscolo il paragrafo n. 2 e a Valeria D. Tozzi i paragrafi n. 1 e n. 3.

<sup>2</sup> La commissione dedicata alla ricerca è stata composta da Rossana Coppo, Francesco Pizzarelli, Giuseppe Quintaliani, Gina Meneghel, Ugo Teatini, Giovanni G. Battaglia, Marco Formica, Giuseppe Enia, Antonio Santoro, Sandro Feriozzi.

Attività		Numero	Medici	Infermieri	Pazienti
Ospedale S. Orsola Malpighi	Degenza	Posti Letto: 22 (di cui 6 in Area Critica)	12	16	1195
	Emodialisi	Posti Tecnici: 22/ su 3 turni		41	133 (* 323 acuti c/o Terapie Intens. e Rianim.)
	Dialisi peritoneale			6	44
	Ambulatoriale				2400
Ospedale Bellaria (CAD)	Emodialisi	Posti Tecnici: 21	3	24	84
Crevalcore e Lolano (CAL)	Emodialisi	Posti Tecnici: 6/2	0	7	28

Fig. 1 - Il collocamento dei servizi nefrologici presso l'AOU Sant'Orsola Malpighi e alcuni dati di attività (posti letto, personale medico-infermieristico, pazienti trattati).

orientamento prevede la gestione di alcune condizioni di funzionamento: a) la definizione di un ruolo di integrazione che consenta di allineare le *routine* organizzative e assistenziali a cavallo tra unità operative che afferiscono ad ambiti disciplinari differenti e di presidiare la continuità di scelte professionali e manageriali nella presa in carico di pazienti polipatologici acuti (si veda di seguito il ruolo del *case manager*); b) l'implementazione di questo posizionamento strategico attraverso forme di legittimazione tra più comunità professionali: l'attivazione di forme di collaborazione tra professionisti nella presa in carico del medesimo paziente è il risultato del riconoscimento reciproco del sapere disciplinare che si rappresenta. In tale prospettiva, alimentare la domanda di "sapere nefrologico" nell'arena professionale aziendale rappresenta una condizione imprescindibile per tale posizionamento.

Nello specifico, l'UOC di Nefrologia, Dialisi e Iperensione afferisce al *Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e delle Malattie Nefrologiche* e fruisce di 22 posti letto e 22 posti tecnici per la dialisi extracorporea (Fig. 1). Il personale medico e infermieristico dedicato all'unità operativa si compone di 11 medici e 1 direttore di UOC, di 3 coordinatori infermieristici e di 63 infermieri.

Guardando al primo nucleo di attività gestite in regime ambulatoriale si osserva la seguente organizzazione. Accanto agli ambulatori divisionali per l'inquadramento diagnostico/terapeutico o per i controlli, vi sono quelli specialistici (glomerulonefriti e malattie rare, ipertensione arteriosa, malattie renali in corso di trapianto di fegato, cuore e midollo osseo, nefrologia, dialisi e ipertensione, litiasi renale e dei disturbi del metabolismo minerale, prevenzione insufficienza rena-

le progressiva-PIRP, insufficienza renale cronica (IRC), *follow-up* post trapianto renale<sup>3</sup>). Le attività di prevenzione sono svolte in collaborazione con i MMG, attraverso il Progetto Regionale PIRP, che coinvolge tutte le strutture nefrologiche dell'Emilia Romagna. La rete di prevenzione è molto strutturata, prevedendo anche una cartella clinica informatizzata con tutti i dati clinici e laboratoristici. Il nucleo della dialisi è interconnesso a quello dell'attività diagnostica, in quanto i pazienti affetti da IRC, che presentano una riduzione persistente della funzionalità renale, vengono avviati alla dialisi, passando attraverso il *day-service* IRC in cui viene realizzato un percorso educativo pre-dialisi volto alla scelta dialitica (emodialisi o dialisi peritoneale) più appropriata.

Una peculiarità del caso bolognese è la creazione di un Centro Dialisi (CAL) presso l'Ospedale Privato accreditato, Villa Chiara, a Casalecchio di Reno. Il centro è nato in collaborazione con l'Azienda USL Bologna nel 2007 e può trattare complessivamente 48 cittadini distribuiti su due turni giornalieri (trattamento di 3 volte alla settimana/≈4 ore a seduta). Il centro dialisi è dotato di 12 postazioni dialitiche, 10 letti e 2 poltrone con sistemi di bilancia pesa-persona, posizionati in un ampio e luminoso open-space con, al centro, un bancone di monitoraggio, dal quale il personale infermieristico controlla l'andamento dei trattamenti dialitici. Villa Chiara è titolare sia della struttura sia dei dispositivi medici. Il governo della dialisi esternalizzata a Villa Chiara avviene, oltre che per contratto,

<sup>3</sup> | trapianti non vengono effettuati presso l'AOU Sant'Orsola Malpighi, ma presso gli ospedali di Parma e Firenze, con i quali esistono degli accordi specifici.

**Fig. 2** - Il collocamento dei servizi nefrologici presso l'Ospedale San Giovanni Bosco e alcuni dati di attività (posti letto, personale medico-infermieristico, pazienti trattati).

	Attività	Numero	Medici	Infermieri	Pazienti
<b>Ospedale San Giovanni Bosco</b>	Degenza	Posti Letto: 17 e collocati nel vecchio "braccio" delle degenze	4	1 caposala	Circa 500 ricoveri/anno
	Emodialisi	Posti Tecnici: 43	7 dedicati alla dialisi (ma anche ambulatori specifici), 2 agli ambulatori (che possono operare anche in UO)	Equipe Infermieristica: 65 infermieri, 9 OSS, 2 ASS	175 pazienti in HD ospedaliera, 7 in HD domiciliare
	Dialisi peritoneale			* Separazione per sale: -3 sale dialisi gestite da personale dipendente pubblico -3 sale da personale fornito da strutture convenzionate.	43
	Ambulatoriale	Circa 7000 visite l'anno, di cui 1750 per 175 trapiantati			130 seguiti nell'ambulatorio IRC

attraverso la formazione semestrale che viene offerta agli infermieri presso le strutture pubbliche. I medici che vi operano sono gli stessi dell'AOU Sant'Orsola-Malpighi e dell'AUSL di Bologna ed esercitano grazie a un'apposita convenzione; essi garantiscono la continuità del processo di cura anche tra *setting* diversi. Accanto alle forme "contrattuali" di controllo delle attività di Villa Chiara, si associano quelle di "governo clinico" che si realizzano sia attraverso la formazione garantita dall'attore pubblico sia attraverso l'estensione nel contesto privato accreditato delle *routine* clinico-assistenziali tipiche delle due aziende di riferimento dei professionisti.

Per quel che concerne le attività di acuzie, viene fatta una distinzione tra posti letto in regime ordinario (16) e quelli di Area Critica Nefrologica (6). L'equipe medico-infermieristica è dedicata con turnazione ogni 6 mesi. È stata creata la figura dell'infermiere *case manager* che segue sia i ricoveri ordinari sia quelli di area critica, con un ruolo di integrazione tra le decisioni cliniche, gestionali ed economiche; è inoltre attiva una guardia medica 24h. L'orientamento verso la casistica complessa ha avuto quindi delle implicazioni sia sul fabbisogno di coordinamento tra approcci clinici eterogenei professionalmente sia sull'organizzazione delle *routine* assistenziali tra più unità operative.

La ricerca è svolta in modo trasversale tra le attività nefrologiche condotte all'interno dell'UO (si pensi, per esempio, alla ricerca sull'ipertensione e su patologie cardiovascolari ed epato-cardio-renali). Esiste un sistema di valutazione delle performance dell'UO in

termini di efficacia e accessibilità al servizio nella rete provinciale e regionale. Oltre ai tradizionali indicatori sulla numerosità della casistica e sulla sua complessità, sono adottate verifiche sulla proporzione attesa tra casistica in emodialisi e peritoneale e sull'adeguatezza dialitica(KT/V) per entrambe le tecniche.

## 2.2. Ospedale San Giovanni Bosco di Torino

L'Ospedale San Giovanni Bosco presenta una filiera di servizi disegnata in risposta a condizioni di elevata complessità del proprio bacino di utenza e dell'estensione dei confini dell'ASL TO2, in seguito al ridisegno della rete di offerta promosso dalla Regione Piemonte. L'ospedale San Giovanni Bosco di Torino ha un bacino di utenti di circa 800.000 residenti (PSR 2011) e rappresenta il più grande ospedale nella parte nord della provincia di Torino, caratterizzata da un alto tasso di deprivazione (indice di deprivazione cinque volte superiore rispetto alle aree più agiate di Torino) e di immigrazione (14% circa vs 7.5% media nazionale). Tale situazione mette "in tensione" la "capacità produttiva" generale della struttura e impedisce la possibilità di attuare strategie e programmi di prevenzione dell'IRC efficaci.

L'Unità Operativa Complessa (UOC) di Nefrologia e Dialisi è oggi inserita nel Dipartimento Nefro-Urologico (Fig. 2), che vede la degenza all'interno del blocco C dell'ospedale e la dialisi con DH e ambulatori dedicati all'interno del blocco "tecnologico" F (unità operativa di Rianimazione, blocco operatorio, ecc.). Tale

configurazione degli spazi è il risultato di un processo di ristrutturazione e di ampliamento dell'ospedale durato quasi 10 anni e che ha portato alla creazione di una nuova ala tecnologica all'interno della quale vi sono i servizi di dialisi. Il centro dialisi si configura come una sorta di *focused factory* nella misura in cui concentra al suo interno tutte le attività a supporto della dialisi e tutte le alternative di trattamento dialitico. Ciò ha prodotto l'internalizzazione delle prime (dagli ambulatori per l'IRC fino alle attività per erogare gli accessi vascolari) e forme di specializzazione delle seconde: esiste una suddivisione specifica degli spazi<sup>4</sup> e delle attività in capo ai professionisti e al personale infermieristico, che valorizza le forme di specializzazione. Le forme di specializzazione di risorse e saperi sono rese possibili dagli elevati volumi di attività che caratterizzano il centro. Appare emblematico il posizionamento logistico del centro dialisi all'interno dell'ala tecnologica: la vicinanza con i servizi a maggior rilevanza tecnologica rafforza la natura *high tech* della dialisi.

I volumi di attività e la saturazione della capacità produttiva hanno portato sia all'ampliamento della tipologia di servizi offerti, con l'avvio della dialisi notturna, sia a incrementare le condizioni produttive necessarie per far fronte ai crescenti livelli di attività. Di qui la scelta di stipulare dei contratti con degli studi associati di infermieri che consentono di far fronte all'aumento della domanda, pur esistendo importanti vincoli sull'aumento di personale da parte dell'azienda pubblica. Il governo delle relazioni e la garanzia di medesimi livelli di servizio tra infermieri dipendenti e infermieri degli studi associati avviene attraverso un'attività omogenea di formazione e controllo sull'operato, realizzata da parte del caposala grazie alla capillare informatizzazione del centro. Dal punto di vista logistico esiste una separazione tra i luoghi in cui opera il personale infermieristico pubblico e quello degli studi associati, in parte per rispondere a un certo bisogno di specializzazione sulle attività e, in parte, per la gestione del clima organizzativo.

Un'altra forma di esternalizzazione ha riguardato la logistica per lo stoccaggio e la distribuzione del materiale dialitico (con consegne giornaliere al letto del paziente), per ovviare alla mancanza di un magazzino adeguato venutasi a creare con il trasferimento dei servizi di dialisi nella nuova sede dell'ospedale. Anche questa forma di esternalizzazione nasce, quindi, da una rigidità del sistema pubblico a garantire risorse attraverso le sue regole di funzionamento e i suoi vincoli: in questo caso, sulla base del fabbisogno di materiale

<sup>4</sup> Oggi il centro presenta ben sei sale dialisi, alcuni ambulatori e sale dedicate al day-service, una sala per le emergenze, una sala chirurgica e una sala isolamento.

definito dal personale del centro dialisi, vengono consegnati i kit nominativi per i pazienti, programmati in tempi e modi che non interferiscono né con i percorsi logistici dei pazienti né con le *routine* del personale infermieristico. Le condizioni economiche della fornitura sono definite dall'ospedale e dall'ASL TO2.

I ricoveri avvengono nel vecchio braccio delle degenze (17 posti letto), separato dal centro dialisi; essi sono per il 20% in elezione e, nella restante parte, alimentati dagli invii in urgenza. Solitamente, i pazienti ricoverati presentano nefropatie acute o croniche in rapido peggioramento oppure devono effettuare delle biopsie renali nel corso di un *iter* diagnostico per patologie nefrologiche non urgenti. Presso l'UOC operano stabilmente un caposala e 4 medici. La logistica dei servizi di degenza e di dialisi segnala una scarsa interdipendenza operativa tra questi due servizi. Quella di natura professionale è garantita dalla condivisione di approcci al paziente generati dall'appartenenza al medesimo dipartimento di area specialistica e dalla condivisione di alcune attività (alcuni dei medici del centro dialisi operano anche per la degenza). Il posizionamento dell'UOC nel blocco C sembra rafforzare le interdipendenze tra le aree di degenza di più branche specialistiche, piuttosto che quelle tra nefrologia e dialisi.

Il trapianto, come visto anche nel caso di Bologna, non viene erogato presso l'Ospedale San Giovanni Bosco, ma presso gli ospedali di Torino, Novara, Firenze, Siena, Modena e Milano, con i quali esistono degli accordi e ai quali l'ospedale San Giovanni Bosco invia i pazienti in ragione della lista d'attesa e della combinazione di organi da trapiantare.

### 2.3. Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze

Il caso fiorentino propone una riflessione sia in merito all'organizzazione della filiera nefrologica aziendale in un contesto organizzato per intensità delle cure sia per una forma specifica di accordo e controllo della dialisi esternalizzata.

L'Ospedale Santa Maria Annunziata è un presidio ospedaliero dell'Azienda Sanitaria di Firenze riorganizzato per intensità di cura dall'Ottobre 2009. La Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi è collocata nel Dipartimento Medico e la degenza trova spazio all'interno dell'"*High Care Medica*", suddivisa in 4 moduli di 22-25 letti. Mediamente sono presenti 4-6 pazienti nefropatici nel modulo in cui si concentrano i ricoveri in elezione, più altri pazienti che vengono assegnati dal DEA negli altri 3 moduli. Nell'anno 2010, i ricoveri sono stati 289 (246 ordinari e 43 in DH).

La dialisi e tutti gli altri servizi della filiera, erogati in regime ambulatoriale, sono collocati all'interno della linea produttiva "*outpatients*" che prevede due CAL

**Fig. 3** - Il collocamento dei servizi nefrologici presso l'Ospedale Santa Maria Annunziata, i CAL e Villa Ulivella. Alcuni dati di attività (posti letto, personale medico infermieristico, pazienti trattati).

	Attività	Numero	Medici	Infermieri	Pazienti
<b>Ospedale S.M. Annunziata</b>	Degenza	Posti Letto: 22-25 pl (*intensità di cura, area delle specialistiche)	6.5 + 1 (tutte le attività all' OSMA)		289 (ricoveri 2010)
	Emodialisi	Posti Tecnici: 21 *2 turni/die (12/sett)		17+2	88
	Dialisi peritoneale				24
	Ambulatoriale				2526 (visite nel 2010)
<b>Figline (CAL)</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 7	0.5 (a metà tempo con OSMA)	6	21
<b>Borgo San Lorenzo (CAL)</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 8	1	8	28
<b>Totale: 8 + 1</b>					
<b>Centro Dialisi Ulivella</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 15 *4 turni settimanali	4 ✓ 1 Nefrologo dipendente ✓ 1 Nefrologo libero professionista ✓ 2 Nefrologi pensionati per sostituzione turni	15+1	50 (potenzialità fino a 60)

territoriali presso Figline e Borgo San Lorenzo, per un totale di 15 posti tecnici. La piattaforma *outpatients* accoglie la dialisi, unica attività che prevede risorse dedicate, l'attività ambulatoriale in regime *day-service* rivolta ai nefropatici cronici e quella condivisa con diabetologi e cardiologi per i casi complessi. Esiste anche un ambulatorio "generale" al quale hanno accesso coorti eterogenee di pazienti: tale modello organizzativo ha consentito di potenziare l'attività di prevenzione dell'IRC rendendola più efficace rispetto alle modalità usate nel passato. Si osserva che la condivisione di spazi e risorse nella piattaforma *outpatients* potenzia in via generale le interdipendenze soprattutto di "sapere" oltre a quelle operative tra le attività della filiera. Esistono degli infermieri dedicati al *day-service*, ma la maggior parte delle attività infermieristiche è coordinata dalle linee produttive. Anche i medici esercitano trasversalmente su più piattaforme e linee. La dialisi, invece, per la natura delle sue attività, prevede saperi e risorse dedicate che, osservando il caso aziendale, sembrano non poter essere oggetto di condivisione.

L'analisi del caso ha consentito di evidenziare vantaggi e svantaggi per le attività e la comunità dei nefrologi all'interno di strutture organizzate per intensità di cura. L'*equipe* e, con essa, il suo sapere non trovano più i loro confini all'interno delle tradizionali Unità Operative e si ritrovano "diluiti" tra più linee produttive suddivise logisticamente. Questo modello mette in tensione i tradizionali meccanismi di coordinamento dell'*equipe*, che è chiamata a ripensare i suoi momenti di condivisione e di trasmissione di informazioni e saperi. Oltre al potenziamento delle attività di prevenzione, che beneficiano delle "porte di accesso gene-

raliste" promosse dalla nuova scelta di organizzazione, si segnala l'orientamento alla polipatologia che il modello per intensità delle cure promuove. Questo avviene sia attraverso la valorizzazione della partita assistenziale, che fa perno sulle competenze degli infermieri, sia grazie alla condivisione di approcci che le comunità specialistiche sono chiamate a sviluppare. In tale prospettiva, i dipartimenti che ospitano le diverse Unità Operative sono chiamati a sviluppare specifici PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali) per agevolare sia l'allocazione del paziente nella linea adeguata sia la scelta del piano di cura con la forma di presa in carico più idonea.

Altra peculiarità del caso fiorentino è legata all'accordo stipulato nel 2003 dall'Azienda Sanitaria di Firenze e dall'AOU Careggi con la struttura privata accreditata Villa Ulivella (gestita dal gruppo Giomi e appartenente all'Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza), al quale dal 2006 ha aderito anche l'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze. Villa Ulivella è la struttura privata accreditata per l'erogazione di trattamenti dialitici nella provincia di Firenze per un *target* specifico di pazienti. Possono infatti accedere alla struttura pazienti, inviati dalle strutture pubbliche, all'inizio del trattamento dialitico, con un quadro clinico a bassa complessità, sufficientemente stabilizzati e con accesso vascolare funzionante, residenti in un vicino distretto territoriale (Firenze Nord). La proposta di invio del paziente a Villa Ulivella avviene sulla base di una lista regionale corredata da dati anagrafici, diagnosi e richiesta di trattamento. I protocolli di terapia sono comuni a quelli delle strutture pubbliche; mensilmente, Villa Ulivella invia all'ASL10 di Firenze un tabulato riassuntivo delle prestazioni dialitiche ef-

fettuate e le strutture pubbliche effettuano dei controlli periodici attraverso visite per la valutazione dei casi trattati da parte dei clinici delle strutture pubbliche. Villa Ulivella offre 15 posti tecnici per la presa in carico di 50-60 pazienti e ha come personale dipendente del Gruppo Giomi 4 medici e 15 infermieri. La capacità di offerta è vincolata ai *target* e ai volumi previsti dalle condizioni dell'accordo. L'arena professionale di riferimento dei professionisti che operano presso Villa Ulivella è principalmente quella della scuola di Nefrologia di Firenze: questa è una condizione di fondo che agevola le forme di allineamento professionale e di controllo delle *performance*. Il coordinamento con le strutture e i servizi della rete di offerta avviene secondo modalità differenti: in caso di emergenza non risolvibile all'interno di Villa Ulivella, il paziente viene inviato alle strutture di nefrologia dell'Azienda Sanitaria di Firenze o dell'AOU di Careggi; altra forma di interdipendenza tra strutture pubbliche e struttura privata è rappresentata dalle consulenze specialistiche.

Si assiste quindi a una specializzazione dei presidi dell'Azienda Sanitaria di Firenze e dell'AOU di Careggi nelle attività più critiche e alla cessione o alla condivisione delle attività a minor complessità con il territorio, attraverso i CAL e il centro Villa Ulivella. Il modello di relazioni pubblico-privato poggia su un produttore senza alcuna forma di committenza (il Gruppo Giomi si occupa tendenzialmente del settore ortopedico) vincolato alle condizioni di *target* e di volumi definiti nell'accordo con la parte pubblica, su un sistema di controllo anche delle modalità di presa in carico e delle scelte di terapia, sulla stabilità del processo di cura in ragione del profilo dei pazienti e della disponibilità di consulenze con la rete di offerta territoriale e sulla disponibilità di risorse in ragione di accordi che la direzione del gruppo stringe con i propri fornitori.

<sup>5</sup> Nel 2004 venne avviata una sperimentazione gestionale attraverso la costituzione di una fondazione not for profit, Fondazione Orizzonte onlus, principalmente per contenere la spesa del personale, "scorporandola" almeno in parte dal bilancio aziendale, e per ovviare all'impossibilità di realizzare con risorse aziendali interventi strutturali per il rinnovo tecnologico e degli spazi dei CAD e dei CAL (per l'emodialisi a Piario Sarnico, Gazzaniga, Lovere e Trescore Balneario). La sperimentazione ha permesso al partner pubblico: il distacco prima e il trasferimento poi di una parte del personale al privato, l'ammodernamento del parco tecnologico e degli spazi dedicati alla specialità e il mantenimento degli obblighi contrattuali in essere, nei quali è subentrato poi il partner privato fino alla scadenza naturale, monitorando gli standard qualitativi dell'offerta. Per un approfondimento sulle fasi della partnership si veda: Boscolo P.R., Tozzi V. (2011), La gestione delle interdipendenze per la filiera dei servizi nefrologici: l'A.O. Bolognini di Seriate, Mecosan, Volume: 20 - Fascicolo: 80 - pp. 121-136.

## 2.4. Azienda Ospedaliera Bolognini di Seriate

L'AO Bolognini di Seriate rappresenta nel panorama italiano un caso assolutamente singolare poiché l'intera filiera aziendale dei servizi nefrologici è gestita da un partner privato: dalle attività ambulatoriali di diagnostica e *follow-up*, alla dialisi e alla degenza. L'Unità Operativa Nefrologia e Dialisi è oggi gestita attraverso un'associazione in partecipazione con *Nephrocare S.p.A.*, fornitore multinazionale di materiali e servizi per la dialisi. Nonostante l'assetto attuale sia il risultato di un processo evolutivo<sup>5</sup> iniziato nel 2004 (DGR n. VII/17505 del 17 Maggio 2004), in questa sede viene descritta la filiera dei servizi nella configurazione odierna (3).

Oggi *Nephrocare* è responsabile di tutti i nuclei di attività relativi alla nefrologia, gestendo l'intero portafoglio di servizi, inclusa la fase acuta, all'interno delle mura dell'AO e dei CAL/CAD presenti nel territorio (Fig. 4). La degenza prevede 10 posti letto, con un tasso di occupazione almeno del 75% (condizione vincolante per la *partnership* pubblico-privato), alimentata in via principale dalle altre strutture di offerta dell'azienda e della rete territoriale, oltre che dai fenomeni di acuzie dei pazienti nefropatici già in carico. I servizi sanitari e amministrativi di supporto sono erogati dall'AO, come oggetto di convenzioni specifiche. Il personale, attualmente in parte con contratto di sanità pubblica e in parte di sanità privata, è stato gestito uniformando il più possibile le forme di valutazione delle *performance*. Ai pensionamenti del personale pubblico dipendente dell'AO di Seriate seguono assunzioni da parte di *Nephrocare*. A fronte di un canone periodico e di prezzi di trasferimento interni, l'AO di Seriate cede invece a *Nephrocare* alcuni servizi funzionali per il mantenimento della degenza (per esempio, la guardia medica) e continua ad acquistare i servizi che alla nefrologia vengono richiesti dalle altre strutture aziendali (consulenza, dialisi per pazienti in altre unità operative, ecc.). Ai sistemi di gestione tipici della struttura pubblica si sono progressivamente sostituiti quelli dell'impresa: dall'acquisto dei farmaci e dei presidi fino alla gestione dei servizi di supporto, come le pulizie. Al fine di assicurare standard di efficacia e di efficienza, il privato ha introdotto sistemi di *clinical governance* (Modello *Balanced Score Card*) sfruttando il proprio orientamento istituzionale alla conoscenza e al governo delle singole variabili di consumo.

La scelta di esternalizzare l'intera filiera e non, soltanto, una parte sembra essere finalizzata a garantire le interdipendenze tra i diversi blocchi di attività. Nefrologia e dialisi, gestite congiuntamente dal soggetto privato, rafforzano infatti le sinergie e i processi di "mutuo adattamento". La presenza dei nefrologi in

Fig. 4 - Il collocamento dei servizi nefrologici presso l'AO Bolognini di Seriate e alcuni dati di attività (posti letto, personale medico-infermieristico, pazienti trattati).

	Attività	Numero	Medici	Infermieri	Pazienti
<b>Azienda Ospedaliera Bolognini (NephroCare)</b>	Degenza	Posti Letto: 10	3	7	400/anno
	Emodialisi	Posti Tecnici: 10	4	8	38
	Dialisi peritoneale	-	-	-	-
	Ambulatoriale	-	-	-	-
<b>U.O. Emodialisi Sarnico (CAL)</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 6	-	5	24
<b>U.O. Emodialisi Piario (CAL)</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 9	-	7	25
<b>U.O. Emodialisi Gazzaniga (CAL)</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 10	-	11	42
<b>U.O. Emodialisi Lovere (CAL)</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 9	-	6	25
<b>U.O. Emodialisi Trescore Balneario (CAD)</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 12	2	12	48

*Nephrocare* fa sì che l'interdipendenza con le attività dialitiche sia presidiata sia dal punto di vista clinico che gestionale, con la possibilità di correggere le terapie in tempo reale. L'interdipendenza tra nefrologia e dialisi, da contratto, deve anche garantire determinati standard di attività: è stato, infatti, stabilito che, qualora l'efficienza scenda sotto il 60%, l'UO di Nefrologia venga ri-ceduta all'AO. Lo scorporo istituzionale della dialisi non ha mutato i rapporti e le interdipendenze della nefrologia con il resto dell'AO e con la rete del territorio. A Seriate il gestore ha avviato la sua prima esperienza di fornitura e gestione dei servizi nefrologici, facendo affidamento sui servizi di supporto che l'azienda pubblica poteva garantire (per esempio, la guardia medica, la sala mortuaria) e sulle competenze dell'equipe nefrologica che già esisteva. La direzione dell'AO appare assolutamente soddisfatta degli esiti della *partnership* che ha consentito di migliorare gli *standard* tecnologici, promuovere fortemente lo sviluppo della ricerca e fare interventi strutturali che non avrebbe potuto conseguire al di fuori di questa soluzione istituzionale. La selezione del partner appare una questione critica in accordi di lunga durata come quelli del caso: la *reputation* del *partner* e le relazioni di fiducia sono condizioni centrali per l'attore pubblico, allo scopo di garantire *standard* adeguati per servizi di interesse pubblico erogati da attori con fini istituzionali d'impresa.

Il caso esemplifica come, anche nell'ipotesi in cui vengano ceduti i processi erogativi sanitari di dialisi e degenza a elevata specializzazione, possa essere

preservata l'integrazione con il resto dell'AO. Gestiti, infatti, con convenzione i servizi "di supporto" per il funzionamento della degenza, quali consulenze ed emergenze, si creano anche le condizioni per nutrire le relazioni tra i diversi nuclei di attività della filiera con tutte le altre attività dell'azienda. Centrale è la collocazione logistica all'interno dei confini dell'AO che ha consentito di preservare le tradizionali routine di scambio e confronto professionale e gestionale tra il personale (l'UO di Nefrologia e Dialisi è incardinata all'interno dei dipartimenti aziendali e partecipa alle attività decisionali al suo interno). La continuità delle relazioni, relative sia ai processi organizzativi sia agli scambi relazionali e di saperi, tra il modello di gestione dei servizi precedente alla *partnership* e il modello attuale, ha permesso alla parte privata di essere "formata" in un mercato nuovo, con una progressiva autonomia nella gestione dei servizi non sanitari e amministrativi.

## 2.5. Ospedale di Acireale

Il caso di Acireale illustra un'organizzazione dei servizi nefrologici ancora differente rispetto a quelli presentati, in una Regione che negli ultimi anni sta vivendo un forte processo di riforma del proprio assetto istituzionale e di riorganizzazione dei servizi. La Sicilia ha infatti costituito aziende sanitarie territoriali provinciali e ha promosso la costituzione di bacini d'acquisto (orientale e occidentale) per promuovere la centralizzazione degli acquisti, quale strumento di

653	Attività	Numero	Medici	Infermieri	Pazienti
Ospedale Acireale	Degenza	Posti Letto: 8	6	6	653
	Emodialisi	Posti Tecnici: 10 20 centri privati accreditati che erogano il 78% (si tratta di centri medio piccoli <30pz)		9	40
	Dialisi peritoneale			1	35
	Ambulatoriale			1	2059

Fig. 5 - Alcuni dati di attività sui servizi nefrologici gestiti dal P.O. di Acireale (posti letto, personale medico-infermieristico, pazienti trattati).

contenimento della spesa per rispondere agli obiettivi fissati dai Piani di Rientro. L'ASP 3 Catania è l'azienda capofila per la gara sui dispositivi dialitici ed è il "pilota" del largo processo di cambiamento che mira a "fare della Sicilia un laboratorio dialitico d'eccellenza per la qualità" e a riequilibrare i flussi di mobilità. L'ASP 3 infatti è caratterizzata da una forte mobilità attiva da parte dei cittadini delle province di Agrigento, Caltanissetta ed Enna, soprattutto per la dialisi peritoneale. Tale mandato ha condotto alla ricerca di un modello di riferimento per i rapporti pubblico-privato esistenti. L'ASP 3 di Catania, con 6 presidi ospedalieri e un bacino di circa 1 milione di abitanti, ha avviato un nuovo sistema di governo della rete dei servizi dialitici: circa il 20% delle prestazioni dialitiche è erogato dall'azienda pubblica, mentre la restante parte da attori privati nel territorio.

Il presidio ospedaliero di Acireale è stato inaugurato nel 2000 e l'UO Nefrologia e Dialisi è collocata nel dipartimento di Medicina (Fig. 5): ha 8 posti letto e 10 postazioni di dialisi, 1 per le acuzie e 1 per contumaciali. Vi operano 6 medici e 15 infermieri formalmente assegnati al presidio e con una lunga esperienza nei servizi di nefrologia dell'ospedale; 6 infermieri in particolare si occupano quasi esclusivamente delle acuzie, mentre 9 sono dedicati alla dialisi. Il monitoraggio delle scelte terapeutiche assunte dalla rete privata accreditata e il controllo dei target di pazienti avvengono grazie a due strumenti: la funzione di "filtro" da parte della struttura pubblica nell'invio dei pazienti ai centri privati accreditati e il controllo attraverso 5 criteri di valutazione per le attività nefrologiche, 4 dei quali clinici (fosforo, emoglobina, KT/V, ipotensione intradialitica). Il pubblico regola i rapporti con i privati: *ex ante*, attraverso i sistemi di invio alla dialisi privata,

in itinere ed *ex post*, grazie alla valutazione su parametri clinici e sulla qualità in senso lato. *Ex ante* il professionista pubblico "autorizza" il piano terapeutico e ripartisce i pazienti per *target* di complessità tra pubblico e privato (invia i casi più semplici ai privati, su base geografica e fiduciaria, mentre trattiene i casi più complessi e con comorbidità). La diffusione di questo nuovo sistema di gestione delle relazioni tra pubblico e privato per quel che riguarda la dialisi si basa anche su forme di incentivazione dei privati attraverso la convenienza delle tariffe e incentivi non economici, quali la possibilità di utilizzare spazi dell'azienda pubblica.

Eventuali emergenze sorte presso i privati (per accessi vascolari e dialisi peritoneale, per esempio) vengono immediatamente trasferite al centro pubblico. Qualora la dialisi sia iniziata in urgenza, senza un piano autorizzativo alla dialisi, entro 15 giorni, ciò va notificato alla Regione per ottenerne l'approvazione. È stato inoltre costituito un Comitato di Valutazione provinciale per monitorare la qualità dei servizi sia nei centri privati che nei centri pubblici.

Il caso testimonia come i sistemi regionali che in passato hanno visto il fiorire di strutture dialitiche private accreditate stanno rivedendo e riconfigurando le forme di controllo: la nefrologia, e la dialisi in modo particolare, appare uno degli ambiti in cui le forme di efficientamento dei processi decisionali (attraverso gli acquisti per bacino) e del riequilibrio delle forme di controllo dell'attore pubblico vengono sperimentate per effetto delle tensioni sulla spesa.

## 2.6. Ospedale Belcolle

Il caso di Viterbo descrive una situazione simile a quella di Acireale in termini di processi di cambia-



**Fig. 6** - Il collocamento dei servizi nefrologici presso l'Ospedale di Belcolle e alcuni dati di attività (posti letto, personale medico-infermieristico, pazienti trattati).

	Attività	Numero	Medici	Infermieri	Pazienti
<b>Ospedale Belcolle Viterbo</b>	Degenza (autonoma in area medica)	Posti Letto: 6 + 2 (DH Nefrologico)	8	20 1 caposala	100
	Emodialisi	Posti Tecnici: 22 *3 turni: matt,pom,sera		22 1 caposala	
	Dialisi peritoneale	In via di organizzazione			4
	Ambulatoriale	7 sedute /sett		1800/ vis/anno	
<b>Ospedale Montefiascone</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 7	Turnano i medici dell'O. Belcolle	Turnano gli infermieri dell'O. Belcolle	7
<b>Ospedale Civita Castellana</b>	Emodialisi	Posti Tecnici: 16 *2turni: matt e pom	4	10 1 caposala	50

mento nel settore della nefrologia e della dialisi, ma differente per le modalità di controllo e gestione delle relazioni pubblico-privato in essere.

Il presidio ospedaliero Belcolle opera all'interno dell'ASL di Viterbo. La Regione Lazio si caratterizza per un'elevata concentrazione di centri dialisi nella provincia di Roma con elevata presenza del privato accreditato. Nel corso del 2009 sono stati attivati ben 91 centri dialisi<sup>6</sup>: 54 pubblici, comprensivi di CAL e UDD e 37 a gestione privata. Esistono ben 45 centri nella città di Roma e di questi il 60% circa dell'offerta è privato. Negli anni '70, la presenza percentuale del privato era ancora maggiore (quasi 90%). Nella provincia di Viterbo oggi sono presenti 5 centri dialisi.

L'Unità di Nefrologia e Dialisi del Complesso Ospedale Belcolle (COB) (Fig. 6) prevede la dislocazione delle degenze al quinto piano del Blocco Centrale-Area di Medicina Generale, mentre l'Emodialisi nel Corpo B (Piastra Tecnologica), ripercorrendo la suddivisione logistica tra acuzie e dialisi/ambulatori nefrologici dell'Ospedale San Giovanni di Torino.

Le attività ambulatoriali vengono condotte all'Ospedale Belcolle in due ambulatori per visite specialistiche: un ambulatorio per l'accesso vascolare e un ambulatorio per l'ipertensione arteriosa. La programmazione avviene tramite CUP o da parte di altri reparti dell'ospedale; infermieri e medici non sono assegnati ma turnano tutti tra ambulatori, dialisi e degenze.

Le prestazioni di emodialisi sono praticate sia in regime ambulatoriale (con 22 posti tecnici) sia in regime di ricovero per pazienti degenti presso l'ospedale e su 3 turni (mattino, pomeriggio e sera), più volte a settimana. Mediamente, l'80% dei pazienti proviene dagli ambulatori e il 20% dei pazienti dall'Emergenza-Urgenza. I materiali e i farmaci dialitici vengono acquistati attraverso una gara regionale.

Le acuzie prevedono in totale 8 posti letto: 6 al V piano del blocco centrale nell'Area di Medicina Generale e 2 in DH emodialisi. Il ricovero ordinario avviene per il 40% in modalità programmata (il 5% dei pazienti in dialisi è in degenza) e, per il restante 60%, in Emergenza-Urgenza, con 20 infermieri afferenti all'area omogenea di Medicina Generale. Per i trapianti, come per tutti i casi studiati, la struttura si appoggia a una piattaforma "esterna", grazie ad accordi con gli ospedali di Siena e Roma (San Camillo e Cattolica). Esiste uno *staff* medico infermieristico dedicato alla preparazione dei pazienti candidati al trapianto e per le attività di *follow-up*.

Tra le peculiarità emerse dallo studio del caso vi sono certamente le modalità di gestione della rete di offerta, tra cui si cita l'istituzione di una Commissione regionale per il governo delle relazioni pubblico-privato nella rete di offerta dialitica. La commissione è stata costituita nel 2009, con legge regionale n. 39/79. Questa si compone di nefrologi e rappresentanti dei pazienti dializzati con il compito di vigilare sul corretto esercizio della terapia dialitica e di proporre soluzioni di riorganizzazione della rete nefrologica

<sup>6</sup> Fonte: Registro Regionale Dialisi e Trapianto Lazio – RRDTL, Rapporto anno 2009.

e di supporto tecnico-scientifico all'attività legislativa e amministrativa della Regione. Altro tentativo regionale è stato quello di definire ruoli differenti all'interno della rete di dialisi: si distinguono gli abilitati alla gestione della casistica complessa da quelli che possono prendere in carico la popolazione dialitica più stabile. I "centri di riferimento" svolgono quindi attività di prevenzione-diagnosi e terapia delle malattie renali in regime ambulatoriale e degenza autonoma finalizzata al trattamento dei casi di particolare complessità; i "Servizi di Nefrologia e Dialisi" effettuano attività di prevenzione, diagnosi e terapie delle malattie renali, di assistenza dialitica all'insufficienza renale acuta e cronica, di trattamento domiciliare e assistenza d'urgenza in 24 h. Solo i centri pubblici autorizzano l'invio dei pazienti presso le due strutture private accreditate che insistono sul territorio viterbese.

Convenzionati in U.D.D. con il centro di riferimento della sezione Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Belcolle vi sono due centri privati: Casa di Cura Nepi e Casa di Cura S. Teresa del Bambin Gesù. Come visto per il caso siciliano, in caso di emergenza-urgenza il paziente viene inviato all'Ospedale di Belcolle e, se si tratta di pazienti da inserire in lista trapianto, vengono seguiti direttamente dall'Ospedale di Belcolle. Anche in questo caso, le pressioni sugli equilibri economico-finanziari della Regione spingono a rivedere le forme di governo della rete di offerta per le aree specialistiche nelle quali vi è una forte presenza del privato. Rispetto al caso precedente si segnala la segmentazione delle strutture di offerta per "blindare" le attività rispetto a specifici *target* di pazienti, mentre trasversale rispetto alle ultime due esperienze è la funzione di "gate" di ingresso alla rete fatta dall'attore pubblico.

### 3. CONCLUSIONI

I sei casi analizzati provano un'altissima varietà dei modelli e delle esperienze di gestione della filiera dei servizi nefrologici. Nessuno dei sei casi rappresenta la migliore soluzione a cui tendere o la via per ottenere i migliori risultati clinici e gestionali. Piuttosto, l'analisi ha permesso di identificare alcuni degli elementi che possono determinare questa varietà, quali la visione strategica delle Regioni e delle aziende, la volontà dei professionisti a partecipare ai processi riorganizzativi dei servizi e il ruolo svolto nel governo delle relazioni con i fornitori.

Di seguito si sintetizzano alcuni elementi che consentono di generalizzare alcuni fenomeni osservati:

- i modelli organizzativi dell'ospedale stanno valorizzando le attività che non possono essere collocate in setting non dedicati all'acuzie: l'emergenza e le piattaforme tecnologiche appaiono

aree non espropriabili dall'ospedale. Azioni di qualificazione della nefrologia in ospedale possono prevedere la costruzione di legami forti con i servizi ad alta intensità tecnologica: concentrazione fisica di tutte le attività *core* e *peripheral* di dialisi in prossimità del blocco tecnologico dell'ospedale, posizionamento della degenza intorno all'area dell'emergenza per gli ingressi indotti dai fenomeni di acuzie;

- la natura cronica della dialisi alimenta fabbisogni di prossimità fisica dei servizi di dialisi. Il sistema pubblico difficilmente riesce a soddisfare l'intera domanda dialitica e ricorre al contributo di attori istituzionalmente differenti. Le forme osservate attraverso i sei casi aziendali di "governo" dei centri dialisi privati vede il riconoscimento del ruolo di "produttore puro" al privato e attribuisce la funzione di committenza al pubblico. Tra gli strumenti più frequenti si osservano gli accordi interistituzionali (tra attori pubblici e privati) che codificano e formalizzano:

- gli *input*: *target* di pazienti (tipicamente a bassa complessità) che possono avere accesso alla rete privata e funzione di "filtro" nell'invio da parte dell'interlocutore pubblico;
- il processo erogativo: verificando gli schemi terapeutici adottati attraverso forme di allineamento professionale e il controllo nella gestione dei casi.

La nefrologia ha una lunga storia rispetto alla riformulazione di modelli di governo strategico del paziente elaborati in contesti aziendali in cambiamento. Di questa esperienza i sei casi hanno consentito di saggiare le diverse risposte che i sistemi aziendali e, al loro interno, le comunità dei nefrologi attivano. La percezione è quella di una sorta di esperienza poco nota, sebbene assai diffusa, poiché, sulla spinta del contenimento della spesa, moltissimi sono i contesti che hanno "acquistato a mercato" fattori produttivi o servizi (come osservato in ciascuno dei casi osservati). Questo può essere ricondotto in parte al fatto che i nefrologi producono una rappresentazione delle forme di gestione della filiera nefrologica più radicata ai modelli tradizionali e meno orientata alla valorizzazione delle innovazioni gestionali che stanno vivendo. La comunizzazione di tali esperienze può consentire alla comunità di praticare ed esportare le migliori soluzioni e di proporsi come interlocutore centrale nelle scelte di efficientamento del sistema. Infatti, il riconoscimento delle esperienze più innovative e la creazione di forme di condivisione allargata consentono alla nefrologia di non subire scelte di cambiamento esogene e di anticipare soluzioni che preservino il governo strategico della filiera e quello clinico del malato.

Il dibattito in seno alla comunità potrebbe appropriarsi non solo della conoscenza delle diverse configurazioni delle relazioni pubblico-privato nei diversi contesti aziendali, che, come si è osservato, possono andare da forme più soft quali l'esternalizzazione della distribuzione del materiale per la dialisi fino all'intera rete, ma anche degli strumenti di controllo che possono essere impiegati per garantire il governo clinico del paziente e quello strategico della filiera. I sei casi hanno, infatti, mostrato oggetti molto differenti intorno ai quali insiste la relazione tra pubblico e privato:

- acquisto di beni e materiali di supporto (Ospedale Don Bosco di Torino)
- reclutamento di personale infermieristico (Ospedale Don Bosco di Torino)
- intera filiera nefrologica (AO di Seriate)
- dialisi esternalizzata (AOU Sant'Orsola Malpighi, Ospedale Santa Maria della Misericordia di Firenze, Ospedale Belcolle di Viterbo, Ospedale di Acireale).

In contesti dai confini frastagliati tra pubblico e privato (dall'*outsourcing* dei materiali di supporto fino a quello della dialisi o dell'intera filiera), la possibilità di garantire il governo clinico del malato e quello strategico della filiera è largamente condizionata dalle forme di controllo (2) che si riescono a operare. La nefrologia ha conosciuto forme eterogenee di esternalizzazione e sviluppato specifiche forme di controllo:

- nelle esperienze che hanno illustrato gli strumenti di controllo dei centri privati di dialisi sono presenti forme di **controllo sugli input**: l'esternalizzazione della dialisi può prevedere la definizione di *target* di pazienti che possono avere accesso alla struttura privata (Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze, Ospedale Belcolle, Ospedale di Acireale), "blindando" le forme di reclutamento del paziente da parte dell'operatore pubblico;
- la condivisione di approcci al malato per tutte le attività a contenuto sanitario esternalizzate (Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze nella gestione della dialisi esternalizzata, Ospedale Don Bosco di Torino nella formazione di personale infermieristico acquistato a mercato) e quella sulle modalità di invio alle strutture pubbliche nel caso di acuzie (Osp. Santa Maria Annunziata) rappresentano forme di **controllo sul processo clinico e assistenziale** da parte dell'attore pubblico;
- **il controllo degli output** è stato l'opzione di governo praticata per verificare i risultati dell'azione implementata dal privato (l'AO di Seriate

te nella rendicontazione all'azienda pubblica, Ospedale di Acireale) nella gestione della popolazione in carico, così come anche la verifica della qualità e della quantità nella fornitura esternalizzata di beni per la dialisi (Ospedale Don Bosco) ha rappresentato una forma di controllo sui risultati.

Dall'analisi trasversale delle esperienze emerge che potrebbero ritenersi adeguate una filiera interamente gestita all'interno di un solo ospedale oppure una soluzione a cavallo tra diverse strutture pubbliche, diversamente specializzate su nicchie della professione alcune e generaliste altre o, ancora, filiere gestite attraverso partnership pubblico-privato su alcuni o diversi nuclei della filiera. Diverse scelte organizzative e strategiche sono plausibili, ma gli obiettivi di garanzia della qualità clinico-assistenziale per il paziente e di presidio del sapere nefrologico da parte della comunità sono direttamente legati alle forme di governo delle relazioni pubblico-privato, nel caso di una filiera di servizi con forme etero-istituzionali. Forse è tempo di passare da un dibattito sui modelli idealtipici a uno sugli strumenti.

#### DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

#### CONTRIBUTI ECONOMICI AGLI AUTORI

Gli Autori dichiarano di aver ricevuto sponsorizzazioni economiche per lo sviluppo della ricerca da parte di Fresenius.

#### Indirizzo degli Autori:

Dr.ssa Paola Roberta Boscolo  
CeRGAS Università Bocconi, Milano  
e-mail: paola.boscolo@unibocconi.it

#### BIBLIOGRAFIA

1. Dal Canton A, Del Vecchio M. "Comunità professionali e percorsi strategici: il caso della nefrologia". Mecosan n. 72, 2009.
2. Lawrence P, Lorsch J. Organization and environment. Cambridge, Mass, Harvard Business School Press, 1967.
3. Tozzi VD, Boscolo PR. La gestione delle interdipendenze per la filiera dei servizi nefrologici: l'AO Bolognini di Seriate. Mecosan n. 80, 2011.