

UN MODELLO DI RAPPRESENTAZIONE DELLA FILIERA NEFROLOGICA

Valeria D. Tozzi^{1*}, Idalba Loiacono^{2*}

¹Lecturer SDA Bocconi e Ricercatore CeRGAS Bocconi, Milano

²Ricercatore CUSAS, Università di Firenze, Firenze

1. PREMESSA

Le conclusioni della ricerca "*Prospettive Organizzative e Strategiche per la Nefrologia In Italia*", svolta per SIN da CeRGAS Bocconi e CUSAS Università di Firenze, rappresentano la base di ragionamento di quella dal titolo "*Forme istituzionali e modelli organizzativi per la filiera dei servizi nefrologici*" della quale si presentano in questo contributo l'impianto metodologico e i riferimenti di letteratura sui temi toccati. Per i legami di logica e contenuto tra le due ricerche, si rimanda al contributo di Del Vecchio, proposto in apertura del presente numero del GIN.

Il tema assiale intorno al quale si sviluppa la ricerca è quello delle implicazioni prodotte da scelte di acquisto sul mercato di servizi e/o fattori produttivi sul modello di organizzazione tradizionale, articolato per «divisioni» (le UU.OO. semplici o complesse) rappresentative dei saperi disciplinari e governato attraverso la gerarchia. Il posizionamento strategico della nefrologia si gioca sulla capacità di risposta ai bisogni dei nefropatici, pur in condizioni istituzionali e organizzative nuove rispetto al passato (1). In altri termini, la nefrologia è chiamata a confrontarsi con modelli nuovi di governo clinico del malato poiché la filiera dei suoi servizi prevede forme di ricorso al mercato molto differenti per estensione e natura: si va da situazioni in cui sono esternalizzate alcune condizioni di funzionamento dei servizi nefrologici (si pensi alla distribuzione del farmaco affidata a un *partner* terzo) ad altre in cui gran parte del bisogno dialitico è soddisfatto da attori privati accreditati fino a forme più estese in cui l'intera filiera è esternalizzata (2).

Se in passato la qualità della presa in carico (il governo clinico del malato) era garantita dal fatto che le scelte cliniche e assistenziali erano unitarie perché la filiera dei servizi afferiva al medesimo attore istituzionale, attualmente le spinte all'efficientamento orientano verso forme di integrazione tra pubblico e

privato. In tale situazione, sono le forme di governo strategico della filiera dei servizi che garantiscono le condizioni di governo clinico del nefropatico. In via esemplificativa: se la dialisi afferisce alla filiera dell'azienda pubblica che presidia anche tutta l'attività ambulatoriale e di degenza nefrologica, guidata dal medesimo apicale, è facile pensare che il governo clinico del paziente, fatto di condivisione di approcci omogenei alla qualità delle cure si poggi sul fatto che le persone e tutte le risorse appartengono al medesimo confine aziendale. In questo contesto, le forme di controllo strategico della filiera sono quelle della gerarchia aziendale e della condivisione professionale. Lo scorporo della dialisi richiede nuove forme di governo strategico della filiera, che vede la partecipazione del privato, allo scopo di trovare forme nuove per conseguire *standard* omogenei di governo clinico del malato.

In questa prospettiva, la ricerca ha studiato sei realtà aziendali attraverso un modello specifico di analisi capace di rappresentare la filiera nefrologica e di valutare le diverse forme di esternalizzazione sulla capacità di governo strategico di siffatta filiera e di governo clinico dei malati.

Il *framework* interpretativo adottato è quello economico-aziendale. Infatti, la nefrologia, in quanto disciplina e pratica assistenziale, è interpretata da chi fa riferimento alla disciplina economico-aziendale per leggere gli accadimenti, relativi alla filiera nefrologica, che si sviluppano come conseguenza dell'azione di acquisto sul mercato di servizi e/o fattori produttivi. Le motivazioni della scelta stanno nel fatto che, per i nefrologi, prevalentemente incardinati all'interno di aziende sanitarie pubbliche, il tema delle relazioni pubblico-privato si gioca sulle condizioni di funzionamento e governo che le aziende mettono in campo; inoltre, un approccio propositivo da parte della comunità, a difesa delle condizioni di governo strategico della filiera nefrologica, prevede la conoscenza, oltre che l'esperienza, di tali fenomeni e delle potenziali soluzioni.

*Sebbene il contributo sia frutto dell'attività di ricerca compiuta da entrambe le autrici, si attribuiscono a Loiacono i paragrafi 1 e 4 e a Tozzi i rimanenti.

2. UN INQUADRAMENTO CONCETTUALE SUL TEMA DELL'ESTERNALIZZAZIONE

Esiste una ricca letteratura di diversa matrice disciplinare che affronta il tema delle esternalizzazioni. Provando a sintetizzare i contributi più significativi in ragione degli obiettivi della ricerca, si evidenzia che la convenienza all'esternalizzazione è condizionata da valutazioni in merito a:

1. natura dello scambio che implica specifici costi;
2. forme di controllo che si riescono a interpretare;
3. relazioni di fiducia con il *partner*.

Relativamente alla prima questione, Williamson (3) identifica nei costi di transazione la principale categoria di costo da valutare per le cosiddette decisioni *make or buy* (erogazione interna di un servizio o affidamento, parziale o totale, a un fornitore esterno). La natura delle transazioni ne condiziona i relativi costi. La teoria definisce le transazioni come scambi interni all'azienda o tra attori differenti, se si svolgono al di fuori del confine aziendale. Nel primo caso, la convenienza allo scambio interno di un bene/servizio viene valutata sulla base dei costi organizzativi che esso implica (tempo da dedicare alla negoziazione interna, risorse economiche da mettere in campo, personale da dedicare allo scambio, gestione degli eventuali conflitti che si consumerebbero all'interno dell'azienda, ecc.); nel secondo caso, i costi di transazione riguardano l'acquisizione di un bene/servizio a fronte di un corrispettivo economico (prezzo), cui devono sommarsi i costi di controllo del processo produttivo esternalizzato (in termini di qualità, prezzo, affidabilità del *partner*, ecc.). La complessità delle transazioni, interne ed esterne, aumenta in funzione di alcune dimensioni critiche: l'incertezza dell'ambiente nel quale la transazione si compie, la frequenza con cui essa viene ripetuta e il grado di specificità delle risorse impiegate per ogni transazione in rapporto ai luoghi, ai beni coinvolti e alle risorse umane impiegate. In via teorica, ogni ipotesi di transazione interistituzionale dovrebbe prevedere la valutazione comparativa delle soluzioni a gestione interna (gerarchia) con quelle affidate all'esterno (mercato). Il tema dell'esternalizzazione in ambito pubblico si caratterizza per alcune specificità delle quali, a mero titolo esemplificativo, si citano solo alcune: le razionalità economiche devono essere mediate da valutazioni di impatto rispetto alla natura pubblica dei servizi di tutela della salute; inoltre, la costruzione e la gestione della relazione di scambio con il *partner* privato deve rispettare i vincoli dei processi decisionali e delle *routine* amministrative tipiche delle burocrazie pubbliche (4). Da qui, la necessità di distinguere l'ampia teoria ed esperienza sul tema degli scambi tra imprese da quelli relativi alle

		Conoscenza del processo di trasformazione	
		<i>alta</i>	<i>bassa</i>
Misurabilità dell'output	<i>alta</i>	Controllo processo/output	Controllo output
	<i>bassa</i>	Controllo processo	Controllo attraverso orientamenti finalistici

Fig. 1 - Le forme di controllo (9).

relazioni pubblico-privato.

Relativamente a questi fenomeni, si evidenzia come, alla base delle transazioni interistituzionali, possa esserci la necessità di livelli di flessibilità interna che difficilmente si conciliano con i vincoli delle amministrazioni pubbliche (4, 5), per esempio, nella gestione delle risorse umane e nella gestione dei processi d'acquisto. Alle convenienze aziendali si aggiungono poi quelle espresse dalla comunità dei professionisti che alimentano una domanda di flessibilità ed efficienza nel reperimento e nella gestione delle risorse (anche relativamente ai processi decisionali) difficilmente conciliabile con le *routine* aziendali: si osserva che, in alcuni casi, le scelte di esternalizzazione, soprattutto per servizi e/o fattori produttivi standardizzati, consentono ai professionisti di esprimere forme di controllo diretto sugli *output* e di decidere direttamente sulle risorse superando le forme di intermediazione della gerarchia aziendale. Si pensi al caso dell'approvvigionamento dal mercato del personale infermieristico da inserire in processi erogativi stabili, quali la dialisi: la possibilità di acquisire dall'esterno tale personale può consentire un controllo diretto del sapere e delle abilità in ingresso e degli esiti dell'azione in misura superiore di quello esercitabile attraverso i processi decisionali mediati casomai dal dipartimento e messi in campo dalle direzioni e dalle tecnostrutture dell'azienda sanitaria. Ciò significa che per superare i vincoli della gerarchia si preferisce rivolgersi al mercato.

In merito al secondo punto, si osserva che le forme di controllo delle transazioni esternalizzate differiscono in funzione della percezione del rischio di comportamenti opportunistici del *partner* e delle caratteristiche del servizio reperito a mercato. Rifacendosi al contributo di Ouchi (6-8) (Fig. 1), si precisa che, qualora sia noto il processo di trasformazione sotteso all'attività/servizio ceduto e sia misurabile l'*output* prodotto, l'azienda pubblica potrà ricorrere sia al controllo del processo sia a quello dei risultati, comparandone i costi. Si pensi al servizio mensa la cui *performance* può essere monitorata sia attraverso forme di sorveglianza sulla preparazione dei pasti e sulla loro somministrazione sia

sulla qualità delle pietanze. In condizioni di perfetta conoscenza del processo di trasformazione, ma di difficoltà di misurazione del risultato, l'azienda potrà intervenire solo sul monitoraggio del processo di trasformazione: in alcuni contesti regionali nei quali attività dialitiche sono cedute al privato ed è previsto l'invio solo per *target* di pazienti non complessi e stabili, il controllo delle *performance* può essere realizzato attraverso la verifica dei comportamenti clinico-assistenziali. In assenza di conoscenza dei processi di trasformazione, ma di misurabilità degli *output*, l'azienda potrà controllare solo questi ultimi. Si pensi alla gestione della medicina generale rispetto alla quale si attivano forme di verifica della presa in carico e della gestione dei bisogno (controllo sulla percentuale di pazienti in carico con specifiche patologie, utilizzo inappropriato dell'ospedale, ecc.). La natura delle attività/servizi portati al di fuori dei confini d'azienda e la conoscenza dei relativi processi di trasformazione e di misurabilità degli *output* rappresentano, quindi, variabili importanti per la predisposizione di sistemi di controllo dei comportamenti opportunistici. È possibile osservare che la responsabilità pubblica sulle attività/servizi esternalizzati induce forme di "internalizzazione" del controllo: il ricorso alla condivisione di orizzonti strategici per avvicinare i finalismi aziendali dei *partner* piuttosto che a sistemi di formalizzazione delle condizioni della transazione (accordi, protocolli e deliberazioni, ecc.) orienta i meccanismi di controllo verso quelle dette di "clan".

Per quel che concerne il terzo punto (la valutazione dei *partner* potenziali), si sottolinea che scelte di esternalizzazione, fino a forme di *partnership* pubblico-privato, possono maturare se il mercato è popolato da una molteplicità di attori e se ne esistono alcuni (almeno uno) meritevoli di fiducia. In altri termini, il mercato dei *partner* e i legami di fiducia condizionano le scelte di esternalizzazione da parte del pubblico che, in questo modo, si tutela da comportamenti opportunistici grazie a forme di condivisione di orientamenti e fini. Alcuni studi identificano proprio nella fiducia tra *partner* pubblico, titolare della funzione, e privato, incaricato della gestione della funzione stessa, la condizione di successo della collaborazione. In settori complessi, come la sanità, pare che il livello aggregato di fiducia e controllo determini l'impegno e la convinzione (*confidence*) riposta nella *partnership* e che i meccanismi di controllo formale possano minare la fiducia tra le parti, mentre meccanismi di controllo sociale possano rafforzarla. Emerge, così, la possibilità di innescare un circolo virtuoso nelle alleanze strategiche poiché alti livelli di fiducia determinano un miglior funzionamento dei meccanismi di controllo e, conseguentemente, un maggior controllo complessivo (10). L'esternalizzazione può richiedere una sorta di compenetrazione dei sistemi aziendali in termini, per esempio, di condivisione delle informazioni e *feedback* reciproci sulle prestazioni cliniche erogate. Per l'esterna-

lizzazione di un servizio pubblico e nelle strategie di visione del servizio esternalizzato va infatti assicurato l'allineamento tra azienda pubblica e fornitore di mercato, affinché tale operazione non implichi una qualsiasi forma di restrizione dell'accessibilità e dell'equità nell'erogazione del servizio.

L'analisi dei sei casi aziendali ha utilizzato le categorie logiche introdotte dal dibattito intorno all'esternalizzazione di servizi o condizioni di funzionamento della filiera nefrologica. Tra le tre variabili introdotte in apertura si segnala la centralità di quella relativa alle forme di controllo. Sebbene tutte e tre appaiano di estrema rilevanza nelle scelte istituzionali e di gestione dei servizi di tutela della salute, assai frequentemente la valutazione dei costi di transazione e quella relativa alla selezione del partner sono proprie delle direzioni delle aziende, piuttosto che di aggregati aziendali (p. es., i consorzi) piuttosto che delle Regioni. Per proporre la riflessione sulle forme di relazione pubblico-privato alla comunità dei nefrologi, con l'obiettivo di attivare e promuovere soluzioni che tutelino il governo clinico del malato attraverso il governo strategico della filiera, si è enfatizzato il ruolo delle forme di controllo. A parere di chi scrive, infatti, si tratta di scelte che possono rientrare nella sfera decisionale del professionista rispetto al proprio contesto aziendale e alla comunità nelle sue forme di rappresentanza regionali e nazionali.

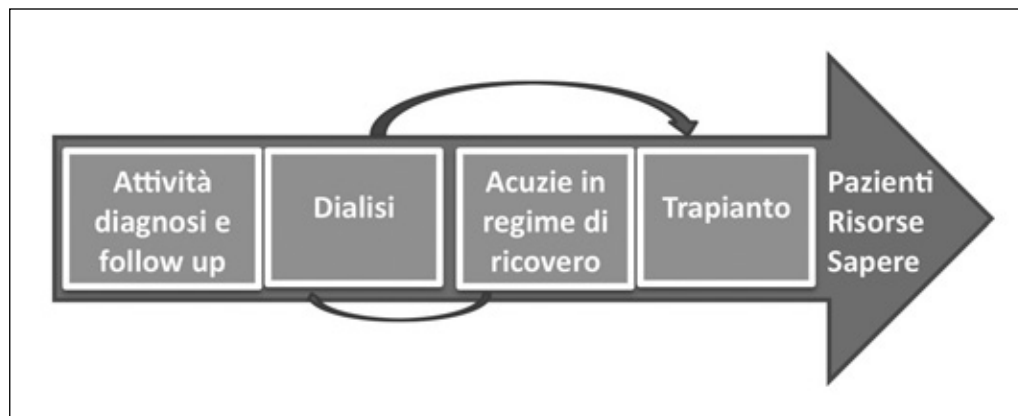
3. IL MODELLO DI RAPPRESENTAZIONE DELLA FILIERA NEFROLOGICA

La prima questione di metodo che la ricerca ha affrontato è stata quella di trovare e condividere un modello di rappresentazione della filiera nefrologica. La Figura 2 descrive i nuclei di attività corrispondenti al sistema delle prestazioni più frequentemente riconducibili ai servizi nefrologici.

La rappresentazione propone un doppio passaggio logico. Sulla base di una delle rilevazioni condotte in seno alla passata ricerca "Prospettive Organizzative e Strategiche per la Nefrologia In Italia" è stato possibile ricostruire l'insieme delle attività che in via principale qualificano l'agenda dei nefrologi e, di conseguenza, i servizi nelle nefrologie italiane. Tali gruppi di attività, in questa sede denominati nuclei omogenei di attività, sono:

- diagnosi e monitoraggio delle nefropatie (le attività di prevenzione sono integrate a questo nucleo). Si tratta di una serie di servizi erogati in regime ambulatoriale che vanno dalle prestazioni per l'ipertensione e l'insufficienza renale fino alle gestione delle nefropatie rare;
- acuzie nefrologica, erogata in regime di ricovero ordinario o diurno;
- dialisi; sebbene si tratti di prestazioni erogate principalmente in regime ambulatoriale hanno

Fig. 2 - Il modello di rappresentazione della filiera dei servizi nefrologici.



logiche di gestione delle risorse, dei pazienti e dei saperi del tutto specifiche;

- trapianto erogato da unità operative a vocazione chirurgica (sebbene la preparazione e la gestione del *follow up* siano attività che rientrano nella filiera nefrologica). Sebbene questo nucleo di attività non sia proprio della filiera, esso viene preso in considerazione perché le forme di relazione e "aggancio" dei servizi nefrologici a tale attività sono condizioni centrali per la presa in carico del paziente agita dal nefrologo.

I nuclei descritti (a eccezione del trapianto) in passato popolavano i servizi dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi. Si tratta di una filiera:

- gestita tradizionalmente attraverso la leva gerarchica, esercitata dall'apicale dell'unità, dal capo del dipartimento e, infine, dalla direzione aziendale (riconducibile a quello che in questa sede è denominato governo strategico della filiera);
- funzionante con risorse specifiche e ad alto livello di specializzazione (gli spazi, gli infermieri, le tecnologie erano allocate in modo univoco all'Unità Operativa);
- basata su rapporti contrattuali di dipendenza per quel che riguarda il personale e su regole di approvvigionamento delle risorse tipiche dell'azienda pubblica (gare, appalti, ecc.);
- in cui il governo clinico del malato era garantito da forme di allineamento professionale prodotte dall'appartenenza alla medesima équipe condotta dall'apicale e da un aggiornamento costante del sapere grazie alle iniziative di formazione aziendale, alla partecipazione agli eventi della comunità anche in seno alla società scientifica, alla partecipazione alle attività di ricerca e così via. Si tratta di condizioni che influenzano le scelte di governo clinico del malato, scelte che nella formula organizzativa più tradizionale hanno un perimetro specifico di azione dato dal contesto aziendale unitario, dall'équipe dell'Unità Operativa e dalla condivisione di attività e saperi.

L'ipotesi di ricerca è relativa alla conoscenza delle forme di governo strategico della filiera e, quindi, della qualità della presa in carico del bisogno nefrologico (governo clinico del paziente) in assetti organizzativi e istituzionali differenti da quelli tradizionali. Lo studio dei casi, in questa prospettiva, ha consentito di esplorare l'organizzazione della filiera in modelli aziendali emergenti, quali quelli per intensità delle cure, piuttosto che in assetti istituzionali del tutto nuovi, poiché il gestore privato si fa carico dell'intero portafoglio di servizi nefrologici.

Per affrontare il quesito di ricerca sono stati investigati i legami che uniscono e rendono interdipendenti i singoli nuclei di attività all'interno della filiera. I vettori che legano i diversi nuclei sono rappresentati dal paziente (che attraversa l'intera filiera per l'evoluzione della patologia, per esempio), dalle risorse (frequentemente condivise tra nuclei in modelli organizzativi tradizionali, si pensi al personale infermieristico) e dai saperi funzionali a più nuclei all'interno della filiera. Di seguito, si dettagliano le specificità di tali legami di connessione:

- il paziente. La nefrologia si caratterizza per una strutturale interdipendenza all'interno della sua filiera in ragione della naturale evoluzione delle forme di insufficienza renale cronica in dialisi e nel trapianto di rene. Si verifica, inoltre, che il nefropatico è di frequente già affetto da altre patologie (p. es., cardiopatie, diabete) e può andare incontro a eventi acuti: significa che l'invio del paziente è spesso intermediato da altri professionisti (quindi saperi) o che la sua gestione richiede forme di consulenza o di erogazione delle prestazioni nefrologiche in altri setting (p. es., dialisi a domicilio o in aree ad alta intensità assistenziale). La possibilità di dispiegare un insieme di servizi capace di rispondere ai bisogni del nefropatico sia in termini di continuità della cura sia in termini di accessibilità e logistica per il malato appare una condizione messa in discussione da modelli istituzionali e organizzativi differenti rispetto al modello "divisionale" tradizionale;

- le risorse. Si comprendono in questa aggregazione quelle umane (mediche, infermieristiche, tecniche, ecc.), quelle strumentali (p. es., le prestazioni diagnostiche intermedie) e i servizi dell'azienda (p. es., le *routine* di approvvigionamento di presidi e materiali alla gestione degli spazi). In merito alle prime si osservano una crescente tensione sul personale medico in nefrologia e un dibattito sempre più esteso sul ruolo degli infermieri nella gestione dei nefropatici. Relativamente ai servizi aziendali si segnala che l'appartenenza al medesimo istituto fa sì che vi siano sistemi unitari di gestione: solitamente è unico il sistema di *budget*, di distribuzione del farmaco e così via. Lo scorporo di nuclei omogenei di attività al di fuori dei confini aziendali implica che possano coesistere scelte e sistemi di gestione differenti che non sempre si allineano automaticamente. Inoltre, i diversi nuclei omogenei di attività hanno fabbisogni eterogenei sia rispetto a volumi e competenze del personale sia rispetto alle relazioni con gli altri servizi aziendali (p. es., la degenza o il trapianto richiedono legami più intensi con i servizi di diagnostica rispetto alla dialisi);
- i saperi. Così come all'interno della comunità nefrologica esistono molteplici attività che occorre integrare nella gestione del malato (si pensi agli accessi vascolari per la dialisi o al post trapianto), il sapere nefrologico ha legami di interdipendenza con altri saperi disciplinari (p. es., cardiologia e diabetologia per la gestione del malato con insufficienza renale cronica). I legami di continuità si sviluppano non solo tra conoscenze del mondo nefrologico ma anche tra queste ultime e altri campi disciplinari, quali quelli cardiologici, diabetologici e così via. Per quel che riguarda questo vettore di interdipendenza, come si dirà in seguito, i legami sono sia di natura omoprofessionale (c'è bisogno di continuità di sapere nel passaggio del paziente dalla terapia per insufficienza renale cronica alla dialisi) che eteroprofessionale (consulenze erogate a professionisti che afferiscono da discipline differenti alla nefrologia). Le condizioni di "reperimento", soprattutto della seconda fattispecie di saperi, sono spesso collegate alla natura istituzionale e alle forme di organizzazione dell'azienda e alla possibilità di partecipare a un'arena professionale ampia.

Si tratta di un modello di rappresentazione della filiera funzionale a intercettare le conseguenze delle innovazioni gestionali e istituzionali nella capacità di governo clinico del malato; esso, in questa prospettiva, è ricondotto al governo strategico della rete nefrologica attraverso il presidio dei saperi che ne qualificano l'assistenza, delle risorse dedicate alla gestione del caso e della continuità del percorso per singolo paziente.

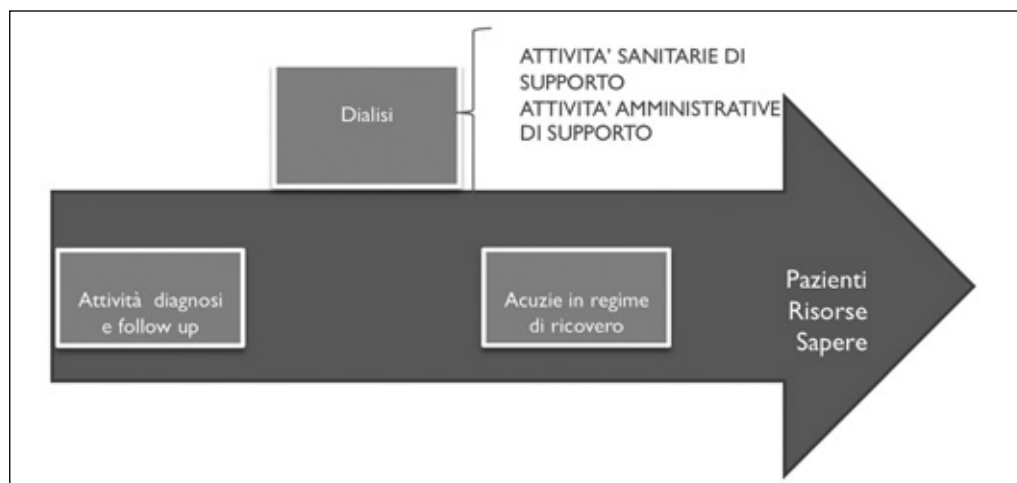
4. LE INTERDIPENDENZE ALL'INTERNO DELLA FILIERA

Il tema delle interdipendenze è funzionale a esplorare la natura delle connessioni e dei legami che uniscono i diversi nuclei di attività nella filiera, così come rappresentata in precedenza. Di seguito si introduce il dibattito su questo tema e si declinano le specificità in merito alla filiera nefrologica.

Il concetto di interdipendenza esprime la misura della dipendenza tra compiti delle singole persone o delle unità organizzative relativamente a risorse e a conoscenze da condividere per svolgere le proprie attività. Moltissimi sono i contributi che, all'interno di specifici filoni disciplinari, si sono occupati delle forme di interdipendenza sia intra-aziendali sia inter-aziendali (11-13). Thompson riconosce tre tipologie di interdipendenza: generica, quando le singole unità, attività, attori e compiti, concorrono con il proprio output a un risultato complessivo, sequenziale, quando un'unità (o compito) non può operare (o essere svolto) se l'unità precedente non ha eseguito la sua attività (o se la precedente azione non è stata compiuta), e, infine, reciproca, dove gli output di un'unità diventano input dell'unità interdipendente e viceversa. Questa classificazione si arricchisce dell'interdipendenza intensiva (14), prodotta dalla relazione di interazione tra le parti che coagiscono definendo autonomamente le azioni da compiere, aggiustandole reciprocamente e giungendo, così, a un'azione comune. Se le interdipendenze sequenziali e reciproche sono dette transazionali, nella misura in cui si riferiscono a scambi tra interfacce tecnicamente separate (3), quelle generiche e intensive sono associative, in quanto associano sforzi e azioni finalizzati a forme di allineamento dei comportamenti e ad azioni condivise (15).

Come viene esemplificato nella Figura 3, il riposizionamento di alcuni nuclei di attività o di parti di essi al di fuori dei confini aziendali "interrompe" e modifica le tradizionali forme di interdipendenza, presenti nei modelli di organizzazione più tradizionali. Oggetto di esternalizzazione possono essere non solo interi servizi sanitari (si pensi all'esternalizzazione della dialisi), ma anche condizioni specifiche per il loro funzionamento: si tratta di "attività sanitarie di supporto" (p. es., la gestione della distribuzione dei farmaci, delle prestazioni di diagnostica di laboratorio, del personale infermieristico) oppure "operative di supporto" (dall'amministrazione del personale fino alle pulizie o ai rifiuti speciali) (16). La natura di tali forme di "acquisto sul mercato" e l'impatto che esse producono sull'intera catena dei servizi nefrologici, in termini di continuità di saperi e risorse nella gestione dei pazienti, è assai differente. Il ventaglio delle alternative esperite è molto ampio: molto spesso vengono esternalizzati servizi sanitari che precedentemente erano gestiti "in organizzazione" (dalla mensa alle pulizie), in altri casi si tratta di servi-

Fig. 3 - Lo "scorporo" di nuclei di attività o di singole condizioni di funzionamento.



zi sanitari progettati *ex novo* che sviluppano relazioni con servizi e attività già esistenti (la realizzazione di nuovi centri dialisi, per esempio, per i quali appaiono "delicati" i meccanismi di invio del paziente). Oltre alle forme di interdipendenza generate dalle relazioni di natura operativa esiste, per ciascuna di queste forme, un'interdipendenza di natura intensiva prodotta dal fatto che, sebbene l'erogazione possa essere demandata a un partner privato, la responsabilità della funzione rimane pubblica.

Le relazioni di interdipendenza non sono sempre facilmente riconoscibili e le conseguenze di operazioni di "scorporo" dei nuclei di attività (o di specifiche condizioni di funzionamento) non appaiono di facile anticipazione. In alcuni casi, si tratta di interdipendenze che riguardano le relazioni tra pratiche e *routine* di persone che intervengono nella gestione del medesimo malato o delle medesime strutture: l'esternalizzazione di parte delle risorse infermieristiche piuttosto che del personale dedicato alle pulizie inibisce forme di collaborazione spontanea nella gestione di attività, risorse o spazi, motivata dalla partecipazione al medesimo sistema aziendale e dalla continuità e dalla frequenza della relazione professionale. Interdipendenze generiche e intensive si associano a quelle sequenziali o reciproche in modo non sempre routinario. Anticipare le ricadute che, per esempio, l'esternalizzazione delle pulizie produce non solo nella gestione ordinaria dell'unità operativa, in termini di tempi e di condizioni logistiche, ma anche nelle relazioni di scambio e aiuto reciproco tra persone che operano nel medesimo contesto, è operazione complessa ma non eludibile.

5. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Le questioni affrontate nel presente contributo riguardano il modello di rappresentazione della filiera nefrologica funzionale alla riflessione che anima l'intera ricerca: quali sono le conseguenze in termini di governo clinico del malato e di governo strategico della rete quando il modello tradizionale di organizzazione (partizioni aziendali per Unità Operative definite rispetto alle specialità) viene modificato da forme di esternalizzazione?

L'ipotesi interpretativa è che le condizioni di governo clinico del malato siano condizionate dalle capacità di governo strategico sulla filiera. Quest'ultima, nell'ipotesi di nuclei di attività (o singole condizioni di funzionamento) esternalizzati, viene grandemente condizionata dalle forme di controllo che vengono impiegate. Esse possono essere agite dal livello regionale e dalla/e azienda/e pubblica (pubbliche) piuttosto che dai professionisti, a seconda della natura dell'esternalizzazione (si vedano i paragrafi precedenti).

Di seguito si propongono alcune delle piste di ragionamento che, nell'analisi dei casi aziendali, verranno approfondite. Si tratta di esemplificazioni delle possibili applicazioni del modello di rappresentazione proposto in Figura 2.

- Possono essere reperite dal mercato specifiche condizioni di funzionamento di uno o più nuclei di attività. Se ci si riferisce all'esternalizzazione del personale infermieristico, il modello delle interdipendenze evidenzia alcune questioni da valutare: a) in molti casi le procedure di reperimento dal mercato di personale infermieristico appaiono più celeri di quelle dell'azienda pubblica. A questo si aggiunge che, in molte situazioni, si tratta di una "scelta obbligata" in ragione dell'impossibilità di assumere personale. Il clima organizzativo, inteso come ambiente per le relazioni tra persone, appare uno dei temi critici,

poiché, all'interno della medesima organizzazione, si trovano a operare figure con inquadramenti contrattuali e livelli salariali differenti coinvolti in processi assistenziali non sempre diversi; b) anche il sistema dei saperi viene messo "in tensione" da tale scelta: le competenze "in entrata" non sono sempre adeguate per essere immediatamente fruibili. Le fasi di formazione e affiancamento appaiono cruciali per evitare rischi sulla qualità dell'assistenza erogata.

- Di frequente le aziende e le Regioni spingono alla concentrazione fisica dei magazzini o propongono soluzioni di esternalizzazione. Scelte di tale natura producono ripercussioni in merito a: a) il fabbisogno di farmaci, ausili e dispositivi da parte dei professionisti e delle Unità Operative. Si tratta di un censimento "perpetuo", per approvvigionarsi costantemente del materiale necessario all'attività programmata, e puntuale rispetto alle specificità richieste; b) la gestione dell'emergenza (p. es., pazienti con acuzie improvvise) richiede soluzioni nuove rispetto alle tradizionali "scorte di magazzino", facilmente accessibili perché prossime; c) i percorsi logistici di approvvigionamento e/o allestimento non devono intralciare quelli dei pazienti e le routine dell'Unità Operativa.
- I requisiti di accessibilità dei centri dialisi, che soddisfano bisogni di natura cronica, spesso legittimano scelte di accreditamento o di relazione pubblico-privato "intense" per rendere la rete di offerta capillare. In queste situazioni, la filiera vede la partecipazione di attori terzi: essi possono agire ruoli di "produttore puro" o di "committente". Nel primo caso la partecipazione alla filiera è condizionata dal fatto che l'attore pubblico definisce e sorveglia condizioni quali i target di pazienti che possono avere accesso alla struttura e i meccanismi di invio e, in alcuni casi, di trattamento. In assenza di queste condizioni di controllo, l'attore privato svilupperà forme di committenza proprie.

- Anche la "risorsa spazio" gioca un ruolo centrale nel governo della filiera. In via teorica, il posizionamento della degenza nefrologica lontana dal setting ambulatoriale della nefrologia rafforza i legami con i servizi di altre discipline (p. es., quelli del Pronto Soccorso) piuttosto che con quelli. Si creano, in questo modo, le condizioni che solidificano l'interdipendenza della degenza nefrologica con i saperi, le risorse e i pazienti non nefrologici.

Sulla base di queste riflessioni, si rimanda all'analisi dei casi aziendali che la ricerca "Forme Istituzionali e modelli organizzativi per la filiera dei servizi nefrologici" ha condotto. L'auspicio è quello di aver prodotto un modello di rappresentazione che possa supportare i professionisti nella lettura dei processi di cambiamento che toccano il portafoglio dei servizi a cui essi partecipano.

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 Valeria D. Tozzi
SDA Bocconi e CeRGAS Università Bocconi, Milano
e-mail: valeria.tozzi@unibocconi.it

BIBLIOGRAFIA

1. Dal Canton A, Del Vecchio M. "Comunità professionali e percorsi strategici: il caso della nefrologia". *Mecosan* n. 72. 2009.
2. Tozzi VD, Boscolo PR. La gestione delle interdipendenze per la filiera dei servizi nefrologici. *L'AO Bolognini di Sierate. Mecosan* n. 80. 2011.
3. Williamson OE. The economics of organization: the transaction cost approach. *American Journal of Sociology* 1981; 87: 548-77.
4. Borroni E, Fattore G, Longo F. *Management delle Istituzioni pubbliche*. Egea, Milano. 2009.
5. Pfeffer J, Salancik GR. *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. New York, NY, Harper and Row. 1978.
6. Ouchi WG. The Relationship Between Organizational Structure and Organizational Control. *Administrative Science Quarterly* 1977; 22 (1): 95-113.
7. Ouchi WG. The Transmission of Control Through Organizational Hierarchy. *Academy of Management Journal* 1978; 21: 173-92.
8. Ouchi WG. A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms. *Management Science* 1979; 25 (9): 833-48.
9. Ouchi Wg. A framework for understanding organizational failure. 1981.
10. Das TK, Bing-Sheng Teng. "Between Trust and Control: Developing Confidence in Partner Cooperation in Alliances". *Academy of Management Review* 1998; 23 (3): 491-512.
11. Thompson JD. *Organizations in actions*. McGraw Hill, New York. 1967.
12. Galbraith JK. *Designing complex organizations*. Reading Mass, Addison Wesley. 1973.
13. Lawrence P, Lorsch J. *Organization and environment*. Cambridge, Mass, Harvard Business School Press. 1967.
14. Grandori A. *Organizzazione e comportamento economico*, Il Mulino, Bologna. 1995.
15. Camuffo A. «Le interdipendenze», in G. Costa, R.C.D. Nacamulli. *Manuale di organizzazione aziendale, Volume 2, La progettazione organizzativa*. Torino, UTET. 1997.
16. Tozzi V. "La gestione per processi in sanità". *Mecosan*, n.50. 2004.