

L'ESPERIENZA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA: ALCUNI ELEMENTI CARATTERIZZANTI*

1. Introduzione

Il tema della regolazione in ambito sanitario finisce inevitabilmente tra quelli che appaiono essere tanto pervasivi quanto elusivi. La sua pervasività risiede nell'essere, la regolazione, una dimensione che investe tutti gli elementi fondamentali con cui una specifica autorità politica che ne detiene la responsabilità definisce gli obiettivi generali di *policy* sociale ed economica che intende perseguire. E' quindi, in questo senso, una dimensione che ingloba la determinazione delle caratteristiche che si ritiene i servizi sanitari dovrebbero assumere, non soltanto sul piano strutturale e tecnico-organizzativo (attraverso le norme di accreditamento, ad esempio), ma anche sul piano delle relazioni che si ritiene debbano intercorrere tra loro, oltre che con i pazienti che vi accedono e con i cittadini che compongono le rispettive comunità di riferimento. E' quindi il contesto della definizione formale delle caratteristiche dell'offerta sanitaria, anche dal punto di vista delle relazioni con la domanda assistenziale e con le specifiche modalità con cui a quest'ultima viene riconosciuto di potersi esprimere. La regolazione, quindi, imposta ed esplicita le «regole del gioco», le modalità di finanziamento delle attività assistenziali, vale a dire l'allocazione delle risorse tra le entità - pubbliche e/o private - erogatrici di prestazioni.

Vista da questa prospettiva, la regolazione in campo sanitario è dimensione politica a tutto tondo che, nella sua articolazione operativa, esplicita assunzioni e ipotesi che poggiano su elementi valoriali e ideologici, riconoscibili sia nel primato attribuito all'integrazione piuttosto che alla competizione tra servizi, come elementi in grado di assicurare una buona qualità assistenziale, sia nell'assunzione della programmazione piuttosto che delle regole del mercato (nel caso variamente amministrate e controllate), come determinanti della capacità di combinare in modo efficiente domanda e offerta.

L'elusività del tema discende proprio dal carattere ideologico-valoriale della regolazione, dal suo essere un complicato intreccio di elementi tecnici e di assunzioni politiche, trasposizione sul piano tecnico-operativo di una visione politica, ideologica o valoriale e, come tale, anche tipicamente oggetto di infiniti confronti e dibattiti, spesso assai refrattari all'influenza delle, peraltro limitate, verifiche empiriche delle diverse assunzioni in gioco.

La relazione tra pubblico e privato rappresenta certamente un elemento di particolare, anche se non esclusivo, interesse in questo contesto, dove il termine «privato» può stare a indicare sia la natura dei soggetti erogatori, sia la misura in cui questi ultimi, pubblici o privati che siano, sono chiamati a operare in un quadro in cui la qualità e la quantità delle loro prestazioni si vuole determinata dalle regole del mercato. In generale, nel nostro paese, come peraltro nella gran parte degli altri contesti internazionali, non pare attuale una messa in discussione della responsabilità pubblica sul terreno della definizione delle regole di funzionamento di un sistema sanitario e della verifica e del controllo della loro applicazione e dei loro effetti.

Semmai, nel contesto italiano, il quadro risulta ulteriormente arricchito dalla convergenza sul tema della regolazione di almeno due fenomeni potenzialmente divergenti, rappresentati – come ben sottolineato da altri¹ –, da una parte, dalla devoluzione di poteri e responsabilità agli ambiti di governo regionale, dall'altra, dal processo di aziendalizzazione, esito italiano del movimento

* di prossima pubblicazione nel volume ASTRID, *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola, Bologna, il Mulino, 2010.

¹ F. Taroni, *Autonomia, responsabilità ed elusione del biasimo nei moderni stati sanitari: una riflessione a posteriori sul bilancio di missione nel sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna*, in M. Biocca (a cura di), *Bilancio di Missione. Aziende responsabili si raccontano*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010, pp. 174-99.

politico e culturale di riforma della pubblica amministrazione noto come *New Public Management*², movimento che ha visto le aziende sanitarie affermarsi contestualmente come enti strumentali dei governi regionali e come soggetti dotati di una propria specifica autonomia imprenditoriale.

In questo contesto, il caso della Regione Emilia-Romagna ha sino a oggi rappresentato un esempio di Servizio sanitario regionale (Ssr) che ha pienamente assunto il tema dell'autonomia aziendale come elemento fondante dei propri meccanismi di funzionamento, anche sul piano regolatorio³. La rilevanza del ruolo delle aziende sanitarie territoriali nel quadro delle funzioni di committenza svolte nei confronti di altri soggetti erogatori privati e pubblici (le aziende ospedaliere), attraverso la definizione di accordi contrattuali in grado di orientare volumi e qualità delle prestazioni, è stato evidenziato da altri⁴, documentando come tali funzioni operino a integrazione delle tradizionali attività regolatorie poste in capo all'amministrazione regionale. Da questo punto di vista, il ruolo affidato alle aziende territoriali, nel contesto del Ssr della Emilia-Romagna, è di particolare rilievo e si distingue in modo sostanziale, prevedendo il mantenimento su queste entità della convergenza delle funzioni di committenza ed erogazione, da quello che è stato invece il *trend* dominante in altri contesti sanitari, laddove invece i sistemi si sono esplicitamente orientati verso una separazione di tali funzioni.

I presupposti su cui si fonda il razionale di un sistema di separazione tra committenza e produzione sono sostanzialmente di carattere economico e di specializzazione delle funzioni. Il razionale economico assume l'uso del meccanismo dei prezzi, piuttosto che della programmazione, per correlare domanda a offerta. In questo caso, è necessario che l'acquirente e il produttore rappresentino strutture chiaramente distinte e totalmente autonome (fino alla loro completa privatizzazione), affinché si instauri il meccanismo della concorrenza tra i produttori e, in certi casi, anche tra acquirenti, su cui si fonda la dinamica del mercato. La specializzazione delle funzioni assume che concentrarsi su di un unico compito sia più efficace che disperdere forze e interesse su due o più. Non solo, la separazione di queste funzioni dovrebbe risolvere i problemi di autoreferenzialità, implicati invece dalla loro coesistenza in capo ad una stessa entità: se committente ed erogatore coincidono, è possibile che servizi e prestazioni siano influenzati, per tipologie, qualità e quantità, più dagli interessi dell'entità erogatrice in questione, che dalle esigenze e dai bisogni effettivi della comunità di riferimento.

La separazione tra committenza ed erogazione, che è stata uno degli elementi certamente più caratterizzanti l'evoluzione del sistema sanitario inglese⁵, è il presupposto fondamentale alla creazione di (quasi) mercati finalizzati a dinamiche competitive tra servizi. Quanto questo abbia, di fatto, migliorato efficienza e qualità è a tutt'oggi quanto mai controverso⁶.

² Cfr. E. Ferlie, A. Pettigrew, L. Ashburner, L. Fitzgerald, *The new public management in action*, Oxford University Press, 1996; P. Dunleavy, C. Hood, *From old public administration to new public management*, in «Public Money & Management», 14, 2, 1994, pp. 9-16.

³ L. Testi, Un bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna, in M. Biocca (a cura di), *Bilancio di Missione. Aziende responsabili si raccontano*, cit., pp. 19-34.

⁴ Cfr. G. Fiorentini G, C. Ugolini, *I contratti per servizi ospedalieri e le organizzazioni dei produttori privati: problemi di integrazione virtuale e contendibilità*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. 2003*, Bologna, il Mulino, 2003, pp. 173-207; M. Fiorini, S. Mall, A. Donatini, *L'appropriatezza assistenziale: il ruolo dei contratti e delle tariffe*, in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. 2003*, cit., pp. 129-61.

⁵ A. Pollock, *La privatizzazione del servizio sanitario nazionale del Regno Unito*, in «Politiche Sanitarie», 9, 4, 2008, pp. 185-191.

⁶ Cfr. L. Brereton, V. Vasoodaven, *The impact of the NHS market. An overview of the literature*, London, Institute for the Study of Civil Society, 2010; J. Gubb, *Will a market deliver quality and efficiency in health care better than central planning ever could? Yes*, in «British Medical Journal», 340, c1297, 2010; N. Lawson, *Will a market deliver quality and efficiency in health care better than central planning ever could? No*, in «British Medical Journal», 340, c1300, 2010; S. Smith, *Will a market deliver quality and efficiency in health care better than central planning ever could? Yes*, in «British Medical Journal», 340, c1299, 2010; J. Tomlinson, *Will a market deliver quality and efficiency in health care better than central planning ever could? No*, in «British Medical Journal», 340, c1302, 2010; C. Propper, S. Burgess, K. Green, *Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market*, in «Journal of Public Economics», 88, 7-8, 2004.

Quello che in questo contributo vogliamo portare in evidenza è quanto, nel Ssr dell'Emilia-Romagna, il mantenimento in capo alle aziende sanitarie territoriali di funzioni programmatiche, di committenza e di diretta erogazione dei servizi sia stato accompagnato da un rafforzamento dei legami con le comunità locali, in particolare con le loro rappresentanze istituzionali, rafforzamento che è l'ovvia premessa alle politiche di integrazione sociale e sanitaria, che hanno ispirato le scelte di *policy* regionali di questi anni e che hanno trovato nel Piano sociale e sanitario 2008-2011 la propria formale definizione. In questo contesto, la programmazione territoriale, con la conseguente elaborazione della committenza, non rappresenta in alcun modo un esercizio auto-referenziale dell'azienda territoriale, ma costituisce un processo fortemente partecipato dagli enti locali di riferimento, cui l'azienda concorre e dentro il quale l'azienda è anche tenuta a rendicontare formalmente (con lo strumento del Bilancio di missione), documentando le azioni e le attività sviluppate e i loro risultati.

Un ulteriore aspetto su cui concentriamo l'attenzione è rappresentato dalle relazioni con i professionisti. Quest'ultima dimensione costituisce un aspetto tipicamente affrontato solo in modo «tangenziale» dalle discussioni sui diversi possibili meccanismi di regolazione di un sistema sanitario. Tuttavia, rappresenta un elemento centrale. Infatti, se è vero che in un'ultima istanza gli obiettivi di un sistema regolatorio sono costituiti dall'assicurare un'assistenza di buona qualità, è indubbio che la capacità di raggiungere questo obiettivo passa anche attraverso la costruzione di relazioni con le competenze e le responsabilità clinico-organizzative detentrici delle competenze tecniche indispensabili al mantenimento ed al miglioramento della qualità tecnico-professionale dei servizi. Su questo specifico terreno, la politica della Regione Emilia-Romagna è stata caratterizzata dal tema del governo clinico⁷, che in questo contributo viene affrontato principalmente dal punto di vista del ruolo attribuito ai professionisti nel concorrere alla dimensione regionale della regolazione.

2. Le relazioni tra aziende sanitarie ed enti locali

Durante l'VIII° legislatura regionale dell'Emilia-Romagna, 2005-2010, nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie, è maturata una singolare cooperazione tra Regione ed enti locali che va ben oltre quanto previsto, sia dalla legge regionale sul sistema sanitario, sia da quella che organizza il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Lo sviluppo delle relazioni è avvenuto senza interventi legislativi, né particolari direttive della Giunta regionale. Dopo il consolidamento degli organismi, delle nuove modalità di programmazione e degli strumenti di supporto tecnico-amministrativo, il quadro complessivo della forma di *governance* è stato descritto, e in un qualche modo formalizzato, all'interno del primo Piano sociale e sanitario regionale (Pssr), approvato nel maggio 2008.

Si è soliti indicare nel Patto regionale per lo sviluppo (Prs), sottoscritto dalle istituzioni e dalle forze sociali nel febbraio 2004, la sollecitazione che ha dato inizio al nuovo corso delle relazioni istituzionali. In realtà, già da alcuni anni erano presenti i fermenti che spingevano Comuni, Province e Ausl a integrare le proprie politiche e programmazioni, in un contesto di grande coerenza su scala regionale. Il Prs 2004 arrivava a concludere che, per affrontare le sfide poste dalle dinamiche demografiche, economiche e sociali, erano necessarie risposte più ampie (quindi più risorse), più articolate (personalizzate) e appropriate, cioè un *welfare* regionale più efficace ed efficiente nella lettura dei bisogni, nella programmazione delle politiche e degli interventi, nell'organizzazione dell'accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni, nella gestione delle risorse finanziarie e nella produzione dei servizi.

La legislatura regionale si apre quindi, nel 2005, dando impulso alla riforma del *welfare*. Regione ed enti locali convengono di avviare il «Cantiere del nuovo *welfare* regionale», per

⁷ Cfr. R. Grilli, F. Taroni, *Governo Clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.

realizzare un sistema integrato sociale e socio-sanitario più equo, più appropriato, più inclusivo. Con un accordo, viene istituita la «Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie», nella quale Regione ed enti locali condividono gli obiettivi del Cantiere.

Gli obiettivi sono decisamente molto ampi; le principali azioni previste sono:

- la definizione di ambiti e strumenti di *governance* regionale, intermedia e locale;
- l'integrazione degli strumenti di programmazione sociale e sanitaria;
- l'aumento delle risorse del sistema attraverso il Fondo regionale per la non autosufficienza (Frna) e il fondo sociale distrettuale;
- la garanzia di una maggiore equità nella distribuzione delle risorse;
- la riforma delle Ipab e la costituzione delle Aziende servizi alla persona (Asp), per potenziare le opportunità di produzione del sistema;
- l'introduzione di un sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari e sociali.

Il Cantiere finalizza gli strumenti di *governance* al principio della centralità degli enti locali nella programmazione e realizzazione della rete, alla separazione delle funzioni pubbliche di governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) da quella di produzione dei servizi e delle prestazioni, all'individuazione del distretto come ambito territoriale ottimale per la gestione associata delle funzioni di programmazione e gestione del sistema integrato, alla programmazione partecipata e concertata come metodo per lo sviluppo e la gestione del sistema, alla valorizzazione dei soggetti privati e del terzo settore nella partecipazione alle diverse funzioni.

La *governance* delle politiche sociali e socio-sanitarie che viene realizzata attraverso il Cantiere si sviluppa su tre livelli territoriali: il livello regionale; il livello intermedio, coincidente con il territorio dell'Ausl; il livello distrettuale, che viene fatto coincidere con il territorio della zona sociale.

A livello regionale, la Cabina di regia è l'organismo di *governance* specifico dell'ambito sociale e sanitario, che ha dato impulso alle principali innovazioni del Cantiere. La Cabina di regia ha la funzione di coordinare e integrare la Regione e il sistema delle Autonomie locali, in materia di politiche sociali e sanitarie. In particolare, esercita attività d'impulso, di proposta, di valutazione e di supporto all'attività istruttoria, preliminare e propedeutica alla formazione delle decisioni della Giunta regionale e degli Assessori competenti in materia. Un Comitato tecnico scientifico, invece, svolge una funzione consultiva, di proposta e di supporto alla Cabina di regia, predisponendo documenti e relazioni sui temi specifici trattati.

La programmazione regionale si esprime nel Pssr, che fissa gli obiettivi per il triennio, le regole del sistema, il sistema di valutazione dei risultati, le risorse finanziarie, indicando i principi generali e gli obiettivi per il governo del sistema integrato. Il Pssr 2008-2010, in particolare, consolida le esperienze maturate grazie alla Cabina di regia nell'innovazione della *governance* del sistema sociale e sanitario e nella programmazione, fissando i risultati e gli obiettivi di sviluppo per le Asp, il Frna e il sistema di accreditamento dei servizi generali. Principio ispiratore del Piano è l'integrazione delle politiche, non solo tra sistema sociale e sistema sanitario, che resta la priorità dell'azione programmatica, ma anche con le politiche della scuola e dell'educazione, della casa, del lavoro, della mobilità, ambientali e urbanistiche.

La Cabina di regia, fin dal 2005, ha affrontato il problema della *governance* del sistema integrato, ponendosi tre obiettivi fondamentali: l'integrazione delle politiche e degli strumenti politico/istituzionali; l'integrazione e la semplificazione degli strumenti di programmazione; l'integrazione e l'adeguamento degli strumenti tecnici di gestione e di supporto alla funzione di governo.

A livello intermedio, le Conferenze territoriali sociali e sanitarie (Ctss) maturano un ruolo rilevante nel coordinamento della programmazione, nell'integrazione tra sistema sociale e Ausl, nelle relazioni con le organizzazioni sindacali, la cooperazione sociale e il volontariato. L'Ufficio di supporto svolge le funzioni istruttorie.

L'Atto di indirizzo e coordinamento svolge funzioni di raccordo tra la programmazione integrata regionale, espressa nel Pssr e la programmazione distrettuale: fornisce le indicazioni

strategiche sull'area dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali; indica gli ambiti dell'integrazione, compresa l'area della non autosufficienza; fornisce, nell'ambito degli obiettivi regionali approvati annualmente dall'Assemblea legislativa regionale, indirizzi e strumenti di coordinamento, monitoraggio e valutazione anche a proposito dei contenuti socio-assistenziali della programmazione di ambito distrettuale. L'Atto comprende il Piano per la salute, il Profilo di comunità della popolazione a livello provinciale, articolato per ambiti distrettuali e gli indirizzi per la definizione del Piano attuativo locale dell'Ausl (Pal).

I sindaci, nell'ambito della Ctss, attraverso l'Atto di indirizzo e coordinamento, acquisiscono una funzione di indirizzo e di valutazione dell'attività complessiva delle aziende sanitarie, molto più rilevante e pervasiva di quella prevista nella legge di riforma regionale del sistema sanitario. La presenza nella Ctss del direttore generale dell'Ausl e, quando opportuno, del Direttore generale dell'Azienda ospedaliera, assicurano un continuo confronto, scambio di informazione e concertazione degli orientamenti e delle scelte strategiche.

Nell'ambito distrettuale, l'organismo che assume le funzioni di *governance* è il Comitato di distretto (Cdd), che è supportato, per le funzioni di programmazione, regolazione e committenza, dall'Ufficio di piano.

La programmazione sociale e sanitaria è contenuta nel Piano di zona per la salute e il benessere sociale (Pzsbs), che sostituisce il Piano di zona. Facendo riferimento al Profilo di comunità e all'Atto d'indirizzo e coordinamento della Ctss, il Piano individua le priorità strategiche negli ambiti d'intervento sociale e sanitario, inclusa l'area della non autosufficienza; definisce la programmazione finanziaria, specifica le integrazioni e gli strumenti, necessari per realizzare gli obiettivi di salute individuati; verifica il programma di trasformazione delle Ipab e di costituzione delle Asp.

Anche in questo ambito territoriale, con il Piano di zona per la salute e il benessere sociale i sindaci del Comitato di distretto incidono sulla programmazione e sugli orientamenti del distretto dell'Ausl e permanentemente si raccordano con il direttore di distretto, assicurando un confronto dialettico sulle scelte e sulla risoluzione dei problemi.

Acquisita la disponibilità dei Comuni ad assumere l'ambito territoriale distrettuale quale ambito di riferimento per le politiche sociali, la Regione – d'intesa con la Cabina di regia – opera una decisa valorizzazione di questo organismo, agendo in due direzioni:

- far coincidere il Cdd con l'organo di governo di una forma associativa dei comuni per l'ambito distrettuale o, perlomeno, con l'organismo di concertazione dei comuni dell'ambito distrettuale, legati tra di loro da una convenzione specifica per le politiche sociali e sanitarie;
- dare spessore al Cdd attribuendogli rilevanti funzioni di governo di processi di riforma regionali (riforma delle Ipab, costituzione delle Asp, sperimentazione del Frna, introduzione del sistema di accreditamento dei servizi sociosanitari.)

Laddove i comuni dell'ambito distrettuale hanno scelto una forma associativa, dotata di personalità giuridica e con territorio coincidente con l'ambito distrettuale, si è trattato di Unioni dei comuni o Comunità montane. In tali casi, le funzioni del Cdd sono svolte dalla Giunta di tali enti.

Al termine della legislatura, nel 2010, l'Area innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (Assr) ha effettuato una valutazione sullo stato di realizzazione del sistema di *governance* regionale. Il monitoraggio ha messo in luce aree di possibile miglioramento del sistema e opportunità di sviluppo, ma soprattutto che il livello di attuazione e condivisione del sistema, da parte dei diversi attori e ambiti territoriali, è sicuramente alto. Infatti, per rappresentare la base consolidata su cui si fonda oggi il sistema di *governance* e programmazione nell'ambito integrato sociale e sanitario, occorre elencare i numerosi obiettivi raggiunti.

Organismi di governance

- La Cabina di regia funziona regolarmente ed è sede di concertazione tra Regione ed enti locali sulle iniziative e sulle norme.

- Tutti i territori delle Ausl hanno costituito le Conferenze territoriali sociali e sanitarie, con compiti di coordinamento e indirizzo.
- Come indicato dal Pssr, comuni e Ausl hanno condiviso l'ambito distrettuale per la programmazione, facendo coincidere le zone sociali con i Distretti delle Ausl.
- In tutti i distretti, i comuni hanno scelto una forma istituzionale per la gestione associata delle funzioni in ambito sociale e sanitario o hanno stipulato una convenzione che regola la gestione congiunta della funzione amministrativa e hanno individuato l'organismo competente per la programmazione (Comitato di distretto o Giunta dell'Unione dei comuni e della Comunità montana).

Strumenti di supporto e sistema di accesso

- Il Comitato tecnico-scientifico della Cabina di regia funziona regolarmente e approfondisce le tematiche e i provvedimenti oggetto dell'attività della Cabina stessa.
- L'Assr ha istituito l'Area innovazione sociale.
- Tutte le Ctss hanno istituito gli Uffici di supporto.
- In tutti gli ambiti distrettuali sono stati istituiti gli Uffici di piano, sulla base di una convenzione tra l'Ausl e l'organismo dei Comuni, competente per la programmazione nell'ambito distrettuale.
- In tutti i distretti sono stati istituiti gli sportelli sociali.

Strumenti di programmazione

- La Regione ha approvato, nel maggio del 2008, il primo Piano sociale e sanitario regionale.
- Tutte le Ctss, nel 2008, hanno approvato il Profilo di comunità e l'Atto di indirizzo e coordinamento, in coerenza con le indicazioni fornite dalla Regione.
- Tutti gli organismi distrettuali competenti per la programmazione, nel 2009, hanno approvato i Piani triennali di zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011, attraverso appositi Accordi di programma e i Piani attuativi 2009, anche in questo caso, in coerenza con le indicazioni fornite dalla Regione.

Il processo di maturazione del sistema di *governance* è stato relativamente rapido: prefigurato nel 2004 con il Piano per lo sviluppo, ha trovato una prima rappresentazione nel 2005, in coincidenza con l'istituzione della Cabina di regia, ed è stato definitivamente formalizzato nel 2008, con l'approvazione del primo Pssr.

Come tutti i sistemi di governo giovani, il primo problema è garantirne la continuità e il consolidamento. Uno strumento possibile è certamente la formazione, sia degli amministratori che dei dirigenti e degli specialisti, per condividere e approfondire gli aspetti costitutivi del sistema. La condizione imprescindibile è comunque considerare l'attuale sistema di *governance* e programmazione in una dimensione dinamica, sempre migliorabile e adattabile al mutamento del contesto.

3. Il ruolo dei professionisti

Coerentemente con le indicazioni generali della Regione, relativamente al tema del governo clinico, definito come partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie, il contributo di questi ultimi al tema della valutazione e del miglioramento della qualità è visto come essenziale e imprescindibile, sia a livello aziendale (anche nel quadro delle responsabilità formalmente attribuite ai Collegi di direzione aziendali), sia a livello regionale. Infatti, le professionalità clinico-assistenziali sono detentrici, pressoché esclusive, di competenze specifiche che rappresentano quegli elementi che, sul piano concettuale oltre che tecnico-operativo,

sostanziano le iniziative rivolte alla qualità, soprattutto nelle sue dimensioni tecnico-professionali e che attengono in specifico alla verifica dei processi assistenziali e alla valutazione dei loro esiti.

A livello regionale, la partecipazione e la responsabilità delle competenze cliniche si esprimono principalmente, anche se non esclusivamente, nel ruolo attribuito alle Commissioni professionali. Ormai da tempo Commissioni professionali operano in diversi ambiti, tra cui la cardiologia e la cardiochirurgia, l'oncologia e l'ortopedia; la Commissione cardiologica e cardiochirurgica è quella operativa da più tempo e che, anche per questo, ha avuto modo di esprimere un ventaglio di iniziative particolarmente rappresentative del ruolo affidato alle Commissioni professionali. In estrema sintesi questo ruolo, formalizzato da apposite delibere, consiste innanzitutto nel concorrere al disegno delle reti assistenziali di loro pertinenza. Ad esempio, la Commissione cardiologica e cardiochirurgica regionale ha rappresentato l'ambito di elaborazione del modello di rete assistenziale organizzato secondo il principio *hub & spoke*⁸. Principio generale, che ha poi trovato applicazione anche in altri contesti assistenziali caratterizzati da un variabile grado di specializzazione e complessità tecnologica dei diversi contesti assistenziali e dalla contestuale necessità di definire puntuali relazioni organizzative e funzionali tra i servizi, partendo dall'esplicitazione di percorsi assistenziali che avessero l'obiettivo di offrire al paziente l'assistenza appropriata, sul piano clinico come su quello organizzativo, in funzione della relativa complessità del bisogno assistenziale. Questo tipo di impostazione, implementata sin dalla fine degli anni '90, ha rappresentato l'essenziale premessa per il consolidamento di un sistema regionale di reti assistenziali basato sui principi della collaborazione e dell'integrazione tra servizi e tra professionisti, piuttosto che della competizione, come è avvenuto in altri contesti.

Il ruolo attribuito alle Commissioni professionali consiste inoltre nella costante attività di manutenzione delle stesse reti assistenziali, operando in un sistema che ne sorveglia il funzionamento, individuando i problemi di qualità dell'assistenza che possono manifestarsi. Tipicamente, le Commissioni si dotano di specifici indicatori, di processo e di esito, attraverso i quali viene monitorato periodicamente il funzionamento della rete.

Esse concorrono a governare i processi di innovazione tecnologica che attraversano i servizi. L'esempio degli *stent* medicati per gli interventi di angioplastica coronarica⁹, da questo punto di vista ha fatto scuola, in un quadro che, di fronte a quella che all'epoca appariva come un'innovazione, ha visto i professionisti concordare linee-guida per il suo utilizzo appropriato e organizzare un'attività finalizzata a valutarne l'effettivo impatto. E' anche grazie a queste iniziative che la Regione Emilia-Romagna non ha conosciuto quell'esplosione nell'uso degli *stent* osservata altrove, attestandosi su una frequenza di impiego, nel tempo, mai superiore al 40% degli interventi di angioplastica coronarica (altrove si sono avute punte dell'80-90%), per una tecnologia i cui effetti clinici si sono rivelati assai meno eclatanti di quanto inizialmente atteso.

Le Commissioni professionali contribuiscono anche a indirizzare i processi di innovazione, anche di carattere clinico e organizzativo. In questo caso, l'esempio più evidente su scala regionale è probabilmente rappresentato dal progetto di ridefinizione dei percorsi per i pazienti con infarto acuto: la partecipazione dei professionisti è stata fondamentale nel processo di disegno di una rete che mettesse in connessione i diversi servizi ospedalieri che assistono questi pazienti (prima di tutto le Utic) con l'emergenza territoriale, in modo da garantire un rapido accesso agli interventi di angioplastica, il cui utilizzo nell'infarto acuto è, infatti, clamorosamente aumentato (dal 16% al

⁸ Cfr. L. Nobilio L, D. Fortuna, M. Vizioli, E. Berti, P. Guastaroba, F. Taroni, R. Grilli, *Competizione o cooperazione? Impatto del modello hub&spoke nella cardiochirurgia dell'Emilia-Romagna*, in «Mecosan», 47, 2003, pp.73-83; L. Nobilio, C. Ugolini, *Different regional organisational models and the quality of health care: the case of coronary artery bypass graft surgery*, in «Journal of Health Services Research and Policy», 8, 1, 2003, pp. 25-32; L. Nobilio, D. Fortuna, M. Vizioli, E. Berti, P. Guastaroba, F. Taroni, R. Grilli, *Impact of regionalisation of cardiac surgery in Emilia-Romagna, Italy*, in «in Journal of Epidemiol Community Health», 58, 2004, pp. 97-102.

⁹ R. Grilli, F. Taroni, *Managing the introduction of expensive medical procedures: use of a registry*, in «Journal of Health Services Research and Policy», 11, 2, 2006, pp. 89-93.

68% a livello regionale), accompagnandosi anche a una complessiva riduzione della mortalità intra-ospedaliera, per questa patologia, di circa il 5%.

Il loro ruolo consiste, infine, nell'uso della ricerca come strumento che accompagna queste trasformazioni, tecnologiche cliniche e organizzative: attorno alle esperienze sopra citate si sono spesso consolidati *network* di professionisti che hanno coltivato una attività di ricerca. E, almeno in alcuni casi, si tratta davvero di «ricerca integrata» all'assistenza, vale a dire in grado di cogliere i problemi e i quesiti della pratica clinica e di trasformarli in ipotesi di lavoro, da verificare con gli strumenti della ricerca clinica.

4. Conclusioni

Senza alcuna pretesa di esaustività, si è cercato di portare in evidenza alcuni aspetti che si ritiene caratterizzino, in senso positivo, l'esperienza della Regione Emilia-Romagna. Questi aspetti, nello specifico attinenti alle relazioni tra organizzazioni sanitarie e comunità di riferimento e tra professionisti e sistema di governo sanitario regionale, costituiscono almeno alcuni degli elementi che concorrono a sostanziare l'efficacia di uno specifico assetto regolatorio nel garantire una buona qualità dei servizi offerti ai cittadini.