

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2005

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

5 I piani sanitari delle Regioni italiane

*di Giovanni Fattore e Francesca Lecci**

5.1 Introduzione

Il tema della pianificazione di sistema è da tempo trascurato negli studi di management e politica sanitaria. Negli ultimi anni si è registrato un certo interesse per i temi della programmazione strategica (Cuccurullo 2003; Lega 2004), legati ad approcci selettivi, destrutturati e flessibili alla pianificazione di lungo periodo e con enfasi su aspetti quali il rapporto tra aziende e ambiente esterno, soprattutto in relazione alle dinamiche competitive, la coerenza tra risorse, politiche e obiettivi e la gestione dei progetti innovativi. Questi contributi hanno interessato in modo soltanto marginale il livello di sistema: è ormai 15 anni che il tema della pianificazione di medio-lungo periodo di sistema, per esempio, dei gruppi regionali, sta ricevendo scarsa attenzione.

In questo contributo intendiamo innanzitutto suscitare interesse su questo tema; siamo convinti che l'onda lunga che ha messo da parte i temi della pianificazione di sistema sia in fase calante e che siano quanto mai necessarie attente riflessioni sugli strumenti di governo dei sistemi sanitari, compresi quelli tesi a identificare gli obiettivi, le azioni e i programmi nel medio-lungo periodo. Ovviamente, qualsiasi riflessione sulla programmazione di sistema deve fare i conti con l'evoluzione delle aziende e dei sistemi sanitari e non può pretendere di riproporre vecchi schemi interpretativi. Il contenuto della pianificazione e degli strumenti per realizzarla è cambiato in funzione delle profonde modifiche degli assetti isti-

* Gli autori hanno condiviso l'ideazione, lo sviluppo e la realizzazione del progetto di ricerca da cui deriva il presente capitolo. In termini di stesura finale i parr. 5.2, 5.4, 5.6 e 5.7 sono da attribuirsi a Giovanni Fattore, i parr. 5.1, 5.3 e 5.5 a Francesca Lecci.

Il capitolo è stato realizzato grazie al contributo del PRIN (Programmi di Ricerca Scientifica di Rilevante Interesse Nazionale del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) 2003, protocollo 2003130120_005 dal titolo: «L'aziendalizzazione in sanità: concezioni di azienda e strumenti di management nei piani sanitari nazionali e regionali» (responsabile scientifico professor Gilberto Muraro).

tuzionali, degli scenari finanziari e, più in generale, dei paradigmi socio-culturali dominanti in tema di governo e direzione dei sistemi sanitari pubblici.

Rispetto a un tema vasto quale è quello della pianificazione, si è scelto un oggetto d'indagine relativamente circoscritto e facile da analizzare: i piani sanitari regionali. L'oggetto di questo contributo non è pertanto la pianificazione di sistema in generale, ma piuttosto il piano sanitario, che di essa rappresenta un elemento importante, se non altro per la complessità dei processi tecnici e politici a esso sottesi e per la visibilità che tende ad avere per i portatori d'interesse.

5.2 Il metodo d'indagine

La base empirica della presente ricerca consiste nei piani sanitari emanati dalle Regioni italiane negli ultimi 10 anni. Per ogni Regione, tramite l'analisi dei siti web regionali, della normativa e attraverso contatti con il personale degli assessorati alla sanità, è stato individuato l'ultimo piano sanitario reso pubblico dal 1995. Una volta identificato il documento, esso è stato recuperato in formato cartaceo o elettronico. Per una sola Regione (Piemonte) al momento della stesura di questo contributo non era stata recuperata l'intera documentazione relativa al piano.

Si è pertanto deciso di non limitare l'analisi dei piani ai soli documenti approvati, nella convinzione che i piani possano rappresentare un importante riferimento per i portatori d'interesse, anche nelle situazioni in cui non sono stati completati gli iter legislativi previsti.

I piani sono stati analizzati per mezzo di tre griglie: la prima finalizzata a cogliere gli aspetti formali e strutturali del documento, la seconda volta a classificare la natura del piano e la terza ad approfondire il tema della valutazione delle aziende.

Per quanto riguarda gli aspetti formali e strutturali, sono stati rilevati: l'ambito di pertinenza del piano (se si tratta di piani strettamente sanitari o che coinvolgono anche la dimensione socio-assistenziale), il periodo di riferimento, il titolo se esistente, la lunghezza in pagine e una sintesi dell'indice. Quest'ultimo elemento della griglia ha richiesto un certo lavoro di interpretazione e sintesi e quindi non può essere considerato come una semplice riproduzione di elementi contenuti nei piani. Per le restanti voci, invece, la griglia è sostanzialmente uno strumento di catalogazione.

Questa griglia può offrire alcuni spunti di analisi su aspetti quali il raccordo, a livello di pianificazione regionale, tra interventi sanitari e socio-assistenziali, il grado di aggiornamento dei documenti e il titolo del piano come strumento di comunicazione. Inoltre, l'ultima parte della griglia, proponendo una misura della «lunghezza» del piano, può offrire alcuni spunti di riflessione sui destinatari e le finalità stesse del piano, mentre la ricostruzione delle principali parti logiche che lo compongono può fornire una prima idea dell'impostazione del piano stesso, dei temi dominanti e di alcuni termini particolarmente ricorrenti o significativi.

La seconda griglia consiste in uno schema di classificazione del piano in base alla sua finalità. Vengono proposti quattro possibili profili, non alternativi tra loro. Il

piano può innanzitutto essere un documento di programmazione strategica di gruppo: presenta una lettura della realtà che distingue tra ambiente interno ed esterno, identifica un orientamento di fondo (che può coincidere con le politiche sanitarie pubbliche della Regione) ed è principalmente rivolto al personale regionale e delle aziende e ai soggetti esterni con rilevanti interessi economici (operatori privati, fornitori ecc.). Il piano può poi presentarsi come un documento di orientamento politico. In questo caso è forte il richiamo ai principi, a idee portanti, a un modello «a tendere» del sistema regionale e l'audience di riferimento è l'arena politica, in primo luogo i cittadini elettori. Tendenzialmente, un piano con queste finalità evita un linguaggio tecnico e inquadra la politica sanitaria all'interno di più ampi disegni dell'azione politico-sociale del governo regionale. Completamente diversi sono gli elementi che caratterizzano il piano come strumento di programmazione: riferimenti a modelli a forte razionalità, identificazione e approfondimento delle diverse fasi del ciclo di programmazione (analisi dei bisogni, definizione degli obiettivi, identificazione delle azioni e delle risorse), ampio utilizzo di indicatori, indici e altre misure sintetiche dei fenomeni. È questa, forse, l'accezione più tradizionale che può essere attribuita al piano sanitario, coerente con una concezione di programmazione sanitaria come insieme di attività razionalmente ordinate, sistematiche e puntuali per governare il sistema pubblico. Infine, alcune Regioni possono volere utilizzare il piano per deliberare e comunicare modifiche negli assetti organizzativi (soprattutto in termini strutturali) e istituzionali (per esempio, la definizione del ruolo dei comuni o di eventuali soggetti privati).

La terza griglia si concentra, infine, sul tema della valutazione delle aziende, intesa come insieme di attività volte a descrivere, analizzare, interpretare e giudicare le azioni intraprese dalle aziende in base a dati di input (risorse messe a disposizione), processo, output (attività svolte) o outcome (risultati in termini di soddisfacimento del bisogno di salute) e secondo criteri di giudizio che possono riguardare, in prima approssimazione, l'equilibrio economico-finanziario, l'efficienza, l'efficacia, l'equità o altri criteri maggiormente specifici quali l'appropriatezza, l'accessibilità o l'imprenditorialità. Questa griglia riporta i risultati di un lavoro di estrazione, interpretazione e sintesi di elementi presenti nei piani. Per costruirla si è proceduto nel seguente modo: in primo luogo sono state estratte tutte le parti dei piani che potevano fare riferimento al tema della valutazione; sulla base di questi estratti si è poi proceduto a definire gli elementi oggetto di attenzione. Una volta definiti questi elementi (le dimensioni d'indagine) si è tornati agli estratti dei piani e, quando ritenuto necessario, ai piani nella loro interezza per applicare la griglia a ogni Regione.

La griglia ha preso in considerazione sette elementi. In primo luogo si è valutato il grado di attenzione al tema della valutazione che appare dal piano secondo una scala a cinque livelli. L'attribuzione è stata principalmente effettuata sulla base della frequenza con cui il tema ricorre nel piano e del significato che essa sembra assumere nell'economia complessiva del documento. Il secondo elemento riguarda l'oggetto della valutazione; in particolare si è voluto indagare se il riferimento della valutazione sia l'azienda o il sistema regionale (il gruppo di aziende); per ogni piano

si è riportato se sia presente il riferimento ai due possibili oggetti e se uno dei due sia considerato prevalente. Data l'importanza dei sistemi informativi per generare dati adeguati per i processi di valutazione si è anche valutato il riferimento al loro potenziamento; in questo caso si è utilizzata una scala a tre livelli (debole, medio o forte). Si è poi indagato il riferimento nel piano a indicatori di sintesi da utilizzare nei processi di valutazione; si è inoltre verificato se siano presenti indicazioni sul tipo di indicatori da utilizzare (per esempio, di processo o di risultato). Il quinto elemento della griglia riguarda la presenza all'interno del piano di indicazioni sul processo e le strutture necessarie per svolgere la valutazione. In questo caso si è voluto cogliere se il piano riconosca apertamente l'importanza di progettare processi adeguati e di predisporre le risorse necessarie per attivare concretamente le attività di valutazione. L'elemento successivo fa riferimento ai criteri di valutazione (per esempio, se l'oggetto della valutazione siano l'equilibrio economico-finanziario, indici di salute, livelli di attività, indicatori di integrazione tra attività sanitarie e socio assistenziali). Infine, l'ultimo elemento della griglia riguarda un tema particolarmente critico, come anche sottolineato in precedenti contributi pubblicati nei *Rapporti OASI* (Del Vecchio e Barbieri 2002; Longo *et al.* 2003): il collegamento tra la valutazione delle aziende e la valutazione dei direttori generali delle stesse. In particolare, nella griglia è stata registrata l'eventuale presenza nel piano di tale collegamento ed eventuali specifiche indicazioni relative alle sue caratteristiche.

5.3 Aspetti formali e strutturali dei piani sanitari

Le province autonome di Bolzano e Trento e 18 delle 19 Regioni hanno approvato o reso comunque pubblico almeno un piano sanitario negli ultimi 10 anni (Tab. 5.1). In Sardegna e nella PA di Trento gli ultimi piani sanitari approvati fanno rispettivamente riferimento al periodo 1983-1985 e 1993-1995. Tuttavia, entrambe mettono attualmente a disposizione sul sito web istituzionale i piani non ancora approvati. In accordo con il criterio di inclusione richiamato nel par. 5.2. si è deciso di includerli nell'analisi. Negli ultimi 10 anni in Molise è stato emanato un piano regionale relativo alle sole tematiche socio-assistenziali. Tutti i piani eccetto quello delle Marche (2003-2006), sono di durata triennale. Sei piani (32 per cento) fanno riferimento sistematico anche alle tematiche socio-assistenziali. Il 26 per cento dei piani censiti (cinque) è ancora in vigore nel 2005, anno in cui è stata effettuata l'analisi. Tre piani (16 per cento) sono scaduti da almeno cinque anni. Il valore mediano del periodo di riferimento dei 19 piani sanitari censiti è il triennio 2001-2003, mentre quello medio è circa il triennio 2000-2002. Su questi aspetti non sembrano essere presenti differenze significative tra le aree geografiche del paese, né tra Regioni amministrare da coalizioni di centro-destra o di centro-sinistra. Appare invece interessante notare come Regioni con una notevole tradizione di programmazione sanitaria come l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia e il Veneto abbiano piani più datati.

Tabella 5.1 I piani sanitari regionali: aspetti formali e strutturali

Regione	Ambito di pertinenza del piano (esclusivamente sanitario o anche socio-assistenziale)	Periodo di riferimento	Titolo (se esistente e ricavabile dal documento)	Lunghezza e indice sintetico
<i>Abruzzo</i>	Sanitario (con alcuni riferimenti al settore socio-assistenziale)	1999-2001	Un patto di solidarietà per la salute degli abruzzesi	<i>324 pagine</i> 1. I riferimenti 2. Gli obiettivi e le regole 3. Le attività qualificanti 4. I soggetti e gli strumenti della programmazione 5. Indirizzi programmatici e progetti obiettivi 6. Il sistema dei controlli e la promozione della qualità 7. Le risorse
<i>Basilicata</i>	Sanitario	1997-1999	Piano Sanitario Regionale 1997-1999	<i>383 pagine</i> 1. I riferimenti statistici e normativi 2. Strategia di piano 3. Programmazione sanitaria 4. Programmazione finanziaria 5. Emergenza sanitaria 6. Riordino rete ospedaliera 7. Obiettivi e progetti 8. Monitoraggio e valutazione del Sistema Sanitario Regionale 9. Indicatori di Piano
<i>Bolzano</i>	Sanitario	2000-2002	Piano Sanitario Provinciale 2000-2002	<i>112 pagine</i> 1. Introduzione 2. Obiettivi di salute e strategie sanitarie 3. I servizi sanitari 4. Strategie organizzative e strumentali 5. Risorse
<i>Calabria</i>	Sanitario	2004-2006	Piano Regionale per la Salute 2004-2006	<i>125 pagine</i> 1. Introduzione

Tabella 5.1 (segue)

Regione	Ambito di pertinenza del piano (esclusivamente sanitario o anche socio-assistenziale)	Periodo di riferimento	Titolo (se esistente e ricavabile dal documento)	Lunghezza e indice sintetico
<i>Calabria (segue)</i>				<ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Riassetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale</i> 3. Obiettivi di salute 4. Obiettivi Piano Sanitario Nazionale 5. Obiettivi assistenziali e Livelli Essenziali di Assistenza 6. Finanziamento del Piano Regionale per la Salute e governo della spesa sanitaria
<i>Campania</i>	Sanitario	2002-2004	Piano Sanitario Regionale 2002-2004	<p><i>169 pagine</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli orientamenti di politica sanitaria in Europa 2. Principi e idee guida del Piano Sanitario Regionale 3. La realtà socio-sanitaria in Campania 4. Gli obiettivi di salute 5. Le strategie per il cambiamento
<i>Emilia Romagna</i>	Sanitario	1999-2001	Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali	<p><i>80 pagine</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli indirizzi nazionali 2. Le politiche della Regione 3. Lo stato della Regione e le tendenze evolutive dei servizi sanitari 4. Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 5. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie 6. Le Reti Integrate dei Servizi 7. L'Aziendalizzazione 8. L'integrazione socio-sanitaria 9. Il programma di modernizzazione del Sistema sanitario regionale

Tabella 5.1 (segue)

Regione	Ambito di pertinenza del piano (esclusivamente sanitario o anche socio-assistenziale)	Periodo di riferimento	Titolo (se esistente e ricavabile dal documento)	Lunghezza e indice sintetico
<i>Emilia Romagna (segue)</i>				
<i>Friuli Venezia Giulia</i>	Socio-Sanitario	2000-2002	Piano di intervento a medio termine per l'assistenza sanitaria e per le aree ad alta integrazione socio-sanitaria per il triennio	10. Disciplina del rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale <i>94 pagine</i> 1. I contenuti e la metodologia 2. Strategie e obiettivi regionali 3. Le politiche per le risorse 4. Livello assistenziale: Assistenza sanitaria collettiva 5. Livello assistenziale: Assistenza distrettuale 6. Livello assistenziale: Assistenza ospedaliera 7. L'emergenza: Piano regionale dell'emergenza
<i>Lazio</i>	Sanitario	2002-2004	Piano Sanitario 2002-2004	<i>240 pagine</i> 1. Lo scenario istituzionale 2. I principi e i vincoli 3. La funzione di tutela della salute 4. Il governo del sistema e delle risorse 5. Gli indirizzi strategici 6. Gli interventi e le azioni 7. Le sfide prioritarie
<i>Liguria</i>	Socio-Sanitario	2003-2005	Piano Socio Sanitario Regionale 2003-2005	<i>236 pagine</i> 1. Gli obiettivi del Piano 2. Gli assetti istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale 3. Linee di intervento prioritarie 4. Obiettivi di salute
<i>Lombardia</i>	Socio-Sanitario	2002-2004	Libertà e innovazione al servizio della salute	<i>199 pagine</i> 1. Il contesto di riferimento e le linee di sviluppo

Tabella 5.1 (segue)

Regione	Ambito di pertinenza del piano (esclusivamente sanitario o anche socio-assistenziale)	Periodo di riferimento	Titolo (se esistente e ricavabile dal documento)	Lunghezza e indice sintetico
<i>Lombardia (segue)</i>				<ol style="list-style-type: none"> 2. <i>La domanda</i> 3. L'offerta 4. Le regole di governo 5. La formazione, la ricerca e l'innovazione 6. Le linee di intervento prioritario. Gli obiettivi di salute e di benessere sociale 7. I progetti innovativi
<i>Marche</i>	Sanitario	2003-2006	Un'alleanza per la salute – Un welfare marchigiano universale, equo, solidale e di qualità	<i>162 pagine</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un'Alleanza per la salute 2. Dalla Sanità alla Salute 3. Una Sanità che guarda all'Europa 3.1. Riorientare il sistema dell'offerta 3.2. Qualificare il sistema dell'offerta
<i>Molise</i>				Nessun piano sanitario approvato negli ultimi 10 anni
<i>Piemonte</i>				L'ultimo Piano approvato dalla Regione Piemonte, relativo al triennio 1997-1999, non è stato analizzato nel presente lavoro
<i>Puglia</i>	Socio-Sanitario	2002-2004	Piano della Salute e Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali	<i>111 pagine</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il quadro di riferimento, le scelte, i livelli istituzionali 2. Obiettivi 3. Contenuti del Piano 4. Il quadro normativo di riferimento, programmazione e indirizzi nazionali e regionali

Tabella 5.1 (segue)

Regione	Ambito di pertinenza del piano (esclusivamente sanitario o anche socio-assistenziale)	Periodo di riferimento	Titolo (se esistente e ricavabile dal documento)	Lunghezza e indice sintetico
<i>Puglia (segue)</i>				5. Aspetti demografici e sanitari della popolazione pugliese 6. I livelli essenziali di assistenza 7. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita a e di lavoro 8. Assistenza territoriale (Distrettuale e Sovradistrettuale) 9. Integrazione socio-sanitaria 10. Assistenza ospedaliera 11. Aree prioritarie di intervento 12. Azioni strumentali
<i>Sardegna</i>	Socio-Sanitario	2006-2008	Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari	<i>135 pagine*</i> 1. Obiettivi di salute 2. Obiettivi di sistema 3. Strumenti per il funzionamento del sistema
<i>Sicilia</i>	Sanitario	2000-2002	Piano Sanitario Regionale 2000-2002	<i>103 pagine</i> 1. Assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale 2. Modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale 3. Livelli di Assistenza 4. Rete per l'emergenza e servizio «118» 5. Gli obiettivi regionali di salute 6. Processi, strumenti e mezzi per consolidare il Servizio Sanitario Regionale 7. Le risorse 8. I percorsi di avvicinamento al modello organizzativo definito dal PSR

Tabella 5.1 (segue)

Regione	Ambito di pertinenza del piano (esclusivamente sanitario o anche socio-assistenziale)	Periodo di riferimento	Titolo (se esistente e ricavabile dal documento)	Lunghezza e indice sintetico
<i>Toscana</i>	Sanitario	2005-2007	Un sistema sanitario sostenibile, un sistema sanitario per la salute, un sistema sanitario di comunità	<i>279 pagine</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quadro analitico 2. Obiettivi strategici 3. Obiettivi specifici 4. Gli strumenti di sistema 5. Le azioni di Piano 6. Il processo di valutazione del Piano Sanitario Regionale
<i>Trento</i>	Sanitario	2000-2002	Piano Sanitario Provinciale – Un patto concertato di solidarietà per la salute e il benessere dei cittadini	<i>216 pagine</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. La programmazione sanitaria 2. I principi 3. La metodologia 4. Le aree di intervento 5. Patologie prioritarie e gruppi di popolazione da tutelare 6. Livelli di assistenza sanitaria e organizzazione dei servizi 7. Strategie per il miglioramento dei servizi 8. Il Finanziamento
<i>Umbria</i>	Sanitario	2003-2005	Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità	<i>256 pagine</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un servizio sanitario disegnato intorno al cittadino 2. Servizio Sanitario regionale oggi 3. Risorse disponibili 4. Obiettivi e azioni 5. Patti e piani integrati per il governo della salute 6. Innovazione e sostenibilità

Tabella 5.1 (segue)

Regione	Ambito di pertinenza del piano (esclusivamente sanitario o anche socio-assistenziale)	Periodo di riferimento	Titolo (se esistente e ricavabile dal documento)	Lunghezza e indice sintetico
<i>Umbria (segue)</i>				
<i>Valle d'Aosta</i>	Socio-Sanitario	2002-2004	Piano Socio-Sanitario della Valle d'Aosta 2002-2004	7. Qualità e innovazione nella gestione 8. Analisi del piano <i>141 pagine</i> 1. Premessa 2. Le risorse 3. L'integrazione socio-sanitaria 4. Il governo della salute 5. La gestione della sanità 6. Gli obiettivi «trasversali» 7. Partecipazione e rappresentanza
<i>Veneto</i>	Socio-Sanitario	1996-1998	Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996-1998	<i>55 pagine</i> 1. Oggetto 2. Finalità 3. Obiettivi strategici 4. Strumenti dell'integrazione 5. Programmazione territoriale e ospedaliera 7. Progetti-Obiettivo 8. Azioni strumentali 9. Risorse

* Il numero di pagine si riferisce alla sola parte sanitaria.

Come anticipato, per il Piemonte non è stato possibile recuperare il piano in tempo utile. Pertanto, l'analisi seguente si riferisce a 19 piani. Di questi, nove hanno un titolo che permette di individuare alcune parole chiave (Tab. 5.2). Oltre al termine salute, che richiama le finalità ultime del sistema sanitario e l'importanza di politiche per la salute più ampie di quelle relative ai servizi sanitari, due sono i termini più ricorrenti: la parola «solidarietà» (citata in tre piani) e la parola «integrazione». Rispetto alla prima, se si tiene conto di altre parole chiave che rimandano ai temi della solidarietà, quali cittadinanza sociale ed equità, appare chiara la volontà di ribadire la natura solidale del sistema sanitario. Tuttavia, due precisazioni sembrano utili a proposito. In primo luogo, la ricorrenza della parola solidarietà e non del termine uguaglianza, e l'utilizzo del termine equità in un solo piano possono suggerire uno spostamento di enfasi da posizioni egalarie più tradizionali a visioni più articolate della solidarietà sociale. Rispetto alla seconda è importante notare come il concetto di integrazione faccia riferimento a livelli differenti che riguardano, a seconda dei casi, il coordinamento tra diverse strutture, tra sociale e sanitario e tra i vari servizi lungo il «percorso del paziente». È importante notare, infine, che alcuni piani non fanno riferimento esplicito nei titoli a questi temi, preferendo richiami all'innovazione (Lombardia e Umbria) e alla libertà (Lombardia).

Complessivamente, l'unico termine che richiama tematiche strettamente economiche è «sostenibilità», utilizzato nei titoli dei piani di Toscana e Umbria. I termini «efficienza», e anche «efficacia» e «appropriatezza», non compaiono in alcun titolo.

La lunghezza dei piani, espressa in numero di pagine, presenta una notevole variabilità. I piani dell'Abruzzo e della Basilicata hanno più di 300 pagine, mentre quelli dell'Emilia Romagna, del Friuli Venezia Giulia e del Veneto meno di cento. La lunghezza media dei 18 piani considerati è 180 pagine, quella

Tabella 5.2 **Parole «chiave» presenti nei titoli di nove piani sanitari**

Regioni	Parole «chiave»
Abruzzo	Solidarietà, salute
Emilia Romagna	Cittadinanza sociale, integrazione
Friuli Venezia Giulia	Integrazione
Lombardia	Libertà, innovazione
Marche	Alleanza, welfare, salute, universalità, equità, solidarietà e qualità
Puglia	Salute, integrazione
Toscana	Sostenibilità, salute, comunità
Trento	Solidarietà, salute, benessere
Umbria	Patto, salute, innovazione, sostenibilità

mediana 162. La variabilità della lunghezza dei documenti è uno degli elementi che suggeriscono come il piano sanitario possa avere caratteristiche comunicative profondamente diverse.

Osservando gli indici di sintesi dei piani si può osservare una discreta eterogeneità della struttura dei documenti e dei termini utilizzati. Le Regioni non sembrano seguire una traccia comune; inoltre, la struttura dei piani nazionali sembra orientare in misura ridotta la definizione di quelli regionali. Malgrado tale eterogeneità, alcune parti logiche sembrano generalmente presenti nella maggior parte dei documenti.

La parte iniziale dei piani è generalmente dedicata a fornire un inquadramento generale della politica sanitaria rispetto alle politiche più generali della Regione, ai principi di riferimento, al metodo di lavoro per predisporre il piano o al raccordo con le politiche nazionali e dell'Unione Europea. È questa generalmente la parte più «ideologica» dei documenti, in cui si possono cogliere gli orientamenti politico-culturali di fondo.

Nei piani è poi quasi sempre presente una parte di descrizione e analisi dell'ambiente, spesso però circoscritta alle tematiche epidemiologiche e demografiche. Generalmente, non mancano i riferimenti al contesto socio-economico (e in alcuni casi anche a quello competitivo), alle traiettorie tecnologiche e all'analisi delle mutazioni di ordine socio-culturale. Tuttavia, l'accento è nettamente sull'analisi dei bisogni e della domanda di servizi.

La maggioranza dei piani contiene anche un'analisi dell'offerta in termini di strutture e attività. L'approfondimento di questa parte è molto variabile, con alcune Regioni che la demandano ad altri documenti e propongono alcuni dati di riepilogo e altre Regioni che riportano una notevole mole di dati.

Il quarto elemento, presente in tutti i piani, è l'identificazione degli obiettivi. Il termine «obiettivi» è presente nell'indice sintetico di 15 piani, anche se appare utilizzato a diversi livelli di specificità: da obiettivi generali, come la promozione della prevenzione, a obiettivi specifici e operativi, come i target per le coperture vaccinali. La parte sugli obiettivi, in linea con lo schema logico dei sistemi di programmazione, è generalmente seguita da indicazioni sulle attività da promuovere per raggiungerli (indicate con termini vari quali interventi, azioni, piani, programmi). Spesso questa parte dei piani è articolata per aree di attività in relazione alla struttura dei LEA.

Molto meno presenti sono invece i riferimenti alle successive fasi del ciclo di programmazione: l'analisi delle compatibilità finanziarie e i processi di valutazione. Non mancano gli esempi di Regioni che affrontano apertamente e diffusamente questi temi (per esempio, i piani delle due province autonome), ma la maggior parte delle Regioni decide di non affrontare sistematicamente nel piano sanitario il tema del raccordo tra i piani d'azione, gli investimenti e le politiche economico-finanziarie, come sono ancora una minoranza i documenti che identificano apertamente un sistema di indicatori di verifica di attuazione del piano e che riportano una valutazione a consuntivo dei cicli di programmazione precedenti.

Nel complesso è difficile tipizzare i piani sanitari tramite indici sintetici: non emergono modelli di piano, né si riescono a rintracciare chiare associazioni tra la struttura dei piani, le aree geografiche o l'orientamento politico delle coalizioni al governo. Il tema dell'aziendalizzazione compare nell'indice sintetico solo nel piano dell'Emilia Romagna; ciò nondimeno, nella maggioranza degli indici completi il termine azienda compare e appare evidente l'assimilazione di concetti e paradigmi aziendali.

5.4 Le finalità dei piani sanitari

Per ogni piano è stata attribuita la presenza delle seguenti finalità: orientamento strategico, orientamento politico, programmazione e riorganizzazione (Tab. 5.3). Per una sola Regione nessuna delle quattro finalità appare presente. Per tutte le altre, tranne l'Emilia Romagna e il Friuli Venezia Giulia, il piano si presenta come un documento di programmazione con chiari richiami ai modelli di pianificazione razionale e sinottica (Meneguzzo, 1984; Borgonovi e Meneguzzo, 1985; Borgonovi; Borgonovi 2002).

Anche se con accenti diversi vengono proposti schemi razionali che contengono l'analisi dei bisogni e della domanda, l'identificazione degli obiettivi generali e specifici, la definizione dei piani d'azione e delle misure con cui controllarli e valutarli. I piani di Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia si configurano invece come documenti di orientamento strategico: centrati su un numero limitato di temi, orientati a dare al sistema alcuni (non troppi) messaggi di riorientamento e relativamente sintetici.

In cinque documenti regionali si è ravvisata la presenza di un piano organizzativo e di ridefinizione dell'assetto istituzionale. In questo caso il piano sanitario anticipa o segue specifici interventi di intervento sulla struttura del gruppo regionale e sul ruolo degli istituti territoriali (per esempio, i comuni in Toscana) e del settore privato (per esempio, le Fondazioni Ospedaliere in Lombardia).

Sei Regioni presentano un piano che si presenta anche come un documento di orientamento politico. Sono questi i documenti in cui è maggiormente marcato il riferimento ai principi e ai valori, in cui il linguaggio e il «tono» sono più coerenti con la comunicazione politica e in cui traspare una visione di sistema sanitario per il futuro.

I due documenti che meglio semplificano questa finalità sono quelli della Regione Lombardia e della Regione Toscana; sebbene con riferimenti diversi, entrambi propongono e promuovono un modello a tendere «parlando» alle comunità di riferimento.

In termini generali si può constatare come spesso i piani presentino più di una finalità principale, configurandosi come documenti molto complessi. Le Regioni cercano spesso di far convivere comunicazione politica, governo strategico e programmazione, sovraccaricando i piani di finalità e di esigenze comunicative.

Tabella 5.3 Finalità dei piani sanitari

Regione	Documento di orientamento strategico	Documento di orientamento politico	Documento di programmazione	Documento organizzativi e di definizione dell'assetto istituzionale
Abruzzo			✓	
Basilicata			✓	
Bolzano			✓	
Calabria		✓	✓	✓
Campania		✓	✓	
Emilia Romagna	✓			
Friuli Venezia Giulia	✓			
Lazio		✓	✓	
Liguria			✓	
Lombardia		✓	✓	✓
Marche		✓	✓	
Puglia			✓	✓
Sardegna			✓	
Sicilia			✓	
Toscana	✓	✓	✓	✓
Trento			✓	
Umbria			✓	✓
Valle d'Aosta			✓	
Veneto				

5.5 Il tema della valutazione delle aziende

La Tab. 5.4 riporta i risultati relativi all'analisi dei piani rispetto allo specifico tema della valutazione delle aziende. In tutti i 19 documenti il tema è affrontato apertamente, anche se il grado di attenzione dedicata risulta variabile. Alcune Regioni, principalmente del Sud, dedicano soltanto qualche frase e non sembrano considerare il tema della valutazione come particolarmente importante. Più decisi sono invece i richiami di alcune Regioni del Centro-Nord (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Toscana). In ogni caso, in nessuno dei documenti il tema della valutazione sembra assumere un ruolo fondamentale; i piani si presentano più che altro come strumenti per orientare l'azione, piuttosto che per identificare strumenti e modalità di controllo.

Tabella 5.4 Il tema della valutazione delle aziende nei piani sanitari

Regione	Attenzione al tema della valutazione*	Oggetto della valutazione	Riferimento al potenziamento dei sistemi informativi**	Riferimento a indicatori di sintesi della valutazione***	Riferimento al processo di valutazione	Criteri di valutazione	Riferimenti alla valutazione dei DG
<i>Abruzzo</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso in modo bilanciato	Medio	Medio Il riferimento è prevalentemente a indicatori di processo	Presente Richiamo ad attori coinvolti, a dinamiche del processo e a effetti	Morbilità e mortalità, accesso, appropriatezza, equilibrio economico-finanziario, aspetti gestionali; qualità dei servizi	Presente e ricorrente per alcuni obiettivi specifici
<i>Basilicata</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso con enfasi sulle aziende	Medio	Molto forte Il riferimento è prevalentemente a indicatori di risultato	Brevi richiami	Risorse, attività, risultati, domanda	Assente
<i>Bolzano</i>	Media-alta	Aziende singolarmente e sistema nel complesso con enfasi sulle aziende	Forte	Medio Il riferimento è a indicatori sia di processo che di risultato	Presente Richiamo ad attori coinvolti, a dinamiche del processo e a effetti	Obiettivi di salute, strategie sanitarie, strategie organizzative e strumentali, risorse	Alcuni brevi richiami
<i>Calabria</i>	Limitata	Aziende singolarmente sistema nel complesso con enfasi sulle aziende	Forte	Medio-forte Il riferimento è prevalentemente a indicatori di risultato	Brevi richiami	Di funzionalità complessiva del sistema, di gestione delle singole aziende, relativi a specifici processi produttivi	Assente

Tabella 5.4 (segue)

Regione	Attenzione al tema della valutazione*	Oggetto della valutazione	Riferimento al potenziamento dei sistemi informativi**	Riferimento a indicatori di sintesi della valutazione***	Riferimento al processo di valutazione	Criteri di valutazione	Riferimenti alla valutazione dei DG
<i>Campania</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso in modo bilanciato	Forte	Medio Il riferimento è a indicatori sia di processo che di risultato	Presente Richiamo ad attori coinvolti e strutture del processo	Obiettivi di salute e obiettivi di gestione	Alcuni richiami
<i>Emilia Romagna</i>	Media	Aziende singolarmente e sistema nel complesso con enfasi sul sistema	Medio	Medio Il riferimento è prevalentemente a indicatori di processo	Presente Richiamo ad attori coinvolti, a dinamiche del processo e a effetti	Mortalità e morbilità, appropriatezza, accesso ai servizi, integrazione, qualità	Alcuni richiami
<i>Friuli Venezia Giulia</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso in modo bilanciato	Medio	Medio Il riferimento è prevalentemente a indicatori di risultato	Brevi richiami	Mortalità e morbilità, appropriatezza, accessibilità, integrazione e qualità dei servizi	Presente con riferimento agli obiettivi di salute
<i>Lazio</i>	Media	Aziende singolarmente e sistema nel complesso con enfasi sulle aziende	Forte	Medio Il riferimento è prevalentemente a indicatori di processo	Presente Richiamo ad attori coinvolti, a dinamiche del processo e a effetto	Mortalità, morbilità, appropriatezza, accessibilità e qualità dei servizi	Presente, ma con riferimenti limitati
<i>Liguria</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso con enfasi sulle aziende	Forte	Medio-forte Per ognuno degli obiettivi di Piano, vengono proposti	Presente, ma debole Breve presentazione del processo di	Indicatori di stato di salute, di attività (assistenza territoriale e ospedaliera),	Presente Forte richiamo rispetto agli obiettivi di riorganizza-

Tabella 5.4 (segue)

Regione	Attenzione al tema della valutazione*	Oggetto della valutazione	Riferimento al potenziamento dei sistemi informativi**	Riferimento a indicatori di sintesi della valutazione***	Riferimento al processo di valutazione	Criteri di valutazione	Riferimenti alla valutazione dei DG
<i>Liguria (segue)</i>				egli indicatori di sintesi per la valutazione	di valutazione e dei suoi effetti	sulla gestione del personale, sulle liste d'attesa	zione della rete ospedaliera
<i>Lombardia</i>	Medio-alta	Aziende singolarmente e sistema nel complesso con enfasi sulle aziende	Medio	Medio Il riferimento è a indicatori sia di processo che di risultato	Presente Richiamo ad attori coinvolti, a dinamiche del processo, agli effetti, ai tempi e agli strumenti	Mortalità, morbilità, appropriatezza, equilibrio economico-finanziario, aspetti gestionali, qualità dei servizi	Presente e ricorrente
<i>Marche</i>	Media	Aziende singolarmente e sistema nel complesso in modo bilanciato	Forte	Forte Il riferimento è a indicatori sia di processo che di risultato	Presente Richiamo a dinamiche del processo	Mortalità, morbilità, appropriatezza e qualità dei servizi	Alcuni richiami
<i>Puglia</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso in modo bilanciato	Medio	Limitato.	Brevi richiami	Mortalità, morbilità, appropriatezza e qualità dei servizi	Assente
<i>Sardegna</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso in modo bilanciato	Medio	Limitato	Presente Richiamo a dinamiche del processo	Mortalità, morbilità, aspetti gestionali e qualità dei servizi	Alcuni richiami

Tabella 5.4 (segue)

Regione	Attenzione al tema della valutazione*	Oggetto della valutazione	Riferimento al potenziamento dei sistemi informativi**	Riferimento a indicatori di sintesi della valutazione***	Riferimento al processo di valutazione	Criteri di valutazione	Riferimenti alla valutazione dei DG
<i>Sicilia</i>	Limitata/media	Aziende singolarmente e sistema nel complesso con enfasi sulle aziende	Forte	Forte. Il riferimento è prevalentemente a indicatori di risultato	Brevi richiami	Mortalità, morbilità, appropriatezza e utilizzo dei servizi, equilibrio economico-finanziario, aspetti gestionali; qualità dei servizi	Presente e ricorrente per alcuni obiettivi specifici
<i>Toscana</i>	Media	Aziende singolarmente e sistema nel complesso in modo bilanciato	Forte	Medio-forte Il riferimento è prevalentemente a indicatori di risultato	Presente Richiamo ad attori coinvolti, a dinamiche del processo e a effetti	Mortalità, morbilità, accessibilità, appropriatezza, equilibrio economico-finanziario, aspetti gestionali; qualità dei servizi sanitari	Presente
<i>Trento</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso in modo bilanciato	Medio	Medio Il riferimento è a indicatori sia di processo che di risultato	Brevi richiami	Mortalità, morbilità, accessibilità, appropriatezza, qualità dei servizi	Assente
<i>Umbria</i>	Medio-alta	Aziende singolarmente e sistema nel complesso con enfasi sulle aziende	Medio	Medio Il riferimento è a indicatori sia di processo che di risultato	Presente Richiamo ad attori coinvolti, a dinamiche del processo,	Mortalità, morbilità, accessibilità, appropriatezza, integrazione, gestione	Presente e ricorrente

Tabella 5.4 (segue)

Regione	Attenzione al tema della valutazione*	Oggetto della valutazione	Riferimento al potenziamento dei sistemi informativi**	Riferimento a indicatori di sintesi della valutazione***	Riferimento al processo di valutazione	Criteri di valutazione	Riferimenti alla valutazione dei DG
<i>Umbria (segue)</i>					agli effetti, ai tempi e agli strumenti		
<i>Valle d'Aosta</i>	Media		Medio	Medio Il riferimento è a indicatori sia di processo che di risultato	Presente Richiamo ad attori coinvolti, a dinamiche del processo, agli effetti, ai tempi e agli strumenti	Mortalità, morbilità, accessibilità, appropriatezza economico-finanziario; gestione; qualità dei servizi	Presente e ricorrente
<i>Veneto</i>	Limitata	Aziende singolarmente e sistema nel complesso, con enfasi sul sistema	Medio	Limitato.	Brevi richiami	Livelli di attività, e indicatori di consumo di servizi territoriali e ospedalieri; gestione del personale	Assente

* Giudizio qualitativo di sintesi: assente, limitata, media, medio-alta, alta.

** Giudizio qualitativo di sintesi: limitato, medio, forte.

*** Giudizio qualitativo di sintesi: assente, limitato, medio, medio-forte, forte.

I Rapporti OASI fanno proprio un modello interpretativo del sistema sanitario pubblico regionale fondato sul concetto di «gruppo di aziende», con la Regione che svolge una funzione di guida. Si è ritenuto pertanto rilevante indagare quale oggetto di valutazione ricevesse maggiore attenzione: le singole aziende o il sistema nel suo complesso. In tutti i piani traspare un certo grado di attenzione per entrambi i livelli. Cambia tuttavia l'accento: circa la metà dei piani enfatizza il tema della valutazione delle aziende, lasciando quello della valutazione del sistema nel suo complesso sullo sfondo. In altri piani il grado di attenzione prestato ai due livelli appare sostanzialmente sovrapponibile. Solo nei documenti di Emilia Romagna e Veneto l'accento sembra essere sulla valutazione della performance di sistema, rivelando la convinzione da parte di queste Regioni che la performance di sistema non possa essere la semplice sommatoria delle performance delle aziende.

Un tema strettamente collegato alla valutazione è quello dei sistemi informativi. Senza adeguati sistemi per raccogliere e distribuire informazioni, i processi valutativi si rivelano difficili da attuare e poco credibili. In tutti i documenti è presente un deciso richiamo al potenziamento dei sistemi informativi, anche se non mancano differenze importanti. In generale, il riferimento da parte dei piani delle Regioni del Sud appare più deciso.

I processi di valutazione richiedono, tra l'altro, attività di sintesi in cui dati e informazioni vengono aggregati in indicatori e misure sintetiche di performance. Si tratta, forse, dell'aspetto più critico del lavoro di valutazione perché legato a processi interpretativi con ampi gradi di discrezionalità. Si è pertanto cercato di cogliere se il tema degli indicatori di sintesi sia presente nei piani e a che tipologia di indicatori si faccia riferimento. Nella maggior parte dei piani il riferimento agli indicatori di sintesi per misurare la performance delle aziende e del sistema è significativo (medio o forte). Fanno eccezione i documenti di Veneto, Campania e Puglia. Nella maggior parte dei piani il riferimento è a indicatori sia di processo che di risultato, anche se non mancano le Regioni che propendono per uno o per l'altro tipo di indicatori. A questo proposito è utile ricordare che gli indicatori di risultato (per esempio, riduzione della mortalità per una patologia) sono sicuramente più significativi rispetto alle finalità istituzionali, ma riflettono fattori che possono non essere sotto il controllo delle aziende e che quindi possono falsare il rapporto causa-effetto. La costruzione di validi indicatori di risultato richiede un sofisticato lavoro per controllare gli effetti di confondimento. D'altra parte, gli indicatori di processo hanno un rapporto più indiretto con gli obiettivi di tutela della salute, ma riflettono maggiormente le azioni aziendali (il grado di adesione a un protocollo è una variabile controllabile dall'azienda e dai suoi operatori, anche se potrebbe essere scarsamente correlata a un criterio di risultato).

Se, in generale, si può affermare che le Regioni rivelano nei piani sanitari una certa sensibilità al tema della misurazione come parte fondamentale dei processi di valutazione, sono invece molto deboli i riferimenti alla costruzione di indicatori complessivi che aggregano indicatori specifici e che permettano di formulare misure sintetiche di performance. La tendenza a costruire scale di sintesi in grado

di esprimere giudizi complessivi su fenomeni anche estremamente complessi, tendenza che si sta affermando in diversi ambiti delle politiche pubbliche, non trova un riscontro nei piani sanitari regionali.

Sul tema della valutazione lo scarto tra intenzioni e fatti è generalmente rilevante. Spesso, ai richiami dell'importanza della valutazione in documenti di varia natura non corrispondono iniziative concrete per diverse ragioni (operative, di gestione della comunicazione, di raccordo con altri sistemi operativi). Ovviamente, non è l'analisi dei piani che permette di verificare concretamente l'entità di questo scarto tra «teoria» e «pratica». Tuttavia, può essere utile verificare se i piani dedichino spazio alle problematiche attuative, facendo riferimento ai processi, agli strumenti e agli attori della valutazione. Affrontare le problematiche operative necessarie per sviluppare l'attività di valutazione può essere considerato un elemento che ne favorisce la realizzazione e che rivela una tensione concreta da parte della Regione. Anche su questo aspetto la griglia presenta uno scenario eterogeneo, con la maggioranza dei piani che affrontano il tema del processo di valutazione in modo marginale e altri che danno spazio all'identificazione degli attori coinvolti, alle dinamiche del processo, agli strumenti utilizzati e alle conseguenze dell'attività di valutazione. Alcune Regioni (principalmente Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Bolzano e Valle d'Aosta) dedicano ampio spazio nei piani alla definizione degli strumenti con cui rendere operativo il sistema di valutazione. Per altre Regioni, invece, i riferimenti sembrano più che altro rituali.

L'elemento successivo della griglia riguarda i criteri di valutazione. In questo caso la situazione appare molto più omogenea, principalmente perché praticamente tutte le Regioni si mostrano particolarmente generose nel promuovere un'ampia gamma di criteri di valutazione: sugli esiti in termini di salute, sull'appropriatezza, sui livelli di attività, sull'equilibrio economico-finanziario, sull'accessibilità dei servizi, sulle liste di attesa e su aspetti più strettamente gestionali. In questa abbondanza di criteri proposti è difficile trovare delle regolarità. L'impressione è che si voglia includere tutto e che i piani non forniscano indicazioni rilevanti sui principali criteri che le Regioni intendono utilizzare per valutare le aziende.

L'ultimo elemento della griglia riguarda i riferimenti alla valutazione dei Direttori Generali. In alcuni piani il tema non viene neanche menzionato (Basilicata, Calabria, Puglia, Provincia autonoma di Trento e Veneto); in altri sono presenti solo alcuni riferimenti sintetici, mentre in altri ancora i riferimenti sono frequenti e, a volte, specifici, come nel caso della Liguria che esplicita nel piano l'importanza degli obiettivi di riorganizzazione delle rete ospedaliera come componente rilevante per la valutazione dei DG.

5.6 Alcune riflessioni sul metodo

Il presente contributo nasce dalla convinzione che i piani sanitari regionali siano un elemento importante per capire le politiche regionali e che sia utile un richia-

mo di attenzione ai temi della pianificazione di sistema. I piani sanitari, per i processi che portano alla loro emanazione e per la loro valenza in termini di comunicazione interna ed esterna, sono un importante elemento per comprendere gli orientamenti delle regioni, soprattutto in una fase storica come questa dove crescono alcuni spazi di autonomia regionale e, aspetto forse più importante, crescono anche le attese che questi spazi siano pienamente sfruttati.

Non si vuole qui affermare che i piani sanitari siano la rappresentazione delle politiche sanitarie e tanto meno che siano lo strumento principale di programmazione sanitaria. Una prima impressione che abbiamo tratto dall'analisi dei documenti è che la stessa idea di piano sanitario sia concepita con finalità diverse dalle Regioni. Ciò nonostante, occorre riconoscere che i piani sono spesso un punto di riferimento importante per il lavoro delle Regioni e delle aziende e sono forse il documento di sintesi sul sistema sanitario regionale che maggiormente circola tra gli operatori e a livello politico. Riteniamo pertanto utile considerare i piani sanitari un importante materiale di ricerca.

Il lavoro di ricerca su documenti scritti può essere svolto con diversi strumenti più o meno strutturati. In un altro contributo di OASI (Fattore e Longo 2002) era stato proposto uno schema d'analisi con cui comparare sinteticamente la struttura e i contenuti principali dei piani sanitari di tre Regioni sicuramente significative nel panorama italiano: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana. L'analisi era stata effettuata con l'ausilio di una griglia, ma comunque seguiva un metodo poco strutturato. Ciò aveva permesso di tipizzare i tre piani e, in particolare, di sottolineare come esistesse un'importante differenza tra il modello di sistema sanitario presentato nel piano lombardo e i modelli presenti nei piani emiliano e toscano. In questo progetto abbiamo cercato di iniziare un percorso di ricerca diverso, caratterizzato da due elementi principali: l'utilizzo di un metodo maggiormente strutturato e la volontà di lavorare su tutte le Regioni italiane.

In primo luogo si è deciso di costruire delle griglie di analisi più rigide, che riducessero gli spazi di libertà nel lavoro di estrazione dei dati e di loro classificazione. Per far ciò si è scelto di far riferimento agli elementi maggiormente oggettivi dei piani (periodo di riferimento, lunghezza, linguaggio presente nei titoli), di tipizzare e classificare quattro possibili finalità dei documenti e di scegliere un tema specifico da enucleare e approfondire. Il tema prescelto è stato quello della valutazione delle aziende; si tratta di un tema complesso, su cui era prevedibile riscontrare rilevanti differenze tra i piani.

In secondo luogo si è deciso di lavorare su tutte le Regioni, identificando per ognuna il più recente piano emanato negli ultimi 10 anni. Ciò ha permesso di identificare 20 documenti e di lavorare su più di 3000 pagine. Proprio anche la mole del materiale raccolto ci ha indotto ad adottare un approccio strutturato e controllabile. In sostanza, abbiamo cercato di classificare i piani secondo un metodo esplicito, sistematico e il più possibile ripetibile, limitando gli spazi per interpretazioni libere. Anche per la classificazione dei piani secondo le loro finalità abbiamo cercato di utilizzare una serie di criteri espliciti, come esposto nel par. 5.2.

In conclusione, riteniamo di potere affermare che questo lavoro di classificazione sia utile per due ragioni principali. Primo, mette a disposizione materiale intermedio di ricerca, utile ad altri ricercatori per formulare ipotesi e per portare avanti lavori con un taglio maggiormente interpretativo, sfruttando materiale già sistematizzato. Secondo, il lavoro di classificazione e analisi ci ha effettivamente permesso di conoscere meglio i piani sanitari e di generare alcune riflessioni sulle loro caratteristiche.

Un tema metodologico particolarmente critico di questo progetto di ricerca riguarda l'oggetto dell'analisi. Da un lato, i piani sono documenti rilevanti e auto-sufficienti e possono quindi essere considerati un elemento significativo della politica sanitaria regionale, dall'altro nel lavoro concreto è apertamente emerso come altri documenti regionali (circolari, delibere ecc.) affrontino e specificino meglio i contenuti presenti nel piano. Soprattutto nell'utilizzo della griglia sulla valutazione delle aziende è emerso come i contenuti dei piani rappresentino solo in minima parte le politiche regionali su questo tema. Ciò nondimeno, rimangono convinti che la rilevanza dei piani li rende un oggetto di studio importante e utile per comprendere l'evoluzione dei sistemi sanitari regionali.

5.7 Alcune riflessioni sui piani sanitari

Come premesso nel paragrafo precedente il lavoro di attenta classificazione condotto ha messo in luce alcuni elementi dei piani sanitari regionali che suggeriscono alcune riflessioni e alcune ipotesi da sottoporre a verifica.

Attualmente le Regioni utilizzano questo strumento di programmazione molto di più di quanto accadesse in passato, quando era luogo comune sostenere che la funzione di governo del sistema fosse strettamente collegata alla produzione di «piani». Soltanto una Regione (di piccole dimensioni) non ha prodotto un piano negli ultimi 10 anni e 15 Regioni o province autonome hanno emanato un piano negli ultimi cinque anni. Pertanto, in un contesto di decentramento delle politiche sanitarie pubbliche, le Regioni sentono generalmente la necessità di impegnarsi per la produzione di un documento che sintetizzi alcune informazioni e alcuni messaggi.

I piani presentano quasi sempre molteplici finalità fondamentali. Per alcune Regioni abbiamo addirittura riscontrato che finalità di orientamento strategico del gruppo pubblico, di presentazione dell'orientamento politico e di programmazione operativa coesistono nello stesso documento. Ci si può pertanto chiedere se dietro l'etichetta «piano sanitario» non si celi ormai un insieme molto eterogeneo di strumenti per il governo del sistema sanitario.

Le Regioni individuano il piano come una leva di governo importante, flessibile e versatile. Come appena sottolineato, sotto l'etichetta «piano sanitario» possono celarsi documenti con finalità profondamente diverse. Ciò è in parte confermato anche dalla diversa lunghezza dei documenti; alcuni sono decisamente sintetici

(qualche decina di pagine) e hanno una struttura essenziale, mentre altri si presentano come documenti pesanti, ricchi di informazioni e con strutture molto articolate. Se da un lato alcuni piani sembrano allontanarsi dal *template* programmatico più tradizionale, per altri sembra porsi il rischio di sovraccarico: troppe finalità e troppi destinatari per un solo documento.

Alcune Regioni hanno scelto di dotare il piano sanitario di un titolo, presumibilmente per identificare alcuni messaggi «chiave» e valorizzarli in termini di comunicazione (Tab. 5.2). I termini più frequenti fanno riferimento ai principi di solidarietà e tutela della salute, in linea con l'impostazione tradizionale del nostro sistema sanitario. Non mancano tuttavia titoli che scelgono di spostare l'enfasi su altri aspetti, quali l'innovazione e la sostenibilità. Anche nei titoli dei piani sanitari sembra pertanto rivelarsi una tensione che appare come il tema ricorrente delle politiche sanitarie in Europa: da un lato la difesa di un modello fortemente solidaristico di sistema sanitario, dall'altro la ricerca di soluzioni innovative che permettano di coniugare i principi di solidarietà con maggiori aspettative di autonomia, personalizzazione, responsabilizzazione e dinamismo economico-sociale¹.

In termini più generali, emerge la persistenza di un modello tendenzialmente «tradizionale» di piano sanitario, coerente con un'idea di razionalizzazione prospettica e onnicomprensiva della politica sanitaria: il piano come documento che, in base a una sequenza di passaggi logici, definisce le linee d'azione nel medio periodo per i principali soggetti del sistema. È questo il modello dominante soprattutto per le Regioni del Centro-Sud. Sono invece le Regioni con una maggiore tradizione di programmazione quelle che presentano più segni di insoddisfazione per il modello tradizionale di piano sanitario. Il Veneto, una Regione con forte tradizione di pianificazione regionale, non emana un piano dal 1996; l'Emilia Romagna ha anch'essa un piano relativamente datato, molto snello e sembra privilegiare altri strumenti di programmazione; anche il Friuli Venezia Giulia, piccola Regione spesso all'avanguardia nell'adozione di innovativi strumenti di programmazione regionale, è senza piano da un triennio. La nostra valutazione a proposito è che le Regioni che più investono in sistemi di programmazione sanitaria regionale e che hanno maturato più esperienza siano alla ricerca di un nuovo significato per il piano sanitario o addirittura lo considerino un documento ormai poco utile nella sua accezione più tradizionale.

Nella terza griglia abbiamo indagato un tema decisamente più specifico: la valutazione delle aziende. Come ricordato sopra, il limite principale di questa parte del lavoro deriva dal fatto che in molte Regioni altri documenti specificano meglio le politiche regionali su questo tema e che, pertanto, i riferimenti contenuti nei piani vanno principalmente interpretati come indirizzi generali. Il tema della valutazione delle aziende è presente in tutti i piani, anche se con

¹ Per una panoramica aggiornata delle politiche sanitarie dei principali paesi dell'Unione Europea si veda il recente numero speciale del *Journal of Health Policy, Politics and Law* del 2005 e in particolare il saggio di introduttivo di Oliver e Mossialos (2005).

accenti ed enfasi diverse. Nella maggior parte dei casi le Regioni non prestano particolare attenzione al tema, sottolineano l'azienda come oggetto della valutazione mettendo in secondo piano il livello di sistema, insistono con decisione sulla necessità di potenziare i sistemi informativi e, generalmente, non dedicano spazio al problema di come concretizzare i sistemi di valutazione. Si può affermare che in queste Regioni il tema della valutazione è sentito, ma non ha ancora assunto un elevato livello di priorità nelle politiche regionali. In altre Regioni, principalmente del Centro-Nord, le indicazioni dei piani sembrano riflettere maggiormente una situazione in cui si sta effettivamente lavorando per la costruzione di sistemi evoluti di valutazione delle aziende e, al tempo stesso, si stanno incontrando una serie di temi particolarmente critici. Se ne considerino due: il rapporto tra valutazione delle aziende e valutazione del sistema regionale e il tema dei sistemi informativi.

L'affermazione del modello aziendale ha portato l'attenzione sull'importanza di considerare l'azienda nella sua unitarietà come luogo di espressione di autonomia nell'utilizzo dei mezzi per il raggiungimento delle finalità istituzionali. Di conseguenza, soprattutto in contesti in cui non si fa forte riferimento al mercato per la valutazione della performance, risulta coerente sottolineare l'azienda come oggetto della valutazione e, contestualmente, concepire la performance di gruppo come sommatoria delle performance delle aziende. Tuttavia questo approccio, proprio se gli spazi di autonomia vengono occupati e i meccanismi di ricompensa istituzionale a livello di azienda sono consistenti, può indurre rilevanti aberrazioni in cui al miglioramento della performance delle singole aziende non corrisponde il miglioramento della performance di sistema. Pertanto non stupisce che le Regioni che da più tempo lavorano sulla performance delle aziende richiamino con maggiore decisione l'importanza di spostare l'enfasi sulla performance del sistema, sottolineando la rilevanza delle interdipendenze tra le aziende e l'importanza di politiche di coordinamento.

Anche sui temi dei sistemi informativi è possibile cogliere un problema di maturità delle politiche. L'impressione è che le Regioni con i sistemi informativi meno evoluti siano anche quelle che più insistono sulla necessità di svilupparli per potere realmente supportare l'attivazione di solidi sistemi di misurazione e valutazione. Senza dubbio il tema dell'adeguatezza dei sistemi informativi è rilevante per dare solidità e credibilità alla valutazione delle aziende. Tuttavia, un aspetto altrettanto importante è anche quello dei modelli di interpretazione dei dati. La complessità dei fenomeni oggetto delle misurazioni e valutazioni è tale che, senza adeguate capacità di interpretazione, i sistemi informativi finiscono per essere ridondanti e inefficaci. In questo senso, l'impressione è anche che alcune Regioni siano ormai realmente consapevoli che il problema principale per costruire adeguate misure di performance risieda nel modello di interpretazione dei fenomeni, piuttosto che nel potenziamento dei sistemi informativi (che comunque rimane una priorità in realtà particolarmente arretrate).

In conclusione, ci auspichiamo che questo contributo fornisca materiale e

spunti di riflessioni a chi lavora e/o fa ricerca sui temi della programmazione sanitaria, nella convinzione che questa sia una tematica importante degna di maggiore attenzione.

Bibliografia

- Borgonovi E. (2002), *Principi e strumenti aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Borgonovi E., Meneguzzo M. (1985), *Processi di cambiamento e programmazione nelle unità sanitarie locali*, Milano, Giuffrè.
- Cuccurullo C. (2003), *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, McGraw-Hill.
- Del Vecchio M., Barbieri M. (2002), «I processi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Fattore G., Longo F. (2002) «Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni piani sanitari rappresentativi», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Lega F. (2004), «Aspetti organizzativi e management strategico tra neo-centralismi e periferie in movimento», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Longo F., Carbone C., Cosmi L. (2003), «La Regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei Regioni», in E. Anessi Pessina e E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Meneguzzo M. (1984), «Modelli tradizionali e modelli strategici di pianificazione negli enti pubblici», in E. Borgonovi (a cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Giuffrè.
- Oliver A., Mossialos E. (2005), «European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward?», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, n. 30, voll. 1-2, pp. 7-28.

Rapporto OASI 2005

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576