

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2010**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 confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo l'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.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2010:

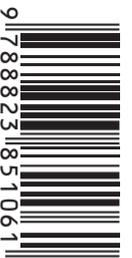
- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano (dati di struttura, di attività, di spesa e disavanzo).
- a livello regionale, indaga le determinanti dei risultati economico-finanziari; analizza i documenti di programmazione (Piani Sanitari Regionali e Piani di Rientro) e le caratteristiche dei sistemi di governo degli erogatori privati accreditati; presenta lo stato dell'arte sulle reti cliniche oncologiche; propone alcune considerazioni sull'equità interregionale.
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sugli assetti istituzionali, attraverso l'analisi dei possibili sistemi di *governance* delle aziende ospedaliere-universitarie e del ruolo attribuibile al Direttore Sociosanitario nelle ASL; dedica ampio spazio al tema delle relazioni con gli utenti, in termini di utilizzo delle risorse web istituzionali per lo sviluppo del *patient empowerment*, di gestione delle relazioni con la stampa, di ruolo e utilizzo della Carta dei Servizi; riapre il fronte degli strumenti per la valutazione dei medici del SSN; presenta un'indagine sulle modalità con cui le aziende ricercano l'integrazione ospedale-territorio; offre nuovi approfondimenti sui sistemi di contabilità analitica e sulle esperienze di *project finance*.

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 *lecturer* presso l'Università Bocconi. È coordinatrice di OASI.

Publicato con il contributo di

 **Boehringer
Ingelheim**

ISBN 978-88-238-5106-1



9 788823 851061

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2010

a cura di
Elena Cantù

Rapporto OASI 2010

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Prefazione di Elio Borgonovi e Francesco Longo

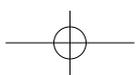
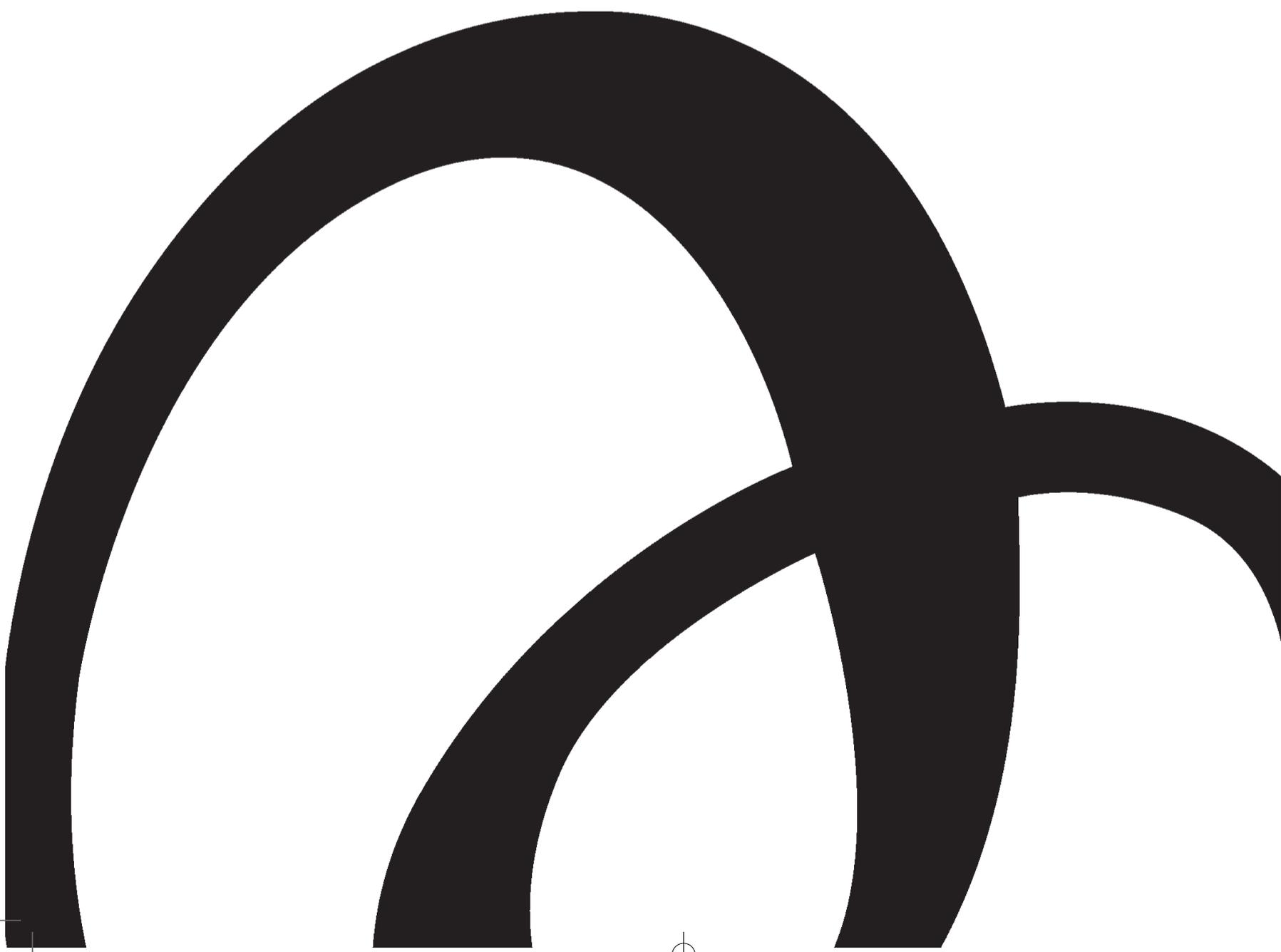
Elena Cantù

SDA Bocconi



CERGAS
CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

 **Egea**



5 **Misurare e valutare la strategia nei Piani Sanitari Regionali. L'esperienza dell'ultimo periodo di pianificazione in otto Regioni italiane¹**

di Davide Galli e Francesca Lecci ²

5.1 **Introduzione**

In prossimità del nuovo ciclo di pianificazione strategica che dovrebbe interessare le molte Regioni che nel corso del 2009 hanno svolto elezioni politiche, l'analisi comparativa dei documenti di pianificazione strategica in vigore ad oggi nelle Regioni più popolate del Paese costituisce un elemento di utile approfondimento e comparazione. L'analisi presentata nel capitolo delimita il proprio campo di indagine ai documenti redatti in relazione all'ultimo periodo di pianificazione svolta in ogni Regione e tra i documenti considera quelli cui viene ufficialmente attribuito il compito di declinare i contenuti della strategia regionale. All'origine di tale delimitazione del campo di indagine due ordini di considerazioni. Anzitutto l'opportunità di non rendere troppo eterogenea l'analisi, limitandosi ai casi più significativi. In secondo luogo l'esigenza di esaminare le caratteristiche dei documenti non solo in termini di contenuti, quanto piuttosto di forma e struttura. Partendo da una selezione di sei ambiti di decisione strategica particolarmente rilevanti nella definizione degli scenari della sanità futura (Longo, Del Vecchio e Lega, 2010), l'analisi si è posta l'obiettivo di valutare se nel documento fossero declinati in maniera completa gli scenari che contraddistinguono i sistemi sanitari regionali e se a tale declinazione corrispondesse una traduzione degli obiettivi in termini di indicatori misurabili e valutabili.

Attraverso l'analisi è stato possibile avere un panorama comparativo dei diversi documenti in termini descrittivi (§ 5.3). Seguendo tale prospettiva, per ciascun piano è stata anzitutto indagata la finalità prevalente, assumendo a riferi-

¹ Il presente contributo è frutto di un lavoro di ricerca sviluppato nell'ambito dell'*Academy of Health Care Management and Economics*, nata nel 2010 dalla collaborazione fra SDA Bocconi e Novartis Farma.

² 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 §§ 5.1, 5.2, 5.5 e 5.6 sono da attribuirsi a Davide Galli, i §§ 5.3, 5.4 e 5.7 a Francesca Lecci.

mento quattro possibili direzioni (§ 5.4). Ciascun documento è stato analizzato avendo in mente alcuni ambiti di decisione strategica e cercando di comprendere quanto ciascuno di essi assumesse rilevanza all'interno del piano (§ 5.5). Il documento è stato anche analizzato con l'intento di comprendere quanto fosse capace di sostenere l'attivazione e l'impiego, da parte tanto del livello regionale quanto del livello aziendale, di strumenti di misurazione e valutazione della performance (§ 5.6).

5.2 Il metodo d'indagine e la letteratura di riferimento

La base empirica della ricerca è costituita dai documenti di pianificazione prodotti da un campione di Regioni a partire dal 2007. Si è fatto riferimento, in via preliminare, ai Piani Sanitari Regionali (PSR) e ai Piano Socio Sanitari Regionali (PSSR) che hanno caratterizzato l'ultima fase di pianificazione che precede, di fatto, quella che avrà inizio nel 2010 e che, per la maggior parte delle Regioni selezionate, coinciderà con l'inizio del nuovo ciclo politico.

Nello specifico, sono state selezionate otto Regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia), che rappresentano le regioni italiane con maggior numero di residenti. Non fa parte del campione la Regione Veneto che, pur essendo la quinta Regione italiana per popolazione, non si è formalmente dotata di un piano sanitario o socio-sanitario dal 1996.

Per ciascuna Regione, sono stati, dunque, individuati gli ultimi documenti di programmazione disponibili sui siti web istituzionali o tramite l'analisi della normativa a partire dal 2007; successivamente i documenti sono stati recuperati in formato cartaceo o in formato elettronico e analizzati sotto il profilo quantitativo e qualitativo. Nel caso delle Regioni sottoposte a Piano di Rientro (Lazio, Campania e Sicilia), si è proceduto a verificare l'esistenza o meno di documenti di programmazione successivi al Piano di Rientro (PdR): è questo il caso della Regione Lazio, per la quale si è scelto di analizzare il Piano Sanitario 2009-2011, mentre per Campania e Sicilia l'analisi del PdR era l'unica alternativa possibile.

Dal punto di vista metodologico, si è scelto di effettuare il confronto tra i piani strategici attraverso la tecnica della *content analysis* o analisi di contenuto (Fattore, 2005). Si è partiti dall'individuazione di un *framework* teorico collegato al disegno di ricerca definendo in che modo l'analisi congiunta di contenuto, aspetti strutturali e formali dei Piani aiuti a comprenderne le caratteristiche. Nella fase successiva sono stati individuati i concetti ritenuti rilevanti per l'indagine per tre categorie: la natura del piano, l'inquadramento logico delle decisioni strategiche contenute nel piano e la rilevanza del tema della misurazione e della valutazione delle aziende. A questa fase è seguita quella di costruzione di un sistema di testo metrica finalizzato ad individuare le «unità di osservazione» considerate rilevanti per ciascuna categoria e le regole da utilizzare per il conteggio

e la classificazione delle parole (è stata prevista anche una fase di «filtro» dei risultati, eliminando parole non rilevanti se considerate nel contesto specifico in cui venivano utilizzate). Il passo successivo è consistito nel conteggio e nella classificazione delle unità di osservazione che è stato effettuato in parte manualmente e in parte attraverso l'uso dei software di videoscrittura. Accanto all'analisi quantitativa della presenza delle parole all'interno dei documenti è stata condotta anche un'analisi di tipo qualitativo, volta a verificare la presenza nel testo di altri elementi utili ai fini della ricerca (ad esempio, la presenza di paragrafi interamente dedicati ai temi oggetto d'attenzione). Da un lato si è voluta analizzare la diffusione delle parole nel testo e, dall'altro, verificare l'eventuale concentrazione in parti specifiche dello stesso. Nell'ultima fase, i risultati ottenuti sono stati rappresentati attraverso l'uso di griglie riassuntive e di grafici comparativi.

Nello specifico, una prima griglia sintetizza gli aspetti formali e strutturali dei documenti, rilevando: 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 numero di pagine e il titolo, se presente. Le informazioni contenute in questa griglia consentono di valutare il raccordo esistente a livello regionale tra interventi sanitari e socio-assistenziali. La lunghezza, espressa in numero di pagine, può essere considerata una «*proxy*» per effettuare una prima riflessione sulle finalità e sui destinatari del piano. L'analisi dell'indice, cioè dei principali contenuti, offre un primo quadro delle priorità assegnate ai diversi ambiti di pianificazione e dell'impostazione del documento, consentendo di individuare la presenza di temi dominanti o ricorrenti (§ 5.3).

Una seconda griglia riprende e aggiorna la classificazione introdotta da Fattore e Lecci (2005) e permette di classificare il piano in base alle finalità prevalenti. In primis, il piano può configurarsi come un documento di orientamento strategico finalizzato alla programmazione strategica di gruppo: a tal fine, identifica un orientamento di fondo (che può coincidere con le politiche sanitarie pubbliche della Regione), che deriva da un'analisi del contesto esterno e di quello interno, e lo esplicita agli interlocutori interni, ovvero il personale regionale e delle aziende sanitarie pubbliche, e ai soggetti esterni con rilevanti interessi economici (operatori privati, fornitori, ecc.). Il piano può essere poi un documento di orientamento politico: in questo caso, fa riferimento ai valori di fondo, ai principi e al modello «a tendere» del sistema regionale. I destinatari principali sono i cittadini elettori e l'arena politica, nei confronti dei quali il piano si rivolge evitando un linguaggio tecnico specifico. Le caratteristiche di questa tipologia di piano prevedono che la politica sanitaria sia inquadrata all'interno del più ampio disegno dell'azione politico-sociale del governo regionale. Il piano può rientrare nella definizione di strumento di programmazione operativa, con 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. L'ultimo tipo di finalità prevede l'inquadramento del piano come documento organizzativo o di definizione dell'assetto istituzionale, per deliberare e comunicare il cambiamento degli aspetti strutturali del sistema o altri aspetti come, ad esempio, la definizione del ruolo dei Comuni o di eventuali soggetti privati. In questo senso il piano assume la funzione di chiarire, tanto agli interlocutori interni quanto ai portatori di interesse esterni, il ruolo che i diversi soggetti svolgono in relazione alle diverse fasi di implementazione dei contenuti espressi dal piano (§ 5.4).

Il § 5.5 presenta l'esito dell'analisi compiuta attraverso grafici comparativi, che sintetizzano la rilevanza assunta da diversi ambiti di pianificazione strategica nei documenti considerati. Coerentemente con la letteratura di riferimento (Longo, Del Vecchio e Lega, 2010), sono state selezionate sei aree di possibile discontinuità rispetto alle quali possono essere identificati altrettanti ambiti di pianificazione strategica. Tali aree di discontinuità sono state rintracciate mediante l'osservazione delle variabili probabilmente più soggette a cambiamenti o rotture paradigmatiche, cioè i principali *driver* che hanno maggiore probabilità di subire trasformazioni nel medio-lungo periodo. Le aree di discontinuità individuate e che costituiscono i «contenitori tematici» entro cui sono collocate le decisioni strategiche sono (Longo, Del Vecchio e Lega, 2010):

- ▶ equilibrio economico;
- ▶ assetto istituzionale e *mission* delle aziende;
- ▶ intensità di cura e profilo di utenza;
- ▶ capitale umano e modelli organizzativi;
- ▶ innovazione e prevenzione;
- ▶ reti e servizi.

Per ciascuna di queste aree sono state individuate le due principali decisioni critiche in grado di definire un cambiamento significativo e si è ricostruito se e in che misura tali temi sono presenti all'interno dei Piani analizzati.

Per quanto riguarda l'equilibrio economico, lasciando sullo sfondo il ruolo che assume la sanità nell'ambiente socio-economico, ci si è focalizzati su due variabili principali. In primo luogo si è ricercato nei documenti il riferimento alla disponibilità complessiva di risorse per il settore sanitario. Il livello della spesa per servizi sanitari, da un lato, dipende da condizioni di sviluppo socio-economico complessivo e, dall'altro, da scelte di tipo politico sulla quota di risorse disponibili da assegnare al settore sanità. Ai due estremi esistono due scenari contrap-

posti, cioè una situazione di risorse crescenti in percentuale sul PIL e una situazione di risorse costanti o di crescita moderata. Il secondo elemento preso in considerazione è il riferimento nei piani alla composizione del mix di entrate: in questo caso la spesa può essere di tipo prevalentemente pubblico oppure è possibile che sia previsto un mix tra contributi pubblici e contributi privati.

Il secondo ambito di decisione strategica preso a riferimento è l'assetto istituzionale definito dalle Regioni in termini di ruolo e *mission* delle aziende e mix di strutture erogatrici. Il settore socio-sanitario si trova oggi al centro di profonde trasformazioni che interessano la sua architettura istituzionale: da un lato è nel mezzo delle spinte all'internazionalizzazione e alla globalizzazione dei livelli di governo e dall'altro è coinvolto in processi di decentramento dei livelli di governo intermedio. Allo stesso modo, la sanità è al centro del dibattito tra ruolo del pubblico e del privato nell'erogazione di servizi pubblici. Il mix tra pubblico e privato può riguardare: la produzione di beni e servizi finali; la produzione di beni e servizi intermedi (farmaci, *devices*, tecnologie, infrastrutture). Ai fini del presente lavoro di ricerca sono state considerate due dimensioni: la rilevanza assunta nel documento dalla definizione del ruolo delle AUSL e dal tema del mix tra offerta pubblica e offerta privata di servizi finali. Per quanto riguarda il ruolo delle AUSL ai due estremi possono essere collocate l'AUSL integrata, che concentra in sé le funzioni di coordinamento ed erogazione diretta di servizi per la popolazione, e l'AUSL coordinatrice, che invece ha un ruolo limitato al governo del sistema e dei consumi sanitari. Per quanto riguarda il mix di offerta, si possono presentare a un estremo lo scenario di prevalenza del produttore pubblico e, all'altro estremo, un mix tra produzione pubblica e produzione privata, con presenza di operatori di tipo privato profit e no profit accanto agli operatori pubblici. Si guarda dunque alla maggiore o minore frammentazione del sistema, al numero di attori presenti e alla ampiezza, alla configurazione e integrazione dei confini istituzionali del settore socio-sanitario.

L'ambito di decisione strategica definito dal riferimento ai livelli di intensità di cura ed ai profili di utenza si riferisce alla crescente segmentazione dal punto di vista culturale, economico ed epidemiologico dell'utenza ed alla risposta che a tale differenziazione danno i documenti di pianificazione. I tre aspetti tra loro combinati originano una domanda di salute sempre più eterogenea e differenziata. Questo determina la necessità di individuare quali sono i cluster di utenti rilevanti e identificare strategie di servizio idonee a garantire il mantenimento di adeguati livelli di equità e appropriatezza delle risposte. Inoltre, un altro aspetto che le Regioni devono tenere in considerazione è la mobilità dei pazienti che sempre più spesso scelgono di curarsi in luoghi lontani dalla propria residenza, motivando la scelta con la ricerca dell'eccellenza specialistica, di migliori condizioni di cura o da motivi legati al prezzo. Nella presente analisi, sono state considerate due dimensioni principali: la maggiore o minore articolazione dell'offerta per livelli di intensità di cura e la maggiore o minore articolazione dell'offerta

per profili d'utenza. Per quanto riguarda l'articolazione per livelli di intensità, si è valutata la rilevanza che i temi dell'integrazione e del coordinamento tra ospedale, territorio e altre strutture assumono all'interno del documento rispetto all'obiettivo di garantire un'offerta di servizi differenziata. Per quanto riguarda invece l'articolazione per profili di utenza, si è valutato quanto rilevante fosse la differenziazione dei servizi per categorie di pazienti specifiche attorno alle quali costruire un completo percorso di cura.

Il quarto ambito di decisione strategica, capitale umano e modelli organizzativi, comprende vari aspetti legati, da un lato, al tema dello sviluppo della professione sanitaria in senso manageriale e, dall'altro, al tema del modello organizzativo assunto dalle aziende. In relazione al primo punto si è verificata la rilevanza che i due approcci del managerialismo e del professionalismo assumono nei documenti. Il primo approccio punta all'introduzione di strumenti e modelli per la gestione delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di creare una maggiore responsabilizzazione sull'uso delle risorse; la gestione spetta al ruolo del manager, anche se il dibattito su chi debba ricoprire tale posizione è aperto. Nel modello del professionalismo, invece, il professionista sanitario ha il controllo tecnico, politico ed economico su una particolare tipologia di conoscenza ed è fortemente legato al proprio gruppo professionale (Fitzgerald e Ferlie, 2000). Questo aspetto del dibattito è stato sintetizzato, ai fini del presente lavoro di ricerca, nell'analisi della rilevanza assunta nei piani dal tema dello sviluppo in senso manageriale della professione sanitaria. Accanto a questa variabile è stato scelto di approfondire il diverso orientamento dei documenti di pianificazione alla domanda o all'offerta. L'orientamento all'offerta si traduce generalmente nel modello per intensità di cura che mette al centro il professionista con le sue competenze, mentre l'orientamento alla domanda si traduce in una forte specializzazione e in un modello di gestione che delimita fortemente gli spazi di «proprietà» della specialità e delle tecnologie e guarda piuttosto al paziente ed all'opportunità di gestire percorsi di cura integrati.

Il quinto ambito strategico è dato dal quadro di innovazione e prevenzione. La componente di innovazione tecnologica e strutturale e quella di prevenzione sono strettamente collegate fra loro poiché si influenzano a vicenda e entrambi hanno conseguenze sullo sviluppo e la configurazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali. L'elemento di rottura rispetto al passato è costituito dalla predisposizione di un sistema informativo adeguato che consenta di costruire la geografia dei rischi e garantisca la risposta più coerente al bisogno specifico di prevenzione e intervento precoce (Longo, Del Vecchio e Lega, 2010). Per questi motivi le variabili prese in considerazione nell'analisi del livello di rilevanza attribuito a questi due temi dai documenti di pianificazione sono state il livello di risorse per l'innovazione e il modello di prevenzione sostenuto nel piano.

L'ultimo ambito di decisione strategica preso in considerazione riguarda la rete dei servizi ospedalieri e territoriali. Oggi il ripensamento del ruolo dell'ospe-

dale, sottoposto a pressioni dal lato della domanda, dell'offerta e dal punto di vista sociale, politico ed economico, ha conseguenze rilevanti anche sull'organizzazione delle reti territoriali, verso le quali vengono spostate alcune attività tradizionalmente svolte dall'ospedale. I servizi territoriali, inoltre, si caratterizzano per la varietà dell'assistenza sanitaria erogata: da attività di carattere preventivo alla presa in carico stabile di pazienti, a cui si aggiunge anche la componente socio-assistenziale che deve essere affiancata a quella puramente sanitaria. Le dimensioni prese in considerazione per l'analisi della rilevanza che tale ambito di decisione strategica assume nei piani sono state quindi l'estensione ed evoluzione della rete ospedaliera e l'estensione ed evoluzione della rete territoriale.

Il § 5.6 torna infine all'utilizzo di griglie per esporre gli esiti legati all'analisi della capacità da parte dei documenti di pianificazione di attivare processi di misurazione e valutazione della performance dei servizi sanitari regionali e delle aziende. In tal caso per misurazione e valutazione della performance si intendono le attività volte a descrivere, analizzare, interpretare e giudicare le azioni intraprese dalle regioni e dalle aziende in base a indicatori di input (risorse messe a disposizione), processo, *output* (attività svolte) o *outcome* (risultati in termini di soddisfacimento del bisogno di salute). I criteri di misurazione e valutazione presi in considerazione ai fini dell'analisi comprendono l'efficienza, l'efficacia, l'economicità, l'appropriatezza, la qualità e il livello di fiducia. Questa griglia aggiorna quella già utilizzata in Fattore e Lecci (2005) e 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 si articola in sei variabili. Si è valutato in primo luogo il livello di attenzione al tema della misurazione e valutazione secondo una scala a cinque livelli. Il punteggio è stato attribuito principalmente sulla base della frequenza con cui il tema ricorre nel piano e dal significato che assume nell'economia complessiva del documento. Il secondo elemento preso in considerazione è stato l'oggetto della misurazione e valutazione; nello specifico, si è analizzato se il riferimento della misurazione e valutazione sia la singola azienda oppure il sistema regionale nel suo complesso (il gruppo di aziende), cercando di individuare nel documento il riferimento ai due possibili oggetti e se prevalga uno o l'altro. Data l'importanza dei sistemi informativi per generare dati adeguati per i processi di valutazione si è considerato, quale terzo elemento, il riferimento al loro potenziamento, impiegando in questo caso una scala a tre livelli (debole, medio o forte). Si è poi indagato il ricorso nel piano a indicatori di sintesi da utilizzare nei processi di valutazione e si è

verificata la tipologia degli stessi (per esempio, di processo o di risultato). Il quinto elemento di osservazione fa riferimento alla presenza all'interno del documento di indicazioni sul processo e le strutture necessarie per svolgere la valutazione. Tale analisi è stata svolta con l'obiettivo di comprendere se il piano riconosca apertamente l'importanza dell'esistenza e della progettazione di processi adeguati e, di conseguenza, delle risorse necessarie per condurre e portare a termine efficacemente le attività di misurazione e valutazione. Il sesto elemento di analisi riguarda i criteri di misurazione e valutazione (ad 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). L'ultimo elemento della griglia è il collegamento tra la valutazione delle aziende e la valutazione dei direttori generali delle stesse: si tratta, in questo caso, di un tema particolarmente critico dal momento che, come anche sottolineato in precedenti contributi pubblicati nei rapporti OASI (Del Vecchio e Barbieri 2002; Fattore e Lecci, 2005; Longo et al. 2003), gran parte dello stimolo allo sviluppo di sistemi di misurazione e valutazione della performance all'interno delle aziende sanitarie deriva dall'impulso dato in tale direzione dal Direttore Generale. Nella griglia si evidenzia la presenza nel piano di tale collegamento e di eventuali specifiche indicazioni relative alle caratteristiche dello stesso.

5.3 Aspetti formali e strutturali dei piani sanitari

Come già evidenziato nel paragrafo precedente, per quanto riguarda gli aspetti formali e strutturali, sono stati rilevati: l'ambito di pertinenza del piano (se si tratta di piani strettamente sanitari, che coinvolgono anche la dimensione socio-assistenziale o se si tratta di documenti finalizzati alla riduzione del disavanzo sanitario), il titolo se esistente, il periodo di riferimento e la lunghezza in pagine. 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, 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 (Tabella 5.1).

Delle 8 Regioni analizzate, due presentano un piano a valenza solo sanitaria, quattro a valenza socio-sanitaria e due sono piani di rientro dal disavanzo. In tutti i casi, le Regioni hanno scelto di non definire titoli specifici per i loro documenti di pianificazione: questo evidenzia una significativa differenza rispetto all'analisi condotta nel 2005 (Fattore e Lecci), che aveva rilevato, quanto meno per Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Puglia, il richiamo, nei titoli dei piani, a concetti quali, rispettivamente, «innovazione» e «libertà» (Lombardia);

Tabella 5.1 I piani sanitari regionali: aspetti formali e strutturali

Regione	Titolo	Ambito di pertinenza del piano	Periodo di riferimento	Numero di pagine
Piemonte	Piano Socio-Sanitario Regionale	Socio-sanitario	2007-2009	164
Lombardia	Piano Socio Sanitario	Socio-sanitario	2007-2009	187
Emilia Romagna	Piano Sociale e Sanitario	Socio-sanitario	2008-2010	188
Toscana	Piano Sanitario Regionale	Sanitario	2008-2010	429
Lazio	Piano Sanitario Regionale	Sanitario	2009-2011	279
Campania	Piano di Rientro dal Disavanzo e di Riqualificazione e Razionalizzazione del Servizio Sanitario della Regione Campania	Rientro dal disavanzo	2007-2009	120
Puglia	Piano Regionale di Salute	Socio-sanitario	2008-2010	219
Sicilia	Piano di Contenimento e di Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale	Rientro dal disavanzo	2007-2009	247

«cittadinanza sociale» e «integrazione» (Emilia Romagna); «sostenibilità», e «comunità» (Toscana); «integrazione» (Puglia). Questa scelta sembra andare nella direzione di una comunicazione meno «ad effetto» dei contenuti dei piani.

Se si passa ad analizzare la lunghezza dei piani, espressa in numero di pagine, è possibile apprezzare una notevole variabilità. Nello specifico, le Regioni settentrionali sembrano far ricorso a documenti un po' più snelli, mentre quelle centro-meridionali optano per piani più corposi, con il caso estremo della Regione Toscana, il cui piano supera le 400 pagine. Nel campione indagato, la lunghezza mediana è di 203,5 pagine, quella media 219. La variabilità della lunghezza dei documenti è uno degli elementi che suggeriscono come il piano sanitario possa avere caratteristiche comunicative profondamente diverse.

Osservando l'arco temporale di riferimento dei diversi documenti, appare evidente come in quattro Regioni il piano sia ormai scaduto: due di queste (Piemonte e Campania) hanno visto un cambio di maggioranza politica alle regionali del 2010; la Lombardia non ha modificato la maggioranza di governo, ma è caratterizzata da un nuovo esecutivo e la Sicilia non è stata oggetto di consultazioni elettorali. Questo vuol dire che per Piemonte, Campania e Lombardia il prossimo documento di pianificazione sanitaria costituirà, verosimilmente, un momento importante del nuovo ciclo politico.

Un'ultima riflessione, infine, sugli indici dei piani, che in questa sede non vengono riportati perché difficilmente rappresentabili in una griglia di sintesi. In linea di massima, le Regioni non sembrano seguire una traccia comune nell'impostazione dei documenti di pianificazione sanitaria e non paiono ispirarsi alla struttura dei piani nazionali. Malgrado tale eterogeneità, alcune parti logiche sembrano generalmente presenti nella maggior parte dei documenti.

In particolare, la parte iniziale dei piani è generalmente dedicata a fornire un inquadramento 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. Nei piani è poi quasi sempre presente una parte di descrizione ed analisi dell'ambiente, spesso però circoscritta alle tematiche epidemiologiche e demografiche.

La maggioranza dei piani contiene anche un'analisi dell'offerta in termini di strutture ed 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, seguita, in linea con lo schema logico dei sistemi di programmazione, da indicazioni sulle attività da promuovere per raggiungerli (indicate con termini vari quali interventi, azioni, piani, programmi).

Molto meno presenti sono invece i riferimenti alle successive fasi del ciclo di programmazione: l'analisi delle compatibilità finanziarie e i processi di valutazione.

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.

5.4 Le finalità dei documenti di pianificazione sanitaria

Come descritto nel § 5.2, vengono proposti 4 possibili finalità dei documenti di pianificazione sanitaria, non alternative tra loro (Tabella 5.2). Per una sola Regione (Toscana) sono presenti tutte e quattro le possibili finalità (anche in virtù della significativa ampiezza del documento di pianificazione), sebbene con livelli di intensità differenti: molto rilevanti quelle di programmazione operativa e di definizione dell'assetto organizzativo e istituzionale, più deboli quelle strategica e politica. Per tutte le altre, tranne Piemonte e Lazio, 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 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. Il piano del Piemonte è l'unico a configurarsi in misura significativa come documento di orientamento politico: utilizza un linguaggio non eccessivamente tecnico, parla ai cittadini elettori. Il piano si pone la finalità, sin dalla premessa, di delineare esplicitamente le linee politiche di tutela e di promozione

Tabella 5.2 Finalità dei piani sanitari

Regione	Documento di orientamento strategico	Documento di orientamento politico ideologico	Documento operativo	Documento organizzativo istituzionale
Piemonte				
Lombardia				
Emilia Romagna				
Toscana				
Lazio				
Campania				
Puglia				
Sicilia				

Molto rilevante
 rilevante

della salute della collettività piemontese e di rendere visibili i tratti portanti e caratteristici del modello ispiratore, che si basa sui principi di centralità della salute, prevenzione, centralità delle cittadine e dei cittadini, coinvolgimento degli enti locali, rilevanza dell'informazione e integrazione, nel rispetto delle condizioni di sobrietà e austerità. Il piano del Piemonte presenta, inoltre, una chiara valenza organizzativa e di ri-definizione dell'assetto istituzionale, come pure avviene, oltre che nel già citato caso della Toscana, anche per Lombardia e Lazio e, in misura minore, per Emilia Romagna, Puglia e Sicilia. In questi casi il piano sanitario anticipa o segue specifiche iniziative di intervento sulla struttura del gruppo regionale e sul ruolo degli istituti territoriali e del settore privato: significativo, in questo senso, risulta il Piano della Toscana, che, sebbene non contenga una parte esplicitamente dedicata agli assetti organizzativi e istituzionali, presenta nell'Allegato B un richiamo formale a tutti i requisiti relativi all'identificazione dei livelli essenziali di assistenza e le correlazioni fra questi e le articolazioni organizzative che le aziende possono attivare per erogare servizi. È inoltre evidente l'obiettivo di dare indicazioni sull'organizzazione in senso lato, intesa cioè anche in termini di gestione, e sulla modalità di interazione e coordinamento fra i soggetti coinvolti. Ancor più rilevante è la dimensione organizzativa nel piano della Regione Lazio, che mira a definire il ruolo dei diversi soggetti, nell'ambito delle iniziative strategiche identificate e dedica tutta la parte III alla definizione dell'assetto istituzionale ed organizzativo e a disegnare le aree di integrazione.

Nessun piano presenta, invece, una forte e chiara finalità di orientamento strategico.

In termini generali si può constatare, infine, 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.

Vale la pena fare un'ultima riflessione su come si sono modificate le finalità dei piani rispetto all'ultima analisi effettuata nel 2005 (Fattore e Lecci, 2005): ad eccezione del Piemonte, che non era stato oggetto di analisi, e della Toscana, che già nella precedente rilevazione presentava tutti e quattro i possibili orientamenti, le altre regioni fanno registrare una serie di differenze, in alcuni casi particolarmente significative:

- ▶ l'Emilia Romagna presentava un piano con natura esclusivamente strategica, mentre adesso opta per un documento di programmazione operativa e organizzativo;
- ▶ il Lazio aveva definito un documento di pianificazione con orientamento politico e di programmazione, al contrario di quello attuale che si configura solo come organizzativo-istituzionale;
- ▶ Campania e Lombardia abbinavano alle finalità attuali, anche quella politica.

5.5 Gli ambiti strategici

I documenti di pianificazione strategica analizzati affrontano il tema dell'organizzazione dei servizi sanitari e, in alcuni casi, sociali seguendo schemi di rappresentazione dei contenuti fra loro non sempre omogenei. Il precedente paragrafo ha evidenziato questa eterogeneità nei suoi aspetti formali e strutturali ma spesso essa si esprime anche nella rilevanza riconosciuta ai diversi contenuti di pianificazione strategica. Seguendo il percorso delineato nel § 5.2, di seguito si presenta l'esito dell'analisi sui contenuti dei documenti, compiuta assumendo a riferimento sei ambiti di pianificazione strategica che corrispondono ad altrettante aree di discontinuità nell'ambiente di riferimento in cui operano le aziende sanitarie (Longo, Del Vecchio e Lega 2010). Si sottolinea fin d'ora che il quadro delineato in ciascuna delle prossime figure, non rappresenta lo stato attuale dei Sistemi Sanitari Regionali ma lo scenario in prospettiva che è emerso dalla lettura e comparazione dei documenti strategici.

Equilibrio Economico. La Tabella 5.3 riassume il posizionamento delle 8 Regioni che emerge dall'analisi dei contenuti strategici dei relativi piani. In colore scuro sono stati evidenziati i documenti di Campania e Sicilia che costituiscono piani di rientro e all'interno dei quali significativamente è presente un riferimento più marcato al ricorso a forme di cofinanziamento e compartecipazione alla spesa da parte del privato (ad esempio ticket). Il posizionamento dichiarato nei documenti riflette ovviamente condizioni di partenza differenti.

Tabella 5.3 **Il tema dell'equilibrio economico nei documenti di pianificazione strategica di otto Regioni Italiane**

Documento	PSSR Piemonte	PSSR Lombardia	PSSR ER	PSR Toscana	PSR Lazio	P. Rientro Campania	PSR Puglia	P. Rientro Sicilia
Attenzione al tema del contenimento della spesa	Alta	Bassa	Media	Bassa	Alta	Alta	Media	Alta
Attenzione al tema della partecipazione del privato al finanziamento	Bassa	Media	Media	Bassa	Bassa	Alta	Alta	Alta

Il quadro che emerge complessivamente è contraddistinto da un insieme di Regioni che hanno previsto un livello di spesa moderatamente crescente, finanziato anche mediante il ricorso a forme di compartecipazione (Lombardia ed Emilia Romagna). Altre Regioni hanno previsto una moderata riduzione della spesa sanitaria con un mantenimento dell'impegno pubblico (Piemonte e Lazio). Il documento toscano delinea uno scenario di crescita sostenuta quasi interamente da risorse pubbliche mentre il documento pugliese prevede una debole crescita ed un ricorso crescente a risorse del privato.

Assetto istituzionale e mission delle aziende. Un secondo ambito strategico concerne il ruolo che viene assegnato alle aziende sanitarie, ed in particolare alle aziende sanitarie locali, nell'ambito dell'assetto di offerta e governo dei servizi sanitari e sociali. La Tabella 5.4 riassume l'esito dell'analisi.

Tabella 5.4 **Il tema dell'assetto istituzionale e del ruolo delle aziende nei documenti di pianificazione strategica di otto Regioni italiane**

Documento	PSSR Piemonte	PSSR Lombardia	PSSR ER	PSR Toscana	PSR Lazio	P. Rientro Campania	PSR Puglia	P. Rientro Sicilia
Attenzione al ruolo dell'ASL come soggetto coordinatore del sistema	Alta	Alta	Alta	Media	Media	Bassa	Media	Bassa
Attenzione al ruolo del privato nell'erogazione dei servizi	Alta	Alta	Alta	Media	Media	Media	Bassa	Bassa

Fonte: autori

In questo caso i documenti analizzati delineano scenari che solo in alcuni casi riflettono i modelli istituzionali consolidati. Alcune Regioni affidano l'erogazione ad un mix di strutture in parte pubbliche in parte private e assegnano alle ASL un ruolo di coordinamento forte tanto rispetto ai servizi sanitari quanto rispetto ai servizi sociali, così nel caso di Piemonte, Lombardia e Emilia Romagna seppur con importanti differenze. Altre Regioni mantengono in seno all'ASL non soltanto il ruolo di coordinamento delle attività ma anche di integrazione dei servizi con una prevalenza di strutture pubbliche, così in Toscana, Puglia e Lazio. È significativo che malgrado il rilevante ruolo svolto dalle strutture private in Regioni come il Lazio e la Puglia, specialmente in ambito ospedaliero, il contenuto dei documenti dedicato a tale parte sia piuttosto limitato. I piani di rientro di Sicilia e Campania delineano un ruolo dell'ASL molto forte con un'integrazione realizzata mediante l'erogazione diretta dei servizi. Anche in questo caso, nei documenti trova poco spazio il riferimento a strutture private malgrado in effetti in queste Regioni il privato accreditato svolga un ruolo importante.

Intensità di cura e profilo di utenza. Quale terzo ambito strategico è stato identificato il tema del criterio sulla base del quale viene pianificata l'organizzazione ed erogazione dei servizi. In particolare si è voluto evidenziare se il documento assumesse a riferimento il livello di intensità e quindi, semplificando, distribuisse le risorse distinguendo tra medicina primaria, specialistica, ospedaliera, o in alternativa fosse prevalente una pianificazione per ambito di cura, con un riferimento alle caratteristiche ed alle patologie dell'utenza. La Tabella 5.5 riporta in maniera sintetica l'esito di tale analisi.

L'analisi svolta non ha identificato quali livelli di intensità di cura e quali profili di utenza costituissero oggetto dei documenti analizzati, piuttosto ha definito quale fra i due criteri fosse prevalente nella pianificazione dei servizi sanitari e sociali. La maggior parte dei documenti impiega entrambi i criteri e cerca per-

Tabella 5.5 **Il tema dell'organizzazione dell'offerta per intensità di cura e profilo di utenza nei documenti di pianificazione strategica di otto Regioni italiane**

Documento	PSSR Piemonte	PSSR Lombardia	PSSR ER	PSR Toscana	PSR Lazio	P. Rientro Campania	PSR Puglia	P. Rientro Sicilia
Attenzione all'articolazione dell'offerta per intensità di cura	Media	Bassa	Media	Alta	Alta	Bassa	Media	Bassa
Attenzione all'articolazione dell'offerta profilo di utente	Media	Media	Alta	Alta	Media	Bassa	Media	Bassa

Fonte: autori

tanto di realizzare una pianificazione strategica tanto per livelli di intensità quanto per profilo di utente. Agli estremi è possibile collocare il Lazio, con un prevalere della pianificazione per livelli di intensità di cura e l'Emilia Romagna, dove prevale un approccio alla programmazione per profili di utenza. Anche in questo caso i due piani di rientro esaminati assumono un comportamento a sé, contraddistinto da un riferimento costante alle strutture più che agli utenti ed al livello di intensità di cura.

Capitale umano e modelli organizzativi. Quarto ambito di programmazione strategica è rappresentato dalle variabili organizzative e cioè risorse umane e organizzazione. In questo caso si è cercato di comprendere che rilevanza avesse e a grandi linee come si muovesse lo sviluppo della professione sanitaria in termini di acquisizione di competenze manageriali. Contemporaneamente si è analizzato se, con riferimento all'articolazione complessiva del sistema sanitario regionale ed al ruolo delle aziende componenti, ci fosse da parte del documento una maggiore attenzione all'offerta dei servizi o al governo della domanda. La Tabella 5.6 riassume l'esito dell'analisi condotta.

Tutti i documenti analizzati si collocano sostanzialmente nel quadrante che identifica una pianificazione strategica concentrata sulla definizione dei servizi offerti con una modesta o nulla attenzione allo sviluppo di una funzione di tipo manageriale da parte delle professioni sanitarie. Ciò pare particolarmente critico nei piani di rientro dove trovano definizione solo misure specifiche di contenimento mentre meno spazio è lasciato ad un recupero di efficienza operato per tramite di una migliore azione manageriale. In Lombardia, Toscana e Piemonte il tema del governo della domanda e dello sviluppo di un modello organizzativo adeguato a supportarlo trova uno spazio che risulta meno consistente negli altri documenti.

Tabella 5.6 **I temi del capitale umano e del governo della domanda nei documenti di pianificazione strategica di otto Regioni italiane**

Documento	PSSR Piemonte	PSSR Lombardia	PSSR ER	PSR Toscana	PSR Lazio	P. Rientro Campania	PSR Puglia	P. Rientro Sicilia
Attenzione al ruolo manageriale delle professioni sanitarie	Media	Media	Media	Media	Media	Bassa	Media	Bassa
Attenzione al tema del governo della domanda	Media	Media	Media	Media	Media	Bassa	Media	Bassa

Fonte: autori

Innovazione e prevenzione. Il quinto ambito di programmazione preso in considerazione ne riunisce due tra loro strettamente correlati. Da un lato la prevenzione intesa come insieme dei servizi e degli strumenti per evitare un accesso inappropriato al servizio sanitario e sociale. Dall'altro le risorse per l'innovazione e la rilevanza data al tema dello sviluppo infrastrutturale e tecnologico non necessariamente in termini quantitativi. I due temi si correlano anzitutto perché configurano due scenari antagonisti nell'assorbimento delle risorse: quello di una offerta di servizi diretti sempre più estesa e quella di un sempre più esteso ricorso a modelli sofisticati, e costosi, di prevenzione. Del resto lo sviluppo di tecnologie e infrastrutture complesse consente di porre in essere anche percorsi di prevenzione, in particolare nelle patologie croniche, che altrimenti sarebbero impossibili da realizzare. La Tabella 5.7 descrive il quadro definito nei documenti analizzati.

La rilevanza che il tema dell'innovazione assume nei documenti analizzati risulta comprensibilmente correlata alle condizioni economiche in cui versa la Regione. Così troviamo che i piani di rientro dedicano minore attenzione al tema degli investimenti al pari di Regioni come Lazio e Puglia mentre nei piani di Lombardia, Piemonte e Toscana l'attenzione per i due temi cresce di pari passo. Apparentemente esiste una correlazione fra attenzione allo sviluppo di modelli di prevenzione più sofisticati e rilevanza delle risorse per l'innovazione. Come eccezione a tale correzionale, da un lato troviamo l'Emilia Romagna, che parte da una situazione di già esteso ricorso ai modelli di prevenzione avanzati e punta pertanto nel suo documento sull'innovazione tecnologica, dall'altro la Puglia e il Lazio che identificano nei modelli di prevenzione una possibile risposta alternativa allo sviluppo infrastrutturale.

Tabella 5.7 **Il tema dell'innovazione e prevenzione nei documenti di pianificazione strategica di otto Regioni italiane**

Documento	PSSR Piemonte	PSSR Lombardia	PSSR ER	PSR Toscana	PSR Lazio	P. Rientro Campania	PSR Puglia	P. Rientro Sicilia
Attenzione al tema dell'innovazione	Alta	Media	Alta	Alta	Media	Bassa	Bassa	Bassa
Attenzione al tema della prevenzione	Alta	Media	Media	Alta	Alta	Bassa	Alta	Bassa

Fonte: autori

Reti e servizi. Ultimo ambito di programmazione analizzato è il tema dello sviluppo a rete dei servizi sanitari e sociali. Si tratta probabilmente di un ambito che, per una serie di elementi, si sovrappone ai precedenti ed anzi ne costituisce l'esito, ma allo stesso tempo si tratta di un ambito che in tutti i documenti analizzati

Tabella 5.8 **Il tema delle reti nei documenti di pianificazione strategica di otto Regioni italiane**

Documento	PSSR Piemonte	PSSR Lombardia	PSSR ER	PSR Toscana	PSR Lazio	P. Rientro Campania	PSR Puglia	P. Rientro Sicilia
Attenzione al tema della rete ospedaliera	Alta	Bassa	Bassa	Media	Alta	Alta	Alta	Alta
Attenzione al tema della rete territoriale	Alta	Bassa	Bassa	Media	Alta	Bassa	Alta	Bassa

Fonte: autori

trova definizione autonoma. Il tema delle reti viene analizzato assumendo, quali dimensioni di riferimento, la rete ospedaliera e la rete dei servizi sul territorio. La Tabella 5.8 descrive il posizionamento che i documenti analizzati presentano.

Nei documenti analizzati, ad eccezione dei piani di rientro, i due temi risultano strettamente correlati. I piani che affrontano il tema attribuendogli rilievo lo fanno contemporaneamente rispetto all'area dei servizi ospedalieri e rispetto all'area dei servizi territoriali. I piani di rientro si preoccupano in particolare dello sviluppo di una logica a rete nei servizi ospedalieri con l'obiettivo di generare una razionalizzazione delle risorse. I posizionamenti rilevati nelle dichiarazioni appaiono in contrasto con la situazione in cui effettivamente operano i Sistemi Sanitari di alcune fra le Regioni considerate. Ciò deriva probabilmente dal fatto che Regioni che già in passato hanno introdotto e sviluppato il tema della rete, nel documento analizzato dedicano meno rilevanza al tema. In tal senso Emilia Romagna, Lombardia e Toscana già da anni hanno implementato logiche di rete e risulta pertanto ragionevole il minor rilievo che esse assumono negli ultimi documenti di programmazione.

5.6 Il tema della misurazione e valutazione della performance

Il settore della sanità costituisce ad oggi l'ambito pubblico di maggior ricorso a strumenti di misurazione e valutazione della performance e ciò anche in ragione del fatto che i sistemi di programmazione e controllo – e tra questi, segnatamente, il budget – hanno rappresentato l'elemento che ha maggiormente caratterizzato il processo di aziendalizzazione della sanità (Del Vecchio, 2008). Questo fenomeno può essere fatto risalire ad una molteplicità di caratteristiche che contraddistinguono il settore della sanità, in particolare, l'esigenza di governare l'impiego di una quantità di risorse crescenti destinate al soddisfacimento di bisogni sempre più complessi. In Italia, il tema della misurazione e valutazione della performance del sistema sanitario, ed oggi sempre più appropriatamente dei SSR, ha assunto una

rilevanza anche maggiore. Alle prospettive tradizionali di impiego degli strumenti di *performance measurement*³, si somma quella intermedia di valutazione dei sistemi, ovvero di misurazione e monitoraggio dei risultati prodotti non già da un'azienda o da una politica pubblica, bensì da un sistema integrato nel suo assetto organizzativo con diverse modalità di azione. Tale tipo di sistema ed i relativi processi di misurazione e valutazione necessitano di strumenti capaci di monitorare non solo la performance dei singoli soggetti che lo compongono, ma anche quelle relative al sistema nella sua interezza e ciò in particolare laddove la responsabilità della gestione del sistema è chiaramente riconducibile ad un livello politico (Nutti, 2008).

Nella prospettiva ora delineata, la capacità di sviluppare un sistema di misurazione e valutazione della performance unitario e di fare sì che tale sistema sia adottato dalle aziende sanitarie costituisce la premessa per valutare anzitutto il livello di omogeneità dei risultati prodotti nel territorio di riferimento e secondariamente la capacità complessiva del sistema sanitario di dare risposta ai bisogni. Si tratta in entrambi i casi di un fattore strategico rispetto al quale le Regioni possono decidere di adottare diversi approcci. Dalla definizione di un modello logico generale di riferimento (Toscana, Nutti, 2008), allo sviluppo di una forte infrastruttura tecnologica e base informativa comune ad integrazione dei tradizionali flussi informativi economico finanziari (Lombardia), all'adozione di un approccio differenziato per dimensioni della performance (Veneto). Malgrado importanti sforzi, ad oggi, la misurazione e la valutazione della performance a livello di sistema rappresenta un punto di debolezza per molte Regioni e solo alcune esperienze evidenziano effettivi passi in avanti (Francesconi, Galli e Vendramini, 2009). A prescindere dall'approccio adottato nello sviluppo dei sistemi di misurazione e valutazione della performance, i piani strategici regionali rappresentano uno degli strumenti attraverso i quali è possibile dare impulso o meno all'adozione di tali strumenti in ambito aziendale, elemento che fa da premessa alla creazione di un sistema regionale di misurazione e valutazione. La Tabella 5.9 propone un'analisi della rilevanza che il tema assume direttamente e indirettamente nei piani delle 8 Regioni selezionate.

Il tema della misurazione e valutazione della performance risulta essere particolarmente importante in Toscana e ciò anche grazie alla presenza nel documento di due paragrafi (§ 2.6 Valutare per migliorare e § 4.6 La valutazione come metodo di lavoro) che identificano nei processi di misurazione e valutazione uno strumento utile non soltanto al governo dell'azienda e alla verifica del grado di raggiungimento dei risultati, ma anche un elemento a supporto delle relazioni con i cittadini/pazienti. Nel piano toscano, la valutazione viene significativamente collegata al tema della trasparenza e del confronto (*benchmarking*) da realizzare da parte di

³ Si fa riferimento alla prospettiva aziendale, nell'ambito della quale gli strumenti di *performance measurement* assumono il compito di supportare i processi decisionali fornendo indicazioni sul grado di raggiungimento dei risultati programmati ed operando come strumenti di controllo, ed alla prospettiva di *policy analysis* nell'ambito della quale gli stessi strumenti supportano valutazioni più generali di impatto delle politiche pubbliche e *spending review*.

ciascuna azienda nei confronti delle altre aziende appartenenti al sistema sanitario regionale tramite l'impiego del metodo del cosiddetto «bersaglio». Anche nel piano del Lazio il tema è rilevante, i riferimenti sono costanti e trovano spazio in un apposito paragrafo all'interno del piano. Discorso a sé meritano il piano Campano e quello Siciliano che, in quanto piani di rientro da condizioni di dissesto finanziario, presentano un'attenzione indiretta al tema, legata soprattutto alla necessità di quantificare in termini finanziari le conseguenze delle strategie descritte nei documenti. Tanto la parte di analisi quanto la parte di rappresentazione degli interventi da realizzare sono descritte mediante indicatori e diagrammi temporali. In generale il documento è orientato alla misurazione e valutazione anche se non contiene un paragrafo dedicato allo sviluppo da parte delle aziende di strumenti idonei a monitorare le misure impiegate. Nel piano siciliano i temi della misurazione e valutazione sono presenti in maniera diffusa all'interno del documento, anche in questo caso soprattutto per quanto attiene alla dimensione economico-finanziaria dei fenomeni osservati. La finalità del piano e la presenza di allegati quantitativi contribuiscono a rendere il documento a forte orientamento valutativo.

Un secondo aspetto preso in considerazione nell'analisi riguarda il livello istituzionale che, come oggetto di valutazione, riceve maggiore attenzione all'interno dei documenti analizzati, ovvero se a prevalere è l'attenzione per il sistema regionale o al contrario l'attenzione per le singole aziende. Premesso che non sembra esserci una correlazione diretta fra l'attenzione posta al tema dai documenti ed il livello di principale attenzione, il documento toscano si riferisce tanto al livello regionale che al livello aziendale e parimenti nel caso del documento del Lazio. Si tratta del resto dei due documenti che dedicano maggiore attenzione al tema. I Piani di Rientro campano e siciliano si focalizzano rispettivamente sul livello regionale e sul livello aziendale, mentre la situazione varia nelle altre Regioni.

Il riferimento al potenziamento dei sistemi informativi è stato considerato come un importante elemento per comprendere il concreto rilievo che lo sviluppo di sistemi di misurazione e valutazione assume nelle strategie regionali. Il documento più significativo in tal senso è risultato quello piemontese, nel quale il tema dei sistemi informativi e dell'informazione più in generale risultano fondamentali, al punto da costituire principi ispiratori del piano ed essere riconosciuti come leva di sviluppo dell'intero SSR. Il documento lombardo e quello emiliano romagnolo contengono un paragrafo dedicato al sistema informativo nell'ambito del quale sono identificati i grandi progetti (i.e. Tessera Sanitaria Elettronica, Fondo per la non autosufficienza, mattoni⁴, SOLE⁵). I paragrafi di

⁴ Il Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) si propone di costruire la grande base dati condivisa; nell'ambito del NSIS, al fine di costruire un linguaggio comune è stato definito il progetto «Mattoni» del Servizio sanitario nazionale; la Regione Emilia-Romagna è capofila del mattone «Evoluzione del sistema DRG nazionale»,

⁵ Il Progetto SOLE (Sanità On Line) in Emilia Romagna costituisce parte del Piano telematico regionale realizzato al fine di migliorare la comunicazione fra i professionisti ed operatori del SSR.

Tabella 5.9 Rilevanza del tema misurazione e valutazione della performance nei documenti di pianificazione strategica di otto Regioni italiane

Regione	Attenzione al tema della valutazione	Oggetto della valutazione	Riferimento al potenziamento dei sistemi informativi	Presenza di indicatori di sintesi della valutazione	Riferimento di processi di misurazione e valutazione	Criteri di valutazione*	Riferimento alla valutazione del DG
Piemonte	Media	Il sistema regionale del suo complesso	Forte	Bassa	Nessun riferimento	Qualità Efficacia Appropriatezza Efficienza	Assente
Lombardia	Media	Le singole aziende e in parte il sistema	Medio-Forte	Bassa	Breve riferimento a valutazione del personale	Qualità Efficacia	Alcuni richiami
Emilia Romagna	Bassa	Le singole aziende	Medio-Forte	Bassa	Nessun riferimento	Qualità Efficacia Fiducia	Presente
Toscana	Molto alta	Le singole aziende e il sistema	Medio-Forte	Media	Ampio riferimento e descrizione del processo	Qualità Efficienza Appropriatezza Efficacia	Presente
Lazio	Alta	Le singole aziende e il sistema	Basso	Medio-Alta	Breve riferimento a valutazione del personale	Qualità Efficacia Appropriatezza Efficienza	Presente
Campania	Media	Il sistema regionale nel suo complesso	Medio	Alta Indicatori finanziari	Deciso riferimento al processo a livelli o regionale	Appropriatezza Economicità Qualità	Assente
Puglia	Bassa	Le singole aziende e in parte il sistema	Basso	Medio-Alta	Breve riferimento a valutazione del personale	Qualità Appropriatezza Efficacia	Assente
Sicilia	Media	Le singole aziende	Medio	Alta Indicatori finanziari	Deciso riferimento al processo a livello regionale	Appropriatezza Economicità Qualità	Assente

*I criteri sono presentati in ordine relativo di rilevanza per Regione, in corsivo i criteri secondari

Fonte: autori

presentazione risultano tuttavia privi di indirizzi di natura tecnica sul tema. Nel caso toscano il tema dei sistemi informativi e del relativo sviluppo viene affrontato in un paragrafo (§ 7.3 Il sistema informativo per la salute, unitario e integrato) che, prendendo le mosse dai precedenti periodi di programmazione, definisce una traiettoria di apertura ed integrazione fra il sistema informativo toscano e le altre reti informative presenti nel territorio. Sebbene nel resto del documento il richiamo ai sistemi informativi risulti modesto, la presenza di tale paragrafo nell'ambito degli orientamenti per lo sviluppo e le nuove sfide consente di collocare i sistemi informativi tra le scelte strategiche della Regione. Nei documenti di Campania e Sicilia il riferimento al potenziamento dei sistemi informativi risulta presente soprattutto rispetto ad un recupero di affidabilità e solidità dei dati, in primis di quelli economico-finanziari. Nel documento campano la Regione si impegna ad implementare ovvero potenziare tutti i flussi informativi utili per il controllo di gestione e ad eseguire i controlli con cadenza idonea ad un'efficace azione di verifica della gestione del servizio sanitario regionale. Non sono tuttavia identificati interventi puntuali. Nel Piano siciliano il riferimento si lega in particolare al progetto della «tessera sanitaria» e all'obiettivo di rendere tracciabili i comportamenti di consumo dei pazienti del sistema sanitario. In generale sul tema dei sistemi informativi viene posta una certa enfasi, soprattutto rispetto alla capacità di questi ultimi di rappresentare tempestivamente l'evolversi della dinamica finanziaria correlata all'impiego di determinati fattori produttivi e fra essi i farmaci.

Dopo aver analizzato il rilievo che in generale il tema della misurazione e valutazione della performance assume nei piani, si è ritenuto necessario compiere un'analisi più puntuale, che partisse dall'identificazione di alcuni elementi all'interno dei documenti. In particolare si sono verificati, la presenza di indicatori, il riferimento ai processi di valutazione, l'esplicitazione di criteri di valutazione e il riferimento alla valutazione del Direttore Generale.

Rispetto alla presenza di indicatori nei documenti, quale premessa al commento dei risultati dell'analisi, occorre dire che laddove nel documento sono presenti indicatori di dettaglio, questi si riferiscono prevalentemente a variabili di contesto (epidemiologiche, demografiche) e a variabili economico finanziarie. I documenti delle Regioni che non versano in condizioni di particolare squilibrio pur riconoscendo al tema della misurazione una certa rilevanza, non includono indicatori che traducono in termini sintetici gli obiettivi strategici della Regione. Così è nel caso del Piemonte, della Lombardia, dell'Emilia Romagna e della Toscana. Anche in questo ultimo caso, malgrado la rilevanza del tutto peculiare che il tema della misurazione assume, gli indicatori presenti in maniera esplicita sono solo di contesto, mentre il sistema del cosiddetto «bersaglio» viene solo citato.

Diverso il discorso nelle Regioni con maggiori problematiche di equilibrio di bilancio. Il piano laziale è ricco di indicatori, usati soprattutto come base di partenza per definire le alternative di azione da porre in atto a livello aziendale.

Tuttavia, non esiste una parte sistematica dedicata agli indicatori per misurare le performance delle aziende con riferimento agli obiettivi e il piano si limita ad affermare l'opportunità di identificare indicatori idonei al monitoraggio ed alla valutazione. Anche il piano pugliese è ricco di indicatori, il documento inoltre invita le aziende a identificare indicatori idonei al monitoraggio ed alla valutazione, rinviando eventualmente ad altre fonti normative per la specificazione degli stessi in relazione a determinate iniziative. Il documento siciliano contiene molti indicatori. La maggior parte degli indicatori si riferiscono alla dimensione economico finanziaria e riguardano l'impiego delle risorse (input) ma sono presenti anche indicatori relativi alle attività svolte e agli output prodotti. In particolare per ogni insieme omogeneo di obiettivi operativi sono identificati azioni e relativi indicatori (molti dei quali nominali). In generale il documento compie uno sforzo di traduzione in termini misurabili degli interventi proposti. Infine, nel piano campano sono presenti molti indicatori (prevalentemente di tipo finanziario) ma per la maggior parte degli interventi previsti sono inseriti anche indicatori finalizzati a monitorarne il livello di attuazione. Si tratta per lo più di indicatori nominali (sì/no) che non vanno oltre la funzione di monitoraggio della realizzazione dell'intervento. Non sono presenti significativi indicatori dell'impatto. Discorso a parte vale per le misure finanziarie, per le quali sono dettagliati i risultati attesi nel triennio in relazione a ciascun singolo obiettivo.

Il riferimento ai processi di valutazione è stato misurato mediante la verifica della presenza di uno specifico paragrafo dedicato al processo di valutazione a livello aziendale o a livello regionale. Anche in questo caso i risultati sono eterogenei con Regioni come il Piemonte e l'Emilia Romagna che non dedicano un paragrafo specifico al tema, altre Regioni come Lombardia, Lazio e Puglia che dedicano brevi paragrafi in particolare alla valutazione della performance aziendale come strumento a supporto della valutazione del personale, rinviando poi ad altre fonti normative per l'identificazione degli indicatori. Le Regioni che più diffusamente trattano il tema in uno specifico paragrafo sono Toscana da un lato e Sicilia e Campania dall'altro. In Toscana il processo di misurazione e valutazione che la Regione svolge nei confronti della performance delle aziende e del sistema nel suo complesso viene ampiamente descritto in allegato. Sono presentati il modello logico di riferimento e le dimensioni della performance considerate e per ogni obiettivo sono esplicitati gli elementi di misurazione e valutazione. Il processo di misurazione e valutazione interno a ciascuna singola azienda assume al contrario una rilevanza minore. Nel documento campano il riferimento è evidente nel primo degli interventi individuati che dichiara la volontà della Regione di rafforzare il sistema di monitoraggio in particolare con riferimento alla dimensione economico finanziaria. La modifica e correzione dei modelli CE e LA è finalizzata a rendere più robusto e affidabile l'intero sistema di rilevazione e segnala la probabile modesta affidabilità del medesimo. Nel documento siciliano l'«obiettivo generale G» prevede il potenziamento della struttura ammini-

strativa regionale in particolare allo scopo di istituire una struttura che monitori l'applicazione e gli effetti del documento. Non viene dedicato un paragrafo specifico al potenziamento da parte delle singole aziende del sistema di misurazione e valutazione, tuttavia è implicito il ruolo di forte impulso che il documento dovrebbe svolgere sui sistemi di misurazione e valutazione delle performance delle aziende coinvolte e ciò dal momento che appare impossibile realizzare gli obiettivi definiti nel documento in assenza di un adeguato sistema.

Nell'analisi dei criteri di valutazione impiegati nei documenti si è preso a riferimento il modello logico *input* – processo – *output* – *outcome* e sono stati identificati sei criteri: l'efficienza, intesa come capacità di ottimizzare l'impiego di risorse a parità di risultati, l'efficacia, intesa come capacità di risposta ai fabbisogni dell'utenza, l'economicità, intesa come capacità di mantenere nel tempo una condizione di equilibrio economico e finanziario, l'appropriatezza dell'ambito di cura, intesa come corrispondenza fra servizi erogati e livello di assistenza cui il paziente necessita, la qualità, intesa in termini di elevati standard di servizio e professionalità e la fiducia, intesa come *proxy* del giudizio complessivo che i pazienti danno del servizio sanitario. L'indagine ha quindi verificato quale di questi criteri trovasse spazio nei documenti. Il criterio richiamato con maggiore insistenza è quello della qualità che in tutti i documenti, ad eccezione significativamente di Sicilia e Campania, rappresenta il criterio più importante. Lombardia, Emilia Romagna e Piemonte pongono quale secondo criterio in ordine di importanza l'efficacia della propria azione. In Toscana il secondo criterio per ordine di importanza risulta essere l'efficienza, mentre in Lazio e Puglia assumono rilevanza l'efficacia e l'appropriatezza. In Sicilia e Campania infine risultano rilevanti in maniera del tutto peculiare rispetto agli altri documenti i criteri della economicità e dell'appropriatezza. La seguente tabella fornisce una rielaborazione sintetica dell'analisi svolta.

Tabella 5.10 **Rilevanza dei criteri di misurazione e valutazione della performance nei documenti di pianificazione strategica di otto Regioni italiane**

Regioni	Efficacia	Efficienza	Economicità	Appropriatezza	Qualità	Fiducia
Piemonte	Medio	Medio		Medio	Alto	
Lombardia	Medio				Alto	
Emilia Romagna	Medio				Alto	Medio-Basso
Toscana	Medio	Alto		Medio	Alto	
Lazio	Alto	Medio		Alto	Alto	Medio-Basso
Campania			Alto	Alto	Medio	
Puglia	Media			Medio	Alto	
Sicilia			Alto	Alto	Medio	

Fonte: autori

Quale ultimo elemento di analisi puntuale dei contenuti dei documenti, è apparso opportuno verificare la presenza di un riferimento al processo di valutazione del Direttore Generale, considerato il ruolo chiave di trasmissione degli orientamenti strategici regionali alla struttura aziendale che tale attore svolge. Quale premessa occorre dire che in nessuno dei documenti il tema trova una trattazione compiuta, piuttosto è possibile differenziare fra quei documenti che descrivono il ruolo del Direttore Generale (così nel caso di Emilia Romagna, Toscana e Lazio), quelli che si limitano ad accennare al tema riferendosi per esempio alla necessità di favorire una maggiore integrazione tra Direzione Aziendale e livello regionale (così in Lombardia), e quelli infine che non prestano attenzione al tema. Nel documento dell'Emilia Romagna il riferimento alla valutazione del Direttore Generale è presente in particolare prevedendo che i soggetti istituzionali con competenze di coordinamento a livello intermedio fra azienda e Regione assumano un ruolo propulsivo e di sollecito nei processi di valutazione. La funzione di monitoraggio rispetto alle capacità del Direttore Generale viene infatti gestita congiuntamente dalla Regione e dai livelli intermedi. In Toscana il Direttore Generale dell'azienda è identificato come il soggetto cui sono attribuiti gli obiettivi aziendali che a cascata devono essere diffusi all'interno dell'organizzazione. È dunque presente un riferimento non tanto alla valutazione del Direttore Generale quanto piuttosto alla Direzione Generale come momento di sintesi della performance dell'ente (*ex ante* e *ex post*). Nel documento laziale, si ritrova, peraltro in maniera non ricorrente, un ancoraggio di alcuni obiettivi specifici di piano alla valutazione dei Direttori Generali.

5.7 Conclusioni

Una prima considerazione relativa all'analisi svolta è che i piani sanitari e socio-sanitari analizzati, benché formalmente afferibili alla medesima categoria di documento, presentano in realtà un livello di eterogeneità piuttosto elevato tanto nelle caratteristiche di struttura, quanto nell'articolazione dei contenuti e nella rilevanza degli ambiti di pianificazione strategica selezionati.

Rispetto alla eterogeneità della struttura, tale caratteristica rientra a pieno titolo nell'autonomia formale di definizione del proprio documento di pianificazione strategica da parte di ogni Regione e verosimilmente risente del ricorso in maniera differenziata ad altre fonti normative e regolamentari. Da notare che l'eterogeneità delle struttura riguarda tanto i piani sanitari quanto i piani di rientro (posto che l'eterogeneità fra questi ultimi ed i primi era sicuramente attesa).

Rispetto alla eterogeneità dei contenuti, la principale conseguenza è che il posizionamento relativo dei sistemi sanitari regionali che appare nei grafici rispecchia più differenze nelle impostazioni dei piani che differenze nei reali siste-

mi di offerta di servizi sanitari e sociali. In altri termini, i documenti di pianificazione non aderiscono ad un modello consolidato di definizione delle strategie a partire dall'identificazione delle finalità di fondo, dalla specificazione della missione e dalla declinazione dei problemi strategici. Piuttosto articolano i propri contenuti in termini di iniziative e progetti senza fornire un quadro informativo completo rispetto al livello dei servizi atteso, alle caratteristiche che si prevede assumerà l'ambiente esterno ed alle caratteristiche che si intende far assumere al contesto interno al sistema sanitario regionale. In mancanza di tali elementi, analizzando un piano non è possibile comprendere la rilevanza strategica intrinseca di un ambito di decisione e la valutazione risulta essere comparativa e ordinale rispetto agli altri piani. I documenti analizzati non definiscono il modello di offerta dei sistemi sanitari regionali né lo proiettano nel futuro, piuttosto identificano una serie di interventi rispetto al quale inoltre non viene posta particolare enfasi allo sviluppo di processi di misurazione e valutazione. Lo scenario resta implicito. Così un tema come quello delle reti risulta essere meno rilevante nei documenti di pianificazione strategica di Regioni come l'Emilia Romagna e la Lombardia dove al contrario è risaputo come esso sia assolutamente strategico. Il possibile rischio è che i piani sanitari e sociosanitari non rispecchino il reale stato e di conseguenza il reale posizionamento strategico dei sistemi sanitari regionali.

La questione non risulta altrettanto rilevante nel caso dei Piani di Rientro che sono molto più omogenei nei contenuti fra loro soprattutto per l'evidente focus alla dimensione economico-finanziaria. L'omogenea rilevanza che gli ambiti di pianificazione strategica assumono si accompagna inoltre ad una omogeneità delle scelte strategiche presentate. La moderata riduzione delle risorse destinate al sistema sanitario e la crescente partecipazione del privato al finanziamento diretto del sistema, una crescente integrazione dei servizi in seno alle ASL, una programmazione dell'offerta che predilige quale criterio di riferimento il livello di intensità di cura e trascura il riferimento ai profili di utente, un modello organizzativo prevalentemente orientato all'offerta, la scarsa rilevanza di modelli innovativi di prevenzione, la prevalente attenzione al tema della rete ospedaliera a discapito dello sviluppo del tema della rete territoriale. La prevalenza di questi elementi di contenuto nei piani di rientro contribuisce a definire la natura congiunturale e non strutturale di tali documenti.

L'implicazione che è possibile trarre da questa prima osservazione è che i documenti di pianificazione strategica regionale per i sistemi socio-sanitari potrebbero trovare una prima linea di sviluppo nell'esplicitazione, per esempio, dei livelli di servizio che intendono erogare, delle condizioni di equilibrio economico e di sviluppo del proprio capitale umano. Una seconda linea di sviluppo riguarda la traduzione in termini operativi dei contenuti mediante l'impiego di indicatori e strumenti di misurazione e su questo elemento si innesta una seconda importante osservazione.

Gli attuali documenti di pianificazione strategica delle regioni non risultano in grado di operare come strumento di stimolo e definizione dei contenuti dei sistemi di misurazione e valutazione. Ciò avviene anzitutto perché il tema della misurazione e della valutazione non costituisce, se non con l'unica eccezione della Regione Toscana, una scelta strategica operata all'interno del documento stesso. Ma la ragione forse più rilevante è data dal fatto che i documenti sono privi di indicatori che consentano un monitoraggio dei risultati. La carenza riguarda proprio l'identificazione della performance in termini operativi e misurabili. Appare poco probabile che i sistemi di misurazione e valutazione, anche laddove sviluppati nell'ambito di precedenti periodi di pianificazione, così in Emilia Romagna, Lombardia, siano poi in grado di supportare un reale processo di valutazione delle strategie implementate dal momento che in fase di definizione di quelle stesse strategie non è stata posta attenzione ad una loro misurabilità. Questa debolezza ha una conseguenza importante dal momento che la valutazione della strategia costituisce il momento logico anteriore alla definizione della strategia per il periodo di pianificazione successivo. Poiché, come accennato all'inizio del capitolo, un nuovo periodo di pianificazione si sta aprendo per molte Regioni, il rischio che i processi decisionali possano svolgersi senza una conoscenza del livello effettivo di risorse disponibili e dei risultati raggiunti appare elevato.

Bibliografia

- Borgonovi E. (2002), *Principi e strumenti aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, EGEA.
- Borgonovi E. e Meneguzzo M. (1985), *Processi di cambiamento e programmazione nelle unità sanitarie locali*, Milano, Giuffrè.
- Del Vecchio M. (2008), *Deintegrazione istituzionale e integrazione funzionale nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. e Barbieri M. (2002), «I processi di valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie pubbliche: primi spunti di ricerca», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, EGEA.
- Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Milano, EGEA.
- Fattore G. e Lecci F. (2005), «I piani sanitari delle Regioni italiane», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Fitzgerald L. e Ferlie E. (2000), «Professionals. Back to the future?» *Human Relations*, Vol. 53, N. 5, pp. 713-739.
- Francesconi A., Galli D. e Vendramini E. (2009), «Elementi di criticità della misurazione della performance nelle Amministrazioni Pubbliche», in Pistoni, A. (a cura di) *Corporate Performance Management*, Milano, Hoepli.

- Longo F., Carbone C. e Cosmi L. (2003), «La regione come capogruppo del SSR: modelli e strumenti a confronto in sei regioni», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, EGEA.
- Longo F., Del Vecchio M. e Lega F. (2010), *La sanità Futura*, Milano, EGEA.
- Meneguzzo M. (1984), «Modelli tradizionali e modelli strategici di pianificazione negli enti pubblici», in Borgonovi E. (a cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Giuffrè.
- Nuti S. (2008), *La valutazione della performance in sanità*. Bologna, Il Mulino.