

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

5 I Piani Sanitari Nazionali: quale ruolo per lo Stato nella programmazione di un sistema decentrato

*di Giovanni Aguzzi, Giovanni Fattore e Francesca Lecci**

5.1 Introduzione e definizione dell'oggetto

La pianificazione strategica è uno strumento che consente alle pubbliche amministrazioni di aumentare la razionalità delle decisioni (e delle azioni) nella gestione sistematica e integrata delle proprie aree di competenza (Borgonovi 2005). Nello specifico, una decisione può dirsi razionale quando è coerente con i suoi obiettivi e compatibile con le possibilità, i vincoli esistenti e/o i mezzi a sua disposizione: a questo rispondono, in via prioritaria, gli strumenti della pianificazione strategica e della programmazione.

Oggetto del presente capitolo sono i Piani Sanitari Nazionali (PSN), che della pianificazione strategica di sistema in sanità sono il documento fondamentale. La base empirica della ricerca consiste nei PSN resi pubblici a partire dal 1992. Tramite l'analisi dei siti web, della normativa e attraverso contatti con il personale del ministero della Salute, sono stati individuati tutti i piani sanitari resi pubblici dal 1992: una volta identificato il documento, esso è stato recuperato in formato elettronico e quindi analizzato.

Si è pertanto deciso di non limitare l'analisi ai soli piani emanati nella convinzione che questi ultimi possano rappresentare un importante riferimento per i portatori d'interesse anche nelle situazioni in cui non siano stati completati gli iter previsti (Fattore e Lecci 2005).

Il capitolo si articola nel seguente modo. Il par. 5.2 presenta i principali provvedimenti normativi in relazione alla redazione ed emanazione del PSN. Il par. 5.3 descrive e analizza i PSN emanati dal 1992 rispetto alle loro caratteristiche formali e strutturali. I parr. 5.4.1 e 5.4.2 presentano la tecnica di «analisi del contenuto» impiegata nella ricerca, i cui risultati vengono discussi nei parr. 5.4.3 e 5.4.4.

* Giovanni Fattore ha ideato il contributo, rivisto l'intero manoscritto e materialmente redatto i parr. 5.3.1, 5.3.2 e 5.5; Francesca Lecci ha svolto l'analisi documentale e materialmente redatto i parr. 5.1, 5.2, 5.4.1 e 5.4.2; Giovanni Aguzzi ha effettuato l'analisi di contenuto e materialmente redatto i parr. 5.3 (fatta eccezione per i parr. 5.3.1 e 5.3.2) 5.4.3 e 5.4.4.

Concludono il capitolo una discussione dei risultati emersi in questa indagine e alcuni spunti di riflessione sulla programmazione di sistema nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

5.2 La storia della pianificazione sanitaria in Italia dal 1978

L'origine del PSN risale alla legge di istituzione del SSN (legge 833/1978 e successive modificazioni e integrazioni), che al Capo II ha stabilito che lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, ha il compito di determinare, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e di fissare, in sede di approvazione del PSN, i livelli delle prestazioni sanitarie da garantire a tutti i cittadini.

Il piano, in base alle indicazioni dell'art. 53 della legge 833/1978, doveva essere «predisposto dal Governo su proposta del ministro della Sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale», per poi essere sottoposto dal governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo.

Contestualmente alla trasmissione al Parlamento del PSN, il governo doveva presentare al Parlamento anche il disegno di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini dell'applicazione del piano, sia le norme per il finanziamento pluriennale del SSN, rapportate alla durata del piano stesso. All'approvazione del Parlamento, il governo adottava i conseguenti atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale. Il PSN doveva avere, di norma, durata triennale e poteva essere modificato nel corso del triennio, con il rispetto delle modalità appena indicate. La legge stabiliva che il piano fosse predisposto nel corso dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, in tempo utile per consentirne l'approvazione entro il 10 settembre dell'anno stesso.

La legge 833/1978, sempre all'art. 53, indicava inoltre che il PSN, in conformità agli obiettivi della programmazione socioeconomica nazionale, dovesse riportare le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario. Nello specifico, il PSN doveva stabilire, per il periodo della sua durata:

- gli obiettivi da realizzare;
- l'importo del Fondo Sanitario Nazionale (FSN);
- gli indici e gli standard nazionali da assumere per la ripartizione dello FSN tra le regioni;
- gli indirizzi ai quali devono uniformarsi le regioni nella ripartizione tra le unità sanitarie locali della quota regionale a esse assegnata;
- i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per l'organizzazione dei servizi;
- le norme generali di erogazione delle prestazioni;

- gli indirizzi ai quali devono riferirsi i Piani Sanitari Regionali (PSR), ai fini di una coordinata e uniforme realizzazione degli obiettivi;
- gli obiettivi relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale;
- le procedure e le modalità per verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e della sua idoneità a perseguire gli obiettivi previsti;
- le esigenze prioritarie del SSN in ordine alla ricerca biomedica e ad altri settori attinenti alla tutela della salute.

Secondo una logica di programmazione a cascata, la legge assegnava, poi, alle regioni il compito di predisporre e approvare i propri PSR entro il successivo mese di novembre.

La legge 833/1978, all'art. 55, stabiliva inoltre l'obbligo per le regioni di provvedere all'attuazione del SSN in base ai PSR triennali (coincidenti con il triennio del PSN), che dovevano uniformarsi ai contenuti e agli indirizzi del PSN e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo. I PSR dovevano essere predisposti dalla giunta regionale e approvati con legge regionale.

La legge 833/1978 stabiliva inoltre che il primo PSN per il triennio 1980-1982 dovesse essere presentato al Parlamento entro il 30 aprile 1979 e che, fino all'approvazione del PSN, fosse vietato disporre investimenti per nuove strutture immobiliari e per nuovi impianti sanitari.

Di fatto il PSN 1980-1982 non è mai stato approvato e nel 1985, il legislatore è intervenuto per modificare e semplificare un sistema di programmazione che appariva inadeguato perché farraginoso e di fatto difficilmente applicabile.

La legge prevedeva numerosi passaggi formali per approvare il PSN, che rendevano complesso e difficile il completamento dell'iter legislativo. Inoltre la stessa impostazione analitica della concezione originaria di piano sanitario, prevalente in tutti gli anni Ottanta del secolo scorso, rendeva difficile la creazione di consenso attorno al documento.

La legge 595/1985 chiariva, all'art. 1, che in caso di mancata adozione del PSN per il periodo successivo a quello del piano in vigore conservano la propria validità l'ultimo piano approvato dal Parlamento e le relative disposizioni precettive e che il finanziamento del SSN resta confermato nella misura dell'ultima annualità del triennio precedente.

La stessa legge chiariva che sono obiettivi generali del PSN la razionalizzazione, l'equilibrata distribuzione e l'incremento dell'efficienza dei servizi sanitari sul territorio nazionale, da perseguire attraverso interventi diretti:

- all'attivazione o al potenziamento dei servizi di prevenzione pubblica;
- al potenziamento dei servizi territoriali di medicina di base, di igiene e sanità pubblica nonché dei servizi specialistici ambulatoriali ed extraospedalieri;
- al potenziamento e al coordinamento dei servizi di emergenza;
- alla tutela delle attività sportive, relativamente agli aspetti preventivi e terapeutici per la salvaguardia della salute dei giovani;

- all'attivazione e al potenziamento dei servizi sanitari finalizzati alla realizzazione di azioni programmate e di progetti.

Nello specifico, venivano definite «azioni programmate» quegli impegni operativi in uno specifico settore di attività sanitaria, in cui debbano confluire le attività di più operatori sanitari interdipendenti. Alle azioni programmate erano riservate risorse a destinazione vincolata nell'ambito del fondo sanitario nazionale.

Il quadro appena delineato è stato in parte modificato dal D.lgs. 502/1992. Esso ha confermato che il SSN ha il compito di assicurare, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi sopra indicati, i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) definiti dal PSN, nel rispetto dei criteri di dignità della persona umana, bisogno di salute, equità nell'accesso all'assistenza, qualità delle cure e loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Quello che invece è stato rivisto è l'iter di formulazione e approvazione del PSN. Il D.lgs. 502/1992 stabilisce che sono le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, a elaborare le proposte per la predisposizione del PSN, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente. Le regioni trasmettono al ministro della Sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del PSN, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo e inviano, entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del PSN, le proprie proposte per il nuovo piano sanitario.

Il governo, su proposta del ministro della Sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, predispone il PSN, tenendo conto del livello di attuazione dei PSN e delle proposte trasmesse dalle regioni. Il piano è adottato d'intesa con la Conferenza unificata e indica:

- le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- i LEA da assicurare per il triennio di validità del piano;
- la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- gli indirizzi finalizzati a orientare il SSN verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;
- i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria;
- le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale;
- le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire,

all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei LEA;

- i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

Il PSR rappresenta, invece, il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del PSN. Le regioni, entro 150 giorni dalla data di entrata in vigore del PSN, adottano o adeguano i PSR, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal SSN.

Le regioni trasmettono al ministro della Sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisirne il parere per quanto attiene alla coerenza con gli indirizzi del PSN. Il ministro della Sanità esprime un parere (vincolante solo se di difformità) entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del PSN e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del PSN senza che la regione abbia adottato il PSR, alla regione non è consentito l'accredimento di nuove strutture. Il ministro della Sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della Sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al PSN, anche mediante la nomina di commissari *ad acta*. In ogni caso la mancanza del PSR non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del PSN.

Ulteriori modificazioni sono state, infine, introdotte dal D.lgs. 266/1993 secondo cui, nel campo del riordino delle competenze in ambito sanitario, al ministero della Sanità sono assegnate, tra le altre, funzioni in materia di:

- programmazione sanitaria, predisposizione del PSN, definizione degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, indirizzo del SSN, determinazione dei livelli delle prestazioni da assicurare uniformemente sul territorio nazionale;
- coordinamento del sistema informativo sanitario e verifica comparativa dei costi e dei risultati conseguiti dalle regioni e dalle strutture operative del SSN.

Di fatto, nonostante i numerosi richiami legislativi, solo nel 1994 è stato predisposto (e approvato) il primo PSN. Nel paragrafo successivo viene ricostruito l'insie-

me dei PSN resi pubblici (indipendentemente, come si diceva, dalla loro emanazione) e, per ciascuno di essi vengono presentate le principali caratteristiche.

5.3 I piani sanitari nazionali emanati dopo la riforma del 1992

A distanza di quasi trent'anni dalla legge 833/1978 e di più di un decennio dall'entrata in vigore del primo PSN, sono stati emanati sei piani, di cui quattro approvati formalmente, mentre altri due resi pubblicamente disponibili, anche se non approvati in via definitiva; le analisi del presente testo si riferiscono a dati raccolti nel luglio del 2006 (Fig. 5.1 e Tab. 5.1).

Il primo piano approvato fu il PSN 1994-1996, proposto dall'allora ministro della Sanità Maria Pia Garavaglia, durante il governo Ciampi, in chiusura dell'XI legislatura (le elezioni politiche si sono tenute il 27 marzo 1994).

Figura 5.1 I PSN dal 1978 a oggi

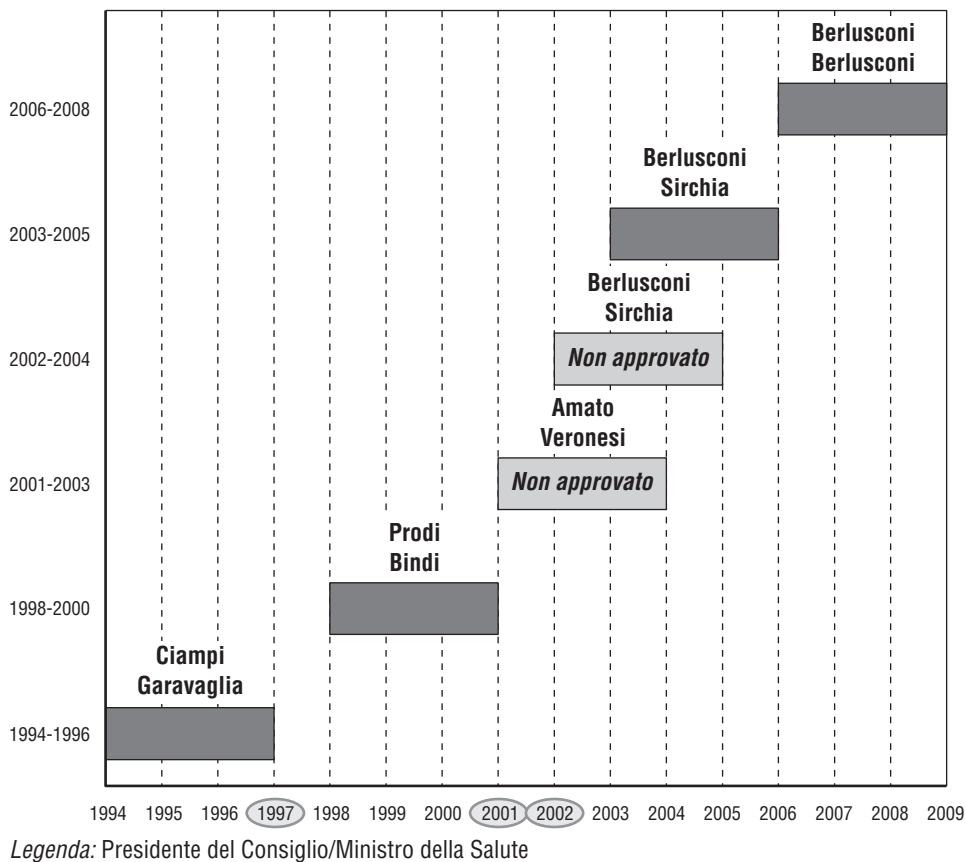


Tabella 5.1 **Analisi comparativa dei piani**

Caratteristiche del piano	1994-1996	1998-2000	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2006-2008
<i>Presidente del Consiglio/ Ministro della Salute</i>	<i>Ciampi/ Garavaglia</i>	<i>Prodi/ Bindi</i>	<i>Amato/ Veronesi</i>	<i>Berlusconi/ Sirchia</i>	<i>Berlusconi/ Sirchia</i>	<i>Berlusconi/ Berlusconi</i>
Approvazione	Sì	Sì	No	No	Sì	Sì
Completezza del testo disponibile	Sì	Sì	No	No	Sì	Sì
Piano politico	Sì	Sì	No	No	No	Sì
Analisi ambiente	Sì	No	Sì	No	Sì	Sì
Riferimento risorse finanziarie	Sì	No	No	No	No	No
Definizione obiettivi generali	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Definizione obiettivi specifici	Sì	Sì	No	Sì	Sì	Sì
Definizione azioni	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Organizzazione dei servizi	Sì	No	No	No	No	Sì
Criteri di valutazione	Sì	Sì	No	No	No	Sì

Allo scadere del periodo di competenza del primo piano, segue un anno di «vuoto» in materia di pianificazione sanitaria nazionale. Solamente nel corso del 1998 viene approvato il PSN 1998-2000, dell'allora ministro della Sanità Rosy Bindi, all'interno del governo Prodi, durante la XIII legislatura (iniziata con le elezioni del 21 aprile 1996). A differenza del piano precedente e della maggior parte dei successivi, il PSN 1998-2000 in prima pagina indica un titolo: «Un patto di solidarietà per la salute».

I due anni successivi al 2001 rimangono scoperti da una pianificazione sanitaria nazionale ufficiale. Tuttavia, ben due piani nell'arco dei due anni vengono resi pubblici, senza però aver completato il proprio iter di approvazione. Il primo piano ufficioso, il PSN 2001-2003, fu approvato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri il 7 febbraio 2001, ma il suo iter non giunse mai a compimento e del documento fu diffusa solo una versione incompleta e redatta in maniera provvisoria. Anche questo piano esplicita il titolo: «Dalla sanità alla salute». Fu proposto dall'allora ministro della Salute Umberto Veronesi, durante il governo Amato II, in conclusione della XIII legislatura (le elezioni politiche si sono tenute il 13 maggio 2001).

Il secondo piano ufficioso, il PSN 2002-2004, fu reso pubblico a partire dal marzo 2002 dall'allora ministro della Salute Girolamo Sirchia, all'interno della XIV legislatura (governo Berlusconi II). Questo piano è dichiaratamente una «sintesi» di PSN. Bisogna attendere l'anno 2003 perché venga reso ufficiale un nuovo PSN. Il PSN 2003-2005 fu redatto dal ministro Girolamo Sirchia e approvato durante il governo Berlusconi II, nel corso della XIV legislatura.

Allo scadere del periodo di competenza del PSN 2003-2005 fu proposto e approvato il PSN 2006-2008, alla fine della XIV legislatura (28 marzo 2006) dal ministro *ad interim* Silvio Berlusconi (in sostituzione del neodimissionario mini-

stro Francesco Storace), durante il governo Berlusconi III (le elezioni politiche si sono tenute il 9 e 10 aprile 2006).

I paragrafi successivi ripercorrono in ordine cronologico i sei PSN, descrivendone i punti principali e presentando di ciascuno l'indice nella sua forma completa.

5.3.1 PSN 1994-1996

Il PSN 1994-1996 (Ciampi/Garavaglia) si inserisce nella trasformazione del SSN italiano voluta dai decreti legislativi del 1992-1993. Il piano si apre chiarendo il significato di programmazione sanitaria e il modello di civiltà sanitaria a cui si ispira, definendo in maniera chiara e puntuale l'orientamento di fondo a guida dell'azione sanitaria (Riquadro 5.1).

Il piano è centrato su un numero limitato di temi, orientato a dare al sistema alcuni, ma non troppi, messaggi di riorientamento, relativamente sintetico (poco più di

Riquadro 5.1 Il PSN 1994-1996

PSN 1994-1996. Indice 54 pagine

La programmazione sanitaria

Il modello di civiltà sanitaria a cui si ispira il piano sanitario nazionale 1994-1996

Obiettivi; individuazione dei bisogni di salute e della domanda di prestazioni sanitarie; impiego razionale delle risorse

I livelli uniformi di assistenza sanitaria

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza sanitaria di base; assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale

Assistenza ospedaliera; assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati; attività di supporto all'organizzazione assistenziale

Le priorità di intervento

Distretto sanitario di base; strutture e attività di emergenza; attività di riabilitazione; sperimentazioni gestionali

Sistemi di valutazione e controllo delle attività sanitarie

I progetti-obiettivo e le azioni programmate

La tutela materno-infantile; la tutela della salute degli anziani

Azioni programmate in materia di trattamento di alcune patologie emergenti:

Prevenzione e cura delle malattie oncologiche; i trapianti d'organo e di tessuto; assistenza ai pazienti nefropatici cronici

Le esigenze prioritarie per la ricerca sanitaria

Gli indirizzi relativi alla formazione del personale

I criteri di finanziamento e di accreditamento delle istituzioni sanitarie

Finanziamento livelli di assistenza

50 pagine). La prima parte, rappresentata dai capitoli secondo e terzo, è dedicata all'individuazione delle aree di analisi, delineate all'interno di un dettaglio sugli scenari futuri del panorama sanitario italiano. Segue la definizione delle aree critiche su cui intervenire e la formulazione delle azioni programmate, ovvero delle strategie operative da mettere in atto per interventi di tipo trasversale rispetto all'organizzazione dei servizi. Il piano si chiude con l'identificazione dei meccanismi finanziari in grado di garantire adeguata copertura alle scelte presentate.

Il PSN 1994-1996 può essere quindi letto in una prospettiva di evoluzione, nella quale i punti di riferimento sono rappresentati in larga misura dal metodo, nel tentativo di valorizzare l'autonomia di tutti i livelli decisionali e di creare le condizioni per un sistema flessibile e orientato al raggiungimento di specifici obiettivi.

5.3.2 PSN 1998-2000

Il PSN 1998-2000 (Prodi/Bindi) è identificato da un titolo preciso: «Un patto di solidarietà per la salute».

Tale «patto» si esplicita chiaramente nel primo capitolo del documento, che ne riprende anche il titolo, definendo le istituzioni e i soggetti (ovvero, i cittadini, gli operatori, le istituzioni, i volontari, i produttori, il mondo della comunicazione, la comunità internazionale) con cui stipulare il «patto di solidarietà» (Riquadro 5.2).

Segue una parte dedicata ai cinque obiettivi di salute identificati. Per ciascun obiettivo il piano delinea la definizione del problema, gli obiettivi specifici e le azioni da intraprendere per raggiungerli. Nella sua forma, il piano si dettaglia quindi in tanti sottopiani, quante sono le aree critiche su cui si è deciso di intervenire. Per ciascuna sono definite le politiche, con la nota esplicita che «(queste) forniscono prime indicazioni circa gli interventi da privilegiare e le attività da sviluppare nei piani regionali e aziendali» (p. 8-9). Inoltre il piano fornisce alcuni elementi per la valutazione delle azioni intraprese, sia a livello centrale, sia a livello regionale e infine a livello locale. Il piano esplicita anche che «ulteriori precisazioni tecnico-operative sui traguardi da raggiungere, sugli interventi da privilegiare e sugli indicatori da utilizzare per il monitoraggio dei risultati saranno oggetto di successivi documenti di indirizzo, sotto forma di linee-guida, proposte metodologiche e supporti informativi» (p. 9).

Nell'ultima parte del piano (parte II) sono inoltre tracciate le «strategie per il cambiamento», le quali, una volta individuate le aree critiche, delineano le politiche per perseguire l'obiettivo generale del piano («patto per la salute»).

Il PSN 1998-2000 ricopre un ruolo importante nella pianificazione sanitaria italiana per diversi motivi. In primo luogo anticipa alcuni dei temi della futura riforma approvata con il D.lgs. 229/1999. Finanziamento, qualità, funzione dei distretti e, più in generale, ruolo della programmazione sanitaria sono temi che vengono apertamente affrontati nel piano e che evidenziano un ruolo forte di questo documento nel governo della sanità pubblica. Un secondo elemento rilevante riguarda la scelta dei 5 obiettivi. Di questi soltanto uno è apertamente

Riquadro 5.2 II PSN 1998-2000

PSN 1998-2000. Indice 93 pagine

Un patto di solidarietà per la salute

Parte I: gli obiettivi di salute

Un progetto nazionale per la salute

Obiettivo i: promuovere comportamenti e stili di vita per la salute

Alimentazione/fumo/alcol/attività fisica

Obiettivo ii: contrastare le principali patologie

Malattie cardio e cerebrovascolari/tumori/malattie infettive/incidenti e malattie professionali/altre patologie di particolare rilievo sociale

Obiettivo iii: migliorare il contesto ambientale

Aria/acqua/alimenti/radiazioni/rifiuti

Obiettivo iv: rafforzare la tutela dei soggetti deboli

Garanzie di assistenza per i deboli/stranieri immigrati/tossicodipendenze/salute mentale/fasi della vita e salute

Obiettivo v: portare la sanità italiana in Europa

Trapianti d'organo/riabilitazione/innovazione tecnologica/sorveglianza delle patologie rare/auto-sufficienza del sangue e degli emoderivati/sanità pubblica veterinaria/sistema informativo sanitario/ministero della Sanità

Parte II: le strategie per il cambiamento

Le garanzie del SSN

I principi guida/i livelli essenziali di assistenza/l'articolazione dei livelli di assistenza/la determinazione della quota capitaria/il finanziamento dei livelli di assistenza

Strumenti per la garanzia dei livelli di assistenza

Il perseguimento degli obiettivi di tutela/il finanziamento delle regioni e delle aziende USL/la remunerazione dei soggetti erogatori/l'accredimento delle strutture sanitarie

Un programma nazionale per la qualità

La sicurezza nelle strutture sanitarie

L'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale

L'integrazione sociosanitaria/l'assistenza domiciliare integrata/il distretto

La gestione delle risorse umane

Ricerca, sperimentazione e sviluppo

rivolto ai servizi sanitari in una logica di contrasto alle malattie. Gli altri richiamano invece un'accezione più ampia di tutela della salute, in cui si individua come prioritario l'intervento sugli stili di vita, sui fattori ambientali e sulle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nei livelli di salute. In questo senso il PSN 1998-2000 è il primo documento che accoglie una logica intersettoriale delle politiche della salute. Infine è utile fare presente che questo piano dettaglia il concetto di LEA e cerca di renderlo operativo con l'individuazione di una serie di criteri tesi a definire l'articolazione delle garanzie offerte dal sistema pubblico. Il piano, in altri termini, non dettaglia le garanzie, ma propone una serie di criteri che dovrebbero aiutare a farlo.

5.3.3 PSN 2001-2003

Il PSN 2001-2003 (Amato/Veronesi), «Dalla sanità alla salute», si apre con una riflessione sia sul quadro di riferimento, sia su quanto raggiunto dal piano precedente (Riquadro 5.3). Segue una parte di definizione delle strategie per la salute, con riferimento a quattro macroaree fondamentali, e degli interventi da mettere in atto per consentirne l'effettivo perseguimento.

Riquadro 5.3 II PSN 2001-2003

PSN 2001-2003. Indice 74 pagine

Il quadro di riferimento

Il contesto e i determinanti di salute – la visione del futuro

La rivoluzione genetica; la rivoluzione trapiantologica; la rivoluzione etica; la rivoluzione immaginologica

Realizzazioni del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

Progetti obiettivi, linee guida e provvedimenti normativi nazionali; provvedimenti regionali; il quadro legislativo di riferimento

Le strategie per la salute

Introduzione – obiettivi di salute

Migliorare il contesto ambientale: clima/aria/acqua/alimenti/radiazioni/rifiuti

Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute: alimentazione e nutrizione/fumo/alcol/attività fisica

Prevenire, diagnosticare e trattare le principali cause di patologia: tumori/malattie infettive e AIDS/incidenti e malattie professionali/incidenti stradali e domestici/diabete e malattie metaboliche/asma bronchiale e malattie allergiche/malattie reumatiche e osteoarticolari/malattie croniche/malattie rare

Ridurre le disuguaglianze e rafforzare la tutela dei soggetti deboli: disuguaglianze socio-sanitarie/fattori di disuguaglianza nella salute delle donne/infanzia e adolescenza/le persone anziane/disabilità e riabilitazione/malati al termine della vita/tossicodipendenze/salute mentale/sanità penitenziaria/stranieri immigrati/l'impegno verso i paesi in via di sviluppo

Ricerca, formazione, miglioramento e innovazione

Rilanciare la ricerca – investire nella formazione – assicurare il miglioramento della qualità – sviluppare azioni innovative

Il sangue; i trapianti; la politica del farmaco

La sanità pubblica veterinaria

Programmazione in un sistema decentrato di responsabilità

Il Servizio Sanitario Nazionale nel federalismo

La tempestività nell'erogazione delle prestazioni: il problema delle liste d'attesa; decentramento istituzionale e coordinamento; il monitoraggio delle regioni

Indirizzi e decisioni strategiche

Le azioni di governo; l'assistenza ospedaliera e l'ospedale del futuro; l'assistenza distrettuale

Gestione strategica delle risorse

Le risorse umane; le risorse strutturali e tecnologiche

La parte di PSN messa a disposizione consente di ricostruire solo queste prime due parti di piano. Tuttavia, dall'indice è possibile desumere l'esistenza di altre due sezioni, una dedicata alle strategie in termini di ricerca, formazione, miglioramento della qualità e innovazione, l'altra dedicata alle logiche della programmazione in un sistema decentrato di responsabilità istituzionali e strategiche. L'assenza di numerazione nell'indice, tuttavia, non consente di apprezzare il peso di queste due ulteriori sezioni nell'economia complessiva del documento.

Per la parte disponibile, il piano sembra non discostarsi da quello precedente, sottolineando l'importanza di un approccio globale alla salute che non si riassume in interventi solo sul lato curativo-assistenziale. Il documento sottolinea ulteriormente l'importanza di politiche intersettoriali, della prevenzione individuale e collettiva e della rimozione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

Come detto, la parte successiva del piano non è disponibile. Tuttavia dall'indice appare la volontà di sottolineare due elementi, che per certi aspetti hanno caratterizzato le politiche del ministro Veronesi: l'importanza di interventi volti alla formazione e alla ricerca e il tema dell'ospedale del futuro.

5.3.4 PSN 2002-2004

Il PSN 2002-2004 (Berlusconi/Sirchia) è dichiaratamente una «sintesi» di piano. Dopo una brevissima introduzione di circa una pagina, che delinea il nuovo scenario e i fondamenti del SSN (con accenni, in particolare, alla devoluzione), la sintesi di piano si dilunga su due serie di obiettivi, quelli strategici e quelli generali (Riquadro 5.4).

Riquadro 5.4 II PSN 2002-2004

PSN 2002-2004. Indice 41 pagine

Presentazione

Il nuovo scenario e i fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale

Parte prima

I progetti obiettivo

Progetto 1 «Attuare l'accordo sui livelli essenziali e appropriati di assistenza»

Progetto 2 «Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili»

Progetto 3 «Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche»

Progetto 4 «Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità»

Progetto 5 «Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità»

Progetto 6 «Ridisegnare la rete ospedaliera e i nuovi ruoli per i centri di eccellenza e per gli altri ospedali»

Progetto 7 «Potenziare i servizi di urgenza ed emergenza»

Riquadro 5.4 (segue)

Progetto 8 «Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari»
 Progetto 9 «Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute»
 Progetto 10 «Promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza»

Parte seconda**Gli obiettivi generali**

La promozione della salute: tumori/le cure palliative/il diabete e le malattie metaboliche/le malattie respiratorie e allergiche/le malattie reumatiche e osteoarticolari/le malattie rare/le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione/la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale/gli incidenti e le invalidità/le lesioni cerebrali/la medicina trasfusionale/i trapianti di organo

L'ambiente e la salute: l'inquinamento atmosferico/l'amianto/il benzene/la carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento/le acque di balneazione/l'inquinamento acustico/la medicina del lavoro/i campi elettromagnetici/lo smaltimento dei rifiuti/pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici e di altra natura

La sicurezza alimentare e la sanità veterinaria

La salute e il sociale: le fasce di povertà e di emarginazione/la salute del neonato, del bambino e dell'adolescente/la salute mentale/le tossicodipendenze/la sanità penitenziaria/la salute degli immigrati

Ringraziamenti a coloro che hanno collaborato alla stesura del presente piano

La sintesi non presenta in alcun modo, dunque, considerazioni e approfondimenti sui possibili scenari della sanità italiana e quindi sulle aree fondamentali di analisi. Ciononostante, essa si focalizza su 10 progetti definiti «strategici», identificandoli come possibili aree critiche di particolare rilevanza rispetto ai progetti di salute «generali». Questi progetti strategici sono sinteticamente definiti e sostanziati da azioni da compiere nei successivi tre anni, espresse solamente in termini qualitativi. Segue un elenco esaustivo degli obiettivi fondamentali per il SSN italiano, ma senza una definizione delle politiche di sistema con cui perseguire gli obiettivi delineati.

Effettivamente, questo «piano» appare una traccia su cui lavorare piuttosto che un documento ultimato. In questo senso non è pienamente confrontabile con i documenti precedenti e non può essere interpretato come espressivo della politica sanitaria del periodo. Malgrado ciò si può intuire l'impostazione sottesa. L'idea dominante, su cui probabilmente il Ministero intendeva concentrare gli sforzi, è l'individuazione di alcuni progetti strategici su cui aggregare le energie nazionali (umane e finanziarie). Non quindi un piano «politico» teso a governare l'intero sistema sanitario, ma una serie di interventi in grado di stimolare i punti nevralgici di un sistema ormai poco controllabile dal ministero della Salute.

5.3.5 PSN 2003-2005

Il PSN 2003-2005 (Berlusconi/Sirchia) si apre con un'introduzione a firma del ministro della Salute, che sottolinea le trasformazioni nella sanità italiana derivate

dalle modificazioni legislative intervenute nel 2001 (modifica del Titolo V, Cap. II della Costituzione) e l'approvazione da parte del governo del disegno di legge sulla devoluzione, con i conseguenti nuovi poteri attribuiti alle regioni.

Rispetto ai precedenti piani, il PSN in questione si pone esplicitamente, almeno nelle intenzioni dichiarate, in un'ottica del tutto nuova, a fronte dei cambiamenti legislativi e politici in corso, trasformandosi «da atto programmatico per le Regioni, in Progetto di Salute condiviso e attuato con le Regioni in modo sinergico e interattivo» (p. 1). In sostanza, il documento è composto (Riquadro 5.5) da una parte introduttiva che delinea appunto i cambiamenti in atto nell'assetto istituzionale complessivo del sistema sanitario e da due parti che affrontano rispettivamente «i dieci progetti per la strategia del cambiamento» e «gli obiettivi generali».

Riquadro 5.5 **II PSN 2003-2005**

PSN 2003-2005. Indice 94 pagine

Il quadro di riferimento

I nuovi scenari e i fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale

Il primo Piano Sanitario Nazionale dopo il cambiamento: l'etica del sistema
Dalla sanità alla salute: la nuova visione e i principi fondamentali

Parte prima: i dieci progetti per la strategia del cambiamento

Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali e appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa

Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili; la cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie; le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale

Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche

Potenziare i fattori di sviluppo (o «capitali») della sanità

Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità

Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere

Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari; potenziare i servizi di urgenza ed emergenza

Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari

Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute

Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza

Parte seconda: gli obiettivi generali

La promozione della salute

Vivere a lungo, vivere bene

Combattere le malattie: le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari/i tumori/le cure palliative/il diabete, le malattie metaboliche/i disturbi del comportamento alimentare/le malattie respiratorie e allergiche/le malattie reumatiche e osteoarticolari/le malattie rare/le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione/la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale

Riquadro 5.5 (segue)

Ridurre gli incidenti e le invalidità
Sviluppare la riabilitazione
Migliorare la medicina trasfusionale
Promuovere i trapianti di organo

L'ambiente e la salute

I cambiamenti climatici e le radiazioni ultraviolette
L'inquinamento atmosferico: l'amianto/il benzene
La carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento/le acque di balneazione/l'inquinamento acustico/i campi elettromagnetici/lo smaltimento dei rifiuti/pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici ed emergenze di altra natura/salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro

*La sicurezza alimentare e la sanità veterinaria**La salute e il sociale*

Le fasce di povertà e di emarginazione/la salute del neonato, del bambino e dell'adolescente/la salute mentale/le tossicodipendenze/la sanità penitenziaria/la salute degli immigrati/i nuovi scenari e i fondamenti del SSN

Non ci sono cenni nel documento alla sostenibilità finanziaria degli interventi proposti. Il documento dà spazio fondamentalmente solo alla definizione specifica e dettagliata, che occupa ben due terzi del piano, degli interventi per la realizzazione delle linee strategiche. Per diversi aspetti il PSN 2003-2005 sembra riprendere molti degli elementi del precedente PSN 2002-2004 (rimasto ufficiale) e ne ricalca l'impostazione generale, con un riferimento ad ampie e variegate aree dove la salute può essere promossa e l'indicazione di interventi di varia natura (formazione, monitoraggio della qualità, utilizzo appropriato dei farmaci) volti a qualificare il settore sanitario.

5.3.6 PSN 2006-2008

Il PSN 2006-2008 (Berlusconi/Berlusconi) si concentra su un numero limitato di temi, ovvero è orientato a dare al sistema alcuni, ma non troppi, messaggi di riorientamento (Riquadro 5.6).

La prima parte, nel capitolo secondo, è dedicata all'individuazione delle aree di analisi, delineate all'interno di un dettaglio sugli scenari futuri della sanità italiana. Segue la definizione delle aree critiche su cui intervenire (definite come i «9 ambiti innovativi di sistema e 12 obiettivi di salute» – capitoli terzo e quinto). Quindi il PSN formula le politiche per le aree critiche, ovvero le strategie operative da mettere in atto nelle linee di attività trasversali al sistema, evidenziando le «regole per decidere» piuttosto che proponendo decisioni su aree e contenuti di attività (a proposito di questa impostazione del processo di programmazione si veda Borgonovi 2005, p. 328).

Riquadro 5.6 **II PSN 2006-2008**

PSN 2006-2008. Indice 100 pagine

Introduzione

Contesti: opportunità e vincoli

Gli scenari internazionali: scenario comunitario e internazionale; il contesto istituzionale e normativo
I diritti dei cittadini: la centralità dei LEA; il quadro epidemiologico: l'evoluzione demografica e l'evoluzione dei bisogni

L'evoluzione scientifica e tecnica; il contesto socio economico nazionale

Quali risorse per il Servizio Sanitario Nazionale; gli strumenti della programmazione

Il rapporto con i cicli programmatori precedenti e i Piani Sanitari Regionali

L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale: le strategie per lo sviluppo

Il Servizio Sanitario Nazionale: principi ispiratori, universalità del servizio, equità, cooperazione

1. la garanzia e l'aggiornamento dei LEA; 2. la sanità italiana in Europa, l'Europa nella sanità italiana; 3. la prevenzione sanitaria e la promozione della salute; 4. la riorganizzazione delle cure primarie; 5. l'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di reti sovraregionali e nazionali; 6. l'integrazione tra diversi livelli di assistenza; 7. l'integrazione socio-sanitaria; 8. il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura; 9. la rete assistenziale per le cure palliative

Le strategie del sistema

Promuovere innovazione, ricerca e sviluppo; il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale

Le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN; la promozione del governo clinico e la qualità nel Servizio Sanitario Nazionale compresa la tematica delle liste di attesa

L'aziendalizzazione e l'evoluzione del servizio sanitario; le sperimentazioni gestionali

La politica del farmaco e i dispositivi medici

Gli obiettivi di salute del Servizio Sanitario Nazionale

1. la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza; 2. le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie; 3. la non autosufficienza: anziani e disabili; 4. la tutela della salute mentale; 5. le dipendenze connesse a particolari stili di vita; 6. il sostegno alle famiglie; 7. gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali; 8. il controllo delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica; 9. la sicurezza alimentare e la nutrizione; 10. la sanità veterinaria; 11. la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; 12. ambiente e salute

La valutazione del SSN e il monitoraggio del PSN

Il ruolo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario nella valutazione del SSN

Il monitoraggio del PSN

L'attuale fase istituzionale di devoluzione dei poteri in ambito sanitario dallo Stato centrale alle regioni giustifica la scelta di tale sistema di programmazione «quadro», che individua le linee guida e di indirizzo, gli obiettivi e i criteri di riferimento per il loro raggiungimento. Nell'ultimo capitolo emerge anche la volontà di monitorare l'andamento delle linee di attività proposte. Infatti, si parla di «valutazione delle performance» del SSN e del PSN, con l'obiettivo dichiarato di costruire un apparato valutativo per verificarne lo sviluppo futuro. Tuttavia, que-

st'ultimo aspetto è definito in modo «delicato» (solamente le ultime tre pagine), richiamando però la Relazione sullo stato sanitario del paese predisposta annualmente dal ministero della Salute quale strumento di elezione (*ex art.* 1 del D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni), per valutare il processo attuativo del PSN.

Il PSN 2006-2008 torna a essere un documento con messaggi rilevanti di natura politica, mantenendo ma limitando la parte rivolta a presidiare i temi tradizionali di sanità pubblica. Si tratta di un piano che sembra volere rilanciare un ruolo dello Stato nella sanità italiana, non soltanto come suggeritore di grandi aree dove la promozione della salute potrebbe fare progressi, ma anche come luogo istituzionale ancora in grado di dare una direzione strategica ai servizi sanitari. A questo proposito sono significativi i riferimenti alla programmazione sanitaria, ai LEA, al governo clinico, alle sperimentazioni gestionali, al processo di aziendalizzazione. Come detto, rimane una parte volta a identificare le grandi aree di bisogno e di intervento, ma appare più contenuta che nei piani precedenti. Inoltre, sempre rispetto ai piani precedenti della stessa legislatura, appare meno accentuato il riferimento alle tecnologie e alla ricerca scientifica e più deciso quello ai problemi dell'invecchiamento e della non autosufficienza.

5.4 L'analisi di contenuto

5.4.1 La tecnica utilizzata

Dopo aver indagato il significato programmatico dei PSN utilizzando anche aspetti formali quali gli indici, la lunghezza e la struttura, in questa seconda parte del contributo vengono presentati i risultati ottenuti attraverso la *content analysis* (o *analisi del contenuto*), che si configura come una tecnica di ricerca per lo studio sistematico e prevalentemente quantitativo del contenuto comunicativo di un documento.

Non esiste una definizione comunemente accettata di analisi di contenuto (Fattore 2005). Nello specifico, Babbie (1975) ha definito la *content analysis* come «the study of recorded human communications, such as books, web sites, paintings and laws», mentre Holsti (1969) l'ha descritta come «any technique for making inferences by objectively and systematically identifying specified characteristics of messages».

Le differenze, in generale, nascono da differenti impostazioni metodologiche e riguardano essenzialmente due aspetti.

Il primo aspetto è relativo alla possibilità di condurre analisi di contenuto con tecniche qualitative. Alcuni prevedono per questo strumento solo tecniche quantitative (Berelson 1952; Neuendorf 2002; Shapiro e Markoff 1997), mentre altri autori ammettono la possibilità di approcci qualitativi, lasciando spazio a operazioni di classificazione e analisi con strumenti maggiormente flessibili, per dare

spazio a interpretazioni più articolate e profonde di quelle consentite dall'analisi quantitativa.

Il secondo aspetto, collegato al primo, è il riferimento al contesto della comunicazione. Secondo l'impostazione più tradizionale, l'obiettivo dell'analisi di contenuto consiste nel rilevare e indagare il contenuto oggettivo della comunicazione, supponendo che questo esista anche a prescindere dal contesto. Secondo altri autori, invece, questa operazione di astrazione del contenuto dal contesto invalida l'analisi di contenuto. Afferma Krippendorff (2004, p. 19): «The crucial distinction between text and what other research methods take as their starting point is that a text means something to someone, it is produced by someone to have meanings from someone else, and these meanings therefore must not be ignored and must not violate why the text exists in the first place».

A ogni modo, l'analisi di contenuto come metodo strutturato d'indagine della comunicazione ha le sue origini nell'analisi quantitativa dei giornali ed è stata sviluppata nel tentativo di costruire rappresentazioni oggettive, ripetibili e verificabili sui temi trattati. A partire dagli anni Trenta del secolo scorso il suo campo di interesse si è esteso alla radio, alla televisione, al cinema, alla pubblicità, alla propaganda politica e a numerose altre forme di comunicazione di massa.

La tecnica in questione consente al ricercatore di analizzare un consistente numero di informazioni di testo, di identificarne in maniera sistematica le proprietà come, per esempio, la frequenza delle parole chiave più ricorrenti (KWIC, ovvero *KeyWord In Context*), di indagare l'architettura del testo. L'insieme delle informazioni a disposizione viene categorizzato sulla base di un *framework* teorico di riferimento e quindi analizzato e interpretato in modo da evidenziare appieno l'intento comunicativo.

A partire dagli anni Ottanta, l'analisi di contenuto è diventata, dunque, uno strumento sempre più importante di misurazione del successo delle diverse tecniche di pubbliche relazioni, nonché dei programmi e delle dichiarazioni politiche.

Elemento imprescindibile nell'utilizzo dell'analisi di contenuto è l'esistenza di un documento, intendendo con questo termine «tutti i materiali scritti che contengono informazioni sul fenomeno che intendiamo studiare» (Bailey 1995). Attraverso questa tecnica, dunque, l'oggetto di analisi viene scomposto in elementi costitutivi più semplici, che vengono poi classificati in un sistema di categorie. L'analisi di contenuto agevola in questo modo la soluzione del problema più arduo nell'approccio a un documento, ovvero quello della necessità di ridurre i dati e di ottenere un «più efficiente trattamento degli stessi in vista dell'applicazione di svariate tecniche statistiche» (Bailey 1995). Il ricercatore, infatti, dopo aver scomposto e classificato il documento, è in grado di registrare le frequenze con cui viene osservata ciascuna delle categorie prese in esame e di effettuare ulteriori e particolari elaborazioni di tipo statistico. Nello specifico, si parte dal presupposto che la presenza o la ripetizione di elementi in un discorso, siano essi unità fondamentali (per esempio, le parole) o combinate (per esempio, gruppi di

parole o intere proposizioni) possa rivelare informazioni utili sulle idee e le intenzioni dei loro autori (Allard-Poesi *et al.* 2001).

Applicare l'analisi di contenuto significa dunque elaborare uno schema di codifica del contenuto del testo, permettendone una misurazione quantitativa (per questo motivo la *content analysis* viene considerata una metodologia quantitativa). Il ricorso alla tecnica prevede l'attuazione sistematica di tali partizioni e classificazioni, di conseguenza i risultati ottenuti sono verificabili e riproducibili: analisti diversi che impiegano le stesse categorie di analisi ottengono risultati analoghi.

5.4.2 Il modello di riferimento nell'analisi dei PSN

La *content analysis* è stata utilizzata nello studio dei piani sanitari nazionali allo scopo di indagare la presenza e il peso di due concetti.

Il primo concetto indagato è relativo all'applicazione al sistema sanitario italiano del *modello aziendale* (Borgonovi 2005), naturalmente inteso come approccio che richiede a ogni ente privato o pubblico di perseguire le proprie finalità utilizzando al meglio le proprie risorse.

Nello specifico, si è parlato per la prima volta di «aziendalizzazione» con il D.lgs. 502/1992, per definire il processo di rinnovamento dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari finalizzato a riorientare la produzione dei servizi verso le preferenze e le aspettative dei malati e dei cittadini e a migliorare l'efficienza e la qualità, anche attraverso l'introduzione di logiche di tipo concorrenziale nella fornitura e nella remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Nella presente ricerca, l'approccio aziendale è stato indagato attraverso la ricerca di quattro radici: «aziend»; «efficien»; «economicità»; «manag».

Il secondo tema indagato è relativo al *ruolo delle regioni* nel sistema di tutela della salute (Fattore e Longo 2002; Longo *et al.* 2003). La regionalizzazione sostanziale della materia sanitaria non è certamente un fatto recente. Fin dalla loro nascita, nel 1970, le regioni hanno avuto in ambito sanitario competenze molto rilevanti che ne hanno assorbito compiti di governo e risorse. La riforma del 1992 ha notevolmente rafforzato il ruolo delle regioni; ruolo che è stato rivisto parzialmente dal D.lgs. 229/1999 e poi ulteriormente rafforzato dal D.lgs. 56/2000 (sul cosiddetto federalismo fiscale) che, attraverso il principio della compartecipazione delle regioni a statuto ordinario al gettito delle principali imposte (IVA, IRPEF, intero gettito IRAP), ha modificato sostanzialmente il sistema di finanziamento del servizio sanitario confermando la piena responsabilità delle regioni nella copertura degli eventuali disavanzi¹.

È infine importante ricordare che il ruolo delle regioni in campo sanitario è stato

¹ Va sottolineato come di fatto il D.lgs. 56/2000 non è stato mai pienamente applicato. Infatti, le ultime due Finanziarie hanno assegnato dei fondi straordinari a parziale copertura dei disavanzi sanitari regionali.

affrontato dalla legge 405/2001 e infine dalla riforma costituzionale, entrata in vigore l'8 novembre 2001. Essa ha infatti stabilito una nuova ripartizione delle competenze tra Stato e regioni in materia sanitaria, invertendo il criterio della residualità: la competenza legislativa è attribuita alle regioni, mentre allo Stato spettano una serie di competenze esplicitamente richiamate nell'art. 117. Il carattere residuale non riguarda più la potestà legislativa regionale, bensì quella statale.

Nella presente ricerca, il richiamo al ruolo della regioni è stato indagato attraverso la ricerca della radice «region».

Le radici sono state ricercate attraverso la funzione «conteggio parole» di word e textsmart (SPSS).

5.4.3 Aziendalizzazione

Le radici chiave ricercate nei testi dei PSN, per alimentare la *content analysis* rispetto ai temi aziendali, sono state quelle relative ad «aziend», «efficien», «economicità», «manag» e ai concetti a esse collegati (cfr. *infra*), come chiarito nel par. 5.4.2.

La ricerca di queste radici all'interno dei sei piani, che ammontano a un totale di 456 pagine e 179.413 parole, ha evidenziato i seguenti sviluppi per singola radice:

- azienda sanitaria e aziendalizzazione per «aziend»;
- efficienza dei servizi, efficienza del SSN ed efficienza gestionale per «efficien»;
- economicità;
- management e formazione manageriale per «manag».

La frequenza assoluta delle radici è presentata nella Fig. 5.2, quella dei loro sviluppi nella Fig. 5.3. Invece, la frequenza relativa delle radici e dei loro sviluppi è rappresentata rispettivamente nelle Figg. 5.4 e 5.5.

È evidente la concentrazione dell'insieme delle radici aziendali nel loro complesso in tre piani, il PSN 1994-1996, il PSN 1998-2000 e il PSN 2006-2008.

In particolare, nel PSN 1994-1996, scritto ancor prima del D.lgs. 299/1999, sono presenti tutti i concetti rilevati, in modo relativamente omogeneo rispetto agli altri PSN, tuttavia, prevale la radice di «efficien» rispetto a quella di «aziend». Nel PSN 1998-2000 spicca invece il termine «azienda sanitaria», ripreso frequentemente sia nel PSN 2002-2004 sia nel PSN 2006-2008 assieme a efficienza gestionale e nell'utilizzo delle risorse. Tali piani, a differenza degli altri, furono redatti da ministri di estrazione politica e non medica (Maria Pia Garavaglia per il PSN 1994-1996, Rosy Bindi per il PSN 1998-2000 e Francesco Storace/Silvio Berlusconi per il PSN 2006-2008).

In questi piani prevale dunque la volontà di dare una maggiore spinta a livello di sistema al processo di aziendalizzazione.

Figura 5.2 **Frequenza assoluta delle radici nei PSN**

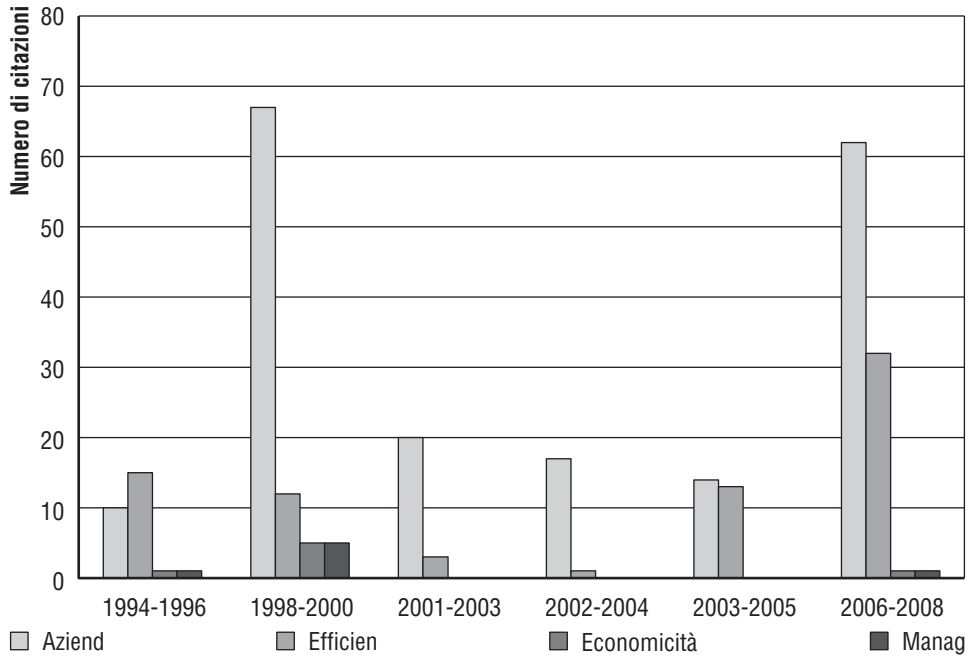


Figura 5.3 **Frequenza assoluta dello sviluppo delle radici nei PSN**

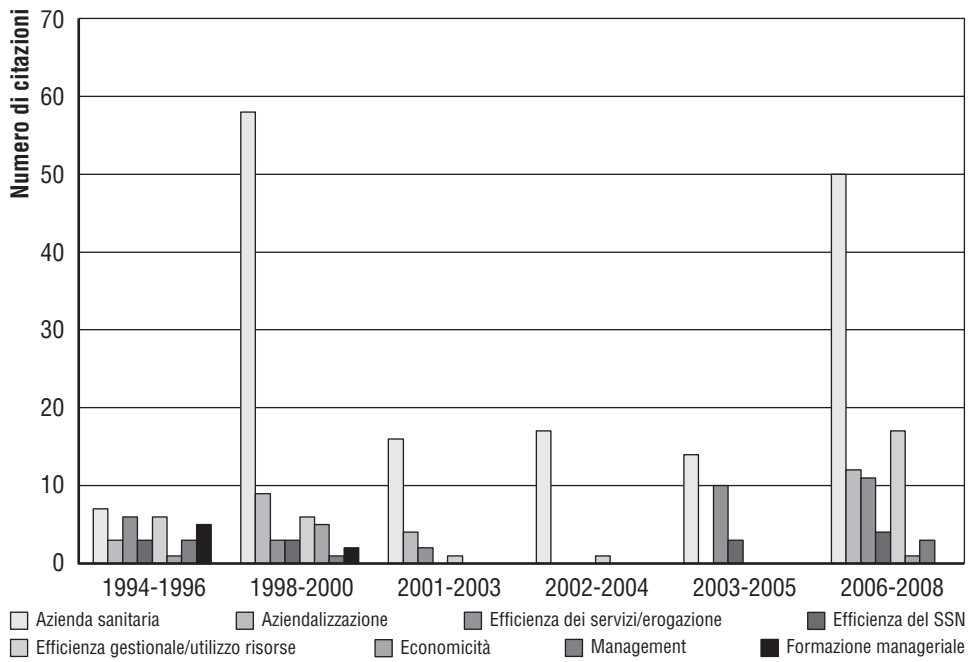


Figura 5.4 Frequenza relativa delle radici nei PSN

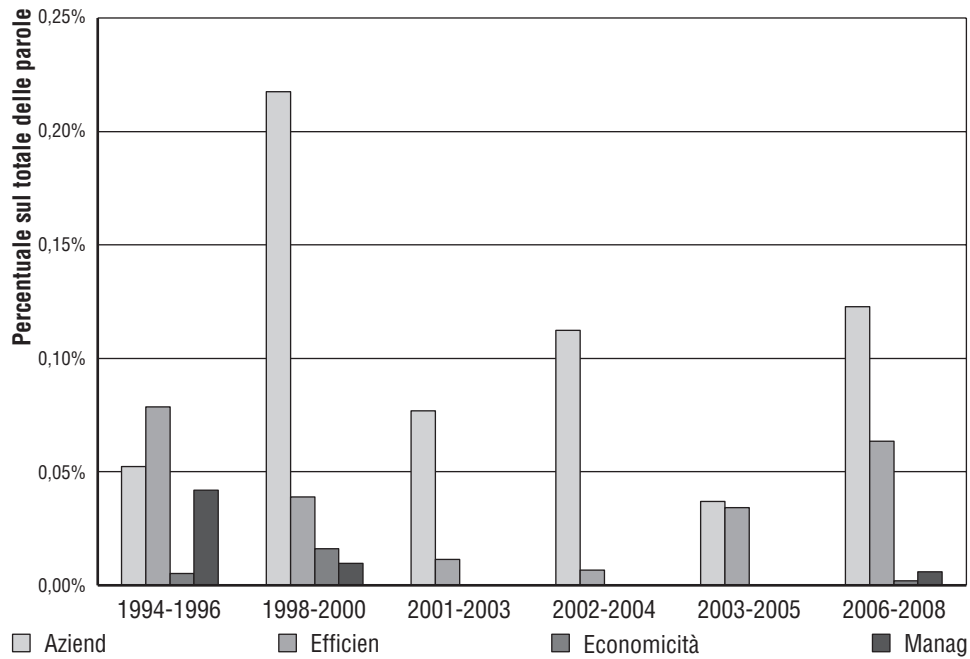
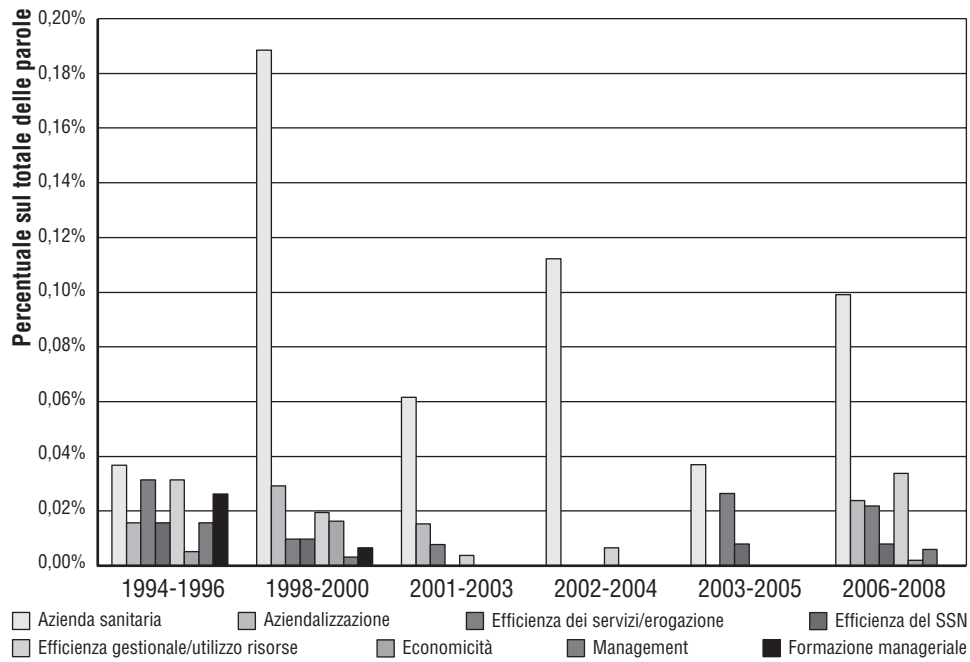


Figura 5.5 Frequenza relativa dello sviluppo delle radici nei PSN



L'attenzione nelle parole e nelle espressioni a concetti quali l'«azienda» sanitaria, l'efficienza nell'erogazione delle singole prestazioni, ma anche a livello di gestione delle aziende sanitarie e a livello di SSN nel suo complesso, sembra confermare questa ipotesi.

Nei documenti in questione, è inoltre presente il ruolo del management nella sanità, per il quale necessariamente il sistema deve investire risorse, in modo che gli operatori, sanitari e non, possano acquisire competenze adeguate per organizzare e gestire attività così complesse e particolari come sono quelle sanitarie.

Gli altri piani (PSN 2001-2003; PSN 2002-2004; PSN 2003-2005) furono invece pensati e scritti sotto la direzione di ministri medici (professor Umberto Veronesi e professor Girolamo Sirchia). Entrambi avevano alle spalle una carriera medico-scientifica di prestigio e avevano costruito la loro reputazione e visibilità sul piano tecnico-scientifico, piuttosto che su quello politico. Dall'analisi effettuata sembra apparire nei piani attribuibili a questi due ministri un interesse modesto per i temi dell'aziendalizzazione, forse perché visti non adeguati per un piano nazionale che voleva dare una direzione strategica sui grandi temi della sanità pubblica, lasciando principalmente alle regioni il compito di individuare le strategie istituzionali, organizzative e gestionali per realizzarla.

5.4.4 Regionalizzazione

L'indagine del ruolo della regione all'interno dei PSN è stata effettuata attraverso la ricerca della radice «region», identificativa delle regioni sia in quanto soggetti del sistema e titolari di funzioni (in questo caso la radice dà origine al termine «regione/i» e «regionale/i»), sia in quanto protagoniste attive del processo di decentramento istituzionale (in questo caso la radice può dare origine al termine stesso di «regionalizzazione»). La Fig. 5.6 descrive la frequenza assoluta della radice, mentre la Fig. 5.7 rappresenta la frequenza relativa.

La Fig. 5.6 evidenzia come la radice «region» ricorra con una frequenza spesso superiore alla somma delle frequenze delle quattro radici utilizzate per descrivere l'approccio economico-aziendale, a indicare chiaramente la presenza forte della regione nel sistema di tutela della salute e la volontà, pur nel quadro di una programmazione sanitaria a livello nazionale, di lasciare ampi margini di autonomia a livello regionale. Inoltre, la Fig. 5.7 evidenzia come, tra tutti, sia proprio il PSN 1994-1996 (il primo approvato) a dare maggior spazio alla radice in questione: paradossalmente lo Stato centrale, proprio nel momento in cui per la prima volta assolve ai suoi compiti di programmazione sanitaria, mette in primo piano la regione come soggetto predominante nel sistema.

Emerge, infine, la tendenza dei tre piani redatti da ministri di estrazione politica (Maria Pia Garavaglia per il PSN 1994-1996, Rosy Bindi per il PSN 1998-2000 e Francesco Storace/Silvio Berlusconi per il PSN 2006-2008) a enfatizzare le prerogative regionali e a cercare di dare adeguata rappresentazione delle stesse nell'ambito del quadro generale di definizione del SSN.

Figura 5.6 **Frequenza assoluta della radice «region» nei PSN**

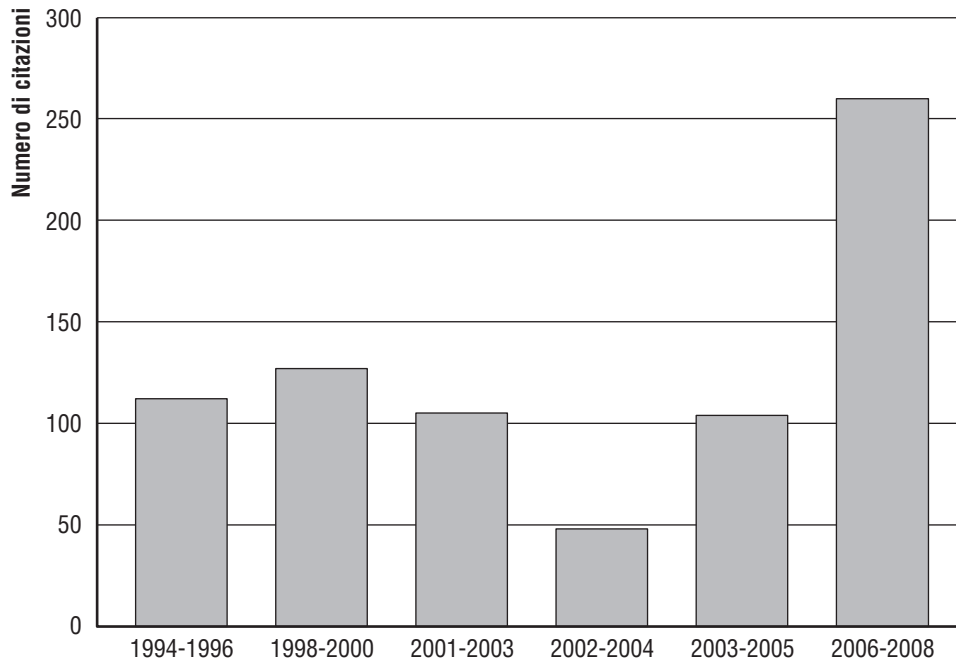
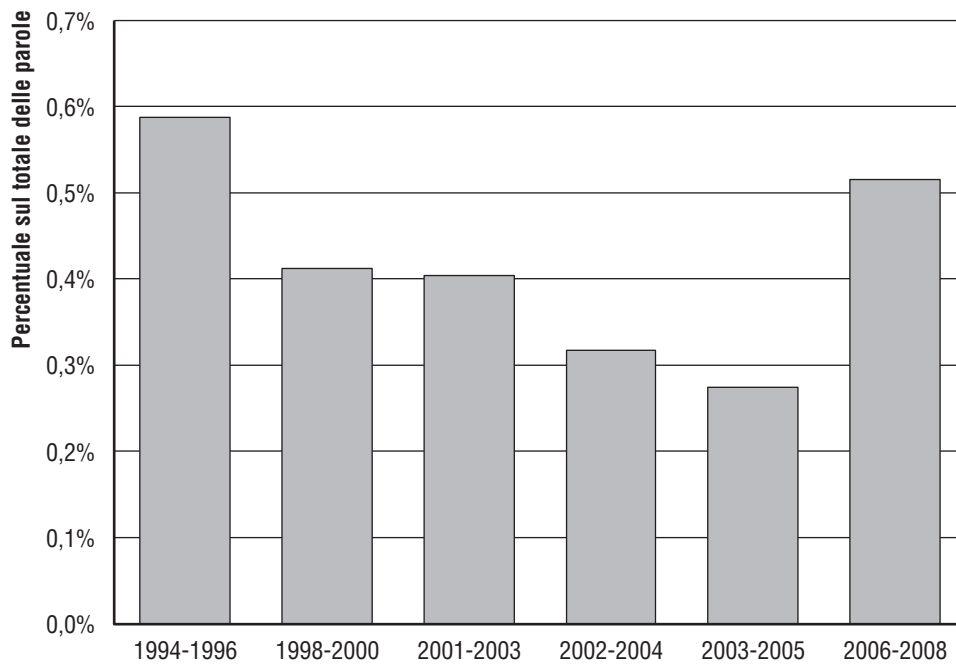


Figura 5.7 **Frequenza relativa della radice «region» nei PSN**



5.5 Conclusioni

Nel 1978, quando fu istituito il SSN, approvando forse la più importante riforma dello stato sociale della storia repubblicana, la programmazione sanitaria, resa operativa tramite piani triennali nazionali e regionali, era concepita come una delle principali leve di governo. In effetti, la riforma del 1978 attribuiva al piano un ruolo di governo fondamentale, concependolo come la sintesi delle decisioni politiche e il documento concreto su cui basare le decisioni operative di governo delle strutture sanitarie. Che questo approccio fosse per diversi aspetti velleitario, irrealistico ed eccessivamente fiducioso nella razionalità dei comportamenti umani (individuali e collettivi) fu messo in risalto sin dall'inizio degli anni Ottanta (Meneguzzo e Borgonovi 1985).

Forse nessuno, però, si sarebbe potuto aspettare che il primo PSN sarebbe stato approvato solo a metà degli anni Novanta, in seguito a una riforma che aveva ridimensionato il ruolo dello Stato nel governo della sanità e aveva dato fiducia a meccanismi di quasi-mercato per autoregolare il funzionamento del sistema sanitario.

Effettivamente, la storia dei PSN in Italia è innanzitutto la storia della programmazione razionale, con le sue ambiziose pretese di previsione di lungo periodo, di definizione di indici e standard, di lineare sequenzialità tra bisogni, obiettivi, programmi di attività, risorse e sistemi di verifica. L'esperienza italiana dal 1978 al 1994 ha chiaramente mostrato l'impossibilità da parte della politica nazionale di utilizzare questo sistema di programmazione.

Questo contributo si è concentrato sui piani sanitari del periodo successivo alla riforma del 1992. Tuttavia, può essere utile una breve riflessione anche sul periodo precedente. Certamente la mancata approvazione del PSN ha indebolito il governo del SSN e forse ha contribuito a diffondere il senso di mancanza di controllo che ha caratterizzato la sanità italiana degli anni Ottanta e che può aver influito sulla decisione di regionalizzare il sistema negli anni Novanta. Ciò nondimeno, appare improprio ridurre il sistema di programmazione sanitaria all'emanazione di piani.

In quegli anni il Servizio centrale di programmazione sanitaria ha svolto una certa funzione di indirizzo e il lavoro sottostante la preparazione dei piani (che poi non hanno avuto la luce) è probabilmente servito a lanciare segnali, a formare decisioni a diversi livelli, in sostanza a guidare il sistema anche senza il meccanismo gerarchico-formale dell'ubbidienza al chiaro dettato del documento di piano approvato dagli organi competenti. Proprio ora che un certo ritorno di interesse per la programmazione sanitaria si sta registrando, è bene tenere in mente che esistono diversi modelli di programmazione e che a fare la programmazione non è il piano, ma un insieme di attività che rendano maggiormente razionali le scelte organizzative e di gestione con valenza per il futuro (Borgonovi 2005).

Nel Rapporto OASI 2005 avevamo studiato la programmazione sanitaria dal-

la prospettiva delle regioni (Fattore e Lecci 2005), rilevando l'interesse delle regioni stesse per lo strumento «piano sanitario» e la varietà di concezioni di piano: da strumenti tradizionali di definizione puntuale del sistema di offerta a «manifesti» di comunicazione politica di visioni e progetti per il futuro. Effettivamente, anche alla luce del presente contributo, la programmazione sembra avere nelle regioni il suo perno e il momento di maggiore vitalità.

Ovviamente la base empirica del presente lavoro è nettamente più limitata: sei documenti, di cui due mai approvati e quindi provvisori per definizione. Inoltre, qualsiasi riflessione su questi documenti non può trascurare il fatto che siano stati predisposti in un periodo di forti discontinuità sul piano politico. Risalta immediatamente il salto di visione politica e di interpretazione del proprio ruolo tra ministri come Maria Pia Garavaglia, Rosy Bindi, Umberto Veronesi, Girolamo Sirchia o Francesco Storace. Inevitabilmente, proprio perché è il principale documento di programmazione sanitaria, il PSN è portato a riflettere concezioni diverse della sanità e, soprattutto, del ministero e del ministro della Salute (o Sanità). Riconosciuto questo, emergono alcuni elementi dall'analisi dei piani.

Primo, i piani, anche quelli frutto del lavoro di ministri politici e non medici, dedicano ampio spazio ai temi di sanità pubblica, facendo propria una linea tracciata dal ministero della Salute che non è solo quella di governare il sistema dei servizi sanitari, ma di promuovere interventi di tutela della salute a livello di scelte collettive in altri settori dell'intervento pubblico e di scelte individuali quali gli stili di vita, le dipendenze, l'alimentazione. In sostanza, i PSN italiani sono anche, e in alcuni casi soprattutto, documenti di sanità pubblica, con una forte valenza comunicativa e di richiamo alle responsabilità di attori esterni al sistema sanitario.

Secondo, i piani riflettono una visione per il livello nazionale del nostro sistema sanitario. I primi due piani (PSN 1994-1996 e 1998-2000) riflettono una volontà di ridefinizione delle leve di governo della sanità riformata, con il primo piano sicuramente meno maturo in termini di elaborazione, anche perché prodotto in un momento di incertezza e turbolenza, e il secondo coerente con un ambizioso disegno politico di riforma della sanità, in parte in contrasto con le politiche dei governi precedenti.

I tre piani successivi registrano una forte diminuzione di tensione sulla politica sanitaria nazionale intesa come luogo di governo del sistema di offerta dei servizi e invece una forte sottolineatura della dimensione di sanità pubblica e tecnico-scientifica. Sono questi infatti i piani che sottolineano maggiormente i temi della prevenzione legata agli stili di vita, del ruolo della formazione e della ricerca, del rilancio degli investimenti sanitari (tangibili e intangibili).

L'ultimo piano analizzato, predisposto sotto la direzione del ministro Storace anche se poi approvato durante l'*interim* del presidente Berlusconi, sembra infine segnare un cambiamento di rotta, con un ritorno dei temi di politica dei servizi e un richiamo alle tematiche più organizzative e gestionali. La lettura e

interpretazione dei piani e i risultati dell'analisi di contenuto sembrano confermare l'esistenza di sostanziali differenze tra i piani dei ministri «politici» (Garavaglia, Bindi, Storace/Berlusconi) e i piani dei ministri «medici» (Veronesi e Sirchia).

Terzo, i sei PSN sono relativamente omogenei come lunghezza, struttura, linguaggio, temi trattati. Mentre a livello regionale era emersa una certa varietà dei modelli di piano, a livello nazionale sembra essersi affermata una concezione relativamente condivisa di piano: uno strumento di comunicazione e indirizzo generale, punto di riferimento per interventi di varia natura da parte di una molteplicità di soggetti, relativamente semplice e conciso, con un linguaggio accessibile (anche se non rivolto al grande pubblico), senza riferimenti operativi e ai dettagli economico-finanziari.

Per certi aspetti si potrebbe sostenere che i PSN si delineano come piani strategici, anche se la mancanza di obiettivi misurabili e di riferimenti ai mezzi rischia di renderli sempre più degli strumenti di stimolazione, piuttosto che delle leve di governo effettivo ed efficace.

Oltre a un'interpretazione dei piani, in questo lavoro abbiamo provato a sperimentare una tecnica di ricerca ampiamente utilizzata per studiare i contenuti della comunicazione di massa: l'analisi di contenuto. I risultati di questo esercizio ci permettono di affermare la fattibilità del metodo di analisi e le potenzialità di un suo impiego con strumenti più sofisticati e database più ampi. Effettivamente, il ricorso dei termini aziendali sembra confermare i risultati dell'analisi interpretativa: i ministri politici hanno dato maggiormente peso ai temi aziendali rispetto a quelli medici, anche se le tendenze non sembrano marcate. Inoltre, come atteso, il riferimento alla regione e alla regionalizzazione appare sempre più frequente di quello ai temi aziendali. I piani vedono come interlocutori, e soggetti di riferimento, gli altri organi di governo del sistema piuttosto che le aziende di produzione ed erogazione dei servizi.

In conclusione, vogliamo attrarre l'attenzione su un tema che, almeno in parte, risulta evidente dalla lettura e analisi dei piani sanitari. Il livello nazionale di governo del sistema appare, e si sente, debole rispetto alle trasformazioni istituzionali degli ultimi 10-15 anni. Questo si riflette in tentativi di rilanciare il ruolo nazionale sui temi di sanità pubblica, come spesso fanno i *Chief Medical Officer* dei sistemi in cui non esiste un ministero della Salute, oppure in tentativi di riaffermare una politica nazionale sovraordinata alle regioni. Entrambe queste strategie mostrano un problema di identificazione di ruolo da parte del ministero della Salute e dei suoi organi. Ovviamente, il PSN non fa che riflettere questo problema di identificazione. L'ipotesi di lavoro che vogliamo offrire al lettore è che l'identificazione di ruolo debba partire dalla costruzione di competenze e progetti concreti che intervengano per aiutare e facilitare le regioni e, aspetto ancora più rilevante, concretezza e solidità all'impianto dei LEA, il principale punto di riferimento per la costruzione di un ruolo significativo del livello nazionale nel nostro servizio sanitario.

Bibliografia

- Allard-Poesi F., Drucker-Godard C., Ehlinger S. (2001), «Analyzing Representations and Discourse», in R.-A. Thietart *et al.* (a cura di), *Doing Management Research: A Comprehensive Guide*, Londra, Sage.
- Babbie E. (1975), *The Practice of Social Research*, Wadsworth, Thomson Learning.
- Bailey K.D. (1995), *Metodi della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Berelson B. (1952), *Content Analysis in Communication Research*, New York, Free Press.
- Borgonovi E. (2005), *Principi e strumenti aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Fattore G. (2005), *Metodi di ricerca in economia aziendale*, Milano, Egea.
- Fattore G., Lecci F. (2005), «I piani sanitari delle Regioni italiane», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Fattore G., Longo F. (2002), «Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni piani sanitari rappresentativi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Holsti O.R. (1969), *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*. Boston, Reading.
- Krippendorff K. (2004), *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*, Thousand Oaks, Sage
- 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. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Meneguzzo M., Borgonovi E. (1985), *Processi di cambiamento e di programmazione nelle unità sanitarie locali*, Milano, Giuffrè.
- Neuendorf K.A. (2002), *The Content Analysis Guidebook*, Thousand Oaks, Sage.
- Shapiro G., Markoff J. (1997), «A Matter of Definition», in C.W. Roberts (a cura di), *Text Analysis for the Social Sciences: Methods for Drawing Inferences from Texts and Transcripts*, Mahwah, Erlbaum.