

Il processo di pianificazione, programmazione e controllo in sanità

Pianificazione e gestione strategica nelle aziende sanitarie

MARCO MENEGUZZO

I. Premessa

L'obiettivo di questo intervento è offrire, dopo una sintetica panoramica sulla evoluzione del processo di pianificazione strategica nel sistema sanitario pubblico in Italia, due strumenti semplici che potrebbero essere implementati dai partecipanti nella loro realtà professionale ed aziendale (ASL, AO).

I due strumenti sono rappresentati dalla analisi dei punti di forza e di debolezza e dalla balanced scorecard; quest'ultima può essere collegata alla introduzione nel SSN dei piani di performance. Le logiche di pianificazione, dalla pianificazione a lungo periodo anni 70 alla pianificazione strategica anni 80 e 90 e recentemente management e controllo strategico, non sono certo una prerogativa del Sistema sanitario italiano.

In effetti, già nel 1972 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicò: *“La pianificazione nelle organizzazioni sanitarie”*, un documento incentrato su *come pianificare* negli ospedali, centri sanitari di comunità, centri di riabilitazione, centri di lungo degenza. Successivamente, si è sviluppata una stagione indicata come: *“dei piani a lungo periodo per gli ospedali”*. Si definiva pianificazione a lungo periodo perché le strutture sanitarie pubbliche sviluppavano dei

piani, per un periodo di circa 5 anni, in cui si indicavano degli obiettivi in termini di: numero di posti letto da attivare, investimenti in alta tecnologia innovativa (TAC, Risonanza Magnetica Nucleare – RMN.), di risorse umane.

2. Il processo di pianificazione strategica in sanità in Italia

Le esperienze italiane in termini di pianificazione a lungo periodo sono rappresentate dall'Ospedale Maggiore di Milano e dalle indicazioni presenti in alcune Regioni (Emilia Romagna, Piemonte, Lombardia che avevano richiesto agli Ospedali, a seguito alla introduzione a metà degli anni 70 del Fondo regionale per l'assistenza ospedaliera, la stesura dei piani a lungo periodo. Questa stagione di pianificazione si è estesa, grosso modo, dagli anni 70 all'85.

Dopo la prima esperienza dell'Ospedale Maggiore di Milano (Masini 1967) e prima della istituzione del Sistema Sanitario Nazionale–SSN a seguito della legge 833 del 1978 vi sono state, all'inizio degli anni '80, alcune esperienze di programmazione pluriennale promosse dai denominati *Consorti Socio-Sanitari di Zona*, responsabili della integrazione tra i servizi socio-sanitari dei comuni.

Successivamente al 1985, a livello internazionale, si è vissuta una seconda stagione di pianificazione, in sanità, legata alla introduzione delle logiche “di pianificazione strategica”. Quest'ultimi, sono stati introdotti nei sistemi sanitari di tipo privato (USA) e sono stati adottati in prevalenza dai sistemi multiospedalieri. Il medesimo processo è stato seguito nel settore sanitario pubblico: il caso più rilevante è quello del Regno Unito in cui, nel 1985, si obbligarono tutti i distretti (organizzazioni sanitarie integrate, sul territorio, verticalmente dalla medicina di base sino alla lungo degenza), a produrre dei modelli di piani strategici. Il termine *obbligatorio* aveva un significato reso più che importante dal fatto che si riducevano del 5% le attribuzioni dal fondo sanitario del NHS (governo centrale) ai distretti che non pre-

sentavano il piano strategico. Contemporaneamente in Italia, dall'85 al 1992, si è vissuto il periodo della pre-aziendalizzazione, cioè precedente al passaggio dalle Unità Sanitarie Locali (USL) alle Aziende Sanitarie Locali (ASL).

In questa fase, sono state vissute delle esperienze interessanti in alcune regioni in cui fu chiesto alle USL di predisporre dei piani triennali (Borgonovi, Meneguzzo 1985).

I piani hanno assunto una differente denominazione nelle diverse realtà regionali. In Piemonte, ad esempio, si parlava di Piani di Attività e Spesa (PAS); in Lombardia, Emilia Romagna di Piani Attuativi Locali (PAL, piani triennali dell'USL). Interessante è osservare che fossero le regioni a imporre la pianificazione strategica. Questo, contribuì a creare un background culturale tale per cui medici, amministrativi e dirigenti erano consapevoli di dover redigere un documento di pianificazione triennale, fissare degli obiettivi, individuare dei programmi di attività e quantificarli. Se è vero che in Italia si è introdotta la cultura della pianificazione strategica sin dagli anni '80, è vero pure che non lo si è fatto in modo omogeneo sull'intero territorio nazionale.

Dal 1995 al 2001, in Italia, infatti, si è assistito a un doppio fenomeno: *regionalizzazione e aziendalizzazione*. Ambedue i processi hanno comportato e imposto la formulazione di piani triennali da parte di ASL e Aziende ospedaliere. Essenzialmente, si è modificato lo scenario nazionale estendendo la pianificazione strategica anche a regioni che non avevano già implementato tale processo. La realtà è che si ha oggi un Paese a differenti velocità in quanto, alcune regioni (Piemonte, Lombardia, etc), quelle che già realizzavano i piani triennali e con un forte commitment (mandato) regionale, arrivano ad una copertura quasi dell'100% tra ASL e aziende Ospedaliere, altre, come la Liguria, hanno vissuto solo esperienze autonome con un debole mandato regionale.

A partire dalla fine degli anni '90 vi sono state alcune evoluzioni del concetto di pianificazione strategica in Italia. Una prima ricogni-

zione, condotta all'interno del rapporto CEIS Università Roma Tor Vergata e collegata ad altre ricognizioni presentate nel rapporto OA-SI Università Bocconi, ha evidenziato la presenza di diversi modelli, riconducibili in parte alle diverse condizioni socioeconomiche e alle culture istituzionali, regionali ed aziendali.

Gli orientamenti strategici regionali presenti nei sistemi sanitari sono differenti. La disomogeneità è spiegata dalle distinzioni tra le regioni: regioni in piano di rientro e altre no; diverso rapporto tra pubblico e privato (Roma ha una percentuale di posti letto pubblici-privati 50-50%, Milano 70-30%); la composizione demografica; i livelli di reddito socio-economico; il quadro epidemiologico. Gli obiettivi strategici dipendono anche alcune variabili di tipo operativo come a esempio il numero delle professionalità specialistiche e delle risorse umane ad esse correlate.

Questa disomogeneità potrebbe essere superata creando delle reti professionali per il trasferimento della conoscenza.

Andando nel concreto dei modelli di pianificazione (Cuccurullo, Meneguzzo 2004), si identifica un primo modello: *Piano come Linea Guida*.

Questo vuol dire che il piano viene strutturato in modo tale da contenere: una parte iniziale di analisi delle risorse e del modello organizzativo, a seguire si delineano le linee strategiche macro, quindi l'identificazione ed esplicitazione della *mission* aziendale. In questo primo modello non sono contemplate le indicazioni e le risorse per l'attuazione dei piani. Tali piani strategici, in alcune regioni, non erano sostenuti da un forte mandato regionale che individuasse anche le risorse a disposizione, quindi, finivano per rappresentare una sorta di "desiderata" o "libro dei sogni" per gli operatori di ASL o Aziende Ospedaliere. Non avendo un riscontro finanziario a questi modelli di pianificazione strategica, si può parlare piuttosto di una sensibilizzazione culturale degli operatori, mirata a creare i giusti presupposti per un futuro sviluppo di una logica che porti le regioni a riconoscere l'importanza dei piani strategici anche definendo le

Tabella 1. Il profilo dei piani strategici nelle aziende sanitarie italiane 1995–2003

	Piano come linee-guida	Piano come linee-guida con programmi e previsioni di spesa	Piano di rientro economico-finanziario (modello Regione Lombardia 1998)
Analisi ambientale	Quadro delle risorse locali	Equilibrio economico-finanziario	Analisi dell'offerta Ricoveri day Hospital Riabilitazione e lungodegenza Liste di attesa ambulatoriali-ricoveri Pronto soccorso Incrementi/riduzioni attività-servizi
Formulazione	Linee strategiche	Obiettivi strategici e programmi operativi	Obiettivi di contenimento dei costi
Specificità	Fini istituzionali	Quantificazione dell'impatto dei singoli obiettivi	Prospetto di equilibrio economico-finanziario
Finalità	Esplicitazione della missione aziendale	Sviluppo aziendale	Controllo dei costi e del sistema di offerta
Tendenze in atto	Adozione di obiettivi operativi	Collegamento con il Piano pluriennale e con il Piano delle azioni triennali	Riorientamento verso Piani di governance del Sistema sanitario locale

Fonte: Elaborazione propria

risorse a disposizione.

Il secondo modello è proprio delle regioni (Piemonte, Veneto, FVG, Trento e Bolzano), in cui erano già presenti delle forti esperienze di pianificazione, i modelli vennero strutturati come segue: *mission* aziendale, obiettivi strategici per ogni area, programmi operativi, identificazione dei fattori produttivi (risorse umane, formazione, spazi, dotazioni di tipo strumentale), linee di sviluppo aziendale.

Obiettivi strategici, ad esempio, possono essere la messa in rete dei servizi di diagnostica strumentale in particolare quando si parla di alta tecnologia, la centralizzazione dei servizi amministrativi, la riallocazione del personale. Il terzo modello era quello introdotto in Lombardia: *Modello di piano di rientro economico-finanziario*. Nella prima fase, tali modelli rappresentavano il risultato di una piano di rientro economico-finanziario in cui erano coinvolte le ASL lombarde in aree come: ricoveri, day hospital, riabilitazione, lungo degenza. In

questo caso, la regione chiedeva alle ASL di indicare, nel piano, gli obiettivi di contenimento dei costi, l'impatto prospettico in termini di equilibrio economico-finanziario.

Esempi specifici (per un approfondimento si rimanda al materiale contenuto nella piattaforma e learning ed in particolare a Meneguzzo 2005) tra le circa 150 esperienze italiane di pianificazione strategica dal '95 a circa il 2003 sono il documento strategico dell'ASUR nelle Marche, senza una specifica quantificazione finanziaria, volto ad offrire un messaggio forte agli operatori del settore sanitario a fronte della diminuzione della ASL da 12 a 3 e allo sviluppo di networks tra differenti dipartimenti. Altri esempi sono rappresentati da: documento strategico de "Ospedale Evangelico di Genova", dai piani per la *governance* locale a Pavia e sempre in Lombardia i Piani strategici triennali di organizzazione e funzionamento amministrativo (POFA).

Dal 2003 al 2008, si è modificato lo scenario, si è passati da tre a quattro macro tipologie di modelli di piano strategico. Nella prima tipologia, si aveva un insieme tra piano strategico e piano organizzativo-logistico (piano triennale), cioè venivano espresse delle scelte relative al numero di dipartimenti, alla suddivisione in unità operative semplici, unità operative complesse, alla centralizzazione dei servizi amministrativi, all'integrazione di information technology, logistica, acquisti, unico centro di supporto amministrativo. Questo modello è quello caratterizzante i PAL (Toscana ed Emilia Romagna), il modello dei POFA (Lombardia). In generale, un piano strategico lo si esplicita per rispondere ad alcune esigenze-emergenze quali: sostenibilità economico-finanziaria (quali sono le risorse nel triennio), problemi correlati alle liste d'attesa, emigrazione sanitaria, qualità dei servizi sanitari, il tema dell'accreditamento dei servizi sanitari, criticità legati all'offerta di servizi sanitari a fasce di disagio sociale, variazioni rilevanti della popolazione (invecchiamento, immigrazione), up grading dell'innovazione tecnologica, dei beni strutturali-logistici e della loro manutenzione.

3. I Piani strategici in Sanità

Potremmo a questo punto dire come dovrebbe essere un piano strategico. Esso, dovrebbe contenere una ricognizione dell'esistente ed una chiara e puntuale definizione della *mission* aziendale.

I piani strategici partono da una valutazione dello stato attuale dell'organizzazione sanitaria cioè il "*dove siamo*" (missione aziendale, modelli organizzativi, logiche di funzionamento, programmi realizzati, servizi forniti, risorse finanziarie, persone, competenze, conoscenze a disposizione, punti di forza e di debolezza). L'operatore in sanità entra in un piano strategico contribuendo all'identificazione dei vari punti di forza e di debolezza.

Segue il "*cosa vogliamo diventare*", cioè cosa occorre modificare (assetto organizzativo, politiche, programmi attivati, risorse umane), quindi, definizione degli obiettivi strategici elaborati in base agli obiettivi indicati dalla regione ma anche correlati ad una valorizzazione di alcuni punti di forza.

Ultimo step è il "*come dobbiamo muoverci*", cioè programmi, fondi e sistemi di misurazione, valutazione e controllo (si veda la successiva figura per la illustrazione dell'ABC della pianificazione strategica).

A conclusione di questa panoramica sullo stato dell'arte della pianificazione strategica nel SSN italiano va ricordato che ci sono tre livelli di scelte strategiche: nazionali e/o regionali; livello delle strategie aziendali (quello che si sta presentando in questo intervento e che può dar luogo a dei piani strategici a livello dipartimentale o di struttura complessa); livello di area vasta o di reti di strutture.

Spostando, brevemente, l'attenzione sulle reti in sanità si possono individuare i primi esempi italiani nel '96 con varie configurazioni di network tra aziende sanitarie pubbliche.

Queste dinamiche hanno influito anche sulla pianificazione strategica e sull'assegnazione delle risorse tecnologiche. In Italia, dal 2003, si è cominciato a introdurre il concetto del network in tutte le regioni. Le reti sono prevalentemente interaziendali. Probabil-

Tabella 2. Livelli di scelta strategica

Soggetti istituzionali che definiscono le strategie	Strategie di Sistema (PSN, PSR) Strategie aziendali (AO, AUSL, IRCCS)
Livelli organizzativi interni in cui possono definirsi le strategie	Livello aziendale Struttura complessa (Dipartimenti, Distretti) Singola unità organizzativa (Unità organizzative dipartimentali)
Fonte: Elaborazione propria	

mente, in futuro, oltre ai piani strategici aziendali, si avranno anche dei piani strategici di rete interaziendale sulla neurologia, sull'area cardiologica, materno–infantile.

La gestione dei piani di rete implica che a livello regionale vi siano professionisti formati in modo tale da essere in grado di governare, di attivare e stimolare i singoli operatori.

Una delle criticità legata all'esperienza italiana, in merito alla pianificazione strategica, è la ricognizione dello stato dell'arte che deve essere effettuata in modo approfondito, deve essere basata sui dati, sulla valutazione qualitativa dei punti forza e debolezza. Altro punto critico, è la quantificazione finanziaria e l'implementazione di meccanismo di valutazione e controllo.

4. L'analisi dei punti di forza e di debolezza

Altra necessità rilevante è il coinvolgimento, nell'analisi dei punti di forza e di debolezza, dei diversi livelli decisionali, non solo medici ma anche nuove figure professionali sanitarie tra cui ingegneri o bioingegneri, fisici, biologi e così via. Normalmente l'analisi viene effettuata in base a una check list in cui sono elencate una serie di variabili da prendere in considerazione. Ogni singola azienda sceglie le proprie variabili. Tra le variabili si annoverano: quelle relative all'assetto organizzativo, un secondo insieme di variabili che riguardano il personale (capacità e competenze professionali dei dirigenti,

capacità e competenze professionali dei quadri intermedi, concetto di cultura professionale, dotazione quantitativa del personale, abilità tecnico professionali, formazione e aggiornamento), variabili riguardanti l'information technology, sistema informativo, dotazione tecnologica, logistica, organizzazione, sistemi operativi, sistemi di gestione adottati nell'area certificazione e miglioramento della qualità ed accreditamento; variabili relative a mix di servizi offerti e capacità di interpretazione del bisogno degli utenti, variabili sulla qualità percepita dagli utenti, immagine aziendale, capacità di attrazione degli utenti, tempi di attesa e situazione alberghiera. Tutte queste variabili possono essere considerate come punti di forza o di debolezza all'interno di un dipartimento o di una unità operativa complessa.

L'aspetto rilevante della check list è che, per la sua definizione, è necessaria una condivisione sulla scelta di alcune variabili; riferimento temporale; ruoli direzionali e professionali (come gestisco la check list, a chi la sottopongo, come vengono percepiti i punti di forza e debolezza), così da equilibrare le valutazioni. Per far questo, è necessario differenziare la check list per aree di attività.

Alcune variabili possono essere descritte con indicatori di tipo quantitativo (esempio, *formazione e aggiornamento*) ed effettuare un confronto con altre realtà (diventa importante la scelta del benchmark di riferimento). In linea generale, per comprendere se una variabile è un punto di forza o debolezza bisognerebbe raccordare una valutazione qualitativa con una quantitativa e possibilmente effettuare una analisi comparata (nel caso della formazione, compararla con quella fornita dagli ospedali universitari, istituti di ricovero, etc). Altra criticità è la scelta dei destinatari della ckeck list, cioè selezionare i professionisti, i dirigenti a cui sottoporla. Sostanzialmente, questa scelta deve essere compiuta dall'azienda che può selezionare, anche, dei destinatari esterni all'azienda (no profit, associazioni di pazienti, altre aziende con simile *mission*, etc).

I punti di forza complessivi a livello aziendale possono essere rap-

presentati da buon livello di innovazione, capacità di attrarre mobilità in entrata, mentre l'assenza di una cultura aziendale è da considerarsi un punto di debolezza. Per una ASL, i punti di forza possono essere: la governabilità, aree rilevanti che attraggono mobilità e immagine, posti letto, dotazione dell'area geriatrica, omogeneità del bacino di utenza, positivi legami con gli enti di utenza locali, integrazione socio-sanitaria, assetto organizzativo adeguato, mentre i punti di debolezza sono: assenza di una rete sanitaria post ricovero, poche attività di assistenza domiciliare, lentezza di riproduzione e di strumenti di programmazione, controllo e informatizzazione. Uno dei nodi critici delle aziende sanitarie è anche l'omogeneità di cultura aziendale tra le differenti professionalità presenti all'interno della struttura, quindi, la capacità di lavorare in team e di relazionarsi a livello interdipartimentale (si veda nella figura un esempio tratto da Cuccurullo 2004).

5. Il controllo strategico

Il controllo strategico è sostanzialmente la verifica dell'attuazione del piano strategico. Si sono sviluppati dei modelli (balance score-card, ad esempio) basati su indicatori chiave di performance che forniscono un valido supporto al controllo strategico. Il controllo strategico rappresenta l'anello di collegamento tra la pianificazione strategica e la valutazione delle performance. Le fasi del controllo strategico sono: sistematizzazione di alcune esperienze in atto, identificazione di aree di performance sostanziali, che sono legate all'innovazione, alle modalità di offerte dei servizi sanitari, apprendimento e sviluppo del personale e vengono combinati e integrati con informazioni di tipo economico finanziario. La logica alla base viene definita valutazione *bilanciata* perché si bilanciano le performance economico-finanziarie con altri tipi di performance. Si ha un'area di performance economico-finanziaria relative a un'azienda

Tabella 3. Analisi punti di forza e di debolezza

	Complessivi	Ospedale	Territorio	Gestione
Punti di forza	Buon livello di innovazione Capacità di attrarre mobilità	Dimensioni medie Alcune aree rilevanti che attraggono mobilità Immagine riconosciuta	Omogeneità del bacino di utenza Positivi legami con gli Enti Locali	Orientamento al cambiamento Buone capacità gestionali
Punti di debolezza	Significativa mobilità in uscita Assenza di una cultura aziendale unitaria Sottodimensionamento organico	Sottodotazione di posti letto Debolezza dell'area geriatrica Logistica inadeguata	Insufficiente investimento di risorse Assetto organizzativo inadeguato Assenza di una rete socio-sanitaria post-ricovero Poche attività di assistenza domiciliare	Lentezza nell'introduzione e avvio di strumenti di programmazione e controllo informatizzazione

Fonte: Elaborazione propria

sanitaria od ospedale, quindi, si definiscono gli indicatori economico-finanziari. Si ha un'area di performance denominata *dei processi interni*, nei quali si valutano tre elementi: le *relazioni tra servizi di offerta finale di tipo sanitario, nell'area di cura e diagnostico strumentale con i servizi di supporto tecnico amministrativo*; le *relazioni tra servizi sanitari di appoggio, quindi, diagnostico strumentali con i servizi di cura, relazioni tra laboratorio, radiologia con le divisioni ad esempio medicina, ostetricia e ortopedia*.

In buona sostanza, nella BSC si devono definire: prospettive strategiche, le aree chiave di performance e gli indicatori chiave di performance. La BSC si basa su un'esplicitazione degli obiettivi strategici ed è per questo che si parla di controllo strategico perché vi è un collegamento con le prospettive strategiche. Il modello BSC, nor-

malmente offre: la prospettiva economica-finanziaria, la prospettiva utenti-pazienti, processi interni, apprendimento e crescita, la possibilità di pensare degli indicatori differenziati tra le diverse realtà aziendali.