



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA**

DIPARTIMENTO DI ECONOMIA ISTITUZIONI TERRITORIO

Corso Ercole d'Este, 144 - 44100 Ferrara

**Quaderno n. 1/2006**

**January 2006**

**Strumenti di programmazione e controllo nell'esperienza  
dei Piani per la Salute nella provincia di Ferrara**

**Enrico Bracci**

**Erika Borin**

**Quaderni deit**

**Editor:** Giovanni Ponti ([ponti@economia.unife.it](mailto:ponti@economia.unife.it))

**Managing Editor:** Marisa Sciutti ([sciutti@economia.unife.it](mailto:sciutti@economia.unife.it))

**Editorial Board:** Giovanni Masino  
Simonetta Renga

<http://newdeit.economia.unife.it/quaderno.phtml>

# STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO NELL'ESPERIENZA DEI PIANI PER LA SALUTE NELLA PROVINCIA DI FERRARA<sup>1</sup>

**Enrico Bracci**

Dipartimento di Economia, Istituzioni e Territorio  
Università degli Studi di Ferrara

**Erika Borin**

Dipartimento di Economia, Istituzioni e Territorio  
Università degli Studi di Ferrara

## **Abstract**

***Planning instruments in the experience of “Piani per la Salute”(Plans for the health) in the Ferrara Province***

The planning and programming healthcare and social activities is increasingly considered a crucial for the search of economic and social rationality in the allocation process of the resources. Moreover, healthcare and social services need to be considered not as two separate area of public and private intervention, but as two synergic aspects. The widespread concept of health, indeed, is not considered as a sectorial set of services of expertise of public sanitary companies, but the fruit of a convergence between prevention and interventions and public, private for-profit and private non-profit entities. Whether planning and programming have become a routine in the management practices, less developed, or even absent, is the moment of control. To this extent, public managers and practitioners do not have the information to evaluate the performance and the usefulness of services and programs.

The objective of the present paper is that to verify methodological and operational means, and the managerial implications in introducing a comprehensive system of planning and control, with particular reference to the “Health Plans” (Piani per la Salute - PPS) in the Province of Ferrara. The reason for the choice is tied up to the recent introduction of the PPS, that allowed the researchers to observe and take part to all phases of the process. The conducted study, from 2001 to 2005, has allowed to underline the operational and methodological tools through which it has been built a system of planning and integrated control.

**Keywords:** Business economy, planning, evaluation

**JEL Classification:** M2

---

<sup>1</sup> Il lavoro può essere attribuito agli autori nel seguente modo: a Bracci E. i §1, 3, 6, 7, a Borin E. i §2, 4, 5.

Corresponding Author: Enrico Bracci, Via del Gregorio, 13-15, 44100 Ferrara. Tel. 0532 293015. Email: bracci@economia.unife.it

## **1. Introduzione**

La pianificazione e la programmazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali hanno visto assumere negli ultimi anni sempre maggiore rilevanza. Le finalità perseguite possono essere ricondotte alla ricerca di razionalità economica e sociale nel processo di allocazione delle risorse e di integrazione tra le attività di diversi soggetti pubblici e privati.

La tutela della salute, infatti, non è più solo considerata come un insieme settoriale di servizi di competenze di aziende sanitarie pubbliche, ma il frutto di una convergenza tra interventi di prevenzione e di cura provenienti da soggetti diversi.

I piani delle attività territoriali, i piani sociali di zona, i piani per la salute rappresentano documenti di programmazione, nei diversi ambiti di competenza, che hanno visto la loro introduzione da fine anni '90 ad oggi.

Una delle critiche spesso mosse a tali documenti è la scarsa funzione gestionale che questi assumono, limitandosi a rappresentare un mero strumento di allocazione delle risorse. Spesso, infatti, nella programmazione non sono definiti gli obiettivi da perseguire e, pertanto, la valutazione ed il controllo risultano carenti. Il processo di assegnazione delle risorse, quindi, tende a seguire il paradigma neo-incrementale non essendo in grado di discriminare tra l'efficacia e l'efficienza di diversi interventi e servizi. Tale stato di cose è riconducibile ulteriormente alle difficoltà insite nella valutazione di efficacia ed efficienza dei servizi sanitari ed alla persona che si caratterizzano per un basso livello di standardizzazione ed elevati livelli di componente soggettiva.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di verificare le modalità metodologico/operative e le implicazioni gestionali di un sistema di pianificazione, programmazione e controllo, con particolare riferimento ai piani per la salute della Provincia di Ferrara. La ragione della scelta è legata alla recente introduzione del PPS, che nasce nel 2001, e del quale, attraverso un caso studio, si è potuto osservare e partecipare a tutte le fasi della sua progettazione e messa in opera. Lo studio condotto, dal 2001 al 2005, ha permesso di evidenziare le modalità operative attraverso il quale è stato costruito un sistema di pianificazione, programmazione e controllo integrato. Dall'analisi emergono interessanti spunti per gli operatori e per i ricercatori per la progettazione e messa in opera di tali sistemi operativi aziendali.

Il presente lavoro è strutturato nel seguente modo: nella sezione successiva saranno descritti gli strumenti di pianificazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria attualmente esistenti, cercando di evidenziarne i collegamenti logici ed operativi con i sistemi di controllo. Nella terza sezione sarà presentato il disegno della ricerca e la metodologia adottata dai ricercatori. Successivamente, si presenteranno i risultati più rilevanti emersi dal caso studio descrivendo le caratteristiche del contesto della Regione Emilia-Romagna (§4), il modello di programmazione e controllo adottato

dai PPS della Provincia di Ferrara (§5) e le implicazioni sulla valutazione degli interventi dei PPS (§6).

## **2. Gli strumenti di pianificazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria**

La funzione di programmazione assume rilevanza notevole per la gestione di ogni sistema economico-aziendale operante in un contesto ambientale dinamico, come può essere quello di un'azienda sanitaria. Il ritmo accelerato dei mutamenti sociali e individuali richiede che le amministrazioni in esame siano in grado di riconoscere i sintomi premonitori del cambiamento per poter adattare le proprie potenzialità alle future richieste dei cittadini.

L'approccio programmatico dei servizi pubblici presuppone lo studio particolareggiato delle interrelazioni che nascono e definiscono gli scenari economici, sociali e politici in cui la collettività si esprime. Una programmatica interpretazione delle variabili causali ed intercorrenti che generano il dinamismo sociale può facilitare l'erogazione dei servizi e delle prestazioni da parte delle aziende che svolgono un'attività sanitaria. Quindi la funzione di programmazione nel contesto organizzativo sanitario non può essere rappresentata da un processo frammentato, intuitivo e discontinuo di analisi e interpretazione del dinamismo ambientale.

Un simile assetto, inevitabilmente, si riflette sull'impostazione dell'attività di pianificazione e programmazione che compete ai vari livelli dell'organizzazione. Di fondamentale importanza, a questo proposito, è quanto risulta dalle disposizioni di legge in materia. L'idea di fondo pare essere quella di prevedere un processo distinto in più fasi, le quali vorrebbero costituire i gradi successivi di un unico processo di razionalizzazione e di sintesi della funzione di governo.<sup>2</sup>

I servizi sanitari e sociali possono crescere in innovazione e in umanizzazione insieme con la crescita di un management pubblico che viene scelto in relazione alle sue capacità gestionali, alle conoscenze ed ai risultati dimostrati come costruttore e gestore di servizi, in particolare di servizi sanitari appropriati e coerenti con gli obiettivi di salute che, politicamente, una società locale e regionale si è posta con le sue istituzioni.

Occorre ridare all'utente e alla società quella centralità che lo renda l'oggetto privilegiato dell'azione e porre l'enfasi su un sistema di programmazione e controllo tutto rivolto a verificare continuamente gli obiettivi, che assicuri la tutela della salute e la qualità possibile della vita della persona.

Gli strumenti e le tecniche di direzione, in particolare della gestione per processi e della relativa analisi e controllo attraverso la gestione integrata delle attività, vanno pensati o riprogettati con questo obiettivo e rappresentano senz'altro la linea di lavoro più promettente. Inoltre le

---

<sup>2</sup> Bartocci L. (2002), Il budget come strumento di governo delle aziende sanitarie pubbliche: profili teorici ed operativi, in *Rivista di Ragioneria e di Economia Aziendale*, novembre e dicembre, n.11 e n. 12

metodologie comuni di lavoro nei settori critici dovrebbero essere oggetto di sistematici interventi di verifica interna ed esterna.<sup>3</sup>

La pianificazione è uno strumento di supporto alle decisioni strategiche. Per un suo buon funzionamento risulta determinante il comportamento dei dirigenti chiamati a prendere le decisioni. È sempre necessario coordinare le azioni svolte dai vari soggetti, azioni che possono essere molto diverse tra loro e che, pertanto, devono essere indirizzate nel modo ritenuto più opportuno dall'azienda.

In concreto, se mancano meccanismi atti a promuovere, da parte di tutti gli interessati, un attivo coinvolgimento nelle decisioni, sarà molto improbabile che l'organizzazione riesca ad andare verso gli obiettivi prefissati. Per evitare, quindi, comportamenti discordi e una dispersione di capacità organizzative, cioè impedire che ci si concentri su aspetti che non siano quelli stabiliti, è indispensabile che gli obiettivi assegnati siano compresi e fatti propri da ogni responsabile.<sup>4</sup>

È molto importante che ogni dirigente esegua con professionalità il lavoro di pianificazione, cioè predisponga piani che riflettano correttamente i problemi ed i bisogni specifici della propria area di intervento senza però perdere di vista l'ottica globale dell'azienda.

Per passare dalla pianificazione alla programmazione e il controllo è estremamente rilevante disporre di un sistema informativo ben articolato da cui trarre indicazioni attendibili su ciò che, nel lungo andare, potrà accadere sia all'interno che all'esterno dell'azienda, poiché solo con queste premesse si può arrivare a programmare le scelte e a misurare preventivamente i risultati auspicati. Perciò per un migliore utilizzo delle risorse occorre che *pianificare, programmare e controllare* siano processi tra loro collegati, coordinati e coerenti.

L'intero processo di programmazione e controllo (Figura 1) deve essere impostato in modo da coinvolgere il contesto organizzativo nel suo insieme e quindi: il sistema di valutazione delle prestazioni, il sistema di pianificazione strategica, lo stile di leadership e la struttura organizzativa.

Nella programmazione, la formazione dei piani, cioè i vari progetti di funzione che devono poi confluire nel piano globale, deve essere in linea con gli obiettivi formulati a livello di pianificazione. Il piano viene compilato per concretizzare le scelte fatte in sede di pianificazione, in modo da evitare che queste rimangano semplici aspettative senza alcuna possibilità di risposta e, di conseguenza, senza alcun effetto sulla gestione.

Indispensabile è individuare le risorse necessarie per realizzare gli obiettivi indicati dalla pianificazione, evidenziando altresì quei caratteri che possono condizionare la formazione del piano. Questo deve essere espresso in termini quantitativi, nei limiti di ciò che sia consentito; si deve riferire a un periodo stabilito, che può essere annuale ma anche infrannuale; deve essere

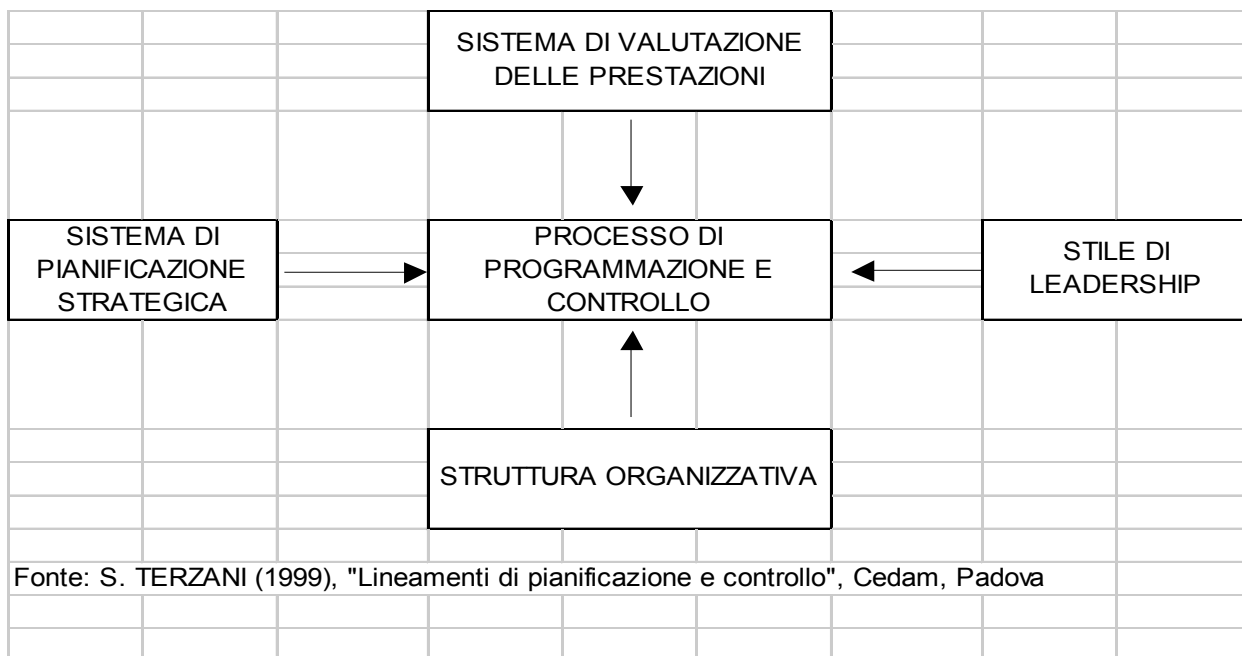
---

<sup>3</sup> Falcitelli N., Trabucchi M., Vanara F. (2000), *Rapporto Sanità 2000: l'ospedale del futuro*, Il Mulino, Bologna

<sup>4</sup> Terzani S. (1999), *Lineamenti di pianificazione e controllo*, Cedam, Padova

suddiviso in settori di attività ed infine esposto in forma di bilancio preventivo in modo da segnalare, in base agli obiettivi, quali potranno essere certi risultati.

**Figura 1: Coerenza tra le componenti del quadro organizzativo**



Il modello di pianificazione e di programmazione previsto dal d.lgs 229 del 1999 e modifiche successive è a cascata, ovvero discende dall'alto, ma al tempo stesso cerca di garantire la partecipazione dei diversi attori del sistema. La pianificazione in ambito sanitario prende avvio a livello statale con la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale, redatto dopo aver sentito il parere delle Regioni e successivamente all'intesa con la Conferenza unificata rappresentativa delle autonomie locali.

A livello regionale, in seguito al recepimento del PSN, la Regione delibera il proprio Piano strategico (Piano Sanitario Regionale - PSR), che ha sempre valenza triennale e stabilisce gli interventi per obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione di riferimento.

Infine, a livello locale, il PSR viene attuato dalle singole aziende sanitarie presenti sul territorio attraverso il Piano Attuativo Locale, il Piano Attuativo metropolitano (dove previsto) e il Piano delle Attività Territoriali.

Il **Piano attuativo locale (PAL)** rappresenta lo strumento di programmazione a livello di unità sanitaria locale. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale. Il PAL, partendo dagli effettivi e specifici bisogni di salute della popolazione, sulla base della rilevazione ed analisi dello stato, consistenza dei servizi e delle prestazioni, dovrebbe individuare le criticità del sistema, le priorità, gli interventi e le azioni da

porre in essere affinché la risposta in termini di servizi e prestazioni sia coerente e commisurata in termini qualitativi e quantitativi all'effettiva domanda, rapportata alle risorse disponibili.

A livello di aree metropolitane è previsto il **Piano attuativo metropolitano (PAM)**. Per tali aree, le regioni sono tenute a definire i criteri e le modalità, anche operative, finalizzate al coordinamento delle strutture dove esistenti, prevedendo l'eventuale istituzione di appositi organismi. Sia il PAL che il PAM impegnano nella loro elaborazione le aziende ospedaliere. Nelle verifiche sull'attuazione dei piani predetti è coinvolta la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale.

A livello di distretto, infine, è previsto il **Programma delle attività territoriali (PAT)**, il quale è approvato dal direttore generale, tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale, su proposta del direttore di distretto, previo parere del comitato dei sindaci di distretto. Per le attività sociosanitarie è richiesto il parere del succitato comitato. Il PAT, basato sull'intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative, prevede la localizzazione dei servizi e dei presidi di competenza e determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria nonché il concorso rispettivamente dell'azienda usl e dei comuni.<sup>5</sup>

Oltre ai documenti sopra citati, fondamentali per l'attività ed i servizi sanitari, è importante ricordare altri due strumenti di programmazione necessari all'attività sociale e socio-sanitaria: i Piani Sociali di Zona ed i Piani per la Salute (PPS). I primi nascono all'interno delle aree sociali per coglierne le specificità ed i bisogni emergenti, mentre i secondi si possono concepire come un processo di pianificazione, programmazione e controllo, nella sfera socio-sanitaria.

I PPS si vanno a collocare in posizione integrativa di due documenti di programmazione sociale e sanitaria, rispettivamente i piani sociali di zona (PSZ) e i piani delle attività territoriali (PAT), riconoscendo la presenza di bisogni di salute non risolvibili da interventi settoriali e individuali ma che richiedono la partecipazione di una pluralità di istituzioni e attori della società civile.

Il Piano per la Salute è definito dalla Regione Emilia Romagna come *“un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria”* (PSR 1999-2001).

Il Piano ha una durata triennale e viene elaborato, coerentemente agli indirizzi e alle strategie definiti dalle politiche di salute, sulla base delle condizioni demografiche, epidemiologiche, socioeconomiche locali e identifica obiettivi di salute da raggiungere in uno specifico ambito

---

<sup>5</sup> Claudi M.C. (2000), *La programmazione sanitaria nell'evoluzione del sistema informativo*, Mondo Sanitario, n.3

territoriale. È bene precisare che l'ambito territoriale di un Piano non coincide necessariamente con un confine amministrativo (comunale o provinciale), infatti può interessare un'area geografica che sconfinava su più amministrazioni, ma qualificato da uno specifico problema di salute.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 fa esplicito riferimento ai PPS in quanto considera quegli obiettivi di salute che possono essere perseguiti solo attraverso interventi intersettoriali, in collaborazione con tutti i livelli istituzionali e con i cittadini. L'obiettivo ultimo è di affrontare questi problemi nel loro adeguato livello di complessità, riconoscendo il ruolo essenziale della collaborazione con tutti i soggetti interessati, interni ed esterni al sistema sanitario.

I principi sottesi al "Patto per la salute" con il suo corollario di nuovi strumenti e nuove forme di governance, sono stati recepiti dalla Regione Emilia Romagna nel Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Tutti i portatori di interessi, gli operatori sanitari, gli enti locali, la regione, il terzo settore e le associazioni della società civile sono chiamati a fornire il proprio contributo all'interno dei *policy network* dei Piani per la Salute.

Il ruolo dei comuni è previsto nella programmazione sanitaria locale e nel processo di integrazione tra prestazioni sociali ad alta rilevanza sanitaria, e prestazioni sanitarie ad alta valenza sociale (art. 3-septies D.Lgs 229/99). Gli enti locali sono uno dei principali protagonisti nei processi di costituzione dei PPS, sia sotto il profilo dell'istituzionalizzazione dei sistemi di valori che informano questi nuovi strumenti di programmazione, sia nella determinazione dei quadri di riferimento delle azioni integrate volte alla produzione di politiche locali per la salute. La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), della quale fanno parte i Sindaci dei comuni compresi nel territorio di competenza della AUSL, il Presidente della provincia, il Rettore dell'università eventualmente presente nel territorio di pertinenza, rappresenta uno dei principali strumenti istituzionali con cui si procede alla realizzazione dell'intersettorialità delle politiche per la salute. La CTSS è il luogo istituzionale in cui si realizza l'integrazione tra Enti Locali, Aziende Sanitarie, altre istituzioni, privato sociale etc., e alla luce della recente L.R. 29/2004 assume un importante ruolo di governance e di indirizzo del complessivo sistema locale di servizi e interventi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Per concorrere efficacemente al processo di selezione dei rischi da affrontare prioritariamente e di scelta delle azioni da intraprendere per rimuoverli o controllarli, le Aziende Sanitarie devono realizzare specifiche analisi epidemiologiche finalizzate alla sanità pubblica e di valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche.

Le funzioni di analisi epidemiologica, di valutazione degli interventi di informazione e comunicazione del rischio hanno una valenza strategica per le aziende sanitarie e rappresentano quindi compiti di responsabilità propri della direzione aziendale. Analogamente, i relativi piani di



intervento devono rappresentare parte integrante dei programmi di attività di tutti i servizi, a tutti i livelli di assistenza.

Per la loro funzione istituzionale, le aziende sanitarie hanno la responsabilità primaria di coordinare gli interventi dei propri servizi e di integrarli con i programmi attivati dai Comuni, sviluppando anche appropriate forme di collaborazione con le organizzazioni della comunità sociale, in cui l'attenzione e la capacità di iniziativa e di innovazione dei soggetti interessati consentono di verificare la fattibilità di interventi risolutivi. Inoltre dove le sinergie di intervento derivanti dai rapporti di collaborazione prospettano risultati migliori, servizi di maggiore qualità o un più efficiente uso delle risorse rispetto ad un intervento dei soli servizi sanitari. Quindi le proposte di istituzione dei PPS dovranno essere indirizzate a due obiettivi strategici principali: da un lato identificare e affrontare i problemi collettivi di salute della popolazione di una determinata area territoriale; dall'altro sviluppare la capacità di risposta, l'efficacia e l'efficienza dei servizi mediante la concertazione degli interventi prodotti a partire dai diversi punti di attacco quali lo sviluppo di forme di partnership; la creazione di sinergie tra le attività espresse dai diversi attori; l'attribuzione delle responsabilità di coordinamento e supervisione al soggetto capace di esprimere innovazione e forza trainante.

La presenza dei documenti di pianificazione e programmazione in ambito sanitario, sociale e socio-sanitario descritti non risolve completamente il problema di allocazione razionale delle risorse. Infatti, si conferma la consuetudine di non far seguire al momento preventivo quello del controllo sui risultati. È già stato riscontrato come il momento preventivo risulta essere quello prevalente nella gestione della pubblica amministrazione, limitando in tale modo la possibilità di introdurre dei paradigmi razionali nella programmazione ed il controllo della gestione (Borgonovi, 1996).

### **3. Metodologia**

Nella sezione precedente è stato descritto l'articolato sistema di pianificazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria con i collegati strumenti operativi. Alla luce di quanto osservato, la *research question* del presente elaborato può essere ricondotta alla seguente: *secondo quali modalità operative è possibile progettare ed introdurre un sistema di controllo per tali processi pianificatori?*

In particolare, il lavoro concentra la sua attenzione ai PPS che, a seguito della loro recente introduzione rappresentano un ambito sperimentale funzionale all'applicazione come metodologia di analisi del case study (successivamente CS). Il CS ha ricevuto nel corso degli ultimi anni un crescente livello di interesse da parte degli studi economico-aziendali, non solo come strumento di

supporto alla didattica (Salvemini, 1979; Bonoma, 1985; Pellicelli, 1987), ma anche e soprattutto per condurre attività di ricerca (Costa, 1998; Grandori, 1996).

Yin (1994) suggerisce l'utilizzo del caso studio in tutte quelle situazioni in cui la netta separazione tra le variabili del fenomeno studiato ed il contesto ambientale di riferimento non è realizzabile. In tali condizioni, il caso studio ha la possibilità di dare contenuto a domande di ricerca sul «come» e sul «perché». È evidente come il caso studio sia in grado di approfondire la comprensione di un oggetto di analisi, e non solo di evidenziare i rapporti causali (Merriam, 1988; Scapens, 1990).

Il presente CS è di tipo descrittivo (Bartolini, 1996), ovvero a-teorico nel senso che formalmente non si cerca di falsificare o corroborare una teoria precostituita, ma semplicemente quello di descrivere la realtà, attraverso l'analisi documentale e le interviste. Questo è considerato utile in particolare nel caso di fenomeni nuovi per i quali studi e ricerche tendono a essere assenti.

Il caso studio indagato è rappresentato dai Piani per la Salute della provincia di Ferrara, dove i ricercatori hanno svolto l'attività dal 2001 al 2005, seguendo tutto il percorso di progettazione e messa in opera degli stessi. I metodi utilizzati sono riconducibili all'osservazione diretta, la raccolta documentale, le interviste ed i colloqui informali realizzati nel corso del periodo di riferimento.

La metodologia utilizzata, inoltre, si caratterizza per un ruolo partecipativo dei ricercatori, in questo senso può essere ricondotta genericamente agli approcci qualitativi di ricerca. Più nello specifico ci si può rifare ai concetti di *critical action research and learning* (Pedlar, 1998) e di osservazione partecipante (McNeill, 1990; Easterby-Smith, et. al, 1993); ovvero una situazione nella quale il ricercatore studia una realtà di cui esso stesso fa parte (Corbetta, 2003: 18). Come descritto nelle sezioni precedenti, il fenomeno studiato (i PPS) risulta essere ancora poco indagato, soprattutto da un punto di vista economico-aziendale, sì da renderlo ideale per l'applicazione della metodologia descritta (Jorgensen, 1989: 12).

#### **4. La programmazione di tipo bottom up: l'esperienza dei Piani per la Salute nella provincia di Ferrara**

L'architettura complessiva del servizio sanitario, derivante dalle riforme avvenute a partire dagli anni '90, permette di individuare nelle Aziende Usl e nelle Aziende Ospedaliere le unità organizzative e amministrative fondamentali nella gestione dell'assistenza sanitaria pubblica. La

singola azienda sanitaria persegue i propri obiettivi e i propri equilibri, anche economici, pur nel rispetto di alcuni vincoli imposti dalle finalità comuni di tutela della salute.<sup>6</sup>

Il territorio ferrarese, oltre ad alcune strutture private, è occupato dall'Arcispedale S. Anna e dall'Azienda USL. L'A.O. Universitaria S. Anna è una struttura ospedaliera ad alta specializzazione in grado di offrire ai cittadini un'ampia gamma di servizi diagnostici, terapeutici e riabilitativi. Sotto il profilo organizzativo il S. Anna è suddiviso in dieci Dipartimenti sanitari "misti", metà dei quali sono sotto la direzione universitaria, e tre Dipartimenti amministrativi. Per quanto riguarda i dipartimenti che operano nella sfera sanitaria, si parla di "misti" per il semplice fatto che svolgono attività assistenziale ma anche didattica e di ricerca.

Per quanto concerne l'Azienda Usl di Ferrara, conformemente da quanto previsto nei decreti legislativi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale avvenuto negli anni novanta, essa copre tutto il territorio della provincia e si articola in distretti e dipartimenti. Il Presidio Ospedaliero comprende sei ospedali che offrono prestazioni di pronto soccorso, di cura e di riabilitazione che non possono essere erogate tramite i distretti territoriali. Negli ultimi anni ci sono stati numerosi cambiamenti innovativi: l'apertura del nuovo ospedale del Delta, che è stato totalmente accreditato dalla Regione Emilia Romagna; la trasformazione dell'ospedale di Copparo in struttura della Medicina di Comunità e la trasformazione in RSA (Residenza Sanitarie Assistenziale) degli ex ospedali di Portomaggiore e Codigoro. I Distretti sono stati introdotti con la riforma del 1978, ed hanno la missione di governare la domanda di salute di una popolazione di riferimento assicurando i servizi di assistenza primaria relativi alle suddette attività sanitarie e socio-sanitarie. Il Distretto ha una propria autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e le risorse sono assegnate in base agli obiettivi di salute stabiliti e dei conseguenti piani di azione. La provincia ferrarese è suddivisa in tre distretti: Distretto Centro Nord (comprendente i comuni di Ferrara, Masi Torello, Voghiera, Copparo, Formignana, Tresigallo, Ro, Jolanda di Savoia, Berra); Distretto Sud Est (Comuni di Argenta, Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Massafiscaglia, Mesola, Migliarino, Migliaro, Ostellato, Portomaggiore e Voghiera); Distretto Ovest (Comuni di Cento, Bondeno, Mirabello, Sant'Agostino).

Il Piano Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna individua nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) il soggetto istituzionale a cui sono poste in capo importanti responsabilità nell'ambito delle politiche socio-sanitarie del territorio di competenza. L'Emilia Romagna ha stabilito che gli enti locali, attraverso la CTSS, di concerto con le aziende sanitarie, con la collaborazione delle organizzazioni della comunità sociale, e in coerenza con gli indirizzi regionali, intervengono nell'elaborazione e realizzazione dei Piani per la Salute nonché

---

<sup>6</sup> Anessi Pessina E., Zavattaro F.(1994), Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel Servizio Sanitario Nazionale, in *Mecosan*, n.10, pag. 8

nell'identificazione delle Zone di Azione della Salute<sup>7</sup>. Gli altri attori, istituzionali e non, che il PSR individua quali possibili partner nell'elaborazione di un PPS possono essere raggruppati in quattro fattispecie: aziende pubbliche, imprese, associazionismo, cooperazione e volontariato, soggetti a rilevanza sociale.

Il Piano per la Salute assume tutte le funzioni e le caratteristiche di una traduzione concreta della principale funzione di programmazione sanitaria demandata a livello decentrato alle autorità locali, in prima linea i comuni, assicurando così che la programmazione strategica sia indirizzata lungo una direttrice che muova le prospettive locali, le conoscenze e competenze apportate da tutti gli attori.

È attraverso la programmazione negoziata che vengono identificate le strategie del Piano per la Salute. Essa presuppone modalità di partecipazione che consentano la collaborazione paritaria di tutti gli attori sociali ed istituzionali che partecipano all'elaborazione e che stimolano un coinvolgimento “concreto” di chi attualmente resta in una posizione di passività. Sono cinque le fasi del processo di programmazione<sup>8</sup>:

- 1) ricognizione/rilevazione dei bisogni e problemi: la comunità propone i problemi di salute più rilevanti. I luoghi di ascolto possono essere di due tipi: istituzionali (come i consigli comunali aperti) e non istituzionali (forum aperti, gruppi di progetto, etc.);
- 2) selezione delle priorità: consiste nell'individuazione delle linee di indirizzo e gli ambiti di intervento prioritari, in base a criteri condivisi con la comunità che ha espresso i problemi. In questa fase, i soggetti istituzionali saranno affiancati da tecnici, epidemiologi, ma anche da comitati consultivi, giurie di cittadini, e quanti possono contribuire efficacemente al lavoro di selezione delle priorità;
- 3) elaborazione dei PPS: il Piano prende forma attraverso la definizione degli obiettivi e delle azioni ad essi coerenti;
- 4) attuazione dei PPS: Tutti i soggetti coinvolti sono chiamati a fare la loro parte per rendere concrete le azioni nei diversi ambiti; la sfera dei servizi o le realtà produttive, l'informazione e la formazione, la tutela dell'ambiente e la promozione di attività assistenziali, ecc.;

---

<sup>7</sup> “Le Zone di Azione per la Salute (ZAS) sono ambiti territoriali definiti non in base ai confini amministrativi ma alla distribuzione di un problema di salute rilevante e alla rete di relazioni istituite fra soggetti pubblici (Comuni e loro articolazioni gestionali, Province, Aziende sanitarie, Consorzi, Comunità Montane, Agenzie, etc.) e privati (Associazioni di volontariato, Organizzazioni sindacali e rappresentanze delle Città Sane, etc.) a cui è riconosciuta la capacità e che riconoscono sé stessi capaci di poter contribuire alla promozione e alla conservazione della salute della popolazione a fronte di un problema riconosciuto e condiviso.”

[http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area\\_pps/protagonisti\\_pps.html#La%20Conferenza](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/protagonisti_pps.html#La%20Conferenza)

<sup>8</sup> [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area\\_pps/fasi\\_pps.html](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/fasi_pps.html)

- 5) monitoraggio e valutazione del raggiungimento degli obiettivi: è il momento della verifica dell'effettivo svolgimento del Piano, dei suoi risultati, la valutazione dell'efficacia delle azioni previste e l'apporto di eventuali correttivi che dovessero rendersi opportuni.

La **prima fase**, che da avvio al processo di pianificazione, prevede un'azione di ricognizione e di rilevazione dei bisogni e dei problemi di salute. La base di partenza è rappresentata da un'analisi demografica, epidemiologica e socio-economica del territorio con particolare riguardo alle condizioni di salute della popolazione. Non è un caso che uno dei tre gruppi tecnici di sostegno allo sviluppo dei Piani per la Salute previsti dall'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) si occupi della metodologia di elaborazione dei profili di salute. La relazione sui problemi e i bisogni di salute della collettività è divisa in due sezioni: la prima attiene alla raccolta di dati obiettivo, cioè tutti quei dati riportati nelle statistiche ufficiali sanitarie e non che offre un quadro quantitativo utile ai fini di un corretto inquadramento delle condizioni di salute della comunità; la seconda riguarda elementi di natura soggettiva, ovvero alla ricognizione dei problemi così come vengono percepiti e costruiti nella cultura della popolazione locale. Tutta la fase di ricognizione e rilevazione, per la quale è prevista un'intensa partecipazione della comunità locale al fine di poter individuare problemi e bisogni che siano percepiti come rilevanti e condivisi dalla cittadinanza, si conclude con l'elaborazione del profilo di salute<sup>9</sup>, cioè un documento che fornisce un quadro generale del livello di benessere della collettività emerso dall'analisi di una varietà di aree tematiche.

Una volta elaborato ed approvato il profilo di salute si passa alla **seconda fase** che si concretizza con la selezione delle priorità. Si procede ad un'analisi critica e partecipata delle problematiche di salute precedentemente evidenziate, con l'obiettivo di individuare alcune aree prioritarie di intervento, ovvero aree che si configurano come elementi di vera e propria criticità per lo stato di benessere della comunità e che pertanto necessitano di interventi non ulteriormente rinviabili. La fase è delicata per il fatto che dalla scelta delle priorità deriveranno le azioni future ritenute le più appropriate per risolvere o affrontare adeguatamente i problemi individuati. Lo stadio di selezione degli ambiti prioritari di intervento presenta un'alta valenza politica e potenzialmente competitiva date le risorse disponibili sia in termini di attenzione pubblica che di azioni future da sviluppare. Anche questa seconda fase prevede la partecipazione dei cittadini, singoli od associati, i quali influenzano il processo decisionale.

La **terza fase** del processo di pianificazione riguarda la formulazione del Piano per la Salute, vale a dire quel momento in cui il piano prende concretamente forma esplicitando chiaramente

---

<sup>9</sup> Per ulteriori approfondimenti sul il profilo di salute della provincia di Ferrara cfr. [http://www.ausl.fe.it/piani\\_per\\_la\\_salute/new/ricerche\\_pubblicate/salute\\_e\\_societa\\_in\\_provincia/salute\\_e\\_societa\\_Ferrara.pdf](http://www.ausl.fe.it/piani_per_la_salute/new/ricerche_pubblicate/salute_e_societa_in_provincia/salute_e_societa_Ferrara.pdf)

obiettivi e indicatori. Questa viene affidata ad un gruppo di lavoro sulla scorta delle linee di indirizzo emerse nelle fasi precedenti; ciò che va sottolineato, è che il gruppo di lavoro non è composto solo da tecnici, ma prevede come necessaria la partecipazione attiva di una rappresentanza dei decisori politici, al fine di mantenerli in qualche modo vincolati a tutte le fasi di costruzione del progetto e di evitare così il rischio di fenomeni di deresponsabilizzazione che caratterizzano spesso le fasi attuative di qualsiasi pianificazione.

L'elaborazione del Piano per la Salute è seguita dalla sua fase realizzativa, che costituisce la **quarta fase** e rappresenta il momento operativo vero e proprio nel quale tutte le proposte inserite all'interno del PPS vengono articolate in una serie di Accordi Attuativi fra le diverse istanze politico-sociali e aziendali interessate. Questi accordi si concretizzano in documenti recanti la descrizione dei soggetti facenti parte della rete, le rispettive responsabilità, i compiti spettanti ad ognuno e le risorse (non necessariamente economiche) che ciascuno è chiamato a fornire. Essi rappresentano un momento significativo del processo perché la loro sottoscrizione costituisce un chiaro atto di assunzione di responsabilità di fronte alla collettività da parte dei firmatari. La stipula dei documenti attuativi rappresenta, dunque, l'atto con cui si sigilla il Patto Locale di Solidarietà per la salute il che avviene, solitamente, in una cornice istituzionale che conferisce solennità al patto stesso.

L'ultima **fase, la quinta**, consiste nel monitoraggio e nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Questa fase è ritenuta dalla Regione requisito essenziale ai fini di una verifica in itinere ed ex-post del grado di raggiungimento degli obiettivi predeterminati e consente, comunque, delle retroazioni in grado di adattare e raggiungere sia le attività programmate che gli obiettivi prefissati in funzione di nuove esigenze e situazioni verificatesi nel tempo.<sup>10</sup>

Questo conferisce a tutto il processo un indispensabile carattere di circolarità con la possibilità di tornare su decisioni e atti adottati in precedenza che necessitano di correzioni. Anche in questa fase si prevede la partecipazione attiva dei diversi agenti coinvolti in tutto il processo, poiché sia gli indicatori di processo che quelli di esito che si intendono impiegare debbono essere condivisi. La valutazione partecipata è un indispensabile strumento di apprendimento che consente non solo di migliorare e adattare i diversi corsi d'azione previsti nel processo di pianificazione, ma anche di arricchire il processo di identificazione degli attori al piano stesso, e più che chiudere un percorso ne apre degli altri. Nelle prossime sezioni sarà descritta la modalità di realizzazione dei PPS nella provincia di Ferrara con particolare attenzione al sistema di programmazione e controllo.

---

<sup>10</sup> Gruppo Regionale di lavoro "Piani per la Salute" per l'attuazione del PSR Emilia Romagna 1999-2001 (2001), "I Piani Per la Salute", in Lavoro e Salute, n. Gennaio-Febbraio

## 5. Il modello di programmazione e controllo dei risultati dei PPS: analisi del caso

Come premesso nella sezione precedente, una delle caratteristiche dei PPS è la previsione di un sistema di monitoraggio, in modo tale da verificare periodicamente e al termine del triennio il grado di raggiungimento degli obiettivi di salute.

La letteratura riguardante l'introduzione di sistemi di programmazione e controllo sottolineano l'attenzione da porre nei confronti di tre dimensioni<sup>11</sup>: l'organizzazione; il processo; gli strumenti. Al tempo stesso, si evidenzia la necessità di costruzione di un sistema "unico", nel quale pianificazione strategica, programmazione gestionale ed operativa siano strettamente collegate e creino un coerente costruito (Figura 2). Il sistema delle decisioni e delle operazioni assume tante dimensioni quante sono le aziende coinvolte nelle diverse fasi di progettazione e realizzazione dei PPS.

Come si evince dalla figura 2 la struttura pianificatoria è suddivisa in due livelli: i cosiddetti *Structure Plans* e i *Development Plans*<sup>12</sup>. I primi sono *piani di indirizzo* che delineano i grandi temi e i grandi obiettivi del Piano in una prospettiva di medio-lungo periodo. I Piani Strategici nel caso dei Piani per la Salute sono rappresentati dalle "Priorità di Salute" stabilite in sede di Conferenza Territoriale Socio Sanitaria. Il termine "strategico", prescelto per qualificare questa famiglia di piani, vuole segnalare l'attenzione prioritaria dedicata a problemi di salute di rilevanza cruciale per i quali è necessario un orizzonte temporale di lungo periodo per il loro sviluppo.

Nell'ambito della pianificazione, mentre l'azienda privata formula i suoi obiettivi strategici e costruisce il suo portafoglio di attività alla luce di profittabilità economica, l'organizzazione pubblica è chiamata a definire le sue scelte in base a criteri più ampi, che puntano al consenso di tutti gli attori della collettività e del suo territorio. Infatti, sebbene le aziende tutte siano accomunate del medesimo finalismo, l'equilibrio economico, i soggetti economici possono perseguire interessi di diversa natura, particolari, personali o pubblici (Giannessi, 1961; Farneti, 1995).

Alla diversità tra criteri con cui amministrazioni pubbliche e aziende private determinano gli obiettivi strategici, tuttavia, non corrisponde un'analogia differenziazione nell'approccio ai processi e agli strumenti per orientarsi alla soddisfazione dei bisogni: entrambe sono chiamate a formulare obiettivi complessi, che possono risultare raggiungibili solo se formulati sulla base di un'attenta

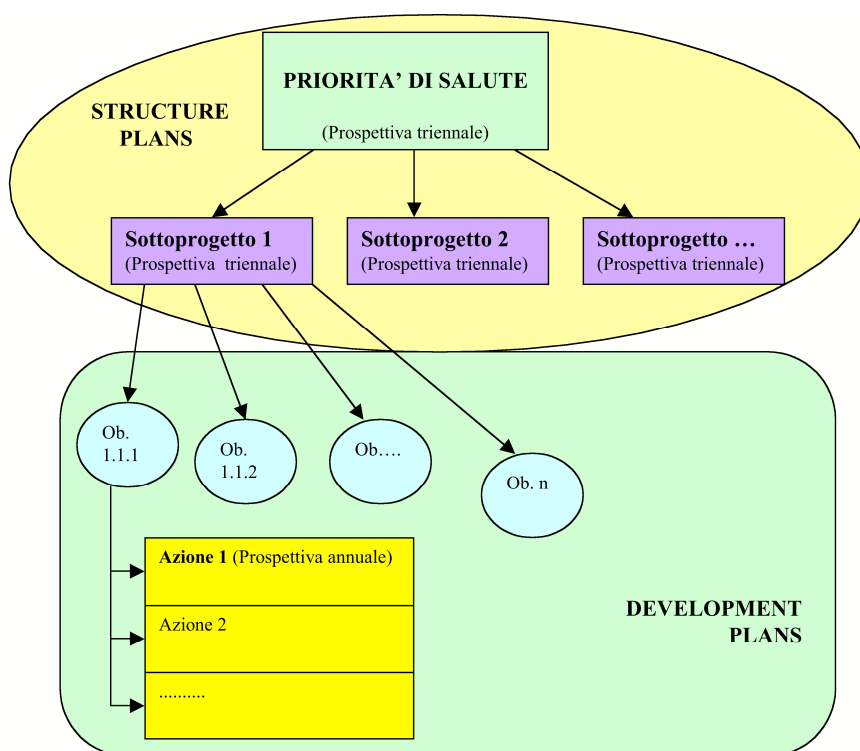
---

<sup>11</sup> Cfr. Brunetti G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Angeli, Milano; Caramiello C. (1988), *Programmi e piani aziendali* Milano, Ipsoa Informatica. Farneti G. (a cura di) (1992), *Il controllo economico nell'ente locale*, Maggioli, Rimini. Bergamin Barbato M. (1991), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*. Utet, Torino.

<sup>12</sup> Curti F., Gibelli M.C. (1999), "Pianificazione strategica e gestione dello sviluppo urbano", Alinea, Firenze

analisi dello scenario di riferimento, e che devono essere raggiunti con efficacia ed efficienza.<sup>13</sup> È importante sottolineare come nel triennio di riferimento del Piano per la Salute, i Piani Strategici (le Priorità di salute e i relativi Sottoprogetti), non possono essere modificati, ma si realizza una verifica dell'efficacia degli interventi a fine triennio, essendo obiettivi difficilmente raggiungibili nel breve periodo.

**Figura 2: Struttura di pianificazione integrata dei PPS**



Per quanto riguarda i *development plans* sono programmi che vengono posti in essere per attuare i piani strategici pluriennali, ed hanno una prospettiva temporale di breve-medio periodo. I programmi, come si può notare nella figura 2, sono distinti in “obiettivi” ed “azioni”. Gli obiettivi propriamente detti, possono avere una valenza temporale annuale, biennale o triennale e vengono discussi e approvati all'interno dei Team di Progetto di ogni singola Priorità di salute, invece le azioni che devono essere attuate al fine di raggiungere l'obiettivo di riferimento, hanno un riferimento temporale annuale. Mentre le strategie non si possono modificare in itinere, per quanto concerne gli obiettivi e le azioni, essi possono essere modificati, cancellati, nel caso in cui diventino inattuabili e si riscontrino problemi esterni alla volontà dei singoli responsabili, ed ovviamente possono essere riproposti per la programmazione successiva.

<sup>13</sup> <http://www.comunecampagnano.it/comunicazione/ebook/4.1.4.pdf>



Un siffatto sistema richiede adeguati strumenti informativi contabili ed extracontabili in grado di raccogliere, elaborare e distribuire le informazioni utili per le decisioni, siano esse strategiche od operative.

Il sistema informativo, in questo caso, dovrebbe operare su più livelli, in particolare:

- a) a livello di strategie, attraverso rilevazioni sistematiche riguardanti: le caratteristiche delle dinamiche socio-economiche dell'ambiente di riferimento; il livello dell'offerta; il livello della domanda; il livello delle risorse disponibili (non solo finanziarie);
- b) a livello di gestione, attraverso la rilevazione dei risultati conseguiti in termini di outcome<sup>14</sup>; efficacia qualitativa e quantitativa; efficienza;

#### *5.1.1. La dimensione organizzativa dei PPS*

I PPS fanno capo alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, la Azienda USL funge da supporto metodologico, coordinamento e da tramite per il finanziamento regionale della progettualità.

Pertanto, ogni realtà territoriale ha provveduto all'ideazione di una struttura ad-hoc che gestisse le fasi principali per la progettazione e realizzazione dei PPS. Nella realtà della provincia di Ferrara, sono stati individuati i seguenti centri di responsabilità:

- l'Unità Operativa Piani per la Salute in qualità di organo di Staff della Direzione Generale con il compito di coordinamento della progettazione, gestione e monitoraggio dei PPS;
- il "Pool Epidemiologico", costituito da diversi profili professionali (epidemiologici, economisti, statistici, medici, tecnici amministrativi...) appartenenti a diverse aziende (ASL, A.O., Comune, Provincia...) responsabile del sistema di monitoraggio della realizzazione dei PPS;
- il Nucleo competente, costituito da persone individuate nell'Azienda USL (Nucleo Competente aziendale) e nell'ambito delle amministrazioni locali della Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria (Nucleo Competente territoriale) il quale:
  - esprime competenze di progettazione, di epidemiologia, di comunicazione del rischio, di conoscenza della realtà territoriale e dei servizi sanitari e sociali;

---

<sup>14</sup> L'outcome può essere definito l'effetto sull'ambiente esterno o sui comportamenti di gruppi o singoli prodotto da un'azione. Si tratta di un indicatore di efficacia, ma legato ad un livello strategico di medio/lungo periodo.

- propone le modalità organizzative e il percorso operativo, elabora il Profilo di Salute e concorre alla sua lettura critica ed integrazione valorizzando i contributi conoscitivi provenienti dalle diverse aree rappresentate nel Forum;
- l'Esecutivo della CTSS, Rappresenta lo strumento con il quale la Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria esercita la principale funzione decisionale. E' infatti in questo ambito che si sono individuate le priorità di salute, gli obiettivi coerenti con le priorità e le azioni necessarie per perseguirli, favorendo e rafforzando le alleanze;
- il Forum, che raffigura il nucleo centrale della consultazione e della partecipazione alle scelte di salute. E' il contesto in cui si elaborano riflessioni, confronti, proposte di programmi, articolati in priorità, obiettivi e azioni. E' l'interlocutore privilegiato dell'Esecutivo. La partecipazione al Forum è aperta a tutti i portatori di interesse: tecnici, politici, società civile;
- i Gruppi di Monitoraggio, ai quali partecipano tutti gli attori del territorio interessati a specifiche priorità di salute con il compito di evidenziare l'adeguatezza degli interventi rispetto a conosciuti o emergenti bisogni di salute;
- i Team di progetto, costituiti da tutti i responsabili di progetti presenti nei PPS. I TdP sono cinque, corrispondenti alle Priorità di Salute individuate dalla CTSS, e rappresentano i Centri di Responsabilità dei PPS ai quali sono collegati gli obiettivi che devono essere raggiunti nell'arco temporale di riferimento, che saranno oggetto di valutazione in itinere ed ex post.

La struttura organizzativa interistituzionale così costituita permette di attribuire specifiche funzioni e responsabilità a ciascuno degli attori coinvolti. In modo particolare, è stato individuato un responsabile a capo della progettualità afferente ai ciascuna priorità di salute.

### 5.1.2 Il processo

Il processo può essere definito come un insieme di attività che, utilizzando input di varia natura, produce un output che ha un valore per il "cliente". L'efficienza di un processo non deriva soltanto dall'efficienza delle singole attività ma anche dal coordinamento che esiste tra loro. Le condizioni necessarie affinché il processo sia efficiente sono: definire l'output e definire i destinatari del processo.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Bonti M.C. (2000), *Dal sistema burocratico alla cultura della qualità nelle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano

Al pari di un qualsiasi altro sistema di programmazione e controllo, i PPS possono essere analizzati come un processo costituito da fasi ben definite e all'interno del quale i soggetti individuati nell'organizzazione svolgono il loro ruolo.

Il metodo non si discosta da quanto previsto dalla letteratura aziendale, e trova come suo punto di partenza la pianificazione strategica che, nel caso specifico dei PPS, si sostanzia nell'individuazione delle priorità di salute su cui intervenire. Il modello decisionale utilizzato nella provincia di Ferrara è di tipo Bottom-Up. Il processo "dal basso verso l'alto" diviene efficace se i temi in discussione rappresentano questioni rilevanti e cruciali per i portatori di interesse. L'individuazione delle priorità di salute vede un ruolo importante in sede iniziale da parte di tutti i portatori stessi riuniti all'interno del forum dei PPS. Le proposte elaborate in questa sede sono poi sottoposte all'analisi dell'Esecutivo dei PPS, prima di essere presentate per l'approvazione finale alla CTSS.

Questa fase è coadiuvata dal supporto tecnico di studi epidemiologici, condotti per competenza dalla Azienda USL, per la costruzione di un profilo di salute della Provincia di Ferrara. In questo modo, le proposte emergenti dall'attività del forum possono trovare anche una conferma epidemiologica tale da definirla priorità di salute a tutti gli effetti.

Per il triennio 2003-2005, il Forum dei Piani per la Salute è stato suddiviso in sette Gruppi di Programma, uno per ogni area tematica, costituiti dalle rappresentanze istituzionali e civiche, che sono stati la principale espressione della partecipazione intersettoriale. Questi gruppi hanno elaborato proposte di obiettivi prioritari per sette aree tematiche. Ciò ha consentito ai soggetti decisori, che hanno composto un "Esecutivo per i Piani per la Salute"<sup>16</sup>, di cogliere una visione complessiva dei problemi di salute e di individuarne le priorità.

Le priorità (strategie) individuate, presentate dall'esecutivo dei PPS alla CTSS sono state le seguenti:

- **diritto alla domiciliarità delle cure**  
Prendersi cura di chi si prende cura – Area Anziani e Area Salute Mentale-;
- **sostegno ai genitori nella cura dei figli;**
- **prevenzione e assistenza dei tumori al polmone;**
- **prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti;**

---

<sup>16</sup> L'Esecutivo dei Piani per la Salute è il gruppo decisionale composto da 22 membri nominati nell'ambito della CTSS con mandato di tre anni, i quali sono Sindaci, come rappresentanza degli Enti Locali, dipendenti dell'A.O. S. Anna, dell'Azienda UsI di Ferrara, della scuola, delle associazioni di volontariato, i direttori di Distretto e il Referente per i PPS.

L'individuazione delle priorità di salute ha dato avvio al processo di programmazione triennale all'interno dei Team di Progetto, concepito secondo un'impostazione classica e caratterizzato dalle fasi di: individuazione degli obiettivi; gestione; misurazione; analisi degli scostamenti; valutazione. Il processo di programmazione e controllo dei PPS si caratterizza per talune specificità (Figura 3). L'analisi dei bisogni di salute conduce alla individuazione delle priorità di salute che trovano nei PPS la loro concretizzazione in progetti, programmi e azioni specifiche. La realizzazione dei PPS è sottoposta a verifica in itinere ed ex-post che permetta una valutazione sia sulle priorità di salute, sia sulle azioni individuali e sia sul sistema di misurazione e reporting stesso. Ogni fase del processo richiede l'esistenza di adeguati, in qualità e quantità, e tempestivi flussi informativi.

**Figura 3: Processo di programmazione triennale dei PPS**



### 5.1.3 Gli strumenti

Al fine di poter realizzare un sistema di progettazione e gestione di interventi interaziendali, i PPS si sono dotati di una serie di strumenti, dove la finalità principale è stata standardizzare i linguaggi, i processi e le procedure in un impianto che vedesse coinvolte diverse istituzioni.

Per quanto riguarda la standardizzazione di linguaggio, il coinvolgimento di soggetti provenienti da organizzazioni di diversa natura, non solo pubbliche (Provincia, Comuni, Università...), ma anche private come associazioni, cooperative, genera la necessità di uniformare i linguaggi in modo da avviare un processo cognitivo finalizzato alla produzione di conoscenze per l'agire comune e di una riflessione collettiva sull'azione. L'obiettivo nel governo e gestione dei PPS è stato quello di convogliare i processi cognitivi individuali al fine di giungere ad una condivisione degli attori-chiave. Questo si è realizzato sia nella fase strategica di scelta delle priorità, sia nella fase attuativa di programmazione delle attività, di esecuzione, di monitoraggio e di controllo.

La standardizzazione di processi e procedure, ha forse rappresentato, e rappresenta tuttora, il principale elemento critico nell'introduzione di un sistema di programmazione e controllo dei PPS. Infatti, standardizzare significa far dialogare i processi dei PPS con i processi di programmazione e controllo esistenti all'interno delle aziende coinvolte. A titolo di esempio, ciò significa che un progetto PPS in capo ad un dirigente-medico dell'A.O. non è detto che sia presente nella programmazione dell'A.O., oppure che può essere presente, ma utilizza strumenti e processi diversi, per la rilevazione e controllo.

In questo senso, si è proceduto, tramite incontri di coordinamento e riflessioni comuni, a verificare la possibilità di collegare la programmazione dei PPS con la programmazione dell'Azienda USL, l'Azienda Ospedaliera, i Comuni e gli altri soggetti coinvolti. Questa integrazione tra programmazioni di aziende diverse con i PPS ha permesso di creare sinergie, evitare duplicazioni e creare ulteriori appesantimenti nello svolgimento delle attività degli operatori.

Infine la standardizzazione di strumenti, ha coinvolto tutte le procedure utilizzate nelle diverse fasi. In sede di programmazione è stata predisposta una scheda progetto (Scheda 1) che ogni proponente era obbligato a redigere, uniformandosi alle esigenze ed i requisiti ritenuti necessari al fine di creare un efficace sistema che presenti: un responsabile generale del progetto; un responsabile per ciascuna azione individuata; i tempi di realizzazione; i soggetti coinvolti; gli indicatori di processo e di risultato; le risorse utilizzate e la fonte.

In questo modo, il progetto complessivo dei PPS è stato generato dall'aggregazione delle singole schede progetto che garantivano l'uniformità e rappresentano la base per l'avvio ed il completamento del sistema complessivo. L'insieme dei progetti all'interno delle priorità di salute ha permesso la costruzione di un "protocollo di monitoraggio e valutazione dei PPS" da parte del Pool Epidemiologico, costituito da un sistema di indicatori di processo, di risultato e di outcome o esito.

L'efficacia del sistema degli indicatori, oltre che per la coerenza tra variabile da controllare e indicatore stesso, risiedeva nella possibilità di disporre delle informazioni necessarie per la loro misurazione. A tal fine, il lavoro del pool epidemiologico e dei team di progetto ha permesso di:

- individuare la localizzazione dei flussi informativi e individuare un responsabile per la raccolta o il convogliare di tali flussi;
- individuare modalità alternative per la generazione dei flussi informativi non disponibili presso le diverse aziende coinvolte.

L'U.O. Piani per la Salute si è posta al centro di questi flussi informativi cercando di catalizzarli e farli confluire all'interno del sistema di monitoraggio.

## Scheda 1: Scheda progetto: estratto

<b>Progetto per la priorità di salute</b> <b>Diritto alla domiciliarità delle cure – Prendersi cura di chi si prende cura</b> <b>Responsabile: xxx</b>			
<b>2° sottoprogetto</b> Progetto sperimentale “Il Tempo del sollievo”			
<b>Obiettivo specifico</b>	Sostenere i caregiver dei soggetti anziani non autosufficienti, attraverso ricoveri di sollievo, presso strutture residenziali convenzionate nella provincia di Ferrara		
Responsabile	Responsabile del Servizio Sociale - Azienda USL		
Destinatari del progetto	Caregiver di familiari di anziani non autosufficienti		
Ambito territoriale	Ambito provinciale		
Azioni e tempi	2003	Individuazione delle strutture e quantificazione dei posti disponibili	Responsabile:  <i>Coordinatore Servizi Sociali</i>
	2004	Modifica delle attuali convenzioni con gli Enti gestori	
	2004	Elaborazione di un regolamento	
	2004	Predisposizione di un protocollo operativo	
	2004	Gestione integrata del regolamento	Centro Servizi alla Persona
	2005	Valutazione dell’esperienza e individuazione di azioni correttive e di supporto	Coordinatore Servizi Sociali
Attori	Azienda USL: Servizio Salute Anziani, Coordinamento Servizi Sociali; Servizi Sociali dei comuni Comune di Ferrara – Centro Servizi alla persona RSA e aree di Ferrara, Cento, Codigoro, Copparo, Portomaggiore		
Risultati finali attesi	Utilizzo dei letti di sollievo per almeno 250 persone/anno, per ricoveri di norma inferiori alle tre settimane		
Risultati intermedi	Liste d’attesa		
Risorse economiche	Da definire con gli Enti gestori in sede di convenzione		

Fonte: Azienda USL di Ferrara

## 6. La valutazione dei Piani per la Salute

La valutazione è un giudizio basato sulla raccolta e sull’interpretazione di informazioni e si configura come un processo di ricerca che aiuta il processo decisionale, fornendo informazioni opportune al decisore, riducendo la complessità decisionale e procurando indicazioni in merito alla scelta più adeguata ai fini del miglioramento dell’attività. La valutazione assume sempre più importanza con riferimento alla razionalizzazione della spesa ed al miglioramento della qualità dei servizi e viene ormai riconosciuta come uno strumento a cui non si può rinunciare in un sistema di governo moderno e di intervento pubblico in campo economico e sociale (Stiefel, 1997). La scarsità di risorse rimane una costante della Pubblica Amministrazione negli anni '90 ed è proprio in questi anni, caratterizzati da una forte contrazione dei mezzi monetari spendibili, da una crescente domanda di servizi e prestazioni migliori, da una maggiore consapevolezza del crescente bisogno di

controllo dei risultati sia all'interno che all'esterno della P.A., che la valutazione può conoscere la sua definitiva affermazione.<sup>17</sup>

La fase del monitoraggio e della valutazione è quel momento in cui viene compiuto un accertamento, sia in itinere che al termine del processo, del grado di congruità delle attività programmate, attuate e di raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il processo connesso con questa fase permette anche di adattare e sistemare sia le attività programmate che gli obiettivi prefissati in funzione di nuove esigenze e situazioni verificatesi nel tempo. Dal momento che la valutazione, come anche il controllo dei risultati, è fortemente legata al processo di assunzione delle decisioni di breve, medio e lungo periodo, ne risulta che la stessa può rivelarsi fonte di apprendimento organizzativo solo se si ha una sua completa e condivisa istituzionalizzazione<sup>18</sup>. Quindi è necessario che a livello politico e dirigenziale sia diffusa la consapevolezza che l'attività di controllare i risultati prodotti dalla realizzazione dei programmi è fondamentale per garantire una più efficace ed efficiente gestione ed allocazione delle risorse pubbliche. Inoltre la valutazione deve essere prodotta per essere utile alla presa di decisioni, infatti come sostiene Sonnichsen "se i valutatori non producono i propri risultati quando il management ne ha bisogno, la valutazione può non avere nessuna conseguenza. Una valutazione metodologicamente fondata ha poco valore se la decisione è già stata presa".<sup>19</sup>

Il processo valutativo deve svolgersi in modo indipendente, neutrale e professionale, ma allo stesso tempo deve tener presente il contesto aziendale nel quale i programmi sono pensati, finanziati e gestiti, quindi deve essere parte integrante con il processo di programmazione, gestione e controllo dell'attività aziendale. Un fattore importante nel processo di valutazione è la partecipazione di soggetti esterni all'amministrazione, come per esempio l'utenza, che dovrebbe aiutare a migliorare la struttura della stessa e anche i suoi servizi in quanto tali soggetti sono portatori di informazioni utili.<sup>20</sup>

L'introduzione di sistemi di valutazione del personale è un processo di estrema delicatezza che necessita di una grande chiarezza nella definizione degli obiettivi da attribuire e di altrettanta chiarezza nei rapporti con gli operatori soggetti ad essere valutati. Il giudizio aiuta il dirigente a comprendere meglio ciò che l'azienda gli richiede. Inoltre è bene precisare che una valutazione non del tutto positiva non deve essere confusa con un procedimento disciplinare: essa rappresenta un

---

<sup>17</sup> Mussari R. (1999), *La valutazione dei programmi nelle aziende pubbliche*, Giappichelli, Torino

<sup>18</sup> Bertini U. (1990), *Il sistema d'azienda*, Giappichelli, Torino

<sup>19</sup> Leeuw F.L., Rist R.C., Sonnichsen R.C. (1994), *Can Governments learn? Comparative Perspectives on Evaluation & Organizational learning*, Transaction Publishers, London

<sup>20</sup> Reborà G. (1999), *La valutazione dei risultati nelle amministrazioni pubbliche: proposte operative e di metodo*, Guerini, Milano

modo per segnalare l'esigenza di un raggiungimento di comportamenti o di un investimento in nuove e più elevate competenze.

La valutazione in ambito aziendale è sempre monitoraggio dei contributi effettivi o potenziali delle risorse umane ai processi e risultati aziendali e mai valutazione delle persone in quanto tali. A partire da tale presupposto è possibile distinguere tre ambiti su cui opera la valutazione<sup>21</sup>:

- quello dei **risultati raggiunti**, normalmente in relazione agli obiettivi prefissati dai sistemi di programmazione e controllo. La valutazione in tal senso è verifica solamente del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- quello dei **comportamenti organizzativi**, in questo caso la valutazione si sposta dai risultati ai comportamenti e atteggiamenti che la persona tiene nel contesto di lavoro e ai modi in cui la persona attiene o meno i risultati stessi;
- quello delle **competenze professionali e tecniche** maturate che normalmente dovrebbero tradursi in livelli di autonomia e specializzazione negli ambiti disciplinari e operativi di competenza.

Per tutti gli operatori è possibile definire sistemi che tengano conto dei tre ambiti appena citati, anche se il primo risulta maggiormente significativo per i dirigenti inquadrati in posizioni di struttura, mentre il terzo dovrebbe risultare di maggiore rilevanza per coloro che occupano posizioni di tipo professionale. Per quanto riguarda il secondo ambito di valutazione è di uguale rilevanza per entrambe le posizioni.

Il sistema che permette di valutare la dirigenza deve inserirsi, assieme ad altri meccanismi operativi, nel normale funzionamento aziendale, e quindi non può che essere un meccanismo che gestisce l'azienda. Ciò significa che la valutazione delle performance dei dirigenti e dei professionisti non può essere demandata ad organi esterni ma attiene ai contributi che il dirigente e il professionista riesce ad esprimere nell'esercizio delle proprie responsabilità.

La valutazione dei dirigenti viene distinta in *valutazione professionale*, effettuata con scadenza triennale ed alla scadenza degli incarichi, e *valutazione annuale*, alla conclusione di ogni anno. Se la valutazione è diretta ad ogni anno di verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati è essenziale ed ordinario che la cultura aziendale sia sempre più contraddistinta dal concetto di "obiettivo" misurabile, raggiungibile e soprattutto responsabilizzante per chi lo riceve. Questa distinzione è molto importante perché sottende una precedente decisione aziendale in

---

<sup>21</sup> Del Vecchio M. (2000), *La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche*, in Azienda Pubblica, n.2-3



merito al disegno della struttura organizzativa, una decisione da cui deriva la definizione di precise aree di responsabilità o di aree di gestione di risorse umane e materiali.<sup>22</sup>

È fondamentale costruire un sistema di rapporti ed un clima di fiducia tra i valutatori e i valutati, senza il quale le naturali resistenze possono influenzare in modo molto negativo l'intero processo con pesanti ricadute sull'andamento dell'azienda.

La direzione per obiettivi, che vengono attribuiti al personale, è un processo continuo e non un'iniziativa estemporanea e limitata nel tempo, che responsabilizza il "capo" ed il "collaboratore" rispetto alla mission aziendale, che si esplicita nel pensare per obiettivi che finalizzano l'operato di tutti al risultato da conseguire e non alle singole azioni da svolgere.

Negli anni '90 si è diffusa la consapevolezza dell'importanza della valutazione, la quale era ritenuta uno strumento fondamentale per il cambiamento delle pubbliche amministrazioni e del loro modo di relazionarsi con i cittadini. Essa sta diventando la colonna portante dei processi di modernizzazione e trasformazione dei sistemi pubblici ed arriva a coinvolgere gruppi sempre più ampi di amministratori, dirigenti ma anche utenti, cittadini ed altri portatori di interesse.

Il processo valutativo assume sempre più importanza con riferimento alla razionalizzazione della spesa ed al miglioramento della qualità delle prestazioni e viene ormai riconosciuto come uno strumento al quale non si può rinunciare. Il suddetto processo porta a riconoscere e determinare il valore, il merito, la validità dei programmi e attività delle amministrazioni pubbliche, non fa riferimento ad una semplice misurazione, e si avvale di misure ma non si riduce solo a queste, in quanto si dà un giudizio che è sempre collegato ad un processo di analisi e ricerca. La valutazione è un'attività che prevede in sequenza<sup>23</sup>: la definizione degli obiettivi; l'osservazione delle conseguenze dell'intervento in relazione agli obiettivi prefissati; il confronto tra obiettivi e risultati.

Attraverso gli indicatori è possibile misurare grandezze empiriche che sono in grado di dare indicazioni sui fenomeni complessi, quali i bisogni sanitari, l'accessibilità, l'efficienza e l'efficacia delle azioni.<sup>24</sup> Essi identificano l'insieme delle informazioni variamente configurate che possono essere utilizzate, nella gestione delle aziende che producono servizi di assistenza sanitaria, sia in termini prospettici, nell'ambito dell'attività di programmazione, sia in termini consuntivi, per la valutazione dei risultati conseguiti.

È certamente possibile, anche se non del tutto agevole, definire un sistema di indicatori di attività sanitaria utili, con valenze alquanto differenti, per i tre livelli di governo (Stato, Regioni e

---

<sup>22</sup> Filannino C. (2002), Criteri di verifica e di valutazione dei dirigenti, in *Ragiusan*, n. 223/224, Sez. 7°

<sup>23</sup> Ongaro F. (1990), La valutazione dei programmi sociali, *Servizi Sociali*, n. 2

<sup>24</sup> Zanoni M. (1990), *Il controllo del servizio sanitario. Un sistema di indicatori*, Franco Angeli, Milano

Azienda Locale). A tale scopo è opportuno ricordare che l'attività di produzione di servizi sanitari può essere sintetizzata in termini di utilizzo di risorse (personale, tecnologie, servizi, etc.) per lo svolgimento delle specifiche attività delle quali scaturiscono i "prodotti" atti a sviluppare un determinato impatto sul cittadino utente del servizio.

Gli indicatori, che devono essere diversi a seconda del ramo di amministrazione, sono utilizzabili dall'analista e da chi esercita una funzione di controllo:

- per **l'analisi della dinamica del tempo** per porre in rilievo tendenze al miglioramento o al peggioramento;
- per i **confronti con realtà simili** che hanno lo scopo di mettere a fuoco fenomeni per i quali si manifestano anomalie o comunque differenze rilevanti rispetto ai comportamenti diffusi nel sistema;
- per **riferimento a dati standard** espressive di condizioni di efficienza, efficacia, economicità giudicati ottimali o posti come obiettivo.

Gli indicatori, tuttavia, sono utili e significativi per chi ha una conoscenza del settore, se utilizzati da chi non conosce la realtà essi possono dare origine a erronee interpretazioni dei fatti e diventare dannosi per l'intero sistema dei controlli.<sup>25</sup>

Gli indicatori possono essere classificati nel modo seguente<sup>26</sup>:

- **indicatori di impatto** che esprimono il grado di raggiungimento degli obiettivi conseguito dal processo produttivo in termini di effetti dell'attività sanitaria sulla collettività e, sullo stato attuale, sono espressi attraverso indicatori statistici dello stato di salute della popolazione assistita;
- **indicatori di attività svolta** che esprimono la quantità e la tipologia delle prestazioni sanitarie erogate e si riferiscono alla fase intermedia del processo di "produzione". Tali indicatori richiedono una lettura integrata con informazioni relative anche agli aspetti qualitativi;
- **indicatori di efficienza** che riguardano la quantità o il valore dei fattori produttivi (personale, ambienti fisici, materiali di consumo, etc.) impiegati per unità di output e si riferiscono alla fase iniziale del processo produttivo.

---

<sup>25</sup> D'Elia L.(2002), Del controllo di gestione e del nesso con i processi di valutazione del personale, in *Ragiusan*, n. 217/218, Sez. 2°

<sup>26</sup> Mantovani E., Pivrotto C. (2002), Le innovazioni introdotte nel controllo di gestione delle Aziende Sanitarie alla luce del decreto legislativo 286/99 e nella prospettiva del federalismo. Le esperienze nella regione Emilia-Romagna e nella regione Veneto, *Sanità Pubblica*, n. 22

La valutazione è un processo relativo ad uno scopo organizzativo predeterminato e richiede sia la definizione del cosa si valuta (risultati rispetto agli obiettivi), sia dei parametri di riferimento per effettuare la valutazione, con le relative unità di misura. L'individuazione dell'obiettivo (o degli obiettivi) che l'organizzazione fa proprio è quindi la conseguenza di una decisione, cioè della scelta di un risultato cui si assegna il compito di fungere da indicatore di successo.

Si pone poi il problema di scegliere i valori in base ai quali si intendono definire e graduare gli obiettivi da perseguire ed occorre anche tenere presente che da ciascuno di tali valori, quando opportunamente specificati, può comunque discendere una pluralità di obiettivi diversi. È evidente che un processo di valutazione richieda l'individuazione di uno o più obiettivi di riferimento e, di conseguenza, presenti inevitabili caratteri di soggettività anche quando permette misurazioni oggettive o quando riguarda obiettivi sui quali esiste un ampio consenso.<sup>27</sup>

In sanità l'individuazione dell'oggetto da valutare che consente di monitorare gli obiettivi prioritari è particolarmente difficile e complessa poiché l'obiettivo finale è il miglioramento della salute della popolazione di riferimento, valutabile solo nel lungo periodo, ed è per questo che la valutazione nel breve e nel medio termine, fa normalmente riferimento non ad un risultato finale (outcome) ma a prodotti intermedi (le azioni poste in essere).

A livello di programmazione regionale assumono ovviamente particolare importanza gli aspetti relativi all'influenza sulla salute dei cittadini, i concreti obiettivi di impatto devono essere definiti nell'ambito di prestabiliti livelli uniformi di assistenza e coerenti con le risorse disponibili.

È necessario sviluppare piani espliciti e chiari, incluso la dichiarazione delle partnership, e sistemi di feedback che permettono l'apprendimento dall'esperienza e il miglioramento progressivo. Un modo per assicurare il rispetto di questi principi, sia per i nuovi programmi che per quelli già esistenti, è effettuare, di routine, valutazioni pratiche che forniscono informazioni per la corretta gestione dei programmi e ne migliorano l'efficacia.

Siccome le strategie di prevenzione non possono avere successo con interventi isolati (sporadici o limitati), i professionisti della sanità che lavorano su aree omogenee di programma, devono cooperare per poter stimare la loro influenza combinata sulla salute della comunità. Solo in questo modo si potrà realizzare e dimostrare il successo della strategia che mira ad avere persone in salute in un mondo sano, attraverso la prevenzione.

Per il peso che copre il momento della valutazione, nell'autunno del 2001, l'Agenzia Sanitaria Regionale e l'Assessorato alla Sanità ha affidato ad un gruppo di operatori il compito di

---

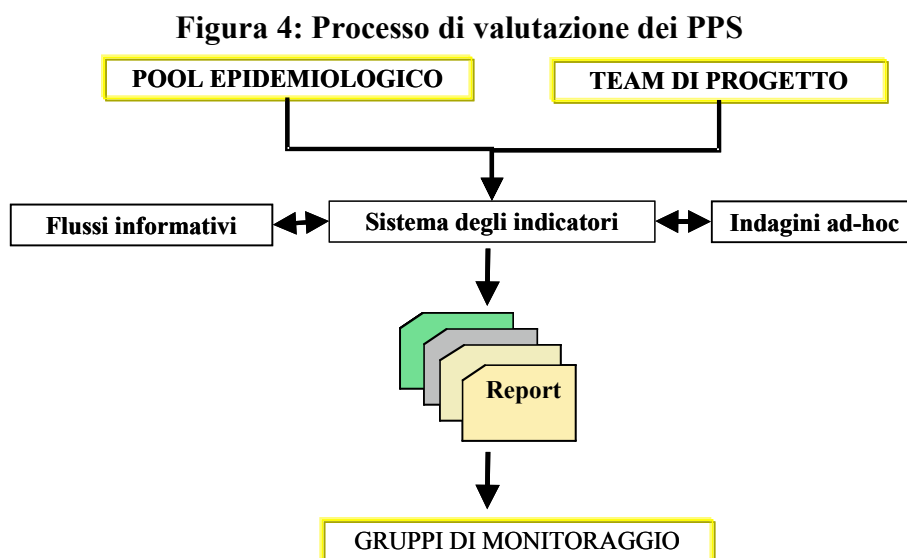
<sup>27</sup> Vagnoni E.(1996), La misurazione della qualità nelle aziende sanitarie, *Economia&Management*, n. 4

elaborare un progetto di valutazione dei Piani per la Salute ed eventualmente gestirne alcune fasi. Attraverso una serie di incontri è stata redatta una “*proposta di linee guida*” che può essere riesaminata anche da altri esperti. Un limite della suddetta proposta è costituito dall’eccessiva complessità dovuta dall’elevato numero di oggetti da valutare, dei criteri e degli indicatori selezionati, il prodotto finale dei suddetti incontri è stato un documento che costituisce la base per più progetti di valutazione che possono essere realizzati a diversi livelli.

La valutazione nell’ambito del percorso dei Piani per la Salute nasce dall’esigenza di governare le azioni che si progettano, per permettere il controllo e la testimonianza del cambiamento. Questo momento importante si deve esprimere attraverso un linguaggio che consenta a tutti i partecipanti di accedere alla informazioni sulla realizzazione dei progetti. Si pone tuttavia un problema di impegno che va affrontato secondo criteri di equità ed equilibrio delle risorse disponibili.

Il processo di valutazione dei PPS (figura 4) si concretizza in cinque fasi:

- definizione degli indicatori per ciascuna azione;
- programmazione di eventuali indagini ad-hoc;
- misurazione dei risultati conseguiti;
- confronto tra risultati previsti e raggiunti;
- costruzione di report semestrali e annuali sullo stato di attuazione degli interventi.



Gli strumenti della valutazione dei PPS sono il sistema degli indicatori (di processo, di output e di esito od outcome), che ha richiesto l’ottimizzazione dei flussi informativi esistenti, ed ha prodotto la reportistica semestrale e annuale sullo stato di attuazione degli interventi. I risultati sono stati discussi con i gruppi di monitoraggio, con i comitati di distretto e con l’esecutivo.

I soggetti interessati a questa importante fase dei PPS sono numerosi e potrebbero avere obiettivi differenti con la conseguente necessità di utilizzare diversi indicatori.

Tra i possibili stakeholders si può segnalare la Regione, probabilmente interessata a segnalazioni sintetiche, la Conferenza Socio Sanitaria Territoriale, attinente a valutazioni più complessive, le Aziende Sanitarie, i Comuni ed eventuali altri partners interessati a valutare anche gli effetti degli interventi più specifici.

Si ritiene pertanto che, in base agli obiettivi di ciascun soggetto, sarà possibile costruire veri e propri progetti di valutazione, individuando il set di indicatori effettivamente necessario per ciascun caso.<sup>28</sup>

Il bisogno di monitorare e di valutare nasce da un'esigenza di informazioni che permetta di conoscere il grado di realizzazione del Piano di Promozione della Salute e soprattutto per capire gli effetti sulla salute delle azioni intraprese.

La valutazione è stata creata considerando tre fasi distinte: la progettazione; la realizzazione; l'impatto/outcome.

Per quanto riguarda la valutazione della **progettazione** consiste nella verifica della rispondenza delle azioni proposte ad alcuni criteri prefissati e nella successiva accettazione-validazione del complesso delle azioni da parte delle amministrazioni partecipanti e della Conferenza Socio Sanitaria Territoriale.

La seconda fase della valutazione, che concerne la **realizzazione**, è concentrata sull'individuazione di indicatori per il monitoraggio, sulla loro definizione operativa e di standard di riferimento nonché di fonti di dati necessarie.

Infine, la valutazione di **impatto** è basata sull'individuazione di cinque risultati di salute per i cinque progetti che compongono il Piano di Ferrara, come riassunto in Tabella 1:

- migliore salute per i caregiver di anziani disabili;
- migliore salute per i caregiver di pazienti psichiatrici;
- migliore salute nei futuri adulti;
- riduzione del numero di incidenti stradali con esito mortale;
- riduzione della morbosità e mortalità per tumore al polmone.

I risultati attesi sono stati tradotti in cinque esiti di salute misurabili in tempi medio-brevi e per la misurazione di ciascun esito è stato preparato un apposito disegno di ricerca da parte dei tecnici competenti.<sup>29</sup> Lo scopo della ricerca valutativa sui Piani per la Salute è l'integrazione della valutazione nella gestione dei progetti fin dal loro avvio programmatico.

---

<sup>28</sup> Proposte di Linee Guida regionali per la valutazione dei Piani per la Salute, marzo 2002

<sup>29</sup> Protocollo di studio "Monitoraggio e valutazione di impatto sulla salute del Piano di Promozione della Salute 2003-2005 avviato nella provincia di Ferrara

**Tabella 1: Indicatori di impatto attesi dalla realizzazione dei PPS 2003-2005**

<b>Priorità di salute</b>	<b>Azioni guida</b>	<b>Indicatore di outcome</b>
<b>Diritto alla domiciliarità delle cure: prendersi cura di chi si prende cura (anziani)</b>	interventi di sostegno materiale (tempo di sollievo), psicologico e formativo	% di miglioramento della Qualità di vita dei caregiver interessati dalle azioni (OR atteso: 0,3)
<b>Diritto alla domiciliarità delle cure: prendersi cura di chi si prende cura (psicosi cronica)</b>	Promozione di una rete sociale di sostegno alle famiglie con malati con psicosi cronica	% di miglioramento della Qualità di vita nei caregiver interessati dalle azioni
<b>Sostegno ai genitori nella cura dei figli</b>	Favorire accesso ad abitazioni migliori per le famiglie con neonati e in condizioni di disagio socio-economico	% incremento investimenti per sostegno alle famiglie con neonati (0-3 anni)
<b>Prevenzione degli incidenti stradali e loro esiti</b>	Osservatorio educazione e sicurezza stradale	Situazione degli incidenti stradali descritta con i consueti indici descrittivi degli incidenti
<b>Prevenzione e assistenza dei tumori al polmone</b>	Introdurre continuità del lavoro per la riduzione del fumo presso i nuclei cure primarie e i consultori familiari	riduzione della percentuale di fumatori nella provincia rispetto al resto della regione

Fonte: Azienda Usl di Ferrara

Per il sopraccitato lavoro è stato utilizzato il modello di Donabedian<sup>30</sup> che prevede il monitoraggio in tutte le fasi, input, processo, output, outcome distinguendo: l'input come le risorse dedicate; il processo come le attività condotte per esplicitare la mission assegnata; l'output come il prodotto diretto delle attività svolte ed infine gli outcomes visti come gli effetti positivi conseguenti alle azioni suddivisi in esiti (a breve termine) e impatto (a lungo termine).

La valutazione è stata pertanto suddivisa in tre momenti distinti corrispondenti alle tappe di costruzione, realizzazione e verifica dei PPS. La **valutazione della programmazione**, effettuata ex ante, ha come obiettivo quello di verificare la chiarezza dei problemi affrontati, degli obiettivi previsti, delle modalità di attuazione, della valutazione necessaria. I criteri seguiti possono essere riassunti in sette domande: rispondenza del progetto alla percezione del bisogno; ipotesi interpretative dei problemi a sostegno del progetto di risposta; prove di efficacia delle azioni pianificate; carattere intersettoriale delle azioni; esplicitazione degli obiettivi in azioni; esplicitazione dei corrispondenti criteri di verifica ed infine la disponibilità di risorse sufficienti. Le modalità della valutazione ex ante consistono nella verifica della rispondenza delle azioni proposte

<sup>30</sup> Per ulteriori informazioni sul Modello di Donabedian si consiglia: Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologia di valutazione*, NIS, Firenze.

con i criteri appena citati e nell'accettazione e validazione del complesso delle azioni da parte delle amministrazioni partecipanti e della CSST. I risultati di questa prima fase consistono nelle modifiche apportate ai programmi delle azioni.

Il monitoraggio dell'attività, effettuato durante lo svolgimento ed al termine (**valutazione di processo**) si propone di controllare l'effettiva realizzazione delle azioni e il raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali di ciascuna azione con le risorse a propria disposizione. Esso aiuterà a spiegare i dati relativi ai risultati e a perseguire il miglioramento delle azioni in futuro. In questo stadio gli indicatori svolgono un compito molto importante. Essi traducono in misure specifiche, dotate di significato, il suo contesto e gli effetti previsti. Sono una base per raccogliere evidenze valide e riproducibili. È importante definire operativamente gli indicatori, affidargli degli standard di riferimento motivati, selezionare le modalità di raccolta dei dati utili a questo scopo. Gli indicatori costituiscono solo una parte della valutazione e non devono essere intesi come l'unica base su cui condurre la valutazione stessa. Infatti potrebbe accadere che un indicatore non raggiunga lo standard predefinito per condizioni esterne al programma in atto, indipendenti dal responsabile dell'azione. I criteri seguiti per il monitoraggio sono: rispondenza al bisogno informativo individuato nella fase precedente; rispondenza alla logica di analisi sistemica che distingue input, processo, output e outcome; collegamento tra contenuto dell'azione e variabili utilizzate per gli indicatori; definizione operativa chiara; unità informativa; individuazione di uno standard. La valutazione delle azioni in base ai criteri appena illustrati ha ritenuto necessario un confronto con i responsabili dei diversi sottoprogetti ed ha costituito un passaggio fondamentale per una programmazione più rigorosa dal punto di vista metodologico del PPS. Il risultato di questo momento di selezione degli indicatori è una tabella (riportata di seguito) che riassume gli indicatori di processo e di output, con i relativi responsabili, per gli anni 2004-2005, suddivisi per progetto con i relativi sottoprogetti.

**Tabella 2 Esempio di indicatori di processo e di output**

Azione	Indicatore di processo	Indicatore di output
Diffondere e promuovere i Centri di disassuefazione tabagismo in tutta la provincia	Apertura e promozione di tre nuovi Centri: -due nel Distretto Sud Est -uno nel Distretto Ovest	Incremento del 50% delle persone che accedono ai Centri di disassuefazione

Infine la **valutazione di impatto (o outcome)** ha come obiettivo quello di pesare il risultato di salute prodotto da ciascuno dei progetti in cui si articola il Piano per la Promozione della Salute. La valutazione di impatto sulla salute consiste nella valutazione dei risultati finali, ottenuti dalle azioni programmate, in termini di salute. A questo scopo sarebbe utile un approccio sperimentale,

ma la maggior parte delle volte gli studi osservazionali sono gli unici possibili. Purtroppo in Italia non ci sono molte esperienze pubblicate sulla valutazione di questo tipo, che non abbia a che vedere con l'ambito clinico. Inoltre, questo tipo di considerazione si deve scontrare con ulteriori ostacoli. Il primo fra questi nasce dal fatto che un intervento può essere valutato solo se sono stati esplicitati, in termini quantitativi, i benefici attesi e se questi sono misurabili. Questo problema si può risolvere con un'attenta programmazione degli interventi. Per ogni progetto è stato richiesto ai responsabili l'individuazione di un obiettivo di outcome raggiungibile (stimabile con tempi medio-brevi) pur essendo consapevoli che generalmente i risultati sono misurabili in tempi lunghi.

Il secondo impedimento nasce dalla constatazione che la grande maggioranza degli interventi di popolazione sono privi di prove di efficacia, sia per quanto riguarda il metodo sperimentale che osservazionale. La dimostrazione dell'efficacia di un'azione si dovrebbe ottenere con un approccio sperimentale, in realtà però gli studi di osservazione sono gli unici possibili ed anche i più utili per ottenere l'evidenza di un risultato. L'intoppo appena descritto può essere superato, parzialmente, controllando l'effetto di selezione, con appropriati disegni di studio e metodi statistici, per le variabili note che possono alterare la stima dell'effetto del trattamento. Non si potrà mai escludere completamente che l'effetto osservato sia influenzato da fattori di interazione che non si possono controllare.

La valutazione di risultato, per rispondere alle esigenze informative ed ottenere degli esiti validi, che si possono riprodurre, e che siano corretti, deve rispondere a diversi requisiti. Primo fra tutti la scelta del tipo di outcome: gli indicatori di risultato possono misurare un esito immediato o un impatto che si manifesta dopo un lungo intervallo di tempo. La scelta deve riguardare un outcome valido in quanto vanno valutati solo effetti realmente associati alle azioni ma che esprimono nello stesso tempo uno stato di salute. L'indicatore deve chiarire se si tratta di effetti attribuibili all'azione avviata o meno.

Per quanto riguarda la scelta del target di riferimento per la misurazione dell'indice bisogna stabilire se prendere come base la popolazione totale o solo i destinatari dell'azione. Altro fattore importante sulla scelta del misuratore di impatto è che sia coerente con il progetto di riferimento, affinché ci sia un legame concettuale tra le azioni progettate e gli indicatori (questi ultimi devono essere misurabili visto che i dati necessari sono spesso di difficile reperimento e richiedono indagini accurate).

Infine la selezione di un outcome deve avvenire in modo tale da poter dare informazioni utili per la gestione futura delle azioni, informazioni che innanzitutto devono essere mirate non tanto a misurare l'efficacia dell'intervento quanto a accertare la sua adeguatezza rispetto agli obiettivi di salute che si sono prefissati.



L'obiettivo del terzo momento della valutazione secondo il modello Donabedian, è principalmente di tipo gestionale. I risultati che si otterranno con la valutazione non potranno essere usati per confermare o smentire l'efficacia teorica di un programma, ma più volentieri per accertare se esso è adeguato rispetto agli obiettivi di salute pubblica che ci si è posti o se modifica il grado di salute.<sup>31</sup>

I cinque team di progetto riguardanti la realtà ferrarese, composti dai responsabili dei microprogetti relativi al proprio progetto, hanno stabilito ciascuno un indicatore di esito conforme ai criteri discussi in precedenza e per ciascun indicatore è stato costruito un piano di lavoro appropriato per la valutazione di impatto.

Sono stati individuati diversi strumenti utili per la valutazione, idonei a garantire tra l'altro anche una partecipazione alla valutazione medesima, e sono i seguenti:

- riunioni con i dirigenti incaricati della programmazione delle azioni, per individuare i bisogni informativi, gli indicatori corrispondenti e le modalità di implementazione;
- raccolta di dati per la costruzione degli indicatori;
- raccolta dei pareri dai componenti dei gruppi di lavoro e dalla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale;
- riunioni con i gruppi di cittadini competenti per la lettura dei risultati.

Infatti anche i portatori di interesse, di qualsiasi genere essi siano, sono attori della valutazione, sono interessati ai risultati della valutazione e, quindi, ne sono i principali destinatari ed utilizzatori.

Lo strumento principale è rappresentato dal documento "Ferrara in Piano" realizzato dalla U.O. Piani per la Salute nel quale confluiscono, come una sorta di Budget aziendale, l'insieme dei progetti, delle azioni, dei responsabili e delle risorse coinvolte nei PPS. Tale strumento, approvato dalla CTSS, contiene la totalità degli obiettivi che si intendono perseguire.

Un ulteriore strumento è rappresentato dal sistema informativo<sup>32</sup> che dovrebbe generare tutti i flussi di dati e informazioni rilevanti al fine del successivo monitoraggio e controllo. La complessità di un tale strumento è legata al fatto che è stato necessario far dialogare diverse banche dati e punti di concentrazione di informazioni presenti in aziende diverse.

Il sistema informativo ha, inoltre, la funzione di dare contenuto al sistema degli indicatori<sup>33</sup> costruito con la finalità di misurare in termini di efficienza e/o efficacia e di outcome i PPS.

---

<sup>31</sup> Cfr. Protocollo di studio... op.cit. pag. 28

<sup>32</sup> Cfr. Marchi, L. (1994), *Il sistema informativo aziendale*. Giuffrè, Milano.

<sup>33</sup> Cfr. Farneti G., Mazzara L., Savioli G. (1996), *Il sistema degli indicatori negli Enti Locali*. Giappichelli, Torino.

Il reporting è, infine, un ulteriore strumento introdotto nel sistema di programmazione e controllo dei PPS ai fini della valutazione. Il suo obiettivo istituzionale è quella di generare flussi informativi nei confronti di diversi soggetti coinvolti nella qualità e quantità adeguata ed in modo chiaro e tempestivo. A tal fine, due sono i principali strumenti utilizzati:

1. report semestrali orientati ai responsabili di progetto, finalizzati a garantire un monitoraggio in itinere delle attività in essere;
2. report annuali orientati agli organi decisori (Esecutivo PPS, CTSS, Gruppi di Monitoraggio).

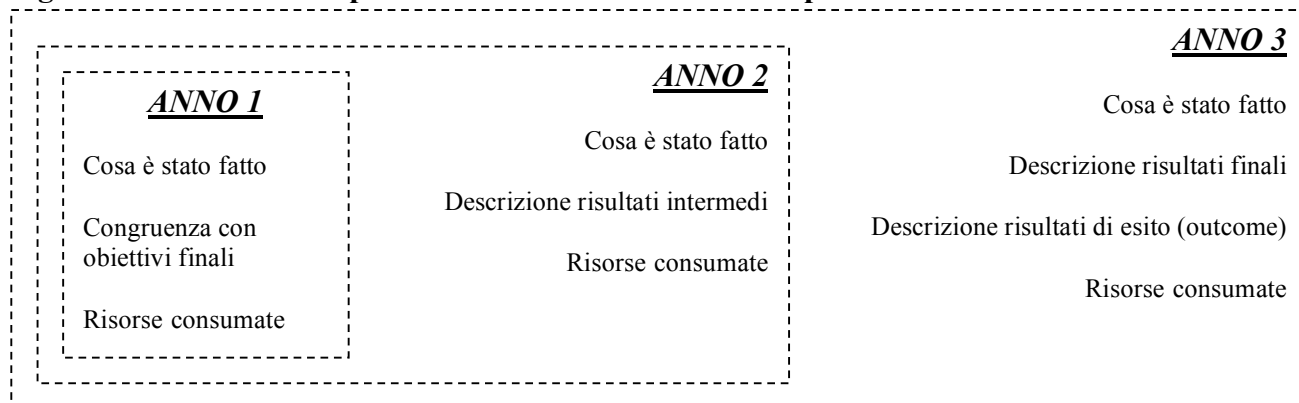
Il sistema di reporting è stato strutturato in tre report annuali che avranno contenuti diversi in relazione allo stato di avanzamento (si veda figura 5), in particolare:

- *ANNO 1*. Sarà descritto ciò che è stato fatto, verificato l'inizio delle attività triennali e la congruenza con gli obiettivi finali.
- *ANNO 2*. Sarà descritto ciò che è stato fatto, misurati i risultati intermedi e gli eventuali scostamenti rispetto allo standard previsto.
- *ANNO 3*. Sarà descritto ciò che è stato fatto, misurati i risultati finali e gli eventuali scostamenti rispetto allo standard previsto. Inoltre, si procederà alla misurazione degli indicatori di esito (outcome).

I tre report sono da considerarsi tra loro strettamente collegati, di fatti il report conclusivo conterrà anche i dati di sintesi già inclusi nei report precedenti, così come il report intermedio conterrà anche i dati di sintesi del primo anno.

Il report è volto, quindi, a monitorare l'effettiva realizzazione delle azioni previsto nel piano per la salute nel suo complesso per il triennio.

**Figura 5 Il sistema dei report annuali consuntivi dei Piani per la Salute**



Il report è stato elaborato seguendo l'impostazione del Piano per la Salute, quindi sono presenti tutte le azioni sono iniziate, in corso o terminate nell'anno di riferimento del rendiconto.

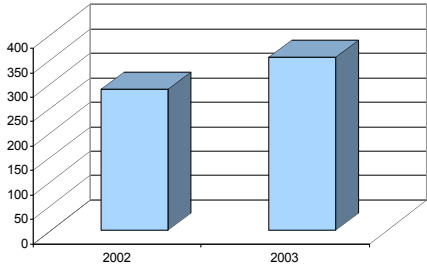
Per ogni azione presente nel report è indicato il responsabile, l'arco temporale, una piccola descrizione delle attività poste in essere e la loro congruità rispetto a quanto previsto. (Scheda 2).

Per ogni progetto è previsto un responsabile al quale sono attribuite risorse, sia economiche che non, ed obiettivi correlati ad indicatori e comunicati a tutti i portatori di interesse tramite il sistema di reporting. In questo modo ogni progetto diventa un centro di responsabilità interaziendale.

Il sistema di rendicontazione appena descritto, attraverso la valutazione di tutti gli obiettivi per mezzo degli indicatori scelti precedentemente, consente di migliorare il processo di allocazione delle risorse di tutti gli stakeholders coinvolti nel Piano per la Salute.

Essendo la Pubblica Amministrazione un settore con risorse limitate, questo sistema permette di togliere risorse da tutti gli obiettivi divenuti irraggiungibili per diversi motivi, dipendenti o non dai responsabili, e di destinarle verso altre azioni già poste in essere, che hanno ottenuto risultati soddisfacenti, o addirittura di indirizzarle verso nuove azioni.

**Tabella 1 Scheda Report Annuale PPS - Estratto**

Cod. Ob. 5.1.1.		<b>Obiettivo specifico: Diffondere e promuovere i Centri di disassuefazione tabagismo in tutta la provincia</b>							
<b>Responsabile:</b>									
Descrizione Azione		Attori	Periodo	Descrizione Attività Svolte e in Corso					
Diffusione dei Centri disassuefazione tabagismo nelle realtà che ne sono prive		AUSL Ferrara Promeco Comune di xxx	2003	Nel corso del 2003 si sono attivati i seguenti centri di disassuefazione al tabagismo: - A; B; e C. In totale, nella provincia di Ferrara sono attivi 5 Centri antifumo.					
Promozione e informazione mirata in tutta la provincia			2004	In corso di realizzazione					
Monitoraggio delle adesioni ai Centri di disassuefazione			2003-2005	<p>Il monitoraggio delle adesioni ai centri di disassuefazione è realizzato periodicamente con la produzione di report sulle attività poste in essere. Il consolidamento delle attività nei centri già esistenti e l'avvio in quelli di nuova apertura hanno permesso un sensibile incremento nel numero di utenti tabagisti in carico giunti nel 2003 ad un totale provinciale di 354 (si veda grafico).</p>  <table border="1"> <caption>Dati Grafico</caption> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>Numero di utenti tabagisti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2002</td> <td>~300</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td>354</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: nostra elaborazione su dati Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche – Azienda Usl di Ferrara</p>	Anno	Numero di utenti tabagisti	2002	~300	2003
Anno	Numero di utenti tabagisti								
2002	~300								
2003	354								

## 7. Riflessioni conclusive

Il presente lavoro ha presentato un caso studio circa la modalità di progettazione ed introduzione di strumenti per la programmazione ed il successivo monitoraggio e controllo delle attività aziendali.

Lo studio ha adottato il modello teorico proposto dalla letteratura economico-aziendale circa la metodologia di progettazione dei sistemi di programmazione e controllo dei risultati (Bergamin Barbato, 1993; Silvi, 1997). In questo senso, il sistema è stato scomposto nelle sue tre dimensioni (il processo, l'organizzazione e gli strumenti), mantenendo la sua coerenza interna di sistema unico. La coerenza, infatti, tra pianificazione strategica, programmazione annuale e il relativo controllo ha rappresentato un elemento fondamentale attorno al quale si è operato.

La metodologia di *action research*, di tipo longitudinale, ha reso possibile l'integrazione tra ricercatori e ricercati favorendo la reciproca comprensione attraverso un'azione comunicativa nel senso di Habermas (1997). Ciò ha permesso di partecipare lungo tutto il processo, dalla progettazione alla messa in opera del sistema di controllo.

Da un punto di vista operativo, alla luce delle caratteristiche del PPS e delle amministrazioni pubbliche coinvolte, le fasi si sono caratterizzate per un approccio bottom-up, con l'obiettivo di condivisione, piuttosto che di imposizione di strumenti e linguaggi aziendali che rischiavano di essere rifiutati. In questo senso, gli obiettivi e gli indicatori di controllo sono scaturiti dagli stessi responsabili di progetto con i quali è stato avviato un continuo confronto e dialogo. Da un punto di vista metodologico, l'approccio di tipo bottom-up nella costruzione del sistema di controllo e valutazione dei PPS è parso adeguato, agevolando la legittimazione degli strumenti e del processo tra i soggetti coinvolti. Questi, infatti, hanno potuto contribuire ai contenuti ed alla forma dell'intero impianto nel tentativo di integrarlo con la programmazione e la gestione degli interventi previsti nel PPS.

Il sistema dei report aveva la finalità di chiudere il ciclo della programmazione, attivando un processi di feedback e di feedforward. I report intermedi e finali descritti nel lavoro hanno alimentato la discussione comune e condivisa dello stato di avanzamento dei progetti e sulle cause di eventuali scostamenti negativi rispetto agli indicatori. Tale impostazione ha confermato la funzione di apprendimento organizzativo che i sistemi di reporting, collegati alla programmazione ed al controllo, possono assumere all'interno delle aziende. L'efficacia di tale sistema di reporting è confermata dalla nuova programmazione per il triennio successivo dove non troveranno conferma quei progetti che non abbiano dimostrato capacità di conseguire gli obiettivi previsti.

Il lavoro, alla luce della metodologia utilizzata, sconta talune limitazioni, di cui gli autori sono consapevoli. In primo luogo, la limitata possibilità di generalizzazione dei risultati legata alla forte contestualizzazione ai luoghi ed alle persone coinvolte. Inoltre, la ricerca non ha considerato taluni

aspetti di tipo strettamente sanitario o sociale dei meccanismi decisionali, così come di variabili di tipo sociologico e psicologico legate al potere, ai processi informali di decisione. Lo studio, quindi, potrebbe essere arricchito in tale senso ed esteso ad altri contesti simili al fine di aumentare la comprensione del fattivo funzionamento dei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo all'interno delle aziende.

## 8. Bibliografia

- Anessi Pessina E., Zavattaro F. (1994), Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel Servizio Sanitario Nazionale, in *Mecosan*, n.10, pag.8
- Bartocci L. (2002), Il budget come strumento di governo delle aziende sanitarie pubbliche: profili teorici ed operativi, in *Rivista di Ragioneria e di Economica Aziendale*, n. 11 e n. 12 (novembre e dicembre)
- Bartolini, S. (1996), Metodologia della ricerca politica. Tn: Pasquino, G. (a cura di), *Manuale di scienza della politica*. Il Mulino: Bologna.
- Bergamin Barbato M. (1991), *Programmazione e controllo in un'ottica strategica*, Utet, Torino
- Bertini U. (1990), *Il sistema d'azienda*, Giappichelli, Torino
- Bonti M.C.(2000), *Dal sistema burocratico alla cultura della qualità nelle amministrazioni pubbliche*, Giuffrè, Milano
- Bracci, E. (2002), I piani sociali di zona come sistema di programmazione, in *Azienditalia*, n. 6 (Giugno), pp. 373-380
- Brunetti G. (1979), *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Angeli, Milano
- Caramiello C. (1988), *Programmi e piani aziendali*, Milano, Ipsoa Informatica.
- Chomsky, N. (1981), *Lectures on Government and Binding*, Foris, Dordrecht.
- Claudi M.C. (2000), La programmazione sanitaria nell'evoluzione del sistema informativo, in *Mondo Sanitario*, n.3
- Colombo, G. (2004), La dimensione discorsiva del management strategico. Tn: Vagnoni, E. (a cura di), *Azienda, Economia, Impresa ed Università*. Este Edition, Ferrara.
- Corbetta, P. (2003), *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*, Vol.III, Il Mulino, Bologna.
- Costa, M. (1998), Il caso in economia aziendale. Tn: Dagnino, G. B., Di Betta, P., Quattrone P. (a cura di), *Le metodologie della ricerca nelle discipline economico-aziendali fra tradizione e nuove tendenze*. Edizioni Scientifiche Italiane: Napoli, 421-447.
- Curti F., Gibelli M.C. (1999), *Pianificazione strategica e gestione dello sviluppo urbano*, Alinea, Firenze
- Del Vecchio M.(2000), La valutazione del personale: alcune riflessioni sull'esperienze delle aziende sanitarie pubbliche, in *Azienda Pubblica*, n.2-3
- D'Elia L. (2002), Del controllo di gestione e del nesso con i processi di valutazione del personale, in *Ragiusan*, n.217/218, Sez 2°
- Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologia di valutazione*, NIS, Firenze
- Easterby-Smith, M.R., Thorpe, R., Lowe, A. (1993), *Management research: an introduction*. Sage: London.
- Falcitelli N., Trabucchi M., Vanara F. (2000), *Rapporto Sanità 2000: l'ospedale del futuro*, Il Mulino, Bologna
- Farneti G. (a cura di) (1992), *Il controllo economico nell'ente locale*, Maggioli, Rimini.
- Farneti, G., *Introduzione all'economia dell'azienda pubblica: il sistema, i principi, i valori*. Giappichelli: Torino, 1995.
- Farneti G., Mazzara L., Savioli G. (1996), *Il sistema degli indicatori negli Enti Locali*, Giappichelli, Torino.

- Filannino C. (2002), Criteri di verifica e di valutazione dei dirigenti, in *Ragiusan*, n.223/224, Sez. 7
- Giannessi, E. (1961), Interpretazione del concetto di azienda pubblica. Tn: AA.VV., *Saggi di economia aziendale in memoria di Gino Zappa*, 1023-1100, Giuffrè: Milano.
- Grandori, A. (1996), Disegni di ricerca in organizzazione, Tn: Costa, G., Nacamulli, R., *Manuale di organizzazione aziendale*, vol. 5, Utet: Torino.
- Jorgensen, D.L. (1989), *Participant Observation*, Sage, Newbury Park.
- Leeuw F.L., Rist R.C., Sonnichsen R.C. (1994), *Can Governments learn? Comparative Perspectives on Evaluation & Organizational learning*, Transaction Publishers, London
- Longo F. (2001), Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settori socio assistenziale, socio-sanitario e sanitario, in *Mecosan*, n. 37
- Mantovani E., Piviroto C.(2002), Le innovazioni introdotte nel controllo di gestione delle Aziende Sanitarie alla luce del decreto legislativo 286/99 e nella prospettiva del federalismo. Le esperienze nella regione Emilia-Romagna e nella regione Veneto, in *Sanità Pubblica*, n. 22
- Marchi, L. (1994), *Il sistema informativo aziendale*, Giuffrè, Milano.
- McNeill P. (1990), *Research Methods*, 2nd ed., London, Routledge.
- Merriam, S. B. (1988), *Case study research in education: A qualitative approach*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Mussari R. (1999), *La valutazione dei programmi nelle aziende pubbliche*, Giappichelli, Torino
- Ongaro F.(1990), La valutazione dei programmi sociali, in *Servizi Sociali*, n. 2
- Pedlar, M., (1998), Interpreting action learning, Tn: Burgoyne, J., Reynolds, M. (a cura di), *Managing Learning*. Sage: London.
- Pellicelli, G. (1968), *Recenti sviluppi metodologici dell'«accounting theory» e della «managerial economics»*, Giuffrè: Milano.
- Rebora G.(1999), *La valutazione nelle amministrazioni pubbliche: proposte operative e di metodo*, Guerini, Milano.
- Salvemini, S., *Casi di organizzazione*. Franco Angeli: Milano, 1979.
- Scapens, R.W. (1990), Researching management accounting practice: the role of case study methods, *British Accounting Review*, 22(3), 259-281.
- Silvi, R., (1997), *La progettazione del sistema di misurazione della performance aziendale*, Giappichelli, Torino.
- Terzani S.(1999), *Lineamenti di pianificazione e controllo*, Cedam, Padova
- Vagnoni E. (1996) *La misurazione della qualità nelle aziende sanitarie*, in *Economia e Management*, n. 4.
- Vagnoni E. (2005), *La direzione delle aziende sanitarie. Analisi di contesto, Economicità e Tutela della Salute*, Franco Angeli, Milano.
- Zanoni M.(1990), *Il controllo del servizio sanitario. Un sistema di indicatori*, Franco Angeli, Milano
- Yin, R.K. (1994), *Case study research: Design and methods*, 2a ed., Sage: Thousand Oaks, CA.

## **Documenti e siti**

- Gruppo Regionale di lavoro “Piani per la Salute” per l’attuazione del PSR Emilia Romagna 1999-2001, “I Piani Per la Salute”, in *Lavoro e Salute*, n. Gennaio-Febbraio, 2001
- Proposte di Linee Guida regionali per la valutazione dei Piani per la Salute, marzo 2002
- Protocollo di studio “Monitoraggio e valutazione di impatto sulla salute del Piano di Promozione della Salute 2003-2005 avviato nella provincia di Ferrara”
- [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area\\_pps/cosa\\_sono\\_pps.html](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/cosa_sono_pps.html)
- [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area\\_pps/fasi\\_pps.html](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/fasi_pps.html)

Piano Sanitario Regionale Emilia-Romagna. 1999-2001, Linee Guida Regionali per PPS

[http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area\\_pps/protagonisti\\_pps.html#La%20Conferenza](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/protagonisti_pps.html#La%20Conferenza)

[http://www.ausl.fe.it/piani\\_per\\_la\\_salute/new/ricerche\\_publicate/salute\\_e\\_societa\\_in\\_provincia/salute\\_e\\_socia\\_Ferrara.pdf](http://www.ausl.fe.it/piani_per_la_salute/new/ricerche_publicate/salute_e_societa_in_provincia/salute_e_socia_Ferrara.pdf)

<http://www.comunecampagnano.it/comunicazione/ebook/4.1.4.pdf>