



BUSINESS ADMINISTRATION AND ACCOUNTING STUDIES

NOEMI ROSSI

L'ATTUAZIONE DEL PNRR NELLE AZIENDE SANITARIE

Progettazione, gestione e impatto



G. Giappichelli Editore

Procedura per l'approvazione dei volumi in Collana e referaggio.

La pubblicazione di una monografia nella Collana è subordinata al verificarsi di due circostanze:

- a) accettazione della proposta editoriale presentata dall'autore/i secondo il formato definitivo dalla collana;
- b) ottenimento di un giudizio positivo sul volume da parte di due revisori anonimi.

La proposta editoriale segue questo iter:

- la proposta viene inviata all'Editor in Chief attraverso la casella di posta elettronica `csr.ba.management@unito.it` (con richiesta di ricevuta) nel format previsto per la collana dall'Editore;
- valutazione da parte dell'Editor della proposta/manoscritto il quale decide del rigetto o dell'invio al referaggio; nel processo di valutazione si può avvalere del supporto del Comitato Scientifico;
- le proposte che ottengono un giudizio positivo sono senz'altro accettate;
- le proposte che ottengono un giudizio non pienamente positivo sono rivalutate dall'Editor avvalendosi del Comitato Scientifico per formulare il giudizio definitivo.

All'accettazione della proposta editoriale segue il referaggio del volume.

Il referaggio è condotto da due revisori (referee). Questi possono essere scelti nell'ambito del Comitato Scientifico, ma anche al di fuori di esso, fra accademici che possiedano competenze adeguate sui temi trattati nella monografia inseriti nell'elenco dei referee.

I revisori sono scelti dall'Editor. I revisori non devono conoscere il nome dell'autore del volume oggetto di valutazione. L'Editor contatta i revisori individuati e invia loro, attraverso la casa editrice, il volume debitamente reso anonimo.

I revisori formulano il loro giudizio entro due mesi dal ricevimento del volume. Il giudizio è articolato secondo i punti contenuti in una scheda di referaggio appositamente redatta.

Il giudizio viene inviato all'Editor. Se, per entrambi i revisori, il giudizio è positivo e senza suggerimenti di revisione, il volume viene passato direttamente alla stampa. Se uno o entrambi i revisori propongono correzioni, l'Editor, inoltra i suggerimenti all'autore perché riveda il suo lavoro. Il lavoro corretto viene nuovamente inviato all'Editor che lo sottopone a una seconda revisione da svolgersi entro il termine massimo di un mese. In caso di giudizi contrastanti, l'Editor decide se acquisire un terzo parere, stampare comunque il volume o rifiutarlo.

Advisory Board

Presieduto dal Prof. Valter Cantino

Prof. Paolo Andrei (Università di Parma)

Prof. Nunzio Angiola (Università di Foggia)

Prof. Luigi Brusa (Università di Torino)

Prof. Lino Cinquini (Scuola Superiore Sant'Anna Pisa)

Prof. Luciano D'Amico (Università di Teramo)

Prof. Roberto Di Pietra (Università di Siena)

Prof. Francesco Giunta (Università di Firenze)

Prof. Giorgio Invernizzi (Università Bocconi)

Prof. Alessandro Lai (Università di Verona)

Prof. Luciano Marchi (Università di Pisa)

Prof. Libero Mario Mari (Università di Perugia)

Prof. Andrea Melis (Università di Cagliari)

Prof. Luigi Puddu (Università di Torino)

Prof. Alberto Quagli (Università di Genova)

Prof. Ugo Sostero (Università di Venezia Ca' Foscari)

NOEMI ROSSI

L'ATTUAZIONE DEL PNRR NELLE AZIENDE SANITARIE

Progettazione, gestione e impatto



G. Giappichelli Editore

Copyright 2022 - G. GIAPPICHELLI EDITORE - TORINO

VIA PO, 21 - TEL. 011-81.53.111 - FAX: 011-81.25.100

<http://www.giappichelli.it>

ISBN/EAN 978-88-921-2454-7

ISBN/EAN 978-88-921-7661-4 (ebook - pdf)

Editor in Chief

Prof. Valter Cantino

Comitato Scientifico

Prof. Marco Allegrini (Università di Pisa)

Prof. Paolo Pietro Biancone (Università di Torino)

Prof. Paolo Ricci (Università Sannio di Benevento)

Prof. Pier Luigi Marchini (Università di Parma)

Prof.ssa Katia Corsi (Università di Sassari)



Opera distribuita con Licenza Creative Commons

Attribuzione – non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale

Stampa: LegoDigit s.r.l. - Lavis (TN)

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

Indice

	<i>pag.</i>
Prefazione	VII
1.	
Metodi di analisi e valutazione delle politiche pubbliche e logiche di gestione dei grandi progetti: le sfide per il PNRR	
1.1. Metodi di analisi e valutazione delle politiche pubbliche e sfide per l'attuazione del PNRR	1
1.1.1. Valutazione <i>ex ante</i> e scenari di implementazione	10
1.1.2. Valutazione <i>ex post</i> e valutazione di impatto	16
1.2. Metodi di analisi e valutazione dei programmi e delle politiche pubbliche: il quadro teorico di riferimento	22
1.3. Nascita e sviluppo del <i>Project Management</i>	41
1.4. La gestione per progetti: principali caratteristiche e fasi	45
1.4.1. Project Management (PM), Project Cycle Management (PCM) e ruolo del Project Manager	47
1.4.2. Il ciclo di vita del progetto e la fase di avvio	53
1.4.3. Mappatura e gestione degli <i>stakeholder</i>	57
1.4.4. La fase di pianificazione/programmazione	67
1.4.5. La gestione dei rischi	72
1.4.6. Il monitoraggio e il controllo del progetto	74
1.4.7. Tendenze in atto: il PM ²	76
1.5. Il <i>Project Management</i> interistituzionale	78
1.5.1. Il Caso del Giubileo Straordinario della Misericordia	80
2.	
Il PNRR e la Missione "Salute": le ricadute sul SSN e regionale	
2.1. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	87

	<i>pag.</i>
2.1.1. Struttura e missioni del Piano	91
2.1.2. La Missione n. 6 “Salute”	93
2.1.3. Proposte per l’attuazione del PNRR in Sanità	99
2.2. Lo stato attuale della medicina del territorio nazionale: forme associative e politiche della cronicità	106
2.3. Lettura critica del PNRR: la riforma dell’assistenza territoriale	115

3.

La gestione del PNRR Missione “Salute”: tre Regioni a confronto

3.1. Il contesto socioeconomico di riferimento per il PNRR	119
3.2. La Regione Lazio	125
3.3. La Regione Calabria	131
3.4. La Regione Puglia	134
3.5. <i>Benchmarking e benchlearning</i> nella gestione del PNRR	137

Bibliografia	143
---------------------	-----

Prefazione

Proprio in questi giorni l'Unione Europea ha deciso di erogare la tranches di finanziamenti prevista per l'attuazione del PNRR, segnalando la capacità programmatica e soprattutto di attuazione della PA italiana, a cui è stata riconosciuta la "medaglia di argento" dopo la Spagna.

L'attuazione delle politiche pubbliche e dei programmi d'intervento sta riscuotendo crescente attenzione da parte dell'accademia, in particolare da parte dei giuristi e degli studiosi di diritto amministrativo e degli economisti politici, attenti alle implicazioni macroeconomiche. Seppur ancora timidamente, anche gli economisti aziendali stanno avviando importanti ricerche che, probabilmente nei prossimi anni, si concentreranno sugli aspetti legati al controllo, al monitoraggio ed alla valutazione dei risultati delle performances conseguite. Ne sono prime testimonianze la *special issue* promossa dalla rivista "Azienda pubblica", i convegni organizzati nel 2021 da AIDEA e SIDREA ed un progetto di *special issue*, promosso dalla rivista MECOSAN (Management ed economia sanitaria), rivolta ad analizzare, con un taglio *pracademics*, quanto succede nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere.

Questo libro, che si rivolge a studiosi, *professionals* medici e sanitari, decisori pubblici e *pracademics*, vuole fornire strumenti teorici e informazioni sulle modalità di attuazione del PNRR nelle aziende sanitarie, coerenti con l'approccio economico aziendale e con le logiche di *management* in sanità, con un focus particolare sulle tecniche e sulle metodologie manageriali a supporto dei processi di attuazione. Si è scelto come ambito privilegiato di studio e analisi il settore sanitario, o meglio il Servizio Sanitario Nazionale, visto come sistema di Servizi sanitari regionali, con proprie specificità a livello istituzionale, economico e sociale, al cui interno operano le circa 270 aziende sanitarie ed ospedaliere del nostro paese. La scelta del settore sanitario e della Missione 6 "Salute" del PNRR è legata a due importanti ragioni:

– a livello di Europa del Sud e di Europa centrale l'Italia è l'unico paese ad aver scelto di attivare una missione *ad hoc* sul settore sanitario, che si affianca ai due assi centrali di *Young Europe*, rappresentati dall'ambiente e dal digitale;

– il settore sanitario italiano è stato profondamente investito dalla pandemia legata al COVID 19 nelle diverse ondate e dall’attuale fase di gestione dell’endemia; la grave crisi vissuta nel nostro paese ha giustificato l’ammontare di risorse finanziarie attribuito all’Italia, primo beneficiario in termini di valore dei *Young Europe Recovery and Resilience Plans*.

Il primo capitolo affronta le sfide per il PNRR in termini di tecniche e *tools* manageriali a disposizione del Ministero della Salute e soprattutto delle Regioni, che svolgono funzione di coordinamento e governo strategico e di aziende sanitarie ed ospedaliere a cui viene affidata l’attuazione degli interventi. Sono state riprese le riflessioni degli aziendalisti pubblici sui metodi di analisi e valutazione delle politiche e dei programmi pubblici, sviluppate alla fine degli anni ‘90 in relazione alla crescente rilevanza assunta dai finanziamenti CEE/UE sui fondi strutturali e sui fondi per il riequilibrio territoriale. La scelta di riportare le metodologie di valutazione *ex ante*, *in itinere* ed *ex post* è accompagnata dall’aggiornamento e dall’integrazione delle tecniche e *tools* manageriali, arricchendo – ad esempio – il *project management* con il *project management* interistituzionale, introducendo il *system thinking* e l’analisi dinamica dei sistemi, collegando gestione e valutazione delle performance alle valutazioni di impatto e presentando la VIS (valutazione di impatto sulla salute), che potrà diventare il riferimento obbligato per la valutazione della medicina integrata sul territorio Ospedali di Comunità e Case della Salute).

Il secondo capitolo offre una ricostruzione del quadro istituzionale e programmatico del PNRR in cui si inserisce la missione 6 “Salute”.

Nel terzo capitolo, invece, viene presentata l’analisi di tre casi regionali, secondo una metodologia qualitativa di ricerca in campo economico aziendale, rappresentata dal *multiple case study*. Si rimanda al capitolo per le motivazioni legate alla scelta delle tre Regioni (Calabria, Lazio e Puglia).

Il mio augurio come autrice è che il libro possa rispondere alle aspettative ed alle esigenze informative di una molteplicità di destinatari, dagli accademici ai frequentanti dei corsi universitari e di formazione *executive*, dai decisori pubblici alle Associazioni delle aziende sanitarie ed ospedaliere, ai *professionals* medici e sanitari ed aprire la strada a successivi lavori di ricerca ed articoli di approfondimento a livello nazionale ed internazionale (almeno europeo).

Vorrei chiudere questa prefazione con i miei vivi e sinceri ringraziamenti a Chiara Fantauzzi dell’Università di Roma “Tor Vergata”, che ha svolto un attento e prezioso lavoro di revisione del testo e di sistematizzazione della bibliografia, ad Emanuela Resta, dell’Università “Mediterranea” di Reggio Calabria, con cui ho approfondito la ricerca relativa al *project management* ed a

Marco Di Vito dell'Università di Roma "Tor Vergata", che mi ha aiutato nella raccolta delle informazioni sulle esperienze regionali.

Altri doverosi ringraziamenti vanno rivolti al prof. Paolo Biancone dell'Università di Torino, che ha creduto nella mia proposta di pubblicazione, al prof. Onofrio Resta dell'Università di Bari, che mi ha facilitato l'accesso ai dati sulla Puglia ed al prof. Francesco Manganaro dell'Università "Mediterranea" di Reggio Calabria, che mi ha aiutato nella ricostruzione dell'esperienza della Regione Calabria, facilitando la mia conoscenza della realtà territoriale.

Infine, i miei più sentiti ringraziamenti vanno al prof. Marco Meneguzzo dell'Università di Roma "Tor Vergata", che da sempre rappresenta per me una guida e una fonte di ispirazione e che, in questa occasione, mi ha stimolata sull'importanza di dedicare un'attenzione privilegiata all'attuazione del PNRR nelle aziende sanitarie.

1.

Metodi di analisi e valutazione delle politiche pubbliche e logiche di gestione dei grandi progetti: le sfide per il PNRR

1.1. Metodi di analisi e valutazione delle politiche pubbliche e sfide per l'attuazione del PNRR

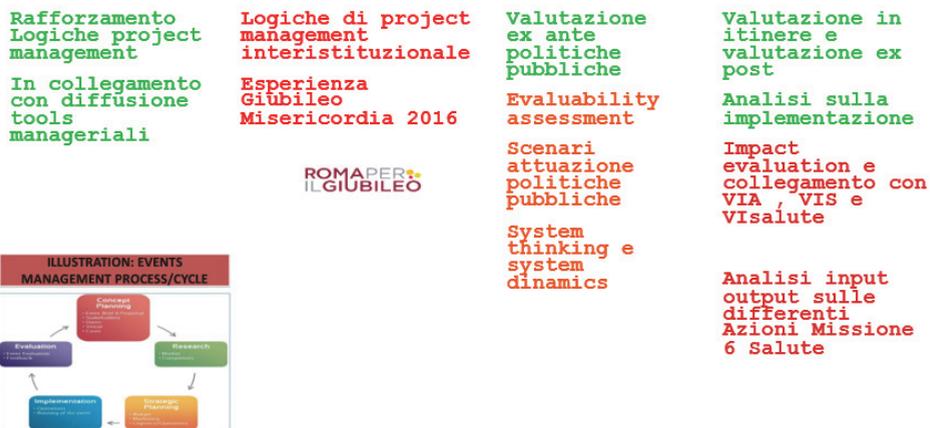
I processi di formulazione, gestione ed attuazione del PNRR, come è ben noto, rappresentano un'importante sfida per il sistema delle Amministrazioni pubbliche, articolato nei diversi livelli istituzionali, in cui la PA centrale e le PA regionali svolgono un ruolo di coordinamento e governo strategico nei confronti delle PA locali.

Al fine di rispondere a questa sfida, è necessaria una strategia di intervento articolata su diversi ambiti, che può essere sintetizzata come una combinazione tra adozione, anche sperimentale, di *tools* e tecniche gestionali e manageriali, da un lato, e di sviluppo e rafforzamento delle capacità decisionali, di *governance* e manageriali della PA, dall'altro.

Nella figura 1.1 viene fornito un quadro di insieme sui diversi ambiti di rafforzamento e sviluppo; il primo è rappresentato dalle capacità e dalle tecniche di *project management* che sono state sperimentate ed adottate dalle aziende ed organizzazioni sanitarie nella prima fase di attuazione del SSN (Unità sanitarie locali) e nella successiva fase di aziendalizzazione del sistema.

A questo proposito, si ricorda la pubblicazione di Pintus del 2003 sul *project management* nelle aziende sanitarie, che rifletteva l'attività di formazione manageriale della SDA Università Bocconi di Milano e le riflessioni relativamente più recenti (2011) dell'Associazione Italiana degli Ingegneri Clinici, che hanno adottato e realizzato logiche di *project management* e *process management* per i progetti in campo di ICT e *e-health* nelle aziende sanitarie.

Figura 1.1. – Quali competenze per la formulazione e gestione PNRR



Fonte: elaborazione propria.

Sempre a questo proposito, va ricordato che ISIPM, ossia l’Istituto Italiano di Project Management, ha costituito un gruppo di lavoro sul *project management* in sanità e che FIASO, la Federazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, ha scelto di valorizzare il *project management* come tecnica e metodologia a supporto dei processi di innovazione nelle aziende sanitarie, anche a seguito delle due esperienze promosse dall’Osservatorio sulla Buona Sanità (2011 e 2013), poi pubblicate.

Sicuramente l’*expertise* e la conoscenza maturata nelle esperienze di progetti di innovazione promossi e riconosciuti dalla FIASO possono rappresentare un capitale di conoscenza sedimentato ed accumulato, utile per le fasi di progettazione, gestione e valutazione della missione Sanità del PNRR.

Come mostra la tabella 1.1, che sintetizza la capacità delle aziende sanitarie ed ospedaliere di istituzionalizzare e stabilizzare nella gestione corrente i progetti di innovazione, almeno due aree progettuali possono essere molto utili per la futura gestione del PNRR:

- integrazione sociosanitaria in cui le aziende sanitarie hanno trasferito nella gestione corrente il 50% dei progetti di innovazione sviluppati;
- le politiche del personale, che assumono elevata criticità per l’attuazione dei progetti previsti dal PNRR, in cui ben il 63% dei progetti è stato inserito nella gestione operativa corrente.

FIASO si è fatta promotrice della raccolta sistematica e sistematizzata di tutte quelle pratiche aziendali che hanno permesso alle Aziende sanitarie ed

ospedaliere di ottenere risultati importanti e validi in ambiti clinici, organizzativi, economici e di sicurezza per i pazienti.

Sempre da FIASO è stato poi intrapreso e validato un processo di valutazione delle esperienze aziendali attraverso un modello che ne ha accertato grado di sviluppo e risultati ottenuti. A tal riguardo, si parla dunque di “buone pratiche”, così identificate perché risultano basate sull’evidenza, in grado di rispondere a linee guida condivise, sostenibili nel tempo, trasferibili in altri contesti e riferite alla metodologia del miglioramento continuo della qualità.

Più nello specifico, gli anni '90 sono stati gli anni che hanno favorito la circolazione delle “idee” di innovazione nel settore pubblico; in occasione della prima e della seconda edizione di 100 Progetti Innovazione, infatti, sono stati presentati 1800 progetti sull’innovazione, gestiti poi dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Lo scopo era quello di capire come migliorare gli uffici pubblici e come diffondere l’innovazione.

A seguire, tra il 2000 e il 2005, iniziano a diffondersi concetti come sostenibilità organizzativa; assistiamo alla terza edizione di 100 Progetti Innovazione ed è proprio in questa occasione che l’innovazione viene percepita come un *driver* a sostegno delle riforme prevedendo anche dei premi settoriali di innovazione, ad esempio per quanto riguarda l’ambiente, la cultura, la sanità e il Governo locale. In totale, nel contesto italiano, sono stati censiti circa 17 premi settoriali, di cui tre nel settore sanitario.

Dopo il 2005 si inizia a ragionare maggiormente in ottica di *benchmarking* tra le esperienze italiane e quanto accade all’interno dell’Unione Europea, dunque siamo alla quarta edizione di 100 Progetti, in occasione della quale si testimonia un’innovazione diffusa e sostenibile; le regioni che fanno da promotore attraverso l’implementazione di esperienze pilota sono la Lombardia e l’Emilia Romagna, favorendo la diffusione di “reti di innovatori”. A livello europeo, invece, si parla di *best practice* con riferimento alle biennali di Lisbona 2000 e Varsavia 2012.

Sono stati poi promossi dei programmi volti al trasferimento delle prassi di innovazione dalle PA del Centro Nord alle PA del Mezzogiorno e programmi PASS in linea con i programmi UE di *capacity building*.

In totale, sono state realizzate cinque edizioni del premio Cento Progetti Innovazione, ma rilevante è stata anche la partecipazione dei progetti innovativi della PA italiana ai premi di livello europeo (EU Quality in Public Sector; Lisbona 2000; EPSA European Public Sector Award).

La FIASO (2013) identifica specifici fattori abilitanti per quanto riguarda l’innovazione, con riferimento ad un buon clima organizzativo, un ambiente culturalmente evoluto, forte impulso dalla Direzione Generale, bassa conflittualità sindacale, fissazione di regole, motivazione delle persone coinvolte, livello di professionalità richiesto, presenza di una leva culturale con lo scopo di far credere nel progetto.

Al fine di favorire la circolazione di conoscenza e di innovazione, assumono importanza elementi come le “comunità di pratica” (Lesser e Storck, 2001): emblematico, al riguardo, diventa il caso dei riparatori di fotocopiatrici della Xerox in America, ai quali si deve la creazione di un sistema di circolazione della conoscenza e di buone pratiche efficiente ed efficace.

Ad un secondo livello si trovano poi i cosiddetti “*linkage agents*”, ossia coloro i quali sono direttamente responsabili (e favoriscono) il passaggio della conoscenza da chi la crea, in qualità di *researcher*, e coloro i quali la mettono in pratica, quindi i *practitioners*. In questo senso i *linkage agents* si trovano in una posizione intermedia, a contatto con i centri di innovazione da una parte e con i professionisti dall'altra, e hanno il compito di interpretare conoscenza, pratiche e informazioni, favorendone poi il trasferimento.

L'ultimo livello relativo alla diffusione della conoscenza riguarda poi i “programmi formali di disseminazione” (Greenhalgh *et al.*, 2004), ossia dei programmi dedicati proprio alla diffusione e adozione da parte delle organizzazioni di specifiche innovazioni, che dispongono di *budget* e risorse umane dedicati e un piano esplicito di azioni da intraprendere per adattare le innovazioni oggetto di disseminazione alle singole realtà.

L'osservatorio quindi opera attraverso una prima fase di raccolta delle esperienze, seguita poi da una valutazione sintetica e una classificazione delle stesse. Le ultime due fasi riguardano poi una valutazione analitica delle stesse esperienze ed infine abbiamo comunicazione e *follow up*.

Tabella 1.1. – Dati Edizioni 2011-2013

Regione	2013			2011			Diff. 2013/2011		
	N° Aziende	N° Pratiche	Pratiche per Azienda	N° Aziende	N° Pratiche	Pratiche per Azienda	N° Aziende	N° Pratiche	Pratiche per Azienda
Lombardia	4	7	1,8	6	13	2,2	-33%	-46%	-19%
Prov Auto di Trento	1	3	3,0	1	4	4,0	0%	-25%	-25%
Veneto	1	2	2,0	2	4	2,0	-50%	-50%	0%
Friuli Venezia Giulia	1	2	2,0	-	-	-	100%	200%	200%
Liguria	3	3	1,0	2	4	2,0	50%	-25%	-50%
Emilia Romagna	11	25	2,3	10	25	2,5	10%	0%	-9%
Toscana	2	2	1,0	2	4	2,0	0%	-50%	-50%
Umbria	1	3	3,0	-	-	-	100%	300%	300%
Marche	1	12	12,0	1	7	7,0	0%	71%	71%
Lazio	2	2	1,0	3	5	1,7	-33%	-60%	-40%
Campania	1	1	1,0	-	-	-	100%	100%	100%
Puglia	2	3	1,5	-	-	-	200%	300%	150%
Basilicata	2	4	2,0	1	1	1,0	100%	300%	100%
Sicilia	4	5	1,3	1	1	1,0	300%	400%	25%
Sardegna	1	1	1,0	1	1	1,0	0%	0%	0%
Totale Aziende	37,00	75,00	2,0	30,00	69,00	2,3	23%	9%	-12%
Nord	21,00	42,00	2,0	21,00	50,00	2,4	0%	-16%	-16%
Centro	6,00	19,00	3,2	6,00	16,00	2,7	0%	19%	19%
Sud ed Isole	10,00	14,00	1,4	3,00	3,00	1,0	233%	367%	40%

Fonte: Buone Pratiche FIASO.

La tabella 1.1 sintetizza i dati delle due edizioni (2011 e 2013), mostrando-ne il differenziale in termini di rilevanza tra la prima e la seconda edizione. Le aree di buone pratiche considerate sono: mutamento del ruolo dell'infermiere; rapporto medico-paziente; valutazione della *performance*; politiche del personale; integrazione socio-sanitaria. Ciò che emerge è che tra queste l'unica adottata in forma stabile dalla totalità delle aziende è il mutamento del ruolo dell'infermiere, seguita poi dal rapporto medico-paziente (pienamente adottata dall'86% delle aziende prese in considerazione), mentre l'integrazione socio-sanitaria risulta la meno diffusa, implementata soltanto dal 60% delle aziende.

Nei confronti dell'innovazione in sanità è possibile distinguere un approccio tradizionale, un approccio consolidato, quelle che sono delle tendenze in atto e, infine, le possibili alternative di sviluppo. L'approccio tradizionale mira a rilevare l'innovazione, mentre l'approccio consolidato consiste nel dare vita a delle banche dati dell'innovazione, prevedendo anche dei premi; le tendenze in atto spingono verso il *market place* dell'innovazione e le possibili alternative di sviluppo consistono nell'identificare nuovi scenari per l'innovazione.

In linea con l'approccio consolidato, che mira quindi allo sviluppo di banche dati per l'innovazione e premi, un interessante modello di riferimento è rappresentato dal premio UNPSA 2017 delle Nazioni Unite, che prevede la presentazione dei progetti di innovazione da parte di diversi Paesi, un sistema di valutazione basato su criteri espliciti ed affidato ad esperti internazionali, il riconoscimento e la premiazione a livello internazionale, nonché la presentazione e comunicazione delle esperienze all'interno di veri e propri *show room*. Il trasferimento e la diffusione delle esperienze è poi affidato ad accordi che intervengono tra istituzioni e/o Governi. Un modello simile è adottato dall'EIPA European Institute of Public Administration, che promuove il premio annuale EPSA (European Public Sector Award), coinvolgendo anche Dipartimenti della Funzione Pubblica e accademici italiani.

Il progetto del *market place* consiste in una presentazione delle esperienze volta a capire i possibili sviluppi futuri del Libro Bianco sull'innovazione Forum PA e sulla possibile istituzionalizzazione.

Possono essere identificate delle differenze tra l'approccio all'innovazione USA e l'approccio che invece caratterizza i Paesi europei:

- la prima differenza può esser riscontrata in termini di promotori/attori chiave: mentre nei Paesi USA troviamo il mondo accademico, l'American Society for Public Administration (ASPA), fondazioni Grant, il settore *non profit* e forme di consumerismo, in Europa troviamo sempre il mondo accademico, le Pubbliche amministrazioni nazionali, associazioni di imprese e *media*;

- la seconda differenza è relativa proprio all’innovazione: mentre in USA l’innovazione investe la singola PA e si basa prevalentemente sullo sviluppo di logiche di partenariato pubblico-privato/*non profit*, d’altra parte abbiamo un’innovazione riferita ai servizi finali (come sanità, educazione, etc.) e a servizi di supporto interno;
- un’ulteriore differenza è relativa poi al premio: mentre le logiche USA prevedono premi sotto forma di risorse finanziarie, in Europa il premio tende ad essere maggiormente simbolico, al massimo rappresentato dalla fornitura di servizi reali;
- l’ultima differenza è relativa alle logiche che si celano dietro questi due diversi approcci all’innovazione: mentre l’approccio USA tende maggiormente allo sviluppo di logiche di eccellenza (*best in class*), in Europa si prediligono logiche di innovazione e miglioramento (guardando alle *good practices* o *best practices*).

Al fine di gestire al meglio i progetti legati al PNRR, è necessario sviluppare specifiche competenze, che variano a seconda della specifica fase del progetto, competenze evidenziate nella precedente figura 1.1.

In primis, è opportuno optare per un rafforzamento delle logiche di *project management*, ripensando la formazione delle persone in questo senso, basandola sugli strumenti e sulle tecniche chiave; in secondo luogo, le stesse logiche di *project management* dovrebbero essere orientate verso una prospettiva di tipo interistituzionale, prevedendo l’instaurazione di *network*, di *partnership* e collaborazioni tra diversi attori.

In questa prospettiva possono essere sicuramente riprese e valorizzate le competenze maturate dalle Regioni e dalle aziende sanitarie ed ospedaliere tra la fine degli anni ’90 ed inizio 2000 per quanto riguarda l’attuazione dei progetti di costruzione, ampliamento e manutenzione straordinaria di nuovi ospedali, previste dal Piano poliennale straordinario di investimenti nel SSN (Meneguzzo, 1999).

Rispetto al Piano poliennale straordinario degli investimenti, che prevedeva prevalentemente una relazione tra settore pubblico ed imprese private *for profit* (imprese costruttrici, imprese *facility management*), con il PNRR cambia radicalmente il sistema delle relazioni, che diventa *multistakeholder*, coinvolgendo il settore pubblico, il settore privato *for profit* e soprattutto il settore privato *non profit* (cooperative sociali, imprese sociali, associazioni e fondazioni operative).

Il *project management* interistituzionale, che verrà approfondito nelle pagine seguenti, rappresenta un’importante evoluzione da una visione manageriale sui progetti, che va rafforzata nel PNRR, ad una visione integrata del PNRR come politica pubblica, che si articola su una pluralità di progetti.

Sicuramente *project management* e *project management* interistituzionale

troveranno ampia applicazione per quanto riguarda il PNRR, che dedica al settore della Salute la Missione 6, intitolata proprio “Salute”. La Missione è articolata in due componenti principali, che hanno lo scopo di garantire da una parte il rafforzamento della rete territoriale e, dall’altro, l’ammodernamento e la digitalizzazione delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale, con uno specifico riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico e allo sviluppo della telemedicina.

La seconda componente della stessa Missione, come già messo in evidenza, riguarda la digitalizzazione del SSN, al fine di aumentare la produttività del personale e di ottimizzare i processi clinico-assistenziali, assicurando l’erogazione di servizi di qualità e quindi una maggiore sicurezza per il paziente. Si tratta di una digitalizzazione che sicuramente è stata favorita dalla diffusione del Covid-19, che ha reclamato la sperimentazione di nuove tecnologie e l’aggiornamento di quelle precedentemente utilizzate, costringendo personale medico e pazienti ad adottare nuove soluzioni al fine di continuare ad offrire ed accettare assistenza medica. L’obiettivo è quello di sostenere lo sviluppo della teleassistenza e della telemedicina, raccogliendo più dati possibili sui parametri dei pazienti per sfruttarli poi in maniera efficace ed efficiente.

Ambito privilegiato di applicazione del *project management* sarà la digitalizzazione del SSN, al fine di aumentare la produttività del personale e di ottimizzare i processi clinico-assistenziali, assicurando l’erogazione di servizi di qualità e quindi una maggiore sicurezza per il paziente. Si tratta di una digitalizzazione che sicuramente è stata favorita dalla diffusione del Covid-19, che ha reclamato la sperimentazione di nuove tecnologie e l’aggiornamento di quelle precedentemente utilizzate, costringendo personale medico e pazienti ad adottare nuove soluzioni al fine di continuare ad offrire ed accettare assistenza medica.

Risulta poi necessario procedere con la valutazione delle politiche pubbliche, una valutazione che sarà *ex ante*, *in itinere* ed *ex post*, nonché poi volta a valutare anche l’impatto generato dalle politiche stesse.

- Per quanto riguarda la valutazione *ex ante*, si tratta di una valutazione che viene effettuata prima dell’implementazione di un progetto, di un programma o di una politica. Esistono tre diversi metodi, che dipendono dallo scopo, o meglio dall’oggetto, della valutazione, che potrebbe riguardare l’*output* ottenuto, l’impatto generato o le modalità di implementazione. L’obiettivo principale di questo tipo di valutazione è quello di rilevare e quindi fornire informazioni strumentali per quanto riguarda il disegno dell’intervento. Sempre nella figura 1 vengono presentate due importanti tecniche per la valutazione *ex ante*: l’*evaluability assessment*, sperimentata nel contesto italiano dalla Regione Lombardia per la gestione del Piano regionale di svi-

luppo e per la programmazione strategica dei progetti (Decastri, Meneguzzo e Mussari, 2005; Meneguzzo e Orizio, 1997), e gli scenari di attuazione sulle politiche pubbliche, che invece combina il metodo degli scenari con le analisi di implementazione delle politiche pubbliche. Gli scenari di attuazione delle politiche pubbliche sono strettamente collegati al *System Thinking* e all'Analisi dinamica dei sistemi (*System Dynamics*) (Fiorani, 2010), che ha trovato interessanti applicazioni nel settore sanitario, dall'attuazione dei Piani di Rientro (Fiorani, Meneguzzo e Tanese, 2008) alle esperienze di cofinanziamento e attuazione dei PPP immediatamente dopo la prima crisi finanziaria (crisi *subprime* e derivati) (Galeone e Meneguzzo 2014).

- La valutazione *in itinere*, invece, è una valutazione che potrebbe essere di due modalità, quindi relativa ad uno specifico momento dell'implementazione, in cui vengono calcolati i risultati ottenuti o degli indicatori, con lo scopo di verificare il progresso, oppure potrebbe essere una valutazione che si propone di valutare momento dopo momento lo stato di avanzamento del progetto.
- La valutazione *ex post*, poi, viene effettuata alla fine del progetto e, in linea con la valutazione *ex ante* precedentemente effettuata, sarà relativa agli *output* ottenuti, all'impatto generato o alle modalità di implementazione.
- In ultimo, la valutazione degli impatti è quella valutazione che intende verificare gli effetti, siano essi positivi o negativi, dell'intervento pubblico, andandone a rilevare i fattori di successo o insuccesso. Generalmente, l'impatto viene verificato partendo dai risultati prefissati, andandone a verificare il raggiungimento e individuando eventuali azioni correttive e/o l'avvio di politiche pubbliche differenti. La valutazione dell'impatto è utile anche perché fornisce indicazioni per quanto riguarda l'efficacia (relativa quindi alla capacità di raggiungere gli obiettivi); l'efficienza (con riferimento al rapporto tra risultati ottenuti e risorse implementate); la sostenibilità (intesa come la capacità della politica, del programma o del progetto di produrre effetti che siano duraturi nel corso del tempo).

A tal riguardo, con particolare riferimento al comparto Salute, è opportuno citare la Valutazione d'Impatto sulla Salute (VIS).

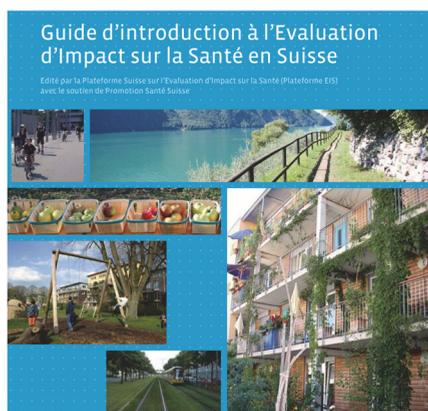
La VIS è strettamente collegata alle Valutazioni di impatto sociale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la VIS è “una combinazione di procedure, metodi e strumenti attraverso cui una politica o programma o progetto può essere valutato/giudicato in merito agli effetti che produce sulla salute della popolazione e alla distribuzione di questi nella popolazione”. Dunque, l'obiettivo della VIS è quello di integrare la considerazione degli effetti sulla salute nella valutazione degli impatti di uno specifico intervento, offrendo uno spunto importante ai decisori pubblici. I valori su cui si basa la VIS riguardano la democrazia, l'equità, lo sviluppo sostenibile e l'utilizzo etico delle prove scientifiche.

A livello internazionale esistono alcune interessanti esperienze di applicazione della VIS all'interno della pianificazione strategica delle aziende sanitarie, tra queste possono essere citati i Piani della Salute in Italia (Meneguzzo, 2005), sviluppati prevalentemente in Emilia Romagna e Basilicata, e gli Health Improvements Plan per quanto riguarda il Servizio Sanitario del Regno Unito.

Molto interessante è poi l'esperienza della Svizzera, che ha dedicato attenzione alla VIS; ad esempio, va ricordato il progetto avviato in Canton Ticino nel 2005 dall'ufficio di promozione e valutazione sanitaria e di promozione salute (UPVS), in collaborazione con i Cantoni di Ginevra e Giura, che avevano lanciato all'inizio del 2000 iniziative fondate sulla Valutazione di impatto sulla salute (VIS), integrate con la prospettiva dello sviluppo sostenibile (Meneguzzo e Pellanda, 2018). Per un approfondimento si veda il successivo box.

Box 1. – *Obiettivi, comunicazione della valutazione di impatto sulla salute*

I principali obiettivi della VIS sono rappresentati dallo sviluppo e dalla messa a disposizione delle collettività locali degli “studi di impatto sulla salute”, coerenti con la prospettiva dello sviluppo sostenibile e volti ad integrare la promozione della salute nei processi decisionali. Altro importante obiettivo è quello di raccordare in modo sinergico le valutazioni d'impatto sulla salute con gli altri strumenti di supporto alle decisioni, sviluppati ai diversi livelli istituzionali. È stata creata una piattaforma intercantonale EIS e nel sito *web* sono disponibili diverse risorse, fra cui la *Guide d'introduction à l'Evaluation d'impact sur la Santé en Suisse* del 2010. Una caratteristica fondamentale della guida è che essa tiene conto della letteratura in materia di VIS, ma soprattutto la adatta alla realtà svizzera e alle esperienze applicative realizzate nei Cantoni di Ginevra, Giura e Ticino.



Fra i valori fondanti della VIS particolare rilievo viene dato alla equità del processo, che non si deve limitare a studiare l'impatto di una politica o di un progetto sulla salute, ma esamina anche come questo impatto si distribuisce nella popolazione in funzione dell'età, del genere, dell'origine etnica e delle condizioni socio-economiche (Meneguzzo e Pellanda, 2018).

La VIS potrà così rappresentare un importante riferimento per alcune valutazioni pilota che dovranno essere effettuate sulla Missione 6 del PNRR ed in particolare per quelle relative all'assistenza sanitaria territoriale, sicuramente in una prospettiva *ex post*, ma con importanti potenzialità di applicazione anche a livello *ex ante*.

Molto importante per la VIS è la prima componente della Missione 6 Salute, quella dedicata al potenziamento dell'assistenza territoriale, che prevede degli investimenti per la costituzione di ben 1.288 "Case della Comunità" nei prossimi cinque anni, definendone caratteristiche e finalità. Lo scopo è quello di replicare il modello *hub&spoke*, basato sulla previsione di "centri di eccellenza", quindi i grandi ospedali in cui concentrare la casistica più complessa, e di "centri periferici", rappresentati da enti più piccoli. Le Case della Comunità, infatti, non sono altro che dei luoghi fisici in cui andranno ad operare *team* multidisciplinari in quattro diversi ambiti: promozione della salute; prevenzione; presa in carico; riabilitazione.

La Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) rappresenta lo specifico procedimento attraverso cui vengono preventivamente individuati gli effetti sull'ambiente, così da permettere l'individuazione delle migliori soluzioni per quanto riguarda la protezione della salute umana, il miglioramento della qualità della vita, il mantenimento delle specie e la conservazione della capacità di riproduzione dell'ecosistema. Lo scopo della VIA è quello di andare ad identificare e distinguere gli effetti generati sulla "popolazione direttamente esposta" e quelli sulla "popolazione indirettamente esposta", con riferimento sia a coloro che risultano esposti agli effetti determinati da emissioni dell'opera per quanto riguarda l'aspetto ambientale, sia a coloro che invece sono esposti agli effetti di natura sociale ed economica generati dall'opera stessa.

1.1.1. *Valutazione ex ante e scenari di implementazione*

Un'importante metodologia di riferimento per l'analisi *ex ante* è rappresentata dal *System thinking*, che si occupa di identificare le relazioni causa-effetto collegate ai processi di attuazione delle politiche pubbliche. Al *System thinking* si collega, come già anticipato, l'analisi dinamica dei sistemi (*System dynamics*) (Fiorani 2010, Mollona 2008), che si occupa di identificare l'impatto quantitativo, con particolare attenzione ai dati economico-finanziari, riconducibile alle relazioni causa effetto individuate attraverso l'analisi *System thinking*.

Il *System thinking* potrà essere molto utile come scenario di attuazione delle politiche previste dal PNRR relative alla Missione 6 Salute, soprattutto per quanto riguarda il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. Infatti

Case della salute ed Ospedali di Comunità richiedono la disponibilità di personale medico, infermieristico e sociosanitario specializzato con due importanti condizioni preliminari rappresentate dalla disponibilità di risorse finanziarie sul Fondo sanitario Nazionale gestione corrente e sui tempi rapidi di avvio e soprattutto di attuazione/conclusione dei concorsi.

La possibilità di assunzione di personale in tempi brevi rappresenta un fattore critico di successo per l'attuazione del PNRR tenendo conto che, come bene evidenziato da uno studio FIASO del 2018, per il personale medico si prevedono (si prevedevano) elevate uscite del personale medico; a livello europeo, l'Italia registra il primato di anzianità dei medici (51% dei medici con più di 50 anni di età). Solo nel periodo 2012-2017 ben 24.651.

Le proiezioni FIASO al 2025, anno a metà del periodo di attuazione del PNRR, segnalano che saranno 40.253 i medici con più di 65 anni; FIASO stima che le cessazioni dal servizio saranno superiori, circa 54.380 e che il 35% dei medici abbandonerà il SSN. Scenari di attuazione elaborati in base al *System thinking* dovranno seriamente prendere in attenzione la carenza di personale medico ed infermieristico e le effettive capacità di risposta del SSN a questa criticità.

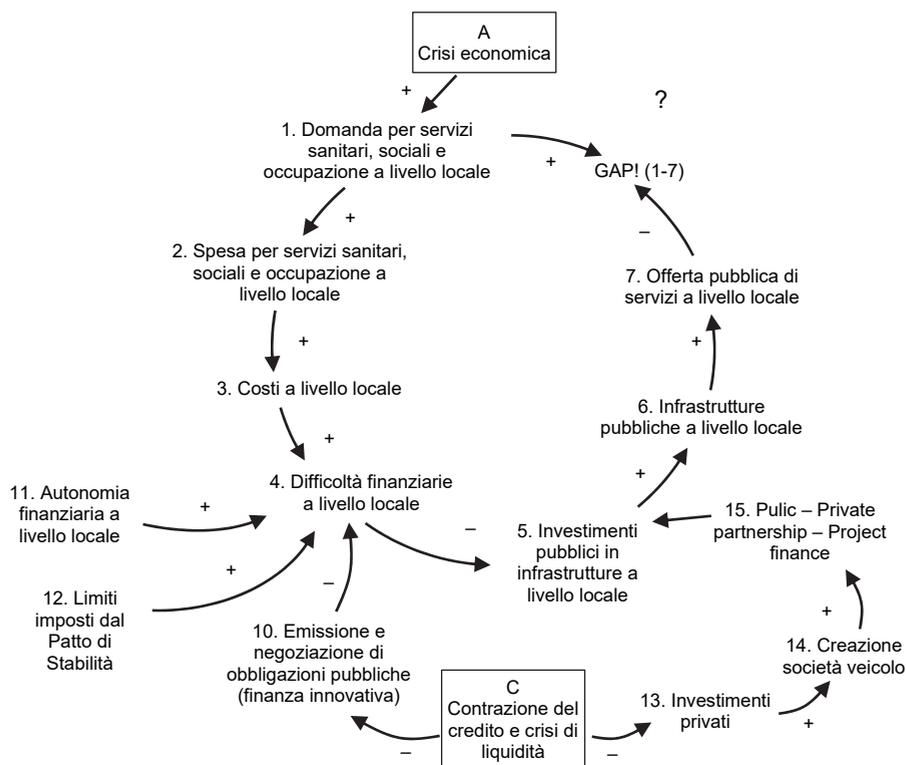
Per meglio comprendere la metodologia di *System thinking* si fa riferimento sinteticamente al modello sulle potenzialità dei PPP – partenariato pubblico privato nel settore pubblico locale (Comuni, imprese servizi pubblici locali, aziende sanitarie) nel periodo post 2010 di crisi finanziaria, elaborato da Fiorani (2014). Come è probabilmente noto, la crisi economico-finanziaria 2010 (crisi *subprime* e derivati) ha avuto anche in Italia un consistente impatto, da un lato sulla gestione finanziaria e sulle politiche innovative di investimento dei Governi locali, (riduzione delle entrate), dall'altro sulla domanda di servizi sociali sanitari e occupazione (aumento della spesa).

Nella figura 3 sono presentate tutte le relazioni causa effetto individuate grazie alla logica System Thinking; tra queste possono essere sicuramente selezionate alcune dinamiche che potranno ripetersi nei prossimi due/tre anni di attuazione del PNRR in riferimento alla Missione Salute:

- la minore attenzione, ed in alcuni casi la riluttanza, verso operazioni di PPP da parte delle imprese private, potenziali *partner* (legami: C-13-14-15-5), particolarmente presente nel settore sociosanitario;
- la ridotta autonomia finanziaria degli Enti Locali e delle aziende sanitarie italiane, che riducono i margini di manovra sulla possibilità di attivare proprie iniziative (vendita di servizi) o di ricorrere all'indebitamento (mutui bancari, emissioni obbligazionarie) (legami: 11 e 12-4);
- un aumento dei costi, a causa della crescente domanda di servizi sanitari, sociali e occupazione come conseguenza della crisi economica (legami: A-

1-2-3-4); soprattutto per le aziende sanitarie beneficiarie di progetti di investimento sulla medicina sanitaria di comunità le dinamiche legate all'invecchiamento, alla fragilità (crescita dei *frail patients* e polipatologie) e all'inclusione sociale determineranno una ulteriore pressione della domanda.

Figura 1.2. – *Circoli viziosi nella dinamica della domanda e offerta di servizi pubblici in tempi di crisi economica*



Fonte: rielaborazione da Fiorani (2014).

Nel modello presentato nella figura sovrastante (Fiorani, 2014). La crescita della domanda di servizi sociali del 20% aveva determinato, a fine del primo decennio del 2000, per gli Enti Locali, un impegno di spesa di circa 1,6 miliardi di euro in più (+8%) nel 2009 rispetto al 2008¹. Tale maggiore impegno

¹Le spese sociali rappresentano nel 2009 il 18,8% del totale della spesa corrente e sono cresciute del 13% rispetto al 2007.

mal si concilia con la situazione di difficoltà finanziaria a livello locale già esistente, dovuta ai vincoli imposti dal Patto di Stabilità, all'aumento fisiologico dei costi, alla riduzione dei trasferimenti e alla minore autonomia finanziaria degli Enti Locali italiani. Ne è derivato, di conseguenza, il ridimensionamento delle politiche di investimento in opere pubbliche.

Questo contributo si propone di aprire una riflessione sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale nella sua attuale configurazione di sistema *relativamente omogeneo* di Servizi sanitari regionali.

Il modello di *System thinking* sulle modalità di attuazione del PNRR dovrà essere elaborato tenendo innanzitutto in considerazione la relativa omogeneità del SSN e le specificità dei diversi sistemi sanitari regionali in termini di capacità programmatiche e soprattutto di capacità di tenuta del sistema di offerta di servizi sanitari, così come configurato dalla legge di istituzione del SSN (legge n. 833/1978) e dai successivi provvedimenti (inizio anni '90 e fine anni '90) di "riforma della riforma" (riforma *bis* e riforma *ter*), in cui sono state introdotte e rafforzate l'aziendalizzazione e la regionalizzazione del SSN.

Per meglio comprendere il tema della **sostenibilità del SSN** e per evitare confusioni con riflessioni più generali sulla sostenibilità dei sistemi economici e sociali a livello internazionale e sulla sostenibilità ambientale, è opportuno richiamare le considerazioni contenute nel rapporto ASTRID 2010 in cui sono stati individuati tre differenti ambiti per la valutazione della sostenibilità del SSN (Cepiku, Fiorani e Meneguzzo, 2010).

La prima dimensione è rappresentata dalla **sostenibilità istituzionale-amministrativa**.

L'esperienza di questi 30 anni ha infatti evidenziato differenti capacità di risposta da parte delle Regioni rispetto alle sfide istituzionali, con chiari segnali di *deficit* di capacità istituzionale e di governo in alcune aree regionali.

Significativi sono i ritardi registrati in molte Regioni nell'avvio e messa in atto della riforma dei primi anni '80 (Meneguzzo, 1991; Meneguzzo, Mele e Tanese, 2004), nei processi di aziendalizzazione, nel consolidamento del ruolo di *governance* e programmazione delle Regioni (regionalizzazione). Difficoltà, ritardi e, soprattutto, diversi percorsi di implementazione delle politiche sanitarie pubbliche sono stati più volte evidenziati dalle numerose ricerche condotte a partire dalla fine degli anni '90 sul SSN dai principali «osservatori» a livello nazionale (Rapporto annuale Oasi-Cergas-Università Bocconi; Rapporto annuale Ceis-Università degli Studi di Roma Tor Vergata), dai contributi delle associazioni e delle società scientifiche (nel campo dell'economia e del *management* sanitario va segnalata l'AIES-Associazione Italiana di Economia

Sanitaria– fondata nel 1995 www.aiesweb.it) e dai rapporti pubblicati da FIA-SO e Federsanità.

La sostenibilità istituzionale ed amministrativa fa infatti riferimento alla differente capacità mostrata dai diversi Sistemi sanitari regionali di adottare in tempi ragionevoli logiche di *management* pubblico (e di *management* sanitario) e di *governance* pubblica.

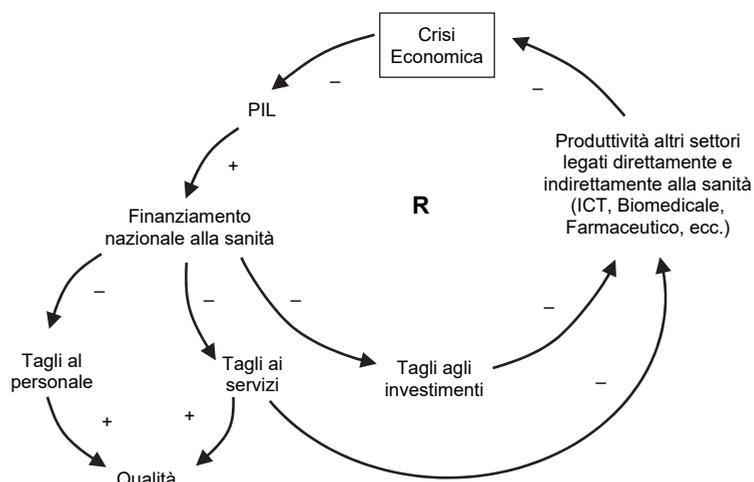
Queste ultime focalizzano l'attenzione sui processi di cambiamento strategico, organizzativo ed amministrativo dei diversi livelli istituzionali, sulle relazioni interistituzionali, sulla sostenibilità delle politiche pubbliche, sui processi di *capacity building* e sviluppo delle competenze (amministrazione centrale, Regioni, molte aziende sanitarie) e sui sistemi di gestione.

Una seconda importante dimensione è rappresentata dalla **sostenibilità economico-finanziaria**, con riferimento alla capacità di mettere a disposizione risorse finanziarie sui FSR parte corrente per garantire il funzionamento di Case delle Salute, Centri sanitari di comunità ed Ospedali di Comunità (assunzione di nuovo personale, acquisto di beni e servizi, investimenti in innovazione e sanità digitale).

In questa prospettiva, secondo e importante riferimento per il disegno di un modello di *System thinking* sull'attuazione della Missione 6 del PNRR è il modello presentato nella figura 4 (Fiorani, Meneguzzo e Orsi, 2014) sulla sostenibilità del SSN. Il modello elaborato nel 2014-2015, e quindi in una fase caratterizzata dal risparmio e dai limiti di cassa per il SSN, ispirati a logiche di “*cutback management*”, evidenziava due conseguenze importanti:

- la riduzione della qualità dei servizi sanitari, come conseguenza dei tagli all'offerta dei servizi, del blocco del *turn over* e del contenimento della dotazione quali-quantitativa del personale;
- l'attivazione di un pericoloso meccanismo a catena, basato sulle relazioni tra crisi economica e a) conseguente riduzione o rallentamento della crescita del PIL; b) eventuali tagli agli investimenti e alla gestione corrente nelle aziende sanitarie; c) difficoltà e crisi nei settori fornitori, direttamente ed indirettamente collegati alla Sanità; d) effetto di rinforzo sulla crisi economica. La spesa sanitaria rappresenta infatti un volano per lo sviluppo economico, poiché contribuisce, direttamente e indirettamente, alla crescita del PIL (Frey, Meneguzzo e Fiorani, 2010).

Figura 1.3. – L’impatto della crisi economica sulla sostenibilità economico-finanziaria del SSN



Fonte: Fiorani (2010).

Infine, la terza dimensione è riconducibile alla **sostenibilità organizzativo-gestionale**: le differenze nei risultati (economico) finanziari, i *deficit* accumulati e la disomogeneità nelle *performance* dei Servizi sanitari regionali, evidenziata dalle valutazioni condotte dal Ministero della Salute in collaborazione con il Laboratorio MES della Scuola superiore Sant’Anna di Pisa (www.salute.gov.it), trovano tra le principali motivazioni il modello di offerta dei servizi adottato, la qualità delle risorse umane e le scelte organizzative e gestionali.

In questa prospettiva assume particolare rilevanza la capacità da parte dei sistemi sanitari regionali, delle singole aziende sanitarie e dei gruppi di aziende sanitarie ed ospedaliere, operanti a livello regionale, di innovare i modelli di offerta e promuovere ed organizzare reti/*network* di servizi sanitari.

Le organizzazioni sanitarie (pubbliche, *non profit* e private *for profit*) si caratterizzano sempre più come aziende ad alta intensità di personale (*labor intensive*), ad alta intensità di competenze professionali e conoscenze ed alta intensità tecnologica. La complessità risultante dalla combinazione tra *labor intensive*, *technology intensive* e *skill intensive* si accompagna allo svolgimento di un significativo insieme di attività, distinte tra attività di supporto tecnico, amministrativo, gestionale e tecnologico ed attività direttamente interessate alla produzione dell’offerta dei servizi sanitari (le attività «*core*» o distintive). (Meneguzzo, 2000; 2010; Lega, 2012; 2018).

1.1.2. *Valutazione ex post e valutazione di impatto*

Concentrando l'attenzione sull'ultima fase di valutazione, quella relativa agli impatti, che possono essere declinati come impatti ambientali, sanitarie e sociali, è opportuno precisare che l'impatto sociale può essere visto come l'effetto che le azioni di un'organizzazione generano nella comunità di riferimento. Il valore generato dalle organizzazioni, infatti, non va più inteso come mero valore economico (espresso in termini di profitti), ma come una serie di impatti, o cambiamenti, che possono essere sia positivi che negativi per quanto riguarda gli individui, nonché intere società, e che possono coinvolgere aspetti come occupazione/disoccupazione, mezzi di sussistenza e ricchezza, istruzione e formazione, salute e benessere fisico, sicurezza e protezione, inclusione o esclusione sociale, etc.

Il processo di misurazione dell'impatto dovrebbe aiutare l'organizzazione a gestire al meglio il risultato generato dagli investimenti effettuati, identificando eventuali azioni correttive qualora i risultati dovessero scostarsi dalle aspettative. Va comunque precisato che l'impatto di per sé rappresenta un concetto multilivello e multidimensionale e che di conseguenza la sua misurazione rappresenterà una sfida impegnativa per l'organizzazione che intenda cimentarsi. La valutazione dell'impatto generato permette di condividere con i propri *stakeholder* quella che è l'efficacia con cui sono stati raggiunti gli obiettivi economici e sociali, allineando i *target* operativi con le aspettative dei principali interlocutori (Perrini e Vurro, 2013).

La valutazione dell'impatto generato e la teoria del cambiamento che vi è dietro rappresentano un'ottima base per quanto riguarda la pianificazione strategica, proprio perché si parte dal bisogno che si intende soddisfare per arrivare poi al cambiamento che si intende ottenere (Kail e Lumley, 2012). Adottando la teoria del cambiamento al momento della riformulazione strategica, l'organizzazione/azienda (in questo caso ASL ed AO) ha la possibilità di concentrarsi non tanto su ciò che già sta facendo, quanto sulle attività che deve porre in essere al fine di raggiungere i propri obiettivi. Qualora la stessa teoria dovesse esser utilizzata da parte dell'organizzazione a consuntivo, il vantaggio che si otterrebbe è rappresentato dalla possibilità di offrire un quadro teorico che può aiutare a capire se una specifica azione sta dando i risultati preventivati, oppure se deve essere modificata.

La teoria del cambiamento permette di identificare gli *outcome* strategici che devono essere misurati e che per questo devono necessariamente esser collegati a degli obiettivi che siano concreti e definiti; in questo senso, la misurazione degli *outcome* potrebbe assistere l'organizzazione garantendo un'allocazione efficace delle risorse. Inoltre, la strategia delineata attraverso la definizione della teoria del cambiamento trova il suo completamento nel proces-

so di misurazione dell'impatto, un processo che mette in sequenza temporale le diverse fasi attraverso cui procedere per quanto riguarda la valutazione.

A tal fine, è possibile procedere adottando due diversi modelli, ossia quello utilizzato dalla *Social Impact Investment Task Force*, che sintetizza tutto il processo di valutazione in quattro fasi (pianificare l'impatto ricercato e come ottenerlo; realizzare l'impatto; valutare l'impatto ottenuto; revisionare i risultati ed individuare eventuali aree di miglioramento), oppure il modello utilizzato dal GECES², che prevede invece cinque diverse fasi (definizione degli obiettivi; analisi dei soggetti interessati; misurazione dei risultati; valutazione dell'impatto; monitoraggio e miglioramento).

Di sicuro, la valutazione dell'impatto va vista come una modalità di *accountability* esterna (Nicholls *et al.*, 2015), che l'organizzazione fa nei confronti dei propri *stakeholder*, per cui risulta fondamentale il loro coinvolgimento, volto a comprendere le conseguenze e i cambiamenti effettivamente generati, la consistenza e solidità delle informazioni raccolte e a rafforzare la trasparenza dell'organizzazione. Gli *stakeholder*, infatti, non vanno considerati soltanto come destinatari di informazione, bensì come veri e propri produttori di conoscenza: per questo motivo l'organizzazione deve procedere prima di tutto andando ad indentificare quei soggetti considerati "chiave", quindi quei soggetti i cui interessi sono a pieno titolo coinvolti dall'attività dell'organizzazione stessa, e poi andando a verificare come suddetti interessi, bisogni ed aspettative risultino collegati all'attività svolta.

Rilevante è poi anche il ruolo ricoperto dalla *governance*, che, oltre ad essere un destinatario della valutazione di impatto, gioca un ruolo cruciale in termini di allineamento e rafforzamento dei sistemi di gestione, pianificazione strategica, apprendimento e crescita dell'organizzazione.

Guardando poi agli strumenti che possono essere utilizzati per la valutazione d'impatto, è possibile classificarli in tre diverse categorie (Nicholls, 2015):

- quelli basati sugli *output*, che tengono principalmente in considerazione il contesto in cui le attività si concretizzano e i risultati ad esse direttamente collegati, senza considerare troppo gli *outcome*;
- quelli basati sugli *outcome* positivi ed intenzionali, che attribuiscono una rilevanza secondaria agli *outcome* non intenzionali;
- quelli olistici, ossia che collegano gli *outcome* alle attività (basati quindi su un approccio di causalità) e che prevedono un forte coinvolgimento degli *stakeholder* per quanto riguarda la misurazione e la valutazione dell'impatto generato.

² Sottogruppo creato con lo scopo di concordare una metodologia europea da applicare all'economia sociale dell'Europa.

Secondo una classificazione diversa (Grieco *et al.*, 2014), gli approcci di valutazione dell'impatto potrebbero essere distinti in:

- strumenti quantitativi sociali semplici, che utilizzano indicatori quantitativi;
- strumenti complessi olistici, caratterizzati dall'utilizzo di variabili sia quantitative che qualitative;
- modelli esclusivamente basati su variabili qualitative;
- approcci di *management*, che, facendo ricorso sia a variabili quantitative che qualitative, hanno come obiettivo quello di valutare diverse tipologie di impatto, che vengono poi sfruttate ai fini della gestione dell'organizzazione.

In ultimo, secondo Calderini *et al.* (2018), è possibile procedere con una classificazione ancora diversa, che distingue tre tipologie di approcci:

- modelli volti a misurare la creazione di valore sociale;
- modelli che articolano l'analisi della *performance* delle imprese in *input*, attività, *output*, *outcome*, impatti;
- modelli che analizzano i risultati di un'organizzazione per dimensioni di *performance*.

Al concetto di misurazione e creazione di valore sociale si collega strettamente il concetto di valore pubblico (Deidda e Gagliardo, 2015), che dovrà sicuramente rappresentare un'importante area di ricerca sui potenziali impatti del PNRR e nello specifico della missione Salute.

La scelta degli approcci e quindi delle misure che si intende raccogliere in sede di valutazione dell'impatto dipende dagli scopi perseguiti dall'organizzazione nello svolgere questo tipo di attività, dal momento che si potrebbe misurare per apprendere, misurare per poi intraprendere determinate azioni, oppure misurare con lo scopo di migliorare la propria responsabilità sociale (Brescia e Chmet, 2020). Di sicuro, l'apprendimento rappresenta uno dei motivi più elementari alla base dell'attività di valutazione dell'impatto sociale, dovuto al fatto che gli investitori desiderano capire se quello che hanno fatto ha funzionato, se effettivamente sono stati realizzati tutti i risultati desiderati. Una volta capita la piena natura dei risultati ottenuti e come questi risultati si colleghino ad altri aspetti della catena, è possibile anche apportare delle modifiche al proprio operato, andando a massimizzare l'impatto per specifiche categorie di soggetti; infine, la valutazione dell'impatto sociale potrebbe rappresentare un modo per modificare la responsabilità sociale dell'impresa, dal momento che alcuni investitori potrebbero essere interessati a particolari impatti e quindi potrebbero decidere di aumentare o revocare il proprio finanziamento sulla base delle prestazioni ottenute.

Ad ogni modo, il processo valutativo risulta articolato in tre diverse fasi:

- monitoraggio: possibile attraverso una sistematica raccolta di dati (rispetto ad indicatori specifici) per fornire a *management* e *stakeholder* informazioni utili allo sviluppo dell'intervento, mostrando il progresso raggiunto rispetto ad obiettivi e fondi erogati;
- valutazione: che viene effettuata o in corso d'opera o dopo il completamento delle attività previste, con lo scopo di offrire un giudizio sulla rilevanza e sul raggiungimento degli obiettivi in termini di efficienza, efficacia, impatto e sostenibilità;
- valutazione di Impatto: intesa come valutazione degli effetti a lungo termine, che possono essere sia positivi che negativi, primari o secondari, previsti o imprevisi, prodotti direttamente o indirettamente da uno specifico intervento di sviluppo.

Va specificato che, sia a livello nazionale che internazionale, i processi valutativi e la dimensione dell'impatto stanno assumendo sempre più rilevanza nel momento cui si ragiona sulla rendicontazione di risultati ed obiettivi raggiunti, ma anche sull'apprendimento e sulla pianificazione strategica di interventi, programmi e politiche pubbliche. Dunque, sono state emanate delle linee guida relative alla redazione delle modalità di rendicontazione sociale, dai bilanci sociali (GBS linee guida nazionali) ai *report* di sostenibilità (linee guida internazionali – *Global reporting initiative*), che promuovono la raccolta di dati qualitativi e quantitativi al fine di esaminare e poi comunicare gli effetti generati su tutte le categorie di portatori di interesse, fornendo allo stesso tempo anche l'opportunità per poter ragionare in termini di miglioramento. A tal riguardo, suddette linee guida pongono l'accento sull'impatto generato, permettendone una valutazione e favorendo una rendicontazione dell'impegno dell'organizzazione.

Un approccio strategico alla valutazione d'impatto prevede una fase di pianificazione e poi il raggiungimento degli obiettivi di risultato, in linea con la *mission* e la strategia organizzativa. Più nello specifico, il processo valutativo permette di:

- individuare il *framework* generale che guida tutto il processo valutativo, considerando i sistemi nazionali e internazionali al fine di individuare la strategia necessaria ad ottenere e poi gestire l'impatto generato;
- definire una strategia in grado di tenere in considerazione gli interessi, i bisogni e le aspettative di tutti i portatori d'interesse durante tutto il processo di valutazione, così da comprendere eventuali esternalità e tutti i cambiamenti generati a partire dalle proprie azioni;

- sviluppare e adottare nuove prassi valutative che permettano di allineare gli obiettivi valutativi ai sistemi di gestione e pianificazione interni;
- condividere all'esterno i risultati e i prodotti dell'attività valutativa per mezzo di strumenti di rendicontazione e strategie di comunicazione che mettano in evidenza il contributo dell'organizzazione nella creazione d'impatto o di esternalità, sia positive che negative.

Ovviamente, gli strumenti e gli approcci valutativi devono essere individuati sulla base della natura e degli obiettivi strategici che caratterizzano una specifica organizzazione, ma anche in base alla rilevanza che la stessa organizzazione attribuisce alla generazione di un certo impatto; proprio per questo si individuano due diverse tipologie di organizzazione:

- quelle “a obiettivo impatto”, per cui la generazione di un determinato impatto rappresenta l'obiettivo prioritario;
- quelle “con esternalità positive”, per cui l'impatto viene visto come un obiettivo secondario e il focus è posto sulle esternalità positive e negative prodotte.

Il processo valutativo deve comunque rispettare determinati principi, che sono gli stessi riconosciuti ed adottati a livello internazionale, ossia:

- rilevanza, che consiste nell'includere tutte le informazioni necessarie a mostrare l'interesse generale perseguito e la dimensione comunitaria legata all'attività svolta;
- affidabilità, nel senso di dover fornire delle informazioni precise e veritiere, che siano il più oggettive possibile, riportando le fonti dei dati e le ipotesi su cui si basano;
- comparabilità, nel senso che le informazioni sull'impatto sociale devono essere riportate sempre nello stesso modo al fine di essere comparabili;
- trasparenza e comunicazione, nel senso che il risultato della valutazione deve essere condiviso con tutti gli *stakeholder*.

Inoltre, a partire dal 2015, sono stati diffusi i principi di Social Value International (Vanclay, 2003), il cui rispetto aiuta le organizzazioni ad ottenere un maggior livello di *accountability*, attraverso:

- un maggior coinvolgimento degli *stakeholder*, garantendo una maggiore consistenza e solidità delle informazioni raccolte;
- una migliore comprensione del cambiamento, possibile nel momento in cui si descrive la teoria che è alla base dei cambiamenti attesi e inattesi;
- una valutazione che considera soltanto ciò che è rilevante, sulla base dei bisogni manifestati dai diversi portatori d'interesse coinvolti;

- un'attività valutativa che rispetti i principi di prudenza per quanto riguarda le stime relative ai cambiamenti e agli impatti generati e che evidenzi le condizioni in cui è stata svolta;
- una verifica dei risultati.

Il processo di valutazione esplicita tutti gli elementi che compongono specifiche dimensioni, riguardanti:

- l'evidenza del processo di partecipazione alla definizione delle dimensioni di valore della misurazione di impatto da parte di diverse categorie di portatori di interesse;
- le attività, intese come l'insieme dei processi volti a soddisfare le esigenze delle persone su uno specifico territorio;
- i servizi, in qualità di attività che comunque hanno subito una certa standardizzazione in termini di costo e di regolamentazione;
- i progetti, visti come dei processi che hanno una durata prestabilita e non continuativa e l'obiettivo di individuare nuove soluzioni, spostando la frontiera dei servizi e delle attività attraverso i risultati ottenuti;
- *input*, ossia fattori produttivi, risorse umane e finanziarie, fattori propri e di terzi;
- *output*, intesi come i prodotti, beni o servizi direttamente ottenuti dalle attività attuate;
- *outcome*, visti come i risultati indiretti della propria azione, quindi gli effetti e i cambiamenti generati nella vita dei soggetti coinvolti e nel territorio di riferimento.

Al fine di elaborare una mappa del cambiamento, è possibile ricorrere a due strumenti ormai largamente diffusi a livello internazionale, che sono il Quadro Logico e la Teoria del Cambiamento, entrambi con l'obiettivo di descrivere la creazione del valore generato attraverso la concatenazione di elementi legati tra loro da un rapporto causa-effetto. Inoltre, lo scopo perseguito da questi due strumenti è quello di comprendere cosa sta avvenendo e quindi anche di comparare ciò che sta avvenendo con quello che dovrebbe succedere.

Per quanto riguarda i destinatari della valutazione d'impatto, va innanzitutto precisato che la rendicontazione ha una duplice valenza: all'interno dell'organizzazione, infatti, la rendicontazione costituisce uno strumento necessario per ottenere una chiara comprensione su come operi l'organizzazione e su quali leve eventualmente intervenire al fine di ottenere risultati diversi, all'esterno, invece, la rendicontazione potrebbe esser vista come uno strumento di comunicazione istituzionale e sociale, attraverso cui si comunicano i risultati (virtuosi) conseguiti dall'organizzazione stessa. Più nello specifico, i diversi destinatari di suddetta attività di valutazione possono essere identificati nei:

- finanziatori e/o donatori, che utilizzano la valutazione per comprendere l'efficacia del proprio intervento e capire come gestire il proprio sostegno in futuro;
- beneficiari ultimi di un intervento e tutti gli *stakeholder*, interessati, seppur in maniera diversa, a comprendere le ricadute sociali ed economiche di un certo intervento;
- lavoratori, collaboratori, soci e volontari, ossia i membri interni, che aumentano la propria consapevolezza circa il valore prodotto dall'organizzazione per cui operano;
- cittadini, interessati a capire quali sono i risultati ottenuti dall'impiego delle risorse pubbliche;
- soggetti pubblici, interessati invece a valutare i benefici sociali generati da un certo intervento sul territorio e sulle comunità locali di appartenenza.

Ad ogni modo, nonostante la valutazione d'impatto stia acquisendo sempre più rilevanza in termini di rendicontazione dell'attività svolta, va comunque detto che sono ancora molte le organizzazioni che tendono ad evitare suddetta pratica e questo fondamentalmente perché la misurazione risulta costosa, è difficile, utilizza delle misure che potrebbero risultare fuorvianti o disfunzionali. In alcuni casi, infatti, le difficoltà potrebbero riguardare la valutazione dell'impatto stesso, oppure il contributo dell'organizzazione ad un determinato cambiamento, altre volte le difficoltà sarebbero di tipo economico, dovute alla necessità di dover allocare specifiche risorse o di dover assumere personale *ad hoc*.

1.2. Metodi di analisi e valutazione dei programmi e delle politiche pubbliche: il quadro teorico di riferimento

Il processo generale di definizione e realizzazione delle politiche nelle organizzazioni pubbliche può essere schematizzato sommariamente in una sequenza di fasi distinte che, partendo dall'identificazione delle problematiche rilevanti, dalla formulazione delle politiche, passa poi per l'adozione delle politiche stesse e dei programmi specifici, per l'implementazione e l'erogazione dei servizi e si conclude infine con la valutazione dei risultati ed il controllo. Ciascuna di queste fasi presenta propri e specifici contenuti e può essere oggetto di analisi volte al miglioramento e all'ottimizzazione dello svolgimento dei processi e delle politiche che ne scaturiscono.

L'analisi delle differenti fasi di cui si compone il processo di definizione e realizzazione delle politiche può poi essere condotta utilizzando una gran varietà di metodologie e tecniche che oggi sono rese disponibili alle pub-

bliche amministrazioni a livello internazionale e che sono state introdotte dalle principali agenzie internazionali: dal sistema di agenzie delle Nazioni Unite (UNDP, UNIDO), alla Banca Mondiale o alla stessa OCSE/OECD. Giova rilevare a tal proposito che questa vasta tipologia di tecniche può essere indifferentemente adoperata ad esempio sia per la formulazione delle politiche che per la valutazione ed il controllo, stante l'estrema versatilità degli strumenti a disposizione. Bisogna rinunciare ad una visione semplicistica secondo cui pensare all'esistenza di un unico strumento atto a valutare le potenziali capacità delle singole opzioni decisionali e soddisfare l'obiettivo da perseguire, prevedendo invece l'utilizzo di diverse tecniche ognuna delle quali è in grado di soddisfare solo alcune delle esigenze che scaturiscono dallo sviluppo del processo decisionale. Non si può quindi delimitare e ricostruire in modo rigido un rapporto tra singola fase, contenuti significativi e tecniche di supporto, è utile tuttavia collegare le diverse tecniche con i fini della ricerca e i contenuti che si vogliono esaminare.

Nella *definizione delle problematiche rilevanti* è possibile considerare le informazioni circa la rilevanza e la natura del problema che si esamina, le priorità che emergono, le opportunità a disposizione del decisore e le necessità che si potrebbero venire a porre; di conseguenza poi si opera la scelta delle tecniche più appropriate. La stessa operazione può essere condotta sulla fase di *formulazione delle politiche e opzioni di intervento*, che è incentrata invece sull'esplicitazione degli scopi associabili alle singole politiche, sulla necessità di presentare conflitti e *trade-off* possibili tra i diversi obiettivi identificati, sull'analisi delle alternative perseguibili e delle loro probabili conseguenze in termini di benefici e costi, cercando infine approcci innovativi per la risoluzione dei problemi considerati. Per la *fase di adozione delle politiche e dei programmi* assume invece interesse, ai fini dell'analisi, la definizione delle modalità di azione, la connessa identificazione delle risorse necessarie e dei criteri guida impliciti nella decisione, collaborando così alla determinazione delle diverse priorità e alle valutazioni di sensibilità delle decisioni. Della penultima fase, *l'implementazione ed erogazione dei servizi*, assume rilievo l'osservazione degli schemi utili ai fini dell'implementazione, delle condizioni di erogazione e di formazione del consenso necessario per non ostacolare il processo di realizzazione della politica. Infine, la fase di *valutazione e controllo* ha come contenuti di considerevole interesse la definizione di modalità di controllo al fine di assicurare un'adeguata implementazione, la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza e degli effetti redistributivi associati ai programmi, la comprensione delle ragioni che hanno portato al fallimento totale e parziale dei programmi, la conduzione di analisi SWOT (punti di forza/debolezza – opportunità/minacce) riconducibili alle esperienze proprie del-

la strategia aziendale, ma largamente utilizzate ed adattate alle specificità delle amministrazioni e delle aziende pubbliche (Bryson, Joyce e Meneguzzo, 2005; Reborà e Meneguzzo, 1999).

Per contribuire ad un più razionale svolgimento dei processi di definizione e realizzazione delle politiche (*policy process*), occorre dunque considerare in modo integrato le diverse tecniche e le metodologie sviluppate dalle organizzazioni pubbliche, ma volendo fare una breve descrizione e presentazione delle stesse è possibile far riferimento ai diversi approcci e criteri che la teoria nel corso di questi ultimi anni ha sviluppato. Tali approcci sono fra loro scarsamente conciliabili perché i ricercatori che li hanno prodotti hanno usato logiche e punti di vista diversi.

Nella classificazione delle diverse tecniche esistenti in letteratura sono state seguite sostanzialmente due strade: alcuni hanno usato come criterio classificatorio gli strumenti e le strategie di rilevazione delle informazioni adottate, altri la struttura logica interna al modello adottato. Tentare di conciliare queste dimensioni è abbastanza arduo e l'estrema differenziazione delle esperienze rende sicuramente difficile la costruzione di una tipologizzazione onnicomprensiva.

Prima di esaminare le varie classificazioni che sono state proposte è utile però analizzare le diverse logiche che stanno alla base del processo decisionale adottato dall'organizzazione pubblica, giacché quest'ultimo influenza in modo determinante sia le tecniche di valutazione sia il loro ruolo di supporto al processo di formazione ed esecuzione delle politiche.

Un'utile e significativa sistematizzazione è quella proposta da Reborà (1999), successivamente arricchita dagli studi e dalle ricerche sui processi di formulazione, attuazione e valutazione delle politiche pubbliche, sviluppati a supporto delle politiche della Unione Europea (programmi MEANS – metodi di valutazione delle azioni di natura strutturale).

L'autore identifica tre principali modelli, rappresentativi ed esplicativi, del processo decisionale nelle amministrazioni pubbliche. È opportuno sottolineare a questo proposito che questa identificazione e i contributi scientifici e disciplinari che vengono collegati ai diversi modelli precedono la “rivoluzione manageriale” nella PA, che ha visto lo sviluppo delle logiche di *new public management* e che ha cercato di modificare, con risultati non sempre positivi, i processi decisionali, in una prospettiva di ricerca delle 3E (efficienza, efficacia ed economicità).

Un primo modello del processo decisionale che si può derivare dagli studi di Simon è quello della *razionalità limitata*. Le variabili chiave che influenzano il processo decisionale nella fase di ricerca ed elaborazione delle possibili opzioni disponibili sono principalmente due:

- *la struttura economica-organizzativa dell'amministrazione* (che influenza il processo nella misura in cui determina il rapporto costi benefici dell'elaborazione decisionale);
- *l'orientamento cognitivo degli individui* (ossia i valori e gli interessi che influenzano le persone).

La decisione allora diviene un processo di confronto fra le aspettative e aspirazioni dei decisori e i risultati che possono essere individuati per le varie alternative di azione fattibili. Si tratta di un processo che naturalmente inizia dall'esame delle opzioni più "semplici"³ e si interrompe quando si ritiene di aver individuato l'opzione che soddisfa le aspettative iniziali. Tale modello influenzerà poi quelli che saranno gli studi di implementazione⁴ delle decisioni e delle politiche.

Un secondo modello di riferimento presente in letteratura è quello dell'**incrementalismo**, derivato essenzialmente dagli studi di Lindblom. In questo caso le variabili fondamentali influenzanti il processo decisionale sono:

- *la collocazione dei decisori rispetto alla struttura e rispetto ai rapporti di poteri consolidati* (l'influenza si esercita in tal caso sui margini di variabilità della trattativa);
- *i valori, gli interessi e l'abilità negoziale dei decisori.*

La decisione nel modello incrementale scaturisce dalla contrattazione che i centri decisionali e i gruppi di pressione, interni ed esterni, pongono in essere. È un modello che è frutto dell'osservazione dei processi che si sviluppano in concreto e che quindi deriva da un approccio descrittivo.

Il **modello razionale**, è quello che più di ogni altro promuove la diffusione di tecniche e metodologie di valutazione con l'obiettivo di supportare il processo di *decision-making*. Il punto di partenza di tale modello è l'adozione di una visione sistemica della realtà e il tentativo di razionalizzazione dei processi decisionali. L'approccio al problema della decisione si sforza di ricomprendere fini di fondo, obiettivi e programmi dell'istituto pubblico in una visione unitaria ed integrata, tale da spingere verso un più razionale e coordinato impiego delle risorse. Per tal motivo è quasi automatica la diffusione delle tecniche di razionalizzazione del processo decisionale (PPBS; ZBO, analisi costi benefici), che consente di sviluppare e approfondire il processo di elaborazio-

³ Si deve qui dare un'interpretazione di semplicità intesa come alternativa che richiede meno informazioni e elaborazioni.

⁴ Infatti tale modello porta a considerare anche l'influsso delle premesse decisionali sui momenti di esecuzione delle decisioni.

ne delle possibili alternative, permettendo di optare per la scelta che sembra più rispondente ai precisi obiettivi che sono stati tradotti dall'organizzazione.

Infine, una variante del precedente paradigma è rappresentata dal modello *umanistico*, (Rebora e Meneguzzo, 1999; Meneguzzo, 2005), che accentua l'aspetto umanistico a scapito di quello tecnocratico e sottolinea l'aspetto partecipativo e democratico della razionalità. La decisione è in questo caso frutto della partecipazione dei soggetti esterni destinatari degli interventi e del decentramento organizzativo e quindi un processo di apprendimento e costruzione del consenso orientati alla ricerca del modo migliore di operare. Il ruolo delle tecniche di valutazione è quello di superare le carenze conoscitive e promuovere lo sviluppo organizzativo dell'amministrazione pubblica.

Il riferimento ai modelli razionale ed umanistico consente di introdurre le riflessioni, emerse nella sistematizzazione condotta verso la metà degli anni '90 da numerosi centri di ricerca a livello europeo, sui processi decisionali delle amministrazioni pubbliche dei Paesi membri dell'Unione Europea e sulle loro politiche di utilizzo dei fondi comunitari per lo sviluppo regionale e il riequilibrio territoriale. Questa sistematizzazione è stata condotta all'interno del programma MEANS (Meneguzzo, 2005).

Va considerato, a questo proposito, che i Piani di Ripresa sono largamente cofinanziati dalla Unione Europea che adotterà sulla attuazione degli stessi sistemi di valutazione *in itinere* e valutazione *ex post* largamente adottati nella gestione dei Fondi Strutturali. Con il **Programma MEANS**, promosso da due Direzioni della Commissione Europea (in particolare dalla Direzione Generale XVI e XXII) all'inizio degli anni '90, l'attenzione si sposta dalle caratteristiche delle tecniche di valutazione al contesto istituzionale ed amministrativo in cui le tecniche sono state adottate.

Il programma analizza le prassi in uso e le esperienze concrete sviluppate sulla valutazione dei programmi e delle politiche pubbliche in cinque Paesi membri (Germania, Francia, Spagna, Italia e Regno Unito) (MEANS 1999).

Grazie a MEANS si è potuto fare il punto sull'effettiva diffusione di modelli decisionali razionali nelle amministrazioni pubbliche, in una prospettiva di *benchmarking* a livello europeo.

Il risultato più significativo di MEANS è rappresentato dalla conferma dell'esistenza di tre "paradigmi" che emergono dall'analisi delle prassi valutative adottate dalle istituzioni comunitarie e dalle amministrazioni pubbliche nazionali. Ciascun paradigma delinea insiemi di rappresentazioni, prassi e considerazioni delle prassi stesse (Deleau *et al.*, 1986; Monnier, 1992).

Il paradigma gestionale parte dall'assunzione che la valutazione sia una modalità finalizzata a misurare ed individuare gli effetti dell'azione pubblica col proposito di migliorarne l'efficienza, mediante la ridefinizione degli stan-

ziamenti di bilancio. Si fa riferimento principalmente a logiche razionali e si trascura la dimensione politica o istituzionale del momento della valutazione.

Il paradigma democratico ha come fondamento la necessità di rinforzare i “contropoteri del sistema sociale rispetto all’amministrazione pubblica”, accrescendo la qualità della vita democratica e responsabilizzando governo ed amministrazione pubblica sull’attenzione e sul rispetto delle esigenze dei cittadini. La valutazione diventa così un giudizio sul valore delle politiche pubbliche, cercando di arricchire il dibattito democratico. *Il paradigma pluralista* assegna alla valutazione il ruolo di “processo collettivo interno al sistema degli attori coinvolti in uno specifico intervento pubblico, basato sull’apprezzamento degli elementi caratterizzanti l’intervento pubblico, partendo da un esame dei suoi effetti nella società e da un’esplicitazione dei sistemi di valore”.

Un approccio che assume certamente rilevanza ai fini della categorizzazione delle diverse tecniche è il modello di riferimento di **Carley**⁵. Lo stesso autore assume come dimensione rilevante ai fini della classificazione e suddivisione delle tecniche di analisi, la dimensione temporale. Sulla base di ipotesi di lavoro razionali (ma il paradigma di razionalità qui evocato assume la logica di razionalità limitata di Simon, rinunciando alla ricerca di modelli comprensivi ed accettando i limiti posti dalle dinamiche proprie del sistema di azione concreto e dalle conoscenze prodotte e producibili rispetto al problema da risolvere), soprattutto con riferimento alla logica utilizzata nel processo decisionale, Carley individua nel suo schema: analisi *ex ante* o a priori ed analisi *ex post* o a posteriori, secondo che queste analisi siano condotte anteriormente o meno alla fase di adozione delle politiche o dei programmi.

È importante sottolineare come risulti difficoltoso effettuare una rigida demarcazione, in base al criterio temporale, delle analisi poiché esistono tecniche, e quindi un’area di confine, che possono essere egualmente utili per analisi condotte precedentemente all’implementazione del programma (in questo caso si avrà una funzione di supporto), ma anche per le analisi *ex post* (in tal caso con valenza di verifica e di valutazione). Inoltre, l’analisi *ex post*, ossia la *evaluation research*, può essere ulteriormente distinta in due aree di indagine: la prima focalizzata a misurare l’impatto dei programmi e delle attività, la seconda, invece, incentrata sulle caratteristiche del processo di attuazione di particolari programmi e politiche pubbliche.

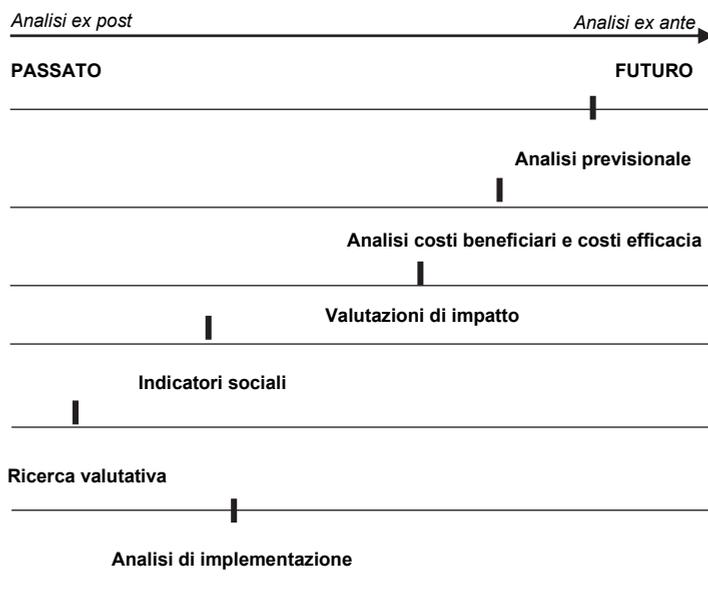
In base a tale approccio le tecniche *ex ante* rappresentano uno strumento estremamente adatto a supportare il processo decisionale, intervenendo a tre diversi livelli, quali:

⁵ *Rational Techniques in Policy Analysis*, di M. Carley, Heinemann 1980.

1. l'analisi dell'andamento futuro della situazione su cui deve vertere l'intervento ipotizzando di non operare alcun cambiamento;
2. lo studio dei possibili effetti di un intervento già individuato;
3. la comparazione fra le diverse soluzioni ad un problema, attraverso criteri che aiutino ad individuare la decisione più opportuna rispetto ad uno specifico ambito decisionale.

Le analisi a posteriori si pongono come obiettivo prioritario la valutazione dell'incidenza o dell'impatto sull'ambiente socio-economico di riferimento delle azioni realizzate per dare attuazione al piano o programma, quantificando la coerenza e lo scostamento rispetto agli obiettivi attesi. L'altra area di ricerca delle valutazioni *ex post* è quella della *implementation research*, che è utile per comprendere ed individuare le cause della mancata riuscita della politica (analisi di implementazione). Nella figura è mostrata la valenza delle tecniche rispetto al criterio dimensionale temporale.

Tabella 1.2. – *Classificazione delle tecniche di valutazione in base alla dimensione temporale*



Fonte: riadattamento da Carley (1980).

Box 2. – Presentazione sintetica delle tecniche

L'analisi previsionale si pone come obiettivo la definizione dell'andamento della situazione, dal momento in cui viene presa la decisione fino alla fine della politica, nell'ipotesi che il decisore non effettui alcun intervento. Nell'ambito di queste tecniche, possono poi essere adottati due approcci⁶: il *social forecasting*, quando la previsione dell'andamento futuro del problema considerato è fatta proiettando i dati relativi al passato, e *future research*, quando in contesti ambientali caratterizzati da discontinuità si tenta di prevedere la situazione senza far riferimento ai dati del passato. Una possibile suddivisione delle numerose tecniche rientranti in tale categoria individua tre gruppi:

– Estrapolazione di trend (fanno parte dell'approccio *social forecasting* e si basano sulla costruzione di modelli matematici basati su assunzioni di regolarità e ciclicità del fenomeno studiato).

– Tecniche qualitative (costruite su giudizi di esperti, cercano di superare i problemi derivanti dalle discontinuità ambientali individuando le reti di eventi critici. Di questa categoria fanno parte: Scenarios writing⁷, Delphi⁸, Cross Impact Analysis, Gaming).

– Dynamic modelling (per lo più si tratta di modelli di simulazione del sistema, basati sull'interazione fra variabili connesse da precisi nessi causali, ma sono di difficile realizzazione data l'elevata complessità delle relazioni e l'instabilità delle causalità esistenti. All'interno di questo terzo gruppo possono essere ricondotte *System thinking* e *System dynamics* precedentemente discusse).

Le analisi cost-utility, sono rivolte all'individuazione, fra le possibili opzioni decisionali, di quella che massimizza il rapporto *input-output*, ossia di quella scelta che a parità di costi produce un risultato migliore, o a parità di risultato comporta una spesa inferiore. Tali strategie richiedono che il decisore sia in grado di individuare *ex ante* tutti i possibili costi legati alla realizzazione della decisione e i risultati cui si approderà con ognuna delle alternative. Le principali tecniche rientranti in questa tipologia di analisi sono:

– Cost Benefit Analysis e Cost Effectiveness Analysis⁹: La CBA misura in termini monetari sia i costi che i benefici di un programma, generando però estreme difficoltà nella quantificazione degli effetti, mentre la CEA rinuncia alla quantificazione monetaria dei risultati e si limita a confrontare solo i diversi percorsi di azione legati alla realizzazione dell'obiettivo.

– Planning Balance Sheet Analysis¹⁰: Distingue costi e benefici rispetto a due diversi sottogruppi: consumatori e produttori. Si rinuncia inoltre alla quantificazione monetaria e si forniscono informazioni *al decision-maker* che, in base ai valori portanti, darà poi pesi diversi alle ottiche dei diversi soggetti presenti nel campo decisionale.

⁶ R.C. AMARA, G.R. SALANCIK, *Forecasting from conjectural Art Toward Science*, in *Technological Forecasting and social change*, n. 3, 1972.

⁷ Con tale tecnica vengono costruiti possibili scenari basati sui giudizi di un gruppo di esperti.

⁸ È una tecnica che mette in iterazione diretta un gruppo di giudici chiedendo loro ipotesi e valutazioni sul probabile andamento futuro del problema osservato.

⁹ Sulla natura della CBA e sulle differenze fra CBA e CEA si veda M.F. DRUMMOND, *La valutazione economica dei servizi*, F. Angeli, Milano, 1981.

¹⁰ La PBSA è stata messa a punto da N. Lichfield. Si veda LICHFIELD, P. KEHLE, M. WHITTEBREAD, *Evaluation in Planning Process*, Pergamon, 1975.

– Goal Achievement Matrix¹¹: Si basa sulla costruzione di una matrice di obiettivi e di possibili corsi di azione, dove i diversi fattori della matrice sono definiti dalla loro capacità di realizzazione degli obiettivi. Tale capacità è poi pesata dalla rilevanza assunta da ogni singolo obiettivo nella gestione strategica dell'organizzazione.

– Decision Analysis: Si tratta di una tecnica basata sul giudizio di esperti delegati dall'organizzazione a fornire gli elementi su cui costruire l'analisi. La scelta è effettuata poi in base alla combinazione delle probabilità di realizzazione dell'intervento con il risultato probabilmente ottenuto attraverso l'intervento stesso. In molti casi la *decision analysis* si collega a metodi qualitativi come Metodo Delphi e Nominal Group technique NGT, che consentono una maggiore interazione tra dirigenti e quadri dell'amministrazione pubblica con esperti esterni, favoriscono la creatività e soprattutto evitano spesso errori di autoreferenzialità da parte del *management* pubblico (Meneguzzo, 2005).

Le valutazioni di impatto hanno come obiettivo quello di prevedere e stimare con sufficiente attendibilità i cambiamenti che possono risultare dall'introduzione di un nuovo progetto o una nuova tecnologia. Due sono gli approcci principali all'interno di questa classe di tecniche:

– Valutazioni di Impatto Ambientale (fondate sull'analisi dei probabili effetti dal punto di vista fisico, chimico ed ecologico del sistema);

– Valutazioni di Impatto Sociale (è un approccio collaterale al precedente, che pone l'accento più sugli effetti che possono essere prodotti sul sistema sociale dall'avvio di nuovi interventi, siano essi effetti demografici, socio-economici, istituzionali o psicologici).

Per un ulteriore approfondimento si rimanda alle considerazioni già presentate nel precedente paragrafo.

Gli Indicatori sociali nascono dalla necessità di sopperire ad aspetti poco esaminati dagli indicatori economici e sono volti a valutare il miglioramento o peggioramento della condizione del sistema o della qualità della vita. Il contributo di questa classe di analisi è relativo soprattutto alla riduzione dell'incertezza nella conduzione del processo decisionale, con riferimento alle fasi di definizione degli obiettivi, di analisi del problema e valutazione dei risultati. La peculiarità dell'indicatore sociale risiede nel carattere normativo dello stesso strumento.

La ricerca valutativa, il cui fine è relativo all'attivazione ed al controllo dei meccanismi di *feedback* che consentono al decisore di verificare i risultati delle sue scelte e di sviluppare da questa analisi processi di apprendimento e di aggiustamento atti a migliorare la capacità di produrre decisioni efficaci ed efficienti. I diversi approcci sviluppatasi in tale area di ricerca sono poi:

– self evaluation (basate su giudizi di esperti o sull'autovalutazione);

– valutazione differenziale, che scompone il processo di produzione dell'intervento in tre fasi e poi verifica i risultati prodotti in ogni fase passando alla fase successiva solo dopo aver ottenuto risultati soddisfacenti nella fase considerata;

– valutazione sistemica (analizza gli effetti voluti e non voluti anche in ambiti collaterali al sub-sistema direttamente interessato dall'intervento).

L'analisi di implementazione è diretta ad esplicitare le cause della mancata riuscita di una data politica o di un programma. Per far ciò l'analisi di implementazione pone la sua attenzione su concetti chiave come programma, processo di implementazione e attori del processo di implementazione. Si analizzano le fasi successive alla formulazione della politica: concretizzazione del programma, finanziamento dello stesso, predisposizione delle condizioni organizzative rilevanti per la riuscita del programma, negoziazione delle risorse ed infine esecuzione del programma stesso. Fondamentalmente i vari filoni di ricerca possono essere distinti in tre grossi filoni:

¹¹ Sulla GAM si veda M. HILL, *A goal achievement Matrix for evaluating Alternative Plans*, in *Journal of the American Institute of Planners*.

- approccio top-down¹² (che ha come ipotesi fondamentale la fedeltà dell'*output* delle organizzazioni agli ordini programmatici dei *top manager* e esamina le distorsioni che avvengono allo *street level*);
- approccio bottom-up¹³ (che muove dall'ipotesi di elevata autonomia d'azione degli esecutori di basso livello e quindi di bassa fedeltà dell'*output* dell'organizzazione ai *top manager* e si focalizza sulle condizioni ottimali in cui gli esecutori finali si devono trovare);
- approccio sincretico¹⁴ (che è una sintesi delle due visioni parziali di un fenomeno che può essere esaminato esaustivamente solo individuando le interazioni e interrelazioni esistenti tra *top manager* e esecutori a "livello della strada").

Una seconda importante sistematizzazione nella letteratura internazionale sul *management* pubblico è quella effettuata da Böhrhet, che distingue diversi approcci alla valutazione, rappresentati da:

- **l'utilizzo di esperimenti controllati** su due campioni che rappresentano gruppi di popolazione/utenti obiettivo dell'intervento pubblico (approccio sperimentale). L'approccio si presenta ad alta complessità e limitata fattibilità in quanto richiede l'esistenza di condizioni estremamente stringenti. Questo approccio è stato largamente utilizzato in passato nel settore sanitario ed è stato in parte ripreso nelle sperimentazioni promosse negli ultimi anni e collegate alla *behavioral economics* (economia comportamentale);
- **analisi dei programmi** partendo dal riferimento generale dell'analisi dei costi benefici e costi efficacia, in termini di efficienza, efficacia ed equità. Si tratta della tipica valutazione *ex ante* ed *ex post* dei programmi strettamente correlata alla logica decisionale di tipo razionale che implica una precisa esplicitazione degli obiettivi e delle priorità delle organizzazioni pubbliche e delle diverse modalità di perseguimento degli obiettivi, inquadrando la valutazione nei sistemi di pianificazione.

Nel caso di Böhrhet¹⁵ la dimensione che assume rilevanza ai fini della suddivisione delle tecniche di analisi dell'agire della pubblica amministrazione è quella della tipologia di attività svolta, la quale determina competenze necessarie e strumenti utilizzabili dal *public management*. Le competenze necessarie sono a loro volta determinate dal modello di società che emergerà nel futuro: società post-industriale o società post moderna.

¹² Di tale filone fanno parte Pressman, Wildasky, Bowen, Van Meter, Van Horn, Bardach, Rein e Rabinovitz.

¹³ Tra i pensatori di questo approccio si possono annoverare Lindblom, Weatherly e Lipsky.

¹⁴ Si vedano come autori di questo approccio Scharf, Elmore, Nakamura e Smallwood.

¹⁵ *The tools tools of public management*, tratto da *Managing public organization* di I. KOOIMAN, K.A. ELIASSEN.

La società post industriale si basa sull'aspettativa ottimistica di ulteriori sviluppi scientifico-tecnologici, emergono come determinanti le competenze manageriali e la ricerca e sviluppo. Il modello di società post industriale può essere riconducibile ai modelli di Stato imprenditore/Stato dei servizi ed è strettamente ancorato ai paradigmi identificati da Bouckaert e Pollit (2009; 2011) di New Public Management/Public Management e di Public governance.

Le caratteristiche più importanti di tale modello sono il progressivo sviluppo verso una società di servizi, un ulteriore incremento della produttività, l'approfondimento di nuovi campi di innovazione, il prevalere degli specialisti e crescenti funzioni dello stato. Le due componenti fondamentali che determinano l'organizzazione del *public management* in tal caso saranno: la funzione di direzione flessibile dello stato, e il "cuore delle innovazioni" (ricerche, sviluppi tecnologici, prevalenza di specialisti come pianificatori e organizzatori e la gestione dell'innovazione).

Gli strumenti necessari per il *public management* divengono allora quelle tecniche utili ai fini della definizione dei problemi, valutazione e scelta delle alternative, implementazione, controllo e revisione.

Soprattutto per quelle attività che sono tecnologicamente orientate all'innovazione è possibile utilizzare tutta una serie di tecniche come:

- **metodi euristici**, quali il *brain storming*, il metodo di Delphi, già richiamati in precedenza;
- **metodi di *target finding***: *target list* e valutazioni degli obiettivi rivolti alla esplicitazione delle finalità che si perseguono con l'azione o il programma da attuare;
- **metodi di *decision making*** come alberi decisionali e tabelle decisionali che permettono di individuare la decisione più opportuna e ottimale.

Sempre collegata al modello di società post industriale è una seconda "famiglia" di tecniche di valutazione, che è relativa all'attività di pianificazione, *governance*, coordinamento e controllo (gestionale e strategico). In questo *cluster* di tecniche vengono utilizzate analisi come:

- **analisi del tipo costi benefici**;
- **analisi di sistema (*System thinking* ed analisi dinamica dei sistemi presentate nel precedente § 1.1.1)**;
- **valutazioni di impatto ambientale**;
- ***technology assessment***.

Per le attività di direzione, in cui il rispetto delle norme legali rappresenta un elemento essenziale, sarà necessario utilizzare strumenti sperimentali di controllo preventivo, come:

- **test sulle leggi**, ricollegabili nel contesto italiano alla AIR (analisi di impatto della regolazione);
- **metodi di controllo *ex ante* dei bilanci**;
- **studi di implementazione**, o meglio scenari sull'implementazione delle politiche pubbliche.

Nel caso di scenario di società post-moderna, che si caratterizza per la presenza di una combinazione di istituzioni plurali e libere, interazioni orizzontali (equità), strutture di vita diversificate con un cambio di valori (autorealizzazione, solidarietà, amicizia, società libera dal dominio dell'economia decentramento dello stato e attento utilizzo delle risorse), gli strumenti di gestione dovranno essere di natura abbastanza differente e di qualità maggiore rispetto alle tecniche attualmente disponibili.

Questo modello di società è riconducibile alla sistematizzazione operata da Bouckaert e Pollit per quanto riguarda i paradigmi della *New Public Governance* e al paradigma della *network governance* ed è coerente con il modello dello Stato post regolare/Stato della *performance*.

In questo modello risulta predominante esplorare gli sviluppi delle decisioni sulla società, ottenere un elevato consenso sui programmi o sulle misure pianificate, diffondere la partecipazione anche nei più complicati processi di *decision making*. Il gruppo di tecniche utilizzabili a tal fine riguarda le attività di pianificazione *soft* e di cooperazione come:

- **scenari desiderativi**;
- **metodi FAR (Field Analysis Relaxation)**;
- **tabelle di valore**.

Infine, un'ultima categoria relativa alle attività di partecipazione, promozione dell'autogoverno e decentramento necessita di strumenti decisionali come:

- **planning cells**;
- **acceptance studies**.

In mancanza di un modello di riferimento consolidato, un altro approccio che ha assunto negli ultimi venti anni particolare rilevanza ai fini della classificazione delle tecniche e metodologie di analisi è quello adottato dall'Unione Europea per l'utilizzo dei Fondi strutturali (tra i principali FESR, FSE, FEOGA).

Nell'approccio utilizzato dalla CEE prima e dalla UE oggi sono rintracciabili diversi criteri di classificazione e il tentativo di migliorare l'appropriatezza dei metodi usati per la valutazione delle politiche strutturali assicurandosi che questi metodi siano accettati capiti e utilizzati da tutti i *partner* europei.

Una prima classificazione, tratta dai regolamenti sui fondi strutturali, riprende, ampliandola, la classificazione utilizzata da Carley. La normativa che ha introdott-

to la riforma dei fondi, infatti, pone una distinzione tra sorveglianza, valutazione e controllo, distinguendo poi tra valutazione *ex ante*, che consiste nel precisare in anticipo quanto atteso da una politica, valutazione *ex post*, che consiste nel descrivere l'impatto dopo l'implementazione della politica, e valutazione in corso d'opera, che è la tempestiva valutazione dell'esecuzione e dell'impatto di un programma, da effettuare ad interventi regolari, per l'intera durata dello stesso.

La distinzione tra sorveglianza, valutazione e controllo è invece effettuata in base alla caratteristica dell'azione pubblica che si va ad analizzare. Quindi, ad esempio con la sorveglianza si verifica il grado di efficienza dell'azione comunitaria in termini di corretto impiego delle risorse, sia rispetto ai Quadri Comunitari di Sostegno, sia rispetto ai Programmi Operativi. Essa è attuata mediante esecuzione di controlli e costituzione di appositi comitati e conduce alla predisposizione di una serie di relazioni discusse poi da diversi attori. La valutazione accerta il grado di efficacia dell'azione comunitaria attraverso il confronto degli obiettivi con i risultati conseguiti. Infine, con il controllo si verifica il rispetto delle normative nazionali e comunitarie, in particolare si ha un controllo sulla coerenza e compatibilità dell'intervento con le altre politiche comunitarie e un controllo di tipo finanziario. È una classificazione che nasce dalla combinazione della dimensione "oggetto di analisi" con la dimensione temporale.

Nella tabella successiva viene effettuata una sintesi tra le tre attività (controllo, sorveglianza e valutazione) collegate agli ambiti di valutazione (mezzi e risorse economiche finanziarie, interventi e realizzazioni e risultati impatti) e può diventare un utile riferimento per la gestione ed attuazione del PNRR e nello specifico della Missione 6, che finora appare molto focalizzata sul controllo, con ancora un relativo interesse alla fase di sorveglianza.

Tabella 1.3. – *Controllo, sorveglianza e valutazione nei programmi UE*

	MEZZI E RISORSE	INTERVENTI E REALIZZAZIONI	RISULTATI E IMPATTI
CRITERI E RIFERIMENTI PRESTABILITI	CONTROLLO	Caso particolare: verifica del raggiungimento degli obiettivi operativi	Caso particolare: verifica del raggiungimento degli obiettivi di impatto
CRITERI PRESTABILITI E RIFERIMENTI DA COSTRUIRE	Caso particolare: controllo della buona gestione finanziaria	SORVEGLIANZA	Caso particolare: valutazione del rapporto costi-efficacia
CRITERI E RIFERIMENTI DA COSTRUIRE	Caso particolare: controllo del rispetto dell'etica di servizio pubblico	Caso particolare: verifica della qualità delle realizzazioni	VALUTAZIONE

Fonte: Di Falco, Meneguzzo (2000).

Sempre nell'ambito dell'analisi delle politiche di coesione economica e sociale condotte dalla comunità si può adottare un criterio di classificazione basato sul livello di determinazione dell'impatto potenziale e di efficacia degli interventi previsti. In base a tale criterio sono individuate:

- **Valutazioni macro-economiche** che analizzano le modalità di risposta verso l'obiettivo di tipo macroeconomico cui è indirizzato (crescita delle zone con e senza l'intervento comunitario, oppure stima degli effetti in termini di convergenza reale delle allocazioni finanziarie per lo stato membro e le regioni che saranno beneficiarie del prestito). Si identificano: Modelli macroeconomici (modelli intersettoriali e modelli *input-output*) e Modelli macroeconometrici (modello neo-keynesiano della domanda Wharton Van, modello macroeconomico e settoriale neo keynesiano HERMES, modello neo-keynesiano Hermin, modello macroeconomico dei Paesi della comunità rispetto l'economia mondiale QUEST).

Molto interessanti sono a questo proposito i **modelli *input output*** che possono trovare una promettente applicazione nella valutazione della Missione 6, data l'interazione esistente tra molti programmi (in particolare il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale), con numerosi programmi di intervento della programmazione regionale.

- **Valutazioni micro-economiche:** finalizzate a fornire delle indicazioni precise per quanto riguarda la definizione delle misure prioritarie e degli interventi migliori rispetto ai criteri di rendimento sociale, vantaggi competitivi propri della regione, e soprattutto le sinergie e le esternalità potenziali ad un livello disaggregato (misure proposte). Includono:
 - analisi costi benefici;
 - analisi delle esternalità;
 - analisi settoriali e tematiche (ad esempio occupazione e mercato del lavoro).
- **Analisi multicriteri:** possono essere raggruppate secondo che permettano di apprezzare rispettivamente il contributo delle azioni ai grandi obiettivi macroeconomici (reddito, occupazione, produttività, investimento produttivo) al miglioramento strutturale propriamente detto (valorizzazione delle regioni, indipendenza energetica, valorizzazione risorse umane, miglioramento infrastrutture sociali) o al rendimento economico dell'azione rispetto a caratteristiche specifiche (compatibilità con le altre politiche comunitarie, coerenza con le politiche economiche sociali dello stato membro, sinergia e complementarità, rendimento economico). Le tecniche multicriterio offrono un quadro appropriato per la valutazione delle azioni in rapporto alla molteplicità degli obiettivi che direttamente o indirettamente si perseguono, dando la misura su più punti per prendere la decisione che dovrebbe risultare ottimale. Per questi criteri due sono i momenti decisivi, ossia la sele-

zione dei criteri di scelta per comparare le azioni e la valutazione delle azioni in funzione dei criteri di scelta.

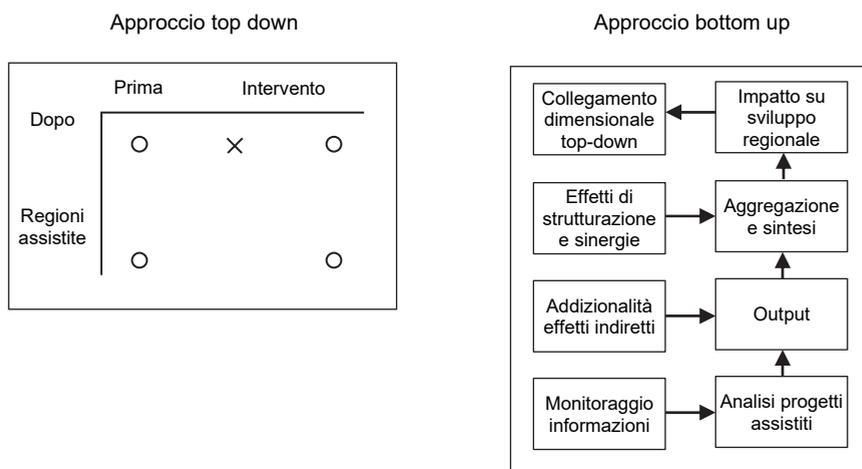
Un'altra suddivisione che appare avere rilevanza ai fini della classificazione delle metodologie di analisi è quella basata sulla dicotomia *top-down* e *bottom-up*. Le tecniche *top down* pongono l'accento sulla situazione ante-post, perciò catturano il più vasto impatto e gli effetti della politica di intervento.

In particolare, l'approccio *top down* misura le differenze tra situazione di partenza e posizione alla fine del programma usando indicatori chiave come PIL, disoccupazione, mutamento strutturale. L'approccio è basato su statistiche relative ai *trend* regionali e individua gli impatti globali, ma il contributo delle specifiche misure.

Di contro, con queste metodologie è difficile isolare gli impatti particolari o identificare le relazioni causa effetto (il famoso problema della *Black box*). Le tecniche *bottom-up* risolvono questo problema giacché sono capaci di identificare gli *output* specifici e forniscono una prospettiva contro fattuale sottolineando le causalità.

L'approccio è basato su ricerche empiriche e valuta il valore aggiunto netto usando il *feed-back* dei beneficiari e confronti con attività non assistite. Infine, grazie all'approccio *bottom up*, viene identificato il contributo prodotto da specifiche misure

Tabella 1.4. – *Approcci top down e bottom up nella valutazione dei programmi comunitari*



Fonte: Di Falco, Meneguzzo (2000).

La rassegna puntuale e precisa delle altre tecniche di valutazione delle politiche pubbliche è stata realizzata in occasione dei programmi integrati della Commissione Europea, operando una partizione in:

- *tecniche di valutazione dell'impatto;*
- *tecniche di analisi dei meccanismi operativi;*
- *tecniche per la formazione di un giudizio di valore sulle politiche.*

Della prima categoria fa parte il **dispositivo sperimentale** che si impernia sul confronto dello stato della società in seguito all'attuazione della politica rispetto a quello della società nello stesso momento *t*, ma in assenza di trattamento. Le due unità di osservazione devono essere statisticamente equivalenti, di modo che non sia necessario costruire un modello causale sofisticato che comprenda tutti i fattori esogeni influenzanti le variabili *target* della valutazione. L'attuazione di tale tecnica richiede però notevoli risorse e i suoi risultati non sono generalizzabili ad altri contesti, momenti e problematiche.

La seconda tecnica che fa parte della prima categoria è quella dei **metodi comparativi**, in cui l'analisi comparativa si fonda su campioni che non sono equivalenti statisticamente, ponendosi dunque in contrasto con il dispositivo sperimentale. Il confronto può avvenire ante-post su uno stesso campione, con unità di osservazioni non equivalenti solo dopo il trattamento, e infine confrontando i gruppi *target* non equivalenti prima e dopo il trattamento.

Una volta sottratta la differenza iniziale tra i gruppi di controllo rispetto alla variabile *target* della valutazione, è il momento di constatare direttamente l'impatto della politica nel tempo. Esiste però un problema fondamentale nell'utilizzo di tale tecnica, legato alla ponderazione all'inizio dello studio delle caratteristiche della popolazione che si suppone influenzi in modo determinante le variabili *target* della valutazione (se non vengono rilevate variabili importanti, diventa difficile realizzare corrette inferenze causali).

Infine, c'è l'**analisi multivariata**, che permette di quantificare gli effetti di una politica tramite la costruzione di un modello che mostra l'effetto delle variabili cause su una variabile *target* della valutazione, ossia l'effetto scaturente dalla politica che si cerca di misurare. Tale tipo di analisi dà alla valutazione una notevole rigosità, però la *conditio sine qua non* è che i meccanismi con i quali la politica influenza l'ambiente siano ben noti in anticipo e che il modello sia il più esauriente possibile.

Se si sposta l'attenzione dalla misura dell'impatto o dalla verifica della relazione causa-effetto tra una politica e la specifica situazione sociale alla valutazione processo, allora si possono utilizzare i **metodi qualitativi**, i quali si propongono di spiegare i processi tramite cui vengono prodotte le *performance* di una politica pubblica, di fornire una visione olistica dei meccanismi d'a-

zione, di spiegare i comportamenti della popolazione destinataria dell'intervento e fornirne un'interpretazione.

Tale tecnica è induttiva e permette al valutatore di formulare ipotesi generali a partire da casi particolari, stabilire poi alcune supposizioni di causalità che saranno infine provate e modellizzate con la sperimentazione o i metodi comparativi. Il principale limite nell'impiego dei metodi qualitativi a scopo valutativo è rappresentato dalla mancanza statistica dell'inferenza sulla causalità e della misura degli effetti specifici e ciò può costituire sia un punto di forza che di debolezza.

Un'altra tecnica utilizzata per analizzare i meccanismi operativi è l'**analisi dei fattori**. Tale tecnica permette di studiare sistematicamente la relazione tra indicatori direttamente misurabili e variabili non osservabili, ma è una tecnica non autosufficiente giacché richiede l'utilizzo di sofisticati metodi statistici e di un'analisi in termini qualitativi da parte dei valutatori per testare la logica dei fattori ottenuti.

Infine, va considerato l'**approccio etnometodologico**, che si pone come oggetto di studio la valutazione endogena che avviene nelle attività di contrattazione degli accordi permettendo di chiarire i processi di reciproca comprensione degli attori sociali e di meglio comprendere come un'azione si trasformi passando dalle intenzioni originarie all'attuazione concreta. L'approccio etnometodologico si fonda essenzialmente sull'osservazione diretta delle relazioni interattive o negoziazioni, ma tali osservazioni poi devono essere completate da un'analisi di tipo istituzionale.

La terza categoria di valutazione riguarda la formazione di un giudizio di valore sull'azione, ossia le opinioni degli esperti, l'analisi costi-benefici e l'analisi multicriteri. **Le opinioni degli esperti** si basano su diverse fonti per la formulazione: documenti amministrativi, interviste ai partecipanti, interviste al personale coinvolto nel progetto, l'osservazione diretta e, più in generale, qualsiasi tecnica di raccolta dei dati informali nelle scienze sociali. È bene dire che la valutazione assume però il connotato di stima soggettiva anche se si può ricorrere a diversi stratagemmi per attenuare queste caratteristiche (identificazione del campo di valutazione, selezione di un gruppo di esperti, presentazione agli esperti di una serie di domande con commento). **La valutazione tramite il parere degli esperti** presenta inoltre difetti di variabilità, sensibilità deviazione del giudizio, difficoltà nel giudicare situazioni intermedie, ma sovente è l'unico tipo di valutazione cui si può ricorrere. Di contro, innumerevoli sono anche i punti di forza: flessibilità, creatività, abbondanza dei dati raccolti, efficacia della risposta in caso di risorse limitate, credibilità, visibilità, etc.

Altre metodologie sono l'**analisi costi-benefici**, che risponde alla questione

dell'efficienza della politica o del programma esaminata nelle pagine precedenti e che, pur rispondendo ad un'esigenza di valutazione dell'efficacia in modo esaustivo, presenta alcuni limiti.

Tra questi segnaliamo la possibile verifica dopo l'attuazione di effetti non contabilizzati nella valutazione, il rischio di considerare più volte lo stesso effetto sotto forme diverse, i coefficienti degli effetti distributivi potrebbero non coincidere con quelli che si pongono i politici e poi alcuni effetti non sono convertibili in un equivalente monetario.

Dall'analisi costi-benefici deriva l'**analisi multicriteri**, la quale si differenzia dalla precedente per il fatto che vengono considerati diversi punti di vista. Infine, si ha la tecnica di **valutazione pluralista**, la quale non mira a produrre un giudizio collettivo sul valore della politica o addirittura a prendere direttamente decisioni relative all'azione, ma è un processo di raccolta delle informazioni volto a migliorare la comprensione degli effetti o degli interventi inerenti alla politica. La valutazione pluralista è inoltre un processo interattivo e iterativo sul piano dei criteri di valutazione, che conduce ad una migliore integrazione dei punti di vista politici, strategici e operativi degli altri attori utilizzando le tecniche quantitative e qualitative su presentate. È evidente il collegamento con il paradigma pluralista, analizzato in precedenza, dal momento che la preoccupazione principale del processo è quella di fare della valutazione un supporto utile agli attori direttamente coinvolti nella riformulazione e nel riorientamento delle politiche.

Il quadro degli approcci alla valutazione va infine completato con l'approccio adottato dal **National Audit Office** inglese nell'ambito delle valutazioni di tipo "*value for money*" condotte per le agenzie, dipartimenti e altri organismi della Pubblica Amministrazione.

I metodi utilizzati dal NAO possono essere divisi principalmente in tre categorie: metodi per la raccolta delle informazioni, metodi di diagnosi e infine metodi di analisi. I **metodi di raccolta** sono utilizzati per raccogliere informazioni e evidenze empiriche in modo sistematico e strutturato; i **metodi di diagnosi** hanno come fine l'individuazione dell'obiettivo del miglioramento; infine i **metodi di analisi** esaminano le informazioni raccolte, forniscono il risultato e traggono le conclusioni. I metodi tipicamente impiegati dal NAO sono mostrati nella seguente tabella 1.5.

Tabella 1.5. – *L’approccio valutativo adottato dal NAO UK*

<i>Raccolta</i>	<i>Diagnosi</i>	<i>Analisi</i>
Interviste	Performance benchmarking (confronto tra organizzazioni)	Process benchmarking (analisi sistematica dei processi al fine di individuare le best practice)
File review (esame dei documenti)	Focus group (riunione e discussione dei topics)	Analisi multivariate (insieme delle diverse tecniche statistiche utilizzate per individuare le relazioni fra le variabili)
Indagini (quantificano le informazioni di un gran numero di persone)	Modelli di logica (aiutano a capire come funziona l’organizzazione)	Performance gap (analisi del gap tra obiettivi e performance realizzata)
Osservazione (controllo di prima analisi)	Mappe cognitive (un approccio sistematico per capire dove le issues non sono chiare)	Analisi economica (inclusa la Analisi costi benefici)
Opinioni degli esperti (giudizi e conoscenze degli specialisti)	Metodi per identificare il potenziale risparmio finanziario	Analisi delle decisioni (modo strutturato le migliori scelte tra le opzioni possibili)
Misurazione delle performance (misurazione delle performance rispetto agli obiettivi)		Activity based costing (misura dei cambiamenti determinati dalle linee di base)
		Sistemi dinamici (modelli qualitativi)

Fonte: Di Falco, Meneguzzo (2000).

Molto interessanti, a tal proposito, risultano poi le tendenze in atto per quanto riguarda l’approccio valutativo del NAO, presentate nelle linee guida 2021 *Evaluating government spending: an audit framework*, che identificano quattro principali fasi, che vanno dalla strategia, alla pianificazione, all’implementazione e alla comunicazione mettendo in rilievo l’importanza di un “*good project management*” che verrà analizzato nel successivo paragrafo (NAO, 2021).

Da questa rassegna di tecniche di valutazione si può ben evincere che non esiste alcuna metodologia da adottare che non presenti punti critici, perciò è scontata l’esigenza di utilizzare differenti approcci contemporaneamente, in maniera che la potenza di un metodo possa colmare le lacune di un altro, scegliendo fra le diverse metodologie in base al tipo di problemi che si riscontrano.

Evidente è, inoltre, lo sforzo che deve essere compiuto dalle diverse amministrazioni al fine di assimilare e implementare nuovi strumenti e metodologie di valutazione che sono ostacolate da un certo tipo di cultura presente oggi-giorno nell'amministrazione italiana.

1.3. Nascita e sviluppo del *Project Management*

Lo studio del *Project Management* presuppone, in primo luogo, una definizione di tale espressione con la quale si fa riferimento "all'applicazione di conoscenze, capacità e strumenti e tecniche alle attività di un progetto per soddisfarne i requisiti".

La nascita del *Project Management* risale agli inizi del Novecento e coincide con l'avvio dello sviluppo industriale: proprio in quegli anni, infatti, Henry Gantt, considerato come il fondatore del *Project Management* moderno, ha elaborato il cosiddetto diagramma di Gantt che, attraverso lo sviluppo di tecniche di pianificazione e controllo, permetteva di monitorare l'andamento di un progetto.

Agli inizi del secolo scorso, inoltre, Taylor cominciò ad elaborare teorie che avevano come finalità la ricerca dell'efficienza nella gestione dei progetti.

Se in un primo momento alla gestione e al monitoraggio dello sviluppo di alcuni importanti progetti si fece ricorso, prevalentemente, per la produzione di armamenti bellici, durante gli anni '50, invece, sono stati sviluppati modelli matematici per la gestione di grandi progetti in vari settori, come quelli delle costruzioni e dell'ingegneria.

Nel corso degli anni, pertanto, il *Project Management* inizia a coincidere con una serie di attività che permettono ad un progetto di realizzare il suo obiettivo incrementando, pertanto, le possibilità di successo¹⁶.

Secondo la dottrina, quindi, la buona gestione di un progetto presuppone l'osservanza di alcuni criteri come, ad esempio, l'ottimizzazione dei tempi, oltre al rispetto del piano iniziale riguardo ai seguenti fattori: tempi pianificati, *budget* e scopo.

Le linee guida da seguire per lo sviluppo del *Project Management* sono state elaborate da tre istituti internazionali¹⁷.

¹⁶G. CAPALDO, A. VOLPE, *Project Management*, McGraw-Hill, Milano, 2021, p. 35 ss.

¹⁷I tre istituti internazionali che hanno elaborato le linee guida possono essere così distinti: a) il Project Management Institute, un'associazione *no profit* fondata negli Stati Uniti nel 1969. Il PMI, che si definisce l'associazione *leader* nel supportare e stimolare la professione del Project Manager e nel definire gli standard professionali; b) l'IPMA (International Project Mana-

La letteratura ha elaborato quattro modelli di approccio al *Project Management*, identificati nel modo seguente: Predittivo, Iterativo, Incrementale ed Adattivo.

Nel primo approccio, e cioè quello Predittivo (Plan-Driven), lo scopo del progetto è già conosciuto al momento dell'inizio del suo ciclo di vita e, generalmente, non muta durante il suo percorso. L'approccio Predittivo caratterizza progetti poco complessi dal punto di vista tecnologico ed organizzativo, inoltre in base a tale approccio i processi si sviluppano seguendo fasi strutturate, sequenziali e stabili.

Per quanto riguarda, invece, l'approccio *Iterativo*, lo scopo viene determinato nella fase iniziale del progetto, ma può cambiare nel tempo unitamente alle stime relative a costi e durata. In base a tale approccio, pertanto, è possibile gestire con maggiore facilità il cambiamento degli obiettivi, riducendone anche la complessità.

Proprio per le sue caratteristiche l'approccio Iterativo permette di elaborare, durante lo sviluppo delle varie fasi del progetto, la soluzione che sia più adeguata rispetto all'obiettivo finale: tale approccio, infatti, risulta essere particolarmente utilizzato nell'industria della difesa ed Aerospazio, settori dove viene richiesto di realizzare un prototipo a conclusione della fase di progettazione.

Non a caso, infatti, la dottrina seleziona le peculiarità che caratterizzano l'approccio Iterativo, che attiene principalmente a progetti caratterizzati per la loro estrema complessità tecnologica e per i quali, nel corso del tempo, possono anche cambiare le esigenze degli *stakeholder* così come possono mutare le esigenze dei membri del *team*¹⁸.

Per quanto riguarda, invece, l'approccio *Incrementale*, lo stesso può essere utilizzato per progetti che lanciano prodotti o servizi che abbiano bisogno di testare le reazioni del mercato.

Per fare un esempio di progetto realizzato con il ricorso all'approccio *Incrementale* si pensi alla realizzazione di un edificio di grandi dimensioni (per esempio un centro commerciale), nel quale la consegna potrebbe avvenire per parti finite: in questi casi si realizza prima una parte del progetto, e, solo se apprezzato, si procede alla realizzazione delle altre aree.

Ricorrendo quindi all'approccio *Incrementale* diventa possibile suddividere il progetto finale in più fasi e procedere alla fase successiva dopo aver riscon-

gement Association) è un'associazione *no profit* svizzera fondata nel 1965, ed è costituita da più di 50 associazioni di *Project Management* in tutto il mondo; c) PRINCE Projects in Controlled Environments ente governativo britannico.

¹⁸ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 38 ss.

trato la buona riuscita della precedente, ed è possibile aggiungere alla prima fase funzionalità nuove tenendo conto del prodotto o del servizio che si intende realizzare.

Un ultimo cenno, infine, deve essere riservato all'approccio *Adattivo*, che si applica, invece, a progetti che si sviluppano in un orizzonte temporale limitato, ma con un'elevata complessità.

L'approccio *Adattivo*, pertanto, viene utilizzato per quei progetti altamente tecnologici che presentano, allo stesso tempo, un'elevata incertezza dei requisiti, così come accade, ad esempio, per quei progetti che si concludono con lo sviluppo di un *software*.

In sintesi, quindi, i due approcci principali per la gestione dei progetti sono quello Predittivo e quello Adattivo, che possono considerarsi come gli estremi di un ventaglio piuttosto ampio di metodologie ed applicazioni funzionali al *Project Management*.

In merito alla scelta delle metodologie e dell'approccio più adeguato per la gestione di un progetto la dottrina osserva che, nella pratica, viene adottato un approccio ibrido che consenta cioè di scegliere l'elemento più efficace dei vari approcci per permettere un buona riuscita del progetto¹⁹.

È evidente, pertanto, che non esiste una regola assoluta da seguire, ma spetta al *Project Manager*, dopo aver raggiunto un accordo con il *team* del progetto, effettuare una scelta che si concluda con l'individuazione dell'approccio più adatto tenendo conto delle caratteristiche del progetto, nonché delle stesse specificità del committente.

Per monitorare efficacemente le varie attività che compongono un progetto, oltre al diagramma di Gantt, è possibile fare ricorso anche al diagramma di Pert "Program Evaluation Review Technique", che permette di considerare la durata delle attività di un progetto in chiave probabilistica.

Il metodo Pert si basa sulle date e scadenze importanti di un Progetto basato su un diagramma di flusso dove i nodi corrispondono a scadenze o punti cardine.

Il diagramma di Pert, quindi, si sviluppa in media su tre distinte scadenze, valutate, appunto, in chiave probabilistica, dei tempi necessari per portare a termine un progetto:

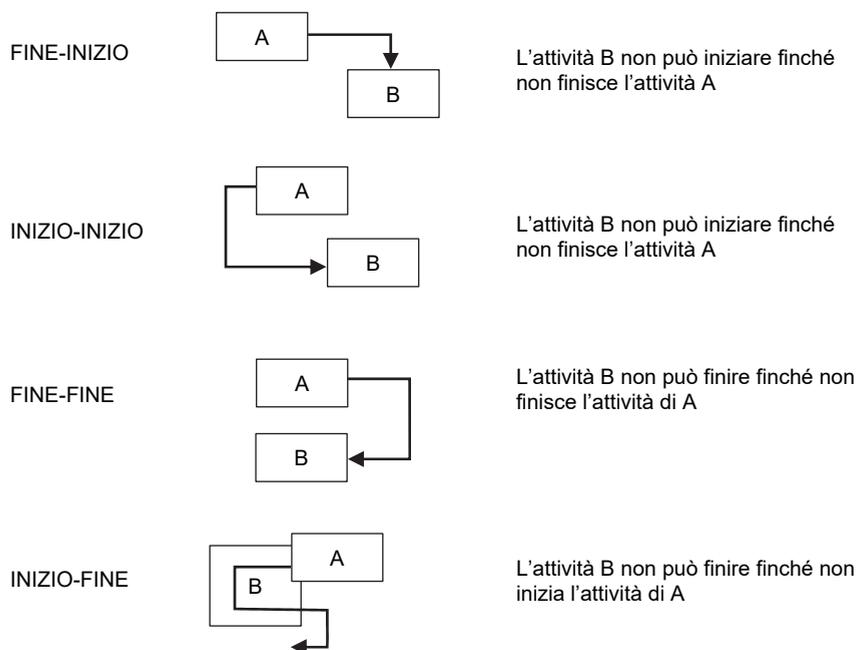
- una breve (stima ottimale);
- una più realistica (stima probabile);
- una lunga (stima pessimista).

¹⁹ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 42 ss.

Il ricorso al diagramma di Pert, che può inserirsi anche nel diagramma di Gantt, può contribuire a semplificare la fase di pianificazione di un progetto consentendo di avere una visione di insieme.

Attraverso il ricorso ai grafici di Pert è possibile monitorare progetti che prevedono il ricorso ad una catena di montaggio, ed evidenziare pertanto le relazioni che si innescano fra varie attività che, sebbene indipendenti fra di loro, sono fondamentali per il completamento di un progetto (vedasi figura seguente)²⁰.

Figura 1.4. – Project Management e diagramma di Pert



Fra le tecniche reticolari che vengono utilizzate nel *Project Management* figura anche il VERT (Venture Evaluation & Review Technique), che prende in considerazione le seguenti variabili decisionali e cioè: tempi, costi, risorse e rischi; il ricorso a tale sistema risulta essere particolarmente efficace per nuovi *business* o iniziative strategiche. Nel sistema Vert le variabili del rischio, oltre a quelle dei tempi, costi e risorse, vengono gestite grazie ad un sistema di calcolo complesso ed il risultato che produce rappresenta gli obiettivi di progetto.

²⁰G. MERLO, *La programmazione sociale: principi, metodi, e strumenti*, allegato web n. 57, Carocci, Roma, 2014.

1.4. La gestione per progetti: principali caratteristiche e fasi

Per comprendere cosa si intenda con l'espressione *Project Management* bisogna muovere dal significato del termine "progetto", che deriva dal latino, participio passato, tradotto "gettare in avanti qualcosa". Dunque l'origine del termine suggerisce che sostenere un progetto vuol dire fissare una nuova meta da raggiungere tenendo conto degli sforzi di programmazione, economici ed organizzativi, che si rendano necessari.

A tal riguardo, la dottrina tuttavia evidenzia come anche un'adeguata analisi economico-finanziaria di un progetto non esclude che lo stesso possa sottrarsi ad una serie infinita di eventi ed imprevisti che potrebbero compromettere il risultato finale.

Per evitare un'evenienza simile, è opportuno che i rischi che accompagnano inevitabilmente la realizzazione di un progetto vengano opportunamente identificati già nel corso della fase di pianificazione, in modo da impedire che possano incidere sull'obbiettivo che il progetto persegue²¹.

Secondo la più autorevole letteratura, la realizzazione di un progetto, nelle organizzazioni, comporta uno sforzo complesso da sostenere in un arco di tempo predeterminato, che culminerà nella realizzazione di un *output* che non esisteva in precedenza, in virtù del quale, sarà possibile permettere la creazione di un nuovo valore per l'azienda, che si troverà a sostenere minori costi e maggiori ricavi²².

È necessario, quindi, per la realizzazione del progetto, che si faccia ricorso ad un insieme di attività che non siano ricorrenti ma fra loro interdipendenti, che dovranno essere, però, preventivamente definite, programmate e realizzate.

Possiamo ricorrere a vari esempi di progetti che possono consistere nella realizzazione di un'opera civile, nello sviluppo di un nuovo prodotto, nella realizzazione di una banca dati e così via.

Le caratteristiche principali di ogni progetto, a prescindere dall'obbiettivo che lo stesso intenda perseguire, coincidono in primo luogo con l'esistenza di uno sforzo che richieda l'impiego risorse, costi e tempi.

È necessario, tuttavia, che tale sforzo sia circoscritto in un arco temporale limitato, che abbia un inizio ed una fine entro la quale tutti gli obbiettivi devono essere raggiunti. La durata di un progetto, inoltre, può essere variabile, dato che la stessa può essere di qualche mese oppure di qualche anno senza imporre necessariamente una durata minima.

²¹ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 2 ss.

²² H. KERZNER, *Project Management: A Systems Approach to Planning, Scheduling and Controlling*, John Wiley & Sons, New York, 2003.

La realizzazione di un progetto, inoltre, richiede spesso la successione di una serie di fasi che corrispondono: alla **pianificazione/programmazione**, **esecuzione**, alla **chiusura** e al **monitoraggio**.

Ogni fase di un progetto, pertanto, richiede necessariamente la realizzazione di una sequenza di attività, ciascuna delle quali necessita degli *input* specifici che contribuiranno alla creazione di un *output*, a sua volta *input* per l'inizio della fase successiva.

Per fare un esempio, a tal riguardo, basta pensare a cosa accade nel progetto che porta alla creazione di un nuovo prodotto: in tal caso, è necessario intraprendere una serie di attività fra loro interconnesse, come l'analisi delle esigenze dei consumatori, l'ideazione del prodotto, la sua progettazione tecnica, lo sviluppo del prototipo e così via. È evidente, quindi, come lo sviluppo delle singole fasi generi una relazione di interdipendenza.

A tal riguardo, infatti, la dottrina evidenzia come la realizzazione di un progetto presupponga necessariamente la presenza di tre vincoli che, considerati complessivamente, ne costituiscono gli obiettivi. Questi tre vincoli, definiti come il triangolo degli obiettivi, rappresentano gli obiettivi del progetto e possono essere così sintetizzati: a) l'*output* del progetto che deve rispettare i requisiti di qualità che siano stati predefiniti; b) l'*output* che deve essere realizzato nel rispetto di un determinato arco temporale; c) l'*output* che deve essere realizzato nel rispetto del *budget* di programmazione²³.

Con la crescita dei requisiti di qualità dell'*output* del progetto diventano automaticamente più complesse le attività richieste per la sua realizzazione, imponendo anche una maggiore specializzazione nonché tempi più lunghi.

Pertanto, per la buona riuscita di un progetto, è indispensabile stabilire già in fase di programmazione tanto i vincoli di durata quanto i costi e i requisiti qualitativi necessari per ciascuna attività programmata.

I vincoli dei tre obiettivi appena citati, inoltre, non sono gli unici vincoli che possono influire sulla realizzazione di un progetto, dato che può accadere che lo stesso sia condizionato dalla disponibilità di risorse, come anche dalla possibilità di ottenere le necessarie autorizzazioni²⁴.

Ogni progetto, inoltre, deve necessariamente confrontarsi con l'incertezza che aumenta nel momento in cui si tratta di realizzare attività che non siano state, in passato, realizzate da altri, elemento, quest'ultimo, che può rappresentare un rischio in ragione dell'assenza di dati ed informazioni indispensabili.

Dopo aver chiarito tali aspetti, diventa possibile soffermarsi sulla classifi-

²³ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 3 ss.

²⁴ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 5 ss.

cazione dei progetti e la prima distinzione che incontriamo riguarda i progetti interni all'organizzazione aziendale e progetti, invece, rivolti all'esterno.

Esistono progetti che addirittura possono costituire l'attività prevalente dell'organizzazione di un'azienda, si pensi, ad esempio, all'attività che svolgono le società di consulenza e formazione: ove ricorra tale ipotesi il rapporto che viene ad instaurarsi fra azienda che realizza il progetto e cliente è disciplinato da un vincolo contrattuale che stabilisce tempi di realizzazione dello stesso e costi.

Ove ricorra tale ipotesi, ci troviamo al cospetto di progetti esterni, nei quali la realizzazione dei progetti rappresenta lo strumento attraverso il quale si materializza il fatturato aziendale.

Per la realizzazione dei progetti esterni grava sul *Project Manager* la responsabilità di garantire che la differenza fra ricavi e costi generati dal progetto sia positiva in conformità con l'obiettivo concordato con la Direzione Generale nella fase iniziale dello stesso.

Invece, si distinguono dai precedenti i progetti interni, che non vengono realizzati per far fronte alle richieste di un cliente, ma sono invece necessari affinché l'azienda riesca a potenziare la sua capacità di creare valore nel tempo.

I progetti interni, secondo la dottrina, finalizzati principalmente alla diminuzione dei costi e all'incremento dei ricavi, possono essere equiparati agli investimenti e cioè a quell'esborso di risorse finanziarie che sarà in grado di produrre benefici economici non nell'immediato, bensì negli anni successivi rispetto a quello dell'esborso²⁵.

Il successo di un progetto interno sarà direttamente connesso alla capacità del *Project Manager* di individuare, già durante la fase di programmazione, quali possano essere le parti interessate al progetto (*stakeholder*) garantendo una interazione diretta e continua con le stesse.

1.4.1. *Project Management (PM), Project Cycle Management (PCM) e ruolo del Project Manager*

In passato il lavoro per progetti veniva utilizzato prevalentemente nel settore delle costruzioni, come anche nel settore ingegneristico, tuttavia, con il passare del tempo e con il cambiamento del lavoro aziendale, tanto nel settore pubblico quanto nel settore privato, si è ampliata notevolmente la possibilità di ricorrere al lavoro per progetti.

²⁵ A. BIFFI, *Il ciclo del progetto ed il piano di progetto*, in AA.VV. *Organizzare e Gestire i Progetti. Competenze per il Project Management*, Milano, 2004.

Proprio la diffusione di tale nuova tipologia di lavoro ha contribuito alla nascita di un nuovo tema di ricerca, ossia quello del “*projectification*”, che consiste nell’analisi della diffusione del lavoro per progetto nelle economie di vari Paesi.

A tal riguardo, la dottrina, esaminando quali sono i benefici che può generare la diffusione del lavoro per progetti, ha cercato di stabilire quali interventi siano necessari affinché il lavoro per progetti possa facilitare il raggiungimento degli obiettivi che lo stesso si prefigge²⁶.

Proprio il ricorso al “*projectification*” da parte delle imprese e della stessa Pubblica amministrazione rappresenta un’importante occasione per supportare efficacemente l’innovazione e il cambiamento. Tuttavia, il ricorso alle nuove tecnologie, che coincide con la diffusione della *Smart technologies* (stampa digitale, robotica collaborativa, manifattura avanzata e così via), pone anche il problema di un’accurata valutazione dell’efficienza del sistema aziendale. Tuttavia, come osserva la dottrina, è comunque necessario non limitarsi a considerare solo gli aspetti positivi del ricorso alle nuove tecnologie nei processi aziendali, ma bisogna favorire anche un approccio più critico agevolando la diffusione del *Project Management*.

Nelle aziende private, quindi, per facilitare e sostenere la trasformazione digitale, occorre valutare diversi aspetti, come, ad esempio, quello di stabilire quali sono gli interventi necessari per facilitare il raggiungimento di determinati obiettivi, come integrare o modificare i sistemi operativi e come incrementare le competenze professionali di quegli operatori dei processi aziendali che vengono coinvolti nell’adozione di nuove tecnologie.

L’esigenza di fare ricorso all’utilizzo di nuove tecnologie, inoltre, è un’esigenza che viene avvertita anche nelle Pubbliche amministrazioni, ove il ricorso alle innovazioni tecnologiche è spesso finalizzato al miglioramento del rapporto con l’utenza, nonché all’offerta di servizi nuovi, oppure alla semplificazione dei procedimenti amministrativi e alla digitalizzazione dei servizi.

Dagli esempi appena effettuati, quindi, si evince che il ricorso al lavoro per progetti nell’ambito della pubblica amministrazione possa interessare non solo settori estremamente tecnici, come quello dei lavori pubblici, ma possa essere utilizzato anche in tutti gli altri andando incontro alle esigenze degli utenti migliorandone, di conseguenza, il loro grado di soddisfazione.

La dottrina, a tal proposito, evidenzia come il ricorso al lavoro per progetti è in netta crescita nelle amministrazioni pubbliche, tanto che una ricerca effet-

²⁶ YG. SCHOPER, A. WALD, H.T. INGASON, T.V. FRIDGERSSON, *Projectification in Western economies. A comparative study of Germany, Norway and Iceland*, in *International Journal of Project Management*, vol. 36, 2018, pp. 71-82.

tuata nel 2019, finanziata dall'IPMA (International Project Management Association), e condotta su un gruppo di aziende private e di amministrazioni pubbliche, ha permesso di stabilire quale sia il livello di diffusione dei lavori per progetti nel nostro Paese²⁷.

Dallo studio effettuato, infatti, emerge nel periodo che intercorre fra il 2017 ed il 2022 una notevole crescita del numero di ore lavorative impiegate nei lavori a progetti, oltre ad un aumento del ricorso a tali tipologie di progetti nei settori dei servizi finanziari ed assicurativi, in quello dei trasporti, ospitalità e turismo e, come anticipato, soprattutto nel settore pubblico²⁸.

I dati in questione, pertanto, evidenziano come il nostro Paese riguardo alla diffusione dei lavori a progetto sia in linea rispetto ad altri Paesi europei, come la Germania, la Norvegia e l'Islanda.

Proprio la rilevanza del fenomeno del *projectification*, quindi, comporta come conseguenza la diffusione della cultura organizzativa del *Project Management* oltre ad un rilevante aumento tanto delle conoscenze quanto delle capacità del *Project Management*.

A tal riguardo, però, la dottrina evidenzia che la crescita del *projectification* deve essere parallelamente accompagnata anche dalla crescita della cultura e delle pratiche del *Project Management* per non rischiare che l'efficacia del lavoro a progetto nelle imprese e nelle amministrazioni pubbliche ne risulti negativamente condizionato.

Dopo queste precisazioni, è possibile analizzare in che modo si procede alla gestione dei progetti nell'ambito dei sistemi organizzativi tanto delle imprese quanto degli enti della pubblica amministrazione, è necessario chiarire quali siano gli elementi che contraddistinguono il sistema organizzativo di un'organizzazione.

Quando si fa riferimento al sistema organizzativo si intende l'insieme delle variabili che influenzano tanto il funzionamento quanto le *performance* di un'organizzazione, e per descrivere il modello organizzativo è possibile fare riferimento ad alcuni dei modelli organizzativi, proposti a partire dagli anni ottanta, nell'ambito delle teorie sulla contingenza della progettazione organizzativa²⁹.

²⁷ A. CALABRESE, G. Capaldo, G. PUGLIESE, *Projectification in Italy: analysis of the national project economy*, Convegno Nazionale IPMA, Milano, 24 gennaio 2019.

²⁸ Per un contributo in tema di progettazione dei risultati nel settore pubblico si segnala: E. BORGONOVÌ, E. ANESSI-PESINA, C. BIANCHI, *Outcome Based Performance Management in the Public Sector*, Springer, 2018, p. 3 ss.

²⁹ R.H. WATERMAN, T.J. PETERS, J.R. PHILIPS, *Structure is not organization*, *Business Horizons*, vol. 23, 1980, pp. 14-26.

Seguendo tali teorie, è stato evidenziato come i risultati di un'organizzazione aziendale possano cambiare in relazione alla capacità della stessa di adeguare il proprio sistema organizzativo a quelli che sono i mutamenti del contesto aziendale e ai cambiamenti delle strategie. Tuttavia, nel momento in cui si attua tale processo bisogna tener presente che le variabili che compongono un sistema organizzativo sono strettamente interconnesse ed interdipendenti, con la conseguenza che la modifica di una di esse possa generare effetti sulle altre.

Waterman, Peter e Phillips, nell'elaborazione del loro modello, hanno tenuto conto prevalentemente delle seguenti variabili che compongono un sistema organizzativo e cioè: la struttura, i sistemi operativi, *skills*, ossia le competenze distintive dell'organizzazione, gli stili direzionali, gli stili decisionali che possono prediligere l'assunzione di decisioni a livello accentrato oppure la partecipazione dei collaboratori alle stesse, sistema dei valori e cultura organizzativa.

L'approccio per progetti nelle organizzazioni non può mai prescindere, come osserva la dottrina, dalla considerazione delle variabili elencate³⁰.

In merito al rapporto fra *Project Management* ed utilizzo di fondi europei per la realizzazione di progetti nati che hanno visto la luce non solo nel nostro Paese, ma anche in altri Paesi europei, la dottrina ha affrontato tale tema soffermandosi sugli obiettivi fissati dall'Unione europea che sono stati così stigmatizzati:

- a livello di strategia europea: definire programmi, progetti ed altre attività miranti a raggiungere gli obiettivi della strategia;
- a livello di programma di finanziamento europeo: selezionare e finanziare progetti fra loro coordinati che consentano in maniera sinergica il raggiungimento degli obiettivi del programma;
- a livello di singolo progetto: “formulare e gestire i singoli interventi”³¹.

La relazione che si instaura fra programma e progetto viene denominata *Project Cycle Management*, che, riguardo ad ogni fase del programma, identifica compiti e responsabilità dei due principali soggetti coinvolti e cioè: a) il soggetto finanziatore, e quindi l'ente responsabile della gestione del progetto europeo (che coincide con le istituzioni europee o nazionali); b) il soggetto attuatore e quindi l'ente o l'organizzazione responsabile dell'attuazione del singolo progetto finanziato nell'ambito del programma (organizzazioni pubbliche o private, enti *no profit*, imprese del territorio).

Attraverso il *Project Cycle Management* (gestione del ciclo del progetto) la Commissione europea, a partire dal 1992, ha individuato un efficace strumento

³⁰ M. MITEREV, M. MANCINI, J.R. TURNER, *Towards e Design for the Project-based Organization*, in *International Journal of Project Management*, vol. 35, 2017, p. 479.

³¹ AA.VV., *Guida alla formulazione e gestione di progetti europei*, ed. Kindle, p. 18.

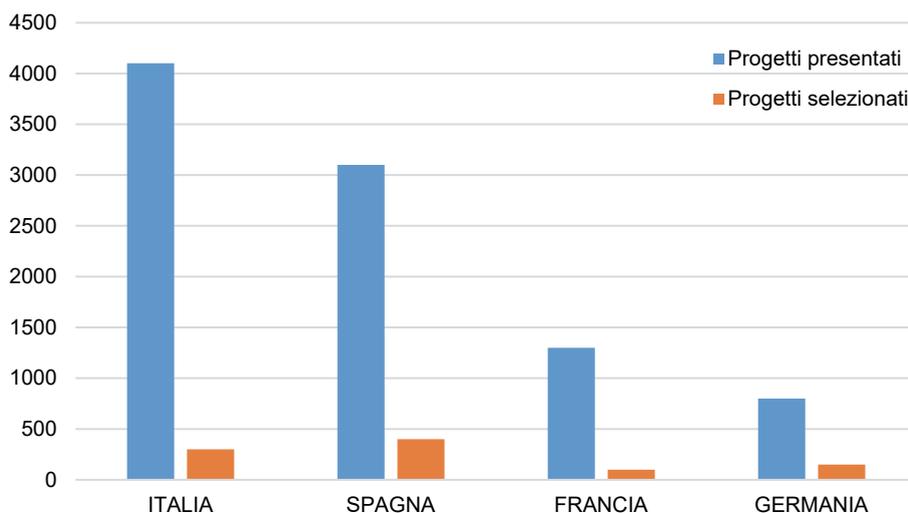
di supporto per la gestione dei progetti nell'ambito delle politiche a sostegno della cooperazione e dello sviluppo. L'individuazione di tale metodologia standardizzata nasce per effetto dell'analisi critica compiuta nei confronti di vari progetti di cooperazione e sviluppo durante gli anni ottanta, periodo nel quale è stata registrata una programmazione e progettazione debole e disarticolata.

A fronte di tale stato di cose, lo scopo perseguito dalla Commissione europea è stato proprio quello migliorare la gestione degli interventi da essa stessa coordinati nell'ambito della cooperazione allo sviluppo. Grazie al PCM, pertanto, sono stati fissati alcuni criteri guida da osservare per la realizzazione dei progetti finanziati con fondi europei: a) vengono definite le decisioni chiave; b) le fasi del ciclo di vita di un progetto devono essere definite e non può iniziare la successiva se non termina la precedente; c) monitoraggio, valutazione e programmazione rappresentano il punto di partenza per ogni nuovo progetto.

Grazie ad uno studio dell'ISIPM è possibile disporre di dati oggettivi per verificare quale sia stato il tasso di successo di progetti finanziati con fondi europei da parte di alcuni Stati membri³².

I grafici ad istogramma che seguono rappresentano rispettivamente: il tasso di successo fra proposte presentate e tasso di successo nell'accesso ai Fondi Ue diretti; il rapporto fra numero di progetti presentati da alcuni Stati membri UE e quelli effettivamente selezionati nel periodo 2014-2015.

Figura 1.5. – *Tasso di successo delle proposte presentate per l'accesso ai fondi EU*



³²M. AMICI, *Il project management nei Fondi UE: il modello Eu-maps*, in www.isipm.org.

Nell'organigramma aziendale la responsabilità che grava sul *Project Manager* varia a seconda della tipologia dei progetti esterni o interni.

In caso di progetti esterni di aziende che lavorano per commessa, il *Project Manager* assume la responsabilità nella gestione delle commesse riferendo alla Direzione Generale o alla Direzione tecnica.

Il *Project Manager*, pertanto, è il referente gerarchico al quale far riferimento per conoscere quali siano state tutte le risorse impiegate per la realizzazione della commessa.

Nell'ambito di un organigramma aziendale delle aziende che organizzano progetti esterni, generalmente è possibile individuare le seguenti figure: ad un primo livello si colloca un Direttore generale, seguito da un limitato numero di direzioni (tecnica, amministrativa, commerciale), oltre che da un numero variabile di soggetti che fanno riferimento alla Direzione Generale o alla Direzione Tecnica.

Dunque nel caso di aziende che operano per progetti esterni l'intera organizzazione aziendale è proiettata a curare gli stessi, adoperandosi per adottare sistemi di gestione finalizzati supportarne tutte le fasi che compongono lo sviluppo di un progetto e cioè quelle della programmazione, esecuzione e monitoraggio³³.

La situazione cambia, invece, nel caso di gestione di progetti interni che caratterizza quelle aziende meno propense all'organizzazione del lavoro per progetti; di conseguenza, in tali casi non viene riservata grande attenzione all'individuazione delle risorse professionali o al potenziamento della struttura organizzativa.

Nel caso di aziende che presentano sistemi organizzativi propensi alla realizzazione di progetti interni la figura del *Project Manager* svolge un ruolo piuttosto limitato, dato che viene nominato all'inizio di un progetto e termina la sua attività al momento della conclusione del progetto, senza rappresentare un'autorità formale nei confronti delle risorse professionali coinvolte nella realizzazione.

Per la realizzazione di progetti interni, inoltre, l'organizzazione aziendale può anche prevedere di ricorrere all'impiego di risorse esterne, invece le risorse professionali interne che verranno utilizzate per il progetto dovranno suddividere il loro tempo lavorativo tra le attività lavorative necessarie per sostenere il progetto e le attività consuete.

Pertanto, è indispensabile che il *Project Manager* curi con attenzione la ripartizione dei compiti, in modo da evitare conflitti con i responsabili delle aree professionali che, in organizzazioni aziendali che curano progetti interni, ricoprono nell'organigramma aziendale una posizione apicale. Questo in termini concreti significa che il *Project Manager* dispone di un limitato potere contrattuale.

³³ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 18.

Per questa ragione, infatti, la letteratura sul *Project Management* osserva che, in questi contesti aziendali, a capo di un lavoro per progetto, generalmente, assume grande peso il ruolo di uno Sponsor che avrà fiducia nel Progetto, ritenendo che lo stesso possa essere in grado di creare valore in azienda. In un contesto simile il ruolo dello sponsor sarà quello di provvedere alla ricerca di risorse e di attivarsi per il superamento dei momenti di crisi nei quali può incorrere qualsiasi progetto nel corso della sua vita.

1.4.2. *Il ciclo di vita del progetto e la fase di avvio*

La realizzazione di un progetto implica, come abbiamo visto, il rispetto di alcune fasi e presuppone l'esistenza di un interesse dell'azienda ad intraprendere un percorso che porterà al conseguimento di un obiettivo³⁴.

Il progetto, infatti, può nascere in seguito ad una richiesta presentata all'azienda da parte di un terzo, oppure in seguito ad un'idea sorta all'interno della stessa azienda.

Per quanto riguarda i progetti esterni, può accadere, come appena visto, che giunga una commessa esterna all'azienda, per esempio si pensi ad una commessa che giunga ad una impresa edile che si occupa di ristrutturazioni, oppure alla possibilità che un'impresa operante nel settore edile decida di partecipare ad un bando per la realizzazione di un'opera pubblica.

Affinché il progetto nasca, però, è indispensabile che lo stesso riesca a produrre un valore economico per l'azienda che dovrà innanzitutto verificare se il progetto sia in grado di creare valore economico, così come occorrerà valutare se il progetto sia in linea con il *know-how* dell'organizzazione e se per la sua realizzazione sia necessario procedere all'acquisizione di nuove risorse.

Solo dopo aver valutato tali aspetti l'azienda può essere in grado di stabilire quale possa essere il valore della commessa e se la stessa rispecchi gli obiettivi e le politiche aziendali e, al fine di scongiurare ogni rischio, bisognerà accertare anche quello che è lo stato di salute della stessa azienda committente, per verificare quanto sia integra la sua situazione patrimoniale ed evitare eventuali mancati pagamenti.

Nel caso invece di progetti interni, un nuovo progetto può scaturire dalla necessità di risolvere specifici problemi aziendali, quali ad esempio l'eccessiva durata o le inefficienze di alcuni processi aziendali, oppure dalla necessità di sviluppare un nuovo prodotto o servizio.

È evidente, pertanto, che i progetti interni si traducano in un vero e proprio investimento per l'azienda che, prima di progettare la loro effettiva realizza-

³⁴ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 21 ss.

zione, dovrà effettuare una valutazione attinente la redditività dell'investimento stabilendo quali potranno essere i flussi di cassa differenziali che l'azienda in seguito alla conclusione del progetto potrà conseguire.

Una volta conclusa la fase di programmazione, e la possibilità di dare impulso ad un progetto aziendale, occorre analizzare anche quelle che sono le esigenze degli *stakeholder* per poi passare alla fase della pianificazione composta a sua volta da tre fasi: gestione dello “*scope*” (che consiste nella definizione del *deliverable* e dei criteri di accettazione); gestione dei tempi; gestione della durata.

Occorre chiarire, però, che una volta terminata la fase della programmazione, non comincia automaticamente quella dell'esecuzione del progetto, ma occorre procedere prima con un esame degli eventuali rischi che potrebbero condizionare sensibilmente la durata, i costi e le prestazioni del progetto stesso: tale fase prende il nome di fase di gestione del rischio³⁵.

A conclusione di quest'ultima fase, infatti, può prendere il via la fase di esecuzione e durante il suo svolgimento è indispensabile procedere al monitoraggio delle attività programmate; solo una volta completata la realizzazione del *deliverable* si potrà procedere con la consegna al committente.

Con la consegna del *deliverable* al committente, però, il progetto non deve considerarsi concluso, essendo terminato solo il suo ciclo tecnico, mentre d'altra parte occorre verificare anche quali siano i risultati conseguiti e le criticità emerse durante l'esecuzione.

Una delle fasi successive alla conclusione del progetto, infatti, è proprio quella della valutazione dei benefici che l'azienda ha conseguito attraverso la realizzazione del progetto.

Conclusa la disamina delle fasi di un progetto, è bene soffermarsi anche sul documento che contiene tutte le notizie attinenti alla sua pianificazione e cioè il *Project Management Plan* che, affinché il progetto passi alla fase esecutiva, deve essere approvato³⁶.

Per comprendere l'importanza di tale Piano, basta pensare che lo stesso deve essere confrontato dal *Project Manager* con tutti i soggetti coinvolti nella realizzazione del Progetto (Direzione aziendale, struttura operativa, clienti, *team* del progetto, etc.).

Il contenuto del Piano, inoltre, deve essere sintetico e snello, in modo tale da permetterne una facile consultazione da parte di tutti i soggetti partecipanti³⁷.

³⁵ Per un contributo tecnico in materia vedasi: A. GANDOLFI, *Project Management per progetti organizzativi: una guida pratica*, Salvioni, Bellinzona, 2005, p. 10 ss.

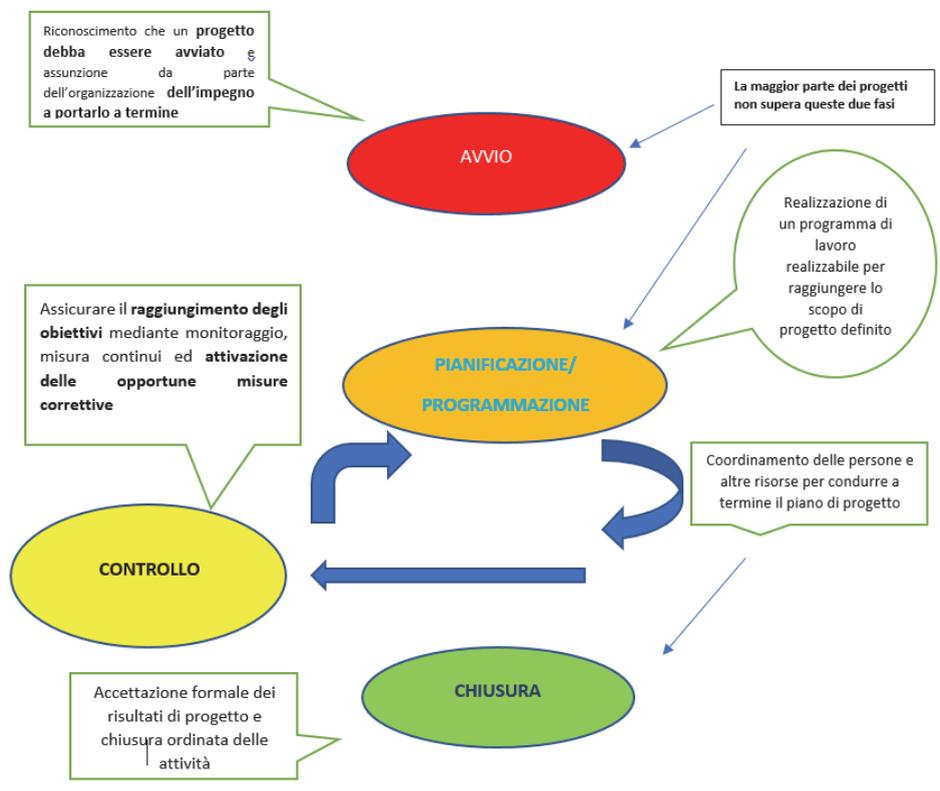
³⁶ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 29 ss.

³⁷ M. SAMPIETRO, *Project management. Un approccio integrato a metodologie e comportamenti*, Egea, Milano, 2018.

La fase di chiusura del progetto, denominata “*post project review*”, confluisce in un documento in grado di analizzare gli spostamenti tra obiettivi e risultati dei progetti; l’esame di tali dati, infatti, può consentire a *Project Manager* e *team* del progetto di capire quali sono stati gli errori commessi per evitare di commetterli nuovamente, in modo da consentire un continuo miglioramento delle performance³⁸.

La figura che segue illustra il ciclo di vita di un progetto³⁹.

Figura 1.6. – *Il ciclo di vita di un progetto*



³⁸ T. BUGANZA, *Il ciclo di vita del progetto*, in E. BARTEZZACHI, *L'organizzazione dell'impresa. Processi, Progetti, Conoscenza, Persone*, Rizzoli, Milano, 2010.

³⁹ Figura tratta da: P. DI MARCO, *La cultura del progetto*, PDFOR, ove è possibile leggere la definizione di progetto dell'Istituto italiano di Project Management – ISIPM, secondo cui “un progetto è un’impresa complessa, unica e di durata determinata, volta al raggiungimento di un obiettivo prefissato mediante un processo continuo di pianificazione, esecuzione e controllo di risorse differenziate e con vincoli interdipendenti di costi-tempi-qualità”.

Tabella 1.6. – *Le fasi di vita di un progetto*

<p>FASE INIZIALE: – Ideazione e concettualizzazione – Valutazione e fattibilità – Pianificazione e organizzazione</p>	<p>Focus delle caratteristiche di prestazione del prodotto/servizio e sui suoi costi e tempi: il gruppo si concentra su come ottenere il risultato</p>
<p>FASE INTERMEDIA – Ripianificazione e organizzazione – Realizzazione e controllo</p>	<p>Focus sul controllo del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto standard, costi, tempi e risultati</p>
<p>FASE FINALE – Esercizio e manutenzione – Assistenza</p>	<p>Focus sulla messa in esercizio del prodotto/servizio rilasciato</p>

Fonte: elaborazione propria.

La fase di avvio riveste una grande importanza nell'ambito di un progetto aziendale in quanto, se acquisite correttamente le necessarie informazioni, le stesse possono scongiurare iniziative inopportune. Chiaramente, le valutazioni da compiere in questa fase variano a seconda che si tratti di progetti esterni, oppure di progetti interni.

Nel primo caso, infatti, occorre effettuare una stima dei benefici economici che il progetto comporterebbe e dei costi necessari per il suo sviluppo.

In particolare, in caso di progetti esterni, occorre effettuare valutazioni riguardanti i seguenti aspetti e cioè: se siano state esplicitate le esigenze del committente, se i flussi di cassa in entrata realizzati per gli stati di avanzamento siano in grado di coprire quelle che saranno le uscite di cassa che il progetto potrà generare, se l'azienda che pianifica il progetto abbia già in corso una situazione debitoria che potrebbe addirittura peggiorare con il progetto e, d'altra parte, se l'azienda committente abbia una situazione finanziaria e patrimoniale che gli consenta di adempiere al pagamento del bene o del progetto commissionato.

In caso di progetti interni, come già innanzi precisato, i potenziali benefici economici generati dal progetto dovranno essere confrontati con i costi necessari per la sua realizzazione, in pratica occorre verificare se in un progetto interno i ricavi avranno una rilevanza maggiore rispetto ai costi che saranno sostenuti.

La fase di avvio di un progetto, inoltre, si sviluppa in una serie di fasi che inizia con l'*acquisizione*, da parte della Direzione Aziendale, di tutta la documentazione necessaria alla proposta progettuale e si conclude con una *decisione finale* che stabilisce se dare avvio allo stesso o meno.

Qualora la conclusione di questa fase decida per l'avvio del Progetto, si

procederà all'emissione del *Project Charter* e del relativo *Project Manager* al quale affidare il progetto.

Il *Project Charter* è un documento di grande importanza, ma spesso redatto in modo parziale e superficiale da parte delle aziende, che rappresenta il principale *output* della fase di avvio, dato che contiene le valutazioni di base, dalle quali partire per la redazione del successivo *Project Plan*⁴⁰.

A conferma dell'importanza che assume il *Project Charter*, la dottrina, precisandone forma e contenuto, evidenzia che lo stesso possa essere definito come un contratto che può essere stipulato fra capo progetto e committente. La finalità di tale accordo, pertanto, dovrebbe essere quella di facilitare il confronto fra capo progetto e committente, creando fra i due un clima di fiducia e di collaborazione, favorendo, pertanto, una comunicazione schietta ed affidabile⁴¹.

È bene precisare, tuttavia, che non esiste un criterio univoco ed oggettivo del quale tener conto per la redazione del *Project Charter*, in quanto può essere sufficiente che lo stesso vari a seconda del tipo del progetto, dell'organizzazione, del *management* e dei vari *stakeholder*; tale documento può non essere necessario per la realizzazione di diversi progetti e può essere anche sostituito da altra documentazione formale.

1.4.3. *Mappatura e gestione degli stakeholder*

Il termine *stakeholder* indica tutti quei soggetti che manifestano un certo interesse nei confronti di una specifica organizzazione e che attraverso il proprio comportamento possono influenzare l'attività della stessa (Freeman, 1984).

Numerosi studiosi (Waddock e Graves, 1997; McWilliams e Siegel, 2000; Freeman, 1984; Molteni, 2004) hanno sottolineato l'importanza delle logiche di CSR nella gestione strategica ed operativa delle imprese, azzardando anche una certa correlazione tra responsabilità sociale e *performance* aziendale.

Colpisce, invece, il fatto che, per quanto riguarda il settore pubblico, ancora non vi sia una completa sistematizzazione, dal punto di vista teorico, in grado di sostenere il valore aggiunto che le logiche di responsabilità sociale garantirebbero qualora fossero introdotte all'interno dei processi decisionali e gestionali delle amministrazioni pubbliche (Borgonovi, 2005; Borgonovi e

⁴⁰ Le principali funzioni del *Project Charter* sono le seguenti: a) descrizione dei motivi che giustificano l'avvio del progetto e delle sue finalità; b) delineazione iniziale dello scopo del progetto; c) identificazione del committente e degli stakeholder; d) identificazione dei deliverable... G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 59 ss.

⁴¹ A. GANDOLFI, *op. cit.*, p. 9 ss.

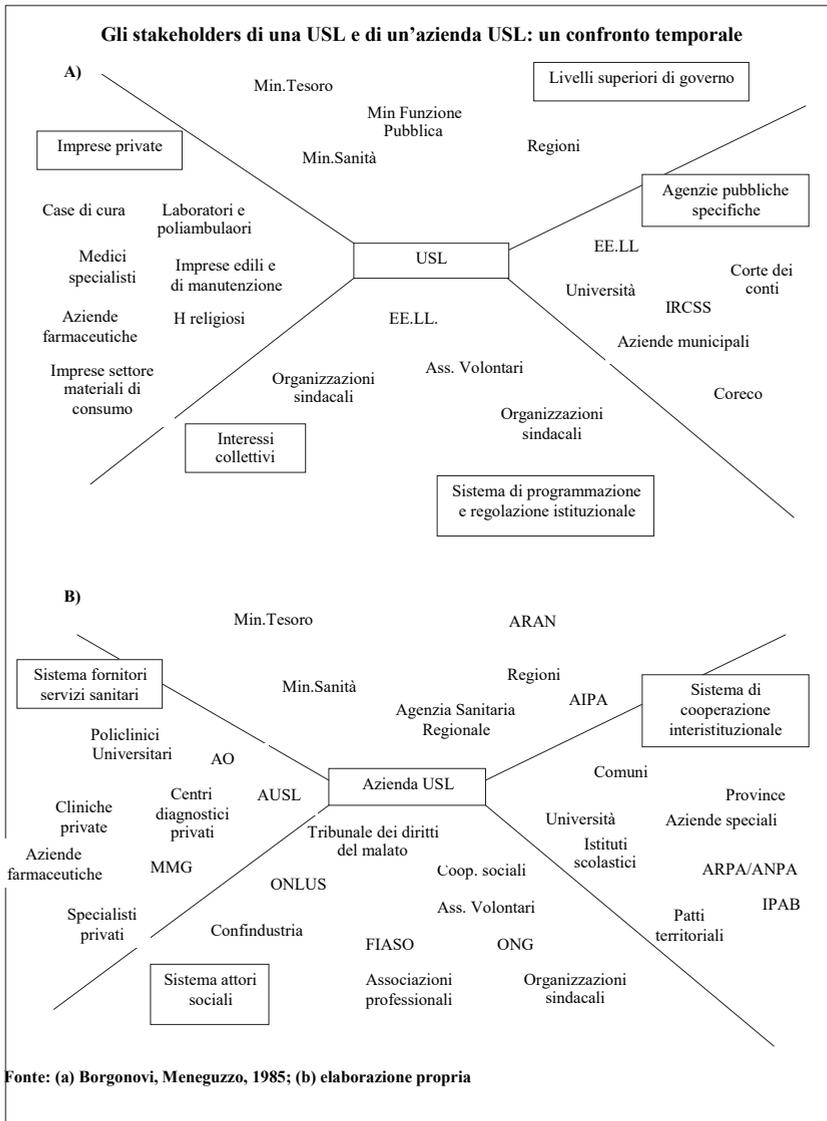
Rusconi, 2008). È chiaro che, vista la peculiare natura delle amministrazioni pubbliche, nel momento in cui si cerca di estendere al loro ambito il concetto di responsabilità sociale, è opportuno far riferimento ad un concetto ben più ampio, che racchiuda anche aspetti come la qualità della vita, il capitale sociale, la partecipazione democratica e la fiducia da parte dei cittadini (Meneguzzo, 2005; Pillitu, 2009). E questo anche a fronte del fatto che il sistema pubblico si trova a ricoprire un duplice ruolo: se da una parte è chiamato ad implementare esso stesso logiche di responsabilità sociale per quanto riguarda la produzione, gestione ed erogazione di beni e servizi pubblici, d'altra parte è tenuto a promuovere comportamenti socialmente responsabili per quanto riguarda le proprie funzioni di controllo e regolazione delle attività economiche e sociali svolte dagli altri attori all'interno del contesto socio-economico (Bassoli e Graziano, 2009). Di sicuro, ciò che emerge è che l'introduzione di logiche di responsabilità sociale in ambito pubblico si sia prevalentemente tradotta nello sviluppo di sistemi di rendicontazione sociale (Steccolini, 2004; Tanese, 2004; Ricci, 2007), senza alcun riferimento alle relazioni con gli *stakeholder* esterni, siano essi fornitori, cittadini, dipendenti, o con l'ambiente in generale.

Dunque, gli *stakeholder* rappresentano tutti quegli individui o gruppi di individui che dipendono da un'organizzazione per il conseguimento dei propri obiettivi e dai quali, a sua volta, l'organizzazione dipende. In linea generale, si tende a categorizzare gli *stakeholder* in cinque gruppi, che risultano parzialmente sovrapponibili tra loro:

- gli *stakeholder* economici, che comprendono i fornitori, i clienti, i soggetti che operano nella catena di distribuzione, le banche e gli altri finanziatori, nonché gli azionisti;
- gli *stakeholder* sociali/politici, che includono i decisori politici, le istituzioni nazionali e locali e le autorità;
- gli *stakeholder* tecnologici, identificabili con i maggiori utilizzatori, ma anche con le agenzie che definiscono gli *standard* di settore e i membri dell'ecosistema che offrono prodotti e servizi complementari;
- i *community stakeholder*, ossia quei soggetti che non intrattengono relazioni esplicite e dirette con l'organizzazione, ma che possono intervenire per influenzarla;
- *stakeholder* interni, rappresentati dai dipendenti, con diversi ruoli di potere e responsabilità, che lavorano in azienda.

Ragionando sugli *stakeholder* chiave per un'organizzazione operante in ambito sanitario è possibile identificare, per ciascuna delle categorie sopra individuate, i seguenti attori (la figura seguente riporta i principali portatori d'interesse per una USL e per un'azienda USL):

Figura 1.7. – Gli stakeholder di una USL e di un'azienda USL



Fonte: Borgonovi, Meneguzzo (1985); Meneguzzo, Pellanda (2018).

La figura sovrastante aiuta a capire come il passaggio da USL ad Azienda USL abbia comportato delle modifiche anche nella composizione delle diverse categorie di soggetti portatori d'interesse.

Per quanto riguarda una USL, tra gli *stakeholder* politici troviamo il Ministero del Tesoro (oggi Ministero dell'Economia e delle Finanze), ovviamente il

Ministero della Salute, il Ministero della funzione pubblica e le Regioni. Una particolare categoria è rappresentata poi dall'insieme delle Agenzie pubbliche specifiche, all'interno della quale rientrano gli Enti Locali, la Corte dei Conti, le aziende municipali, ma anche gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le Università, al fine di favorire la ricerca scientifica. Non possono essere tralasciati gli interessi collettivi e dunque rientrano tra gli *stakeholder* di una USL anche le varie organizzazioni sindacali, nonché il sistema di programmazione e regolazione istituzionale. Al fine di garantire l'erogazione di un servizio complesso come quello sanitario, fondamentali ed inevitabili risultano anche le relazioni con le imprese private, con riferimento a case di cura, a laboratori e poliambulatori, a medici specialisti, ad imprese edili di manutenzione, alle aziende farmaceutiche e alle imprese produttrici di materiale di consumo.

Per quanto riguarda, invece, un'Azienda USL, ciò che possiamo notare è sicuramente un ampliamento nella composizione delle varie categorie di portatori d'interesse. Tra gli *stakeholder* politici troviamo di nuovo il Ministero del Tesoro, il Ministero della Sanità, le Regioni, ma anche l'Agenzia Sanitaria Regionale e diverse Agenzie e Associazioni, tra cui l'ARAN (Agenzia per la Rappresentanza Negoziale), oppure l'ANPA (Agenzia Nazionale per Ambiente ora ISPRA). Si inizia a ragionare in termini di cooperazione interistituzionale e questo soprattutto nei confronti di Comuni, Province, Università, Aziende speciali, Istituti scolastici: è in questo frangente che acquisiscono importanza anche i patti territoriali. Evidenti cambiamenti riguardano poi il sistema degli attori sociali, compaiono il Tribunale dei diritti del malato, le ONLUS, le cooperative sociali, Confindustria, la FIASO, ONG, nonché associazioni di volontari, associazioni professionali e organizzazioni sindacali. Di una certa rilevanza resta poi la categoria dei fornitori dei servizi sanitari, che include i Policlinici Universitari, le Aziende Ospedaliere, cliniche private e centri diagnostici privati, altre Aziende USL, Aziende farmaceutiche, Medici di Medicina Generale e Specialisti privati.

La teoria degli *stakeholder* può assumere diverse declinazioni, ossia descrittiva, normativa e strumentale.

L'accezione descrittiva della teoria degli *stakeholder* ha come obiettivo quello di descrivere, per l'appunto, il modo attraverso cui le aziende gestiscono il proprio rapporto con gli attori più rilevanti, mentre l'accezione normativa si concentra maggiormente sulla dimensione etica che si cela dietro questo rapporto con gli *stakeholder*, secondo cui l'azienda andrebbe vista come un sistema aperto e alla continua ricerca non soltanto del profitto, ma del soddisfacimento di ciascun portatore d'interesse. In ultimo, la declinazione strumentale della teoria degli *stakeholder* dimostra come il coinvolgimento degli stessi possa garantire una migliore *performance*.

Uno degli strumenti maggiormente utilizzato al fine di considerare il ruolo svolto dagli *stakeholder* è rappresentato dalla mappa degli *stakeholder*, che identifica il livello di potere e attenzione caratterizzante le diverse categorie di portatori d'interesse, con lo scopo di comprendere quali siano le priorità dell'organizzazione nei confronti delle stesse.

Figura 1.8. – *La mappa degli stakeholder*



Fonte: rielaborazione propria.

Il posizionamento dei vari *stakeholder* sulla matrice dipende da questioni ben specifiche, dal momento che alcuni soggetti potrebbero avere maggiore potere in alcuni ambiti piuttosto che in altri o potrebbero esser maggiormente interessati a determinati argomenti rispetto che ad altri. Il potere che viene riconosciuto a ciascuna categoria di *stakeholder* comunque non riflette soltanto il potere formale, ma considera anche indicatori informali di potere, come ad esempio il posizionamento *nel network* dell'organizzazione, l'autorevolezza personale, etc.

Ad ogni modo, la mappa degli *stakeholder* è utile perché aiuta ad individuare gli interlocutori chiave che meritano attenzione da parte dell'organizzazione in quanto potrebbero, a seconda delle situazioni, ostacolare o facilitare le strategie implementare e quindi capire quali comportamenti intraprendere nei loro confronti al fine di riposizionare alcuni di essi (cercando di ridurre l'influenza, oppure di ottenere maggiore sostegno da parte di alcuni di loro), o anche semplicemente di riconoscere e mantenere lo stesso livello di attenzione o di potere espresso da alcune categorie chiave.

Applicando la teoria degli *stakeholder* al settore pubblico, occorre comunque precisare il fatto che la natura che caratterizza i fini perseguiti dalle organizzazioni pubbliche implica una composizione degli *stakeholder* che risulta

più ampia e articolata rispetto a qualsiasi altro tipo di organizzazione, inoltre, il fatto che le stesse organizzazioni pubbliche si trovano a ricoprire un duplice ruolo nei confronti dei propri *stakeholder*, dal momento che, oltre ad interagire con loro, hanno anche il compito di andare a regolare i loro comportamenti.

In realtà non si tratta di una teoria del tutto nuova, visto che alcuni studi già concepivano il *manager* pubblico come un attore la cui funzione principale consiste nel mobilitare le risorse e le competenze degli *stakeholder* presenti nel proprio territorio di riferimento, stimolando così rapporti di tipo *win win*, capaci di assicurare la generazione di capitale sociale ed elevate *performance* economico-aziendali (O'Leary e Bingham, 2009). Altri studi si concentrano sul concetto di co-produzione dei servizi pubblici, intendendo la co-produzione come la “produzione di servizi pubblici attraverso stabili relazioni tra *professional service provider* e gli utenti/*stakeholder* di una comunità, dove tutti gli attori interessati apportano un significativo contributo per quanto riguarda l'erogazione del servizio. Ancora altri filoni, sulla scia di quello che è la *public participation* o il *community engagement*, hanno introdotto il concetto di “democrazia rappresentativa”, con riferimento a situazioni sia di democrazia partecipativa che di democrazia deliberativa (Bobbio, 2005).

Lo stesso paradigma del New Public Management aveva introdotto l'importanza, per le pubbliche amministrazioni, di analizzare e coinvolgere gli *stakeholder*, intesi come minacce o opportunità provenienti dall'ambiente esterno (Gomes, 2006), ma è con il paradigma successivo, quello della Public Governance, che si ha il pieno riconoscimento, teorico ed operativo, del coinvolgimento degli *stakeholder*, i quali hanno il compito di influenzare gli *outcome* delle politiche pubbliche, contribuendo al perseguimento dell'interesse pubblico (Kickert, 1997; Rhodes, 2000; Vigoda, 2002).

Il coinvolgimento degli *stakeholder* genera effetti positivi, ma, allo stesso tempo, anche delle criticità: tra gli effetti positivi va sicuramente rilevata una disponibilità maggiore delle informazioni per i decisori politici, permettendo agli stessi di adottare decisioni migliori e favorendo il superamento dei vari conflitti che solitamente tendono a rallentare le procedure decisionali delle pubbliche amministrazioni (Edelenbos, 2005; Bobbio, 2005). Inoltre, il coinvolgimento degli *stakeholder* nei processi di produzione dei servizi pubblici potrebbe garantire una riduzione dei costi e favorire una maggiore personalizzazione dei servizi stessi; i *manager* pubblici potrebbero in questo caso disporre delle competenze e delle risorse appartenenti agli *stakeholder* stessi. In questo senso, è chiaro come il coinvolgimento degli *stakeholder* possa rappresentare un'occasione per aumentare l'efficacia dell'azione pubblica, riducendo l'entità dell'intervento diretto da parte del settore pubblico e delineando nuovi spazi di risparmio (Sancino, 2010). Al tempo stesso, se mal gestito, il coinvol-

gimento degli *stakeholder* potrebbe allungare i processi decisionali, creare delle sovrastrutture ridondanti e tradursi in uno spreco di risorse.

Entrando nello specifico, il coinvolgimento degli *stakeholder* consiste in “una serie di tecniche, strumenti e processi volti ad individuare e coinvolgere persone esterne all’organizzazione, gruppi, corpi intermedi e coalizioni di attori che rivendicano e meritano l’attenzione di una determinata azienda nello svolgimento dei processi strategici” (Freeman, 1984).

È possibile parlare di un vero e proprio ciclo del coinvolgimento degli *stakeholder*, costituito da cinque diverse fasi.

La prima fase consiste nell’identificazione degli *stakeholder* rilevanti sulla base dello scopo prefissato per quanto riguarda il coinvolgimento stesso: le pubbliche amministrazioni possono decidere di coinvolgere gli *stakeholder* al fine di instaurare processi di co-pianificazione e/o processi di co-decisione. In alcuni casi gli *stakeholder* potrebbero essere coinvolti anche al fine di condividere la progettazione o la produzione dei servizi pubblici, il che comporta un aumento della delega nei loro confronti, che, per quanto riguarda la catena del valore, si trovano a ricoprire quella stessa funzione che spetterebbe ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche. L’ultima possibilità di coinvolgimento riguarda poi la fase di valutazione.

La seconda fase del ciclo è rappresentata invece dallo “*stakeholder mapping*”, che consiste in un’analisi delle caratteristiche degli *stakeholder* coinvolti, andando a classificarli sulla base di specifiche variabili; si tratta di una fase cruciale al fine di impostare in maniera positiva il dialogo con gli stessi, con la possibilità di trarne vantaggio.

La terza fase riguarda il coinvolgimento vero e proprio, che può avvenire attraverso delle assemblee, delle consulte tematiche, *workshop*, *focus group*, etc., tutte forme che si differenziano per quanto riguarda il costo, la durata e la modalità di coinvolgimento.

La fase successiva riguarda l’interazione con gli *stakeholder*, chiamando in gioco le capacità dei *manager* politici di instaurare un dialogo e mantenere la relazione nel corso del tempo, facendo leva sulla collaborazione e cercando di eliminare il conflitto in ogni sua forma.

L’ultima fase del ciclo consiste nella verifica, che avviene sempre coinvolgendo gli *stakeholder*, degli esiti ottenuti per mezzo del processo di coinvolgimento. Si tratta di una fase fondamentale, nonostante molto spesso venga sottovalutata (Zuffada, 2000).

A questo punto è chiaro come il settore pubblico, storicamente alle prese con la diminuzione delle risorse finanziarie disponibili, debba necessariamente riconfigurare il proprio modo di operare, pensando ad un maggior coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse (Valotti, 2005; Cepiku e Meneguzzo,

2011; Zuffada, 2012), così da riuscire a fronteggiare le nuove sfide di sostenibilità economica, sociale ed ambientale (Boivard, 2007; Porter e Kramer, 2011).

Ma, affinché il coinvolgimento in questione possa effettivamente garantire il raggiungimento di risultati positivi, è opportuno che venga inteso come una vera funzione aziendale, che richiede l'impiego di specifici strumenti e tecniche, nonché competenze manageriali. In questo senso, il *manager* pubblico è chiamato a definire delle soluzioni attrattive per quanto riguarda la creazione di valore condiviso, garantendo un assetto istituzionale e una struttura organizzativa in grado di garantire la remunerazione di ogni singolo soggetto coinvolto nel processo.

Nel contesto dei progetti aziendali si potrebbe far coincidere il “portatore di interesse” con le persone o i gruppi che potrebbero influenzare un progetto o esserne influenzati.

In altri termini quindi, gli *stakeholder* corrispondono a tutti quei soggetti che possono influenzare un progetto in modo positivo o negativo (*Top Management* Aziendale, sponsor del progetto, *Project Manager*, *Team* del progetto, Responsabili delle aree funzionali coinvolte nel progetto). Quelli appena elencati, quindi, coincidono con gli *stakeholder* interni del progetto e quindi con coloro che fanno parte dell'organizzazione che gestisce il Progetto.

A tale categoria di *stakeholder* occorre aggiungere quei soggetti che, pur essendo esterni all'organizzazione aziendale, hanno la possibilità di condizionare il successo di un progetto si pensi ai clienti esterni (e cioè ai destinatari del prodotto del progetto), ai committenti del progetto, ai fornitori, alla Pubblica Amministrazione.

Fra le varie categorie di *stakeholder*, inoltre, occorre effettuare una distinzione ulteriore fra coloro che contribuiscono al progetto e coloro che ne sono solamente interessati: infatti, mentre i primi recitano un ruolo attivo, i secondi, pur recitando solo un ruolo passivo, possono condizionare l'andamento di un progetto.

Ovviamente, come precisa la dottrina, la corretta gestione delle varie categorie di *stakeholder* può determinare il successo di progetti esterni ed interni.

A tal proposito, infatti, sempre la dottrina evidenzia come sia indispensabile, sia per i progetti esterni che per quelli interni, tener conto dell'ambiente che possono creare gli *stakeholder* a latere dello sviluppo di un progetto, pertanto concentrarsi solo sulle attività, ignorandone la loro influenza, può anche comprometterne l'esito⁴².

Pertanto, non può ignorarsi un aspetto e cioè che il contributo degli *stakeholder* al raggiungimento degli obiettivi del progetto possa essere di varia natura: gli stessi, infatti, possono esprimere pareri, anche di natura vincolante, così come possono concedere o negare un'autorizzazione.

⁴² SAMPIETRO, *op. cit.*

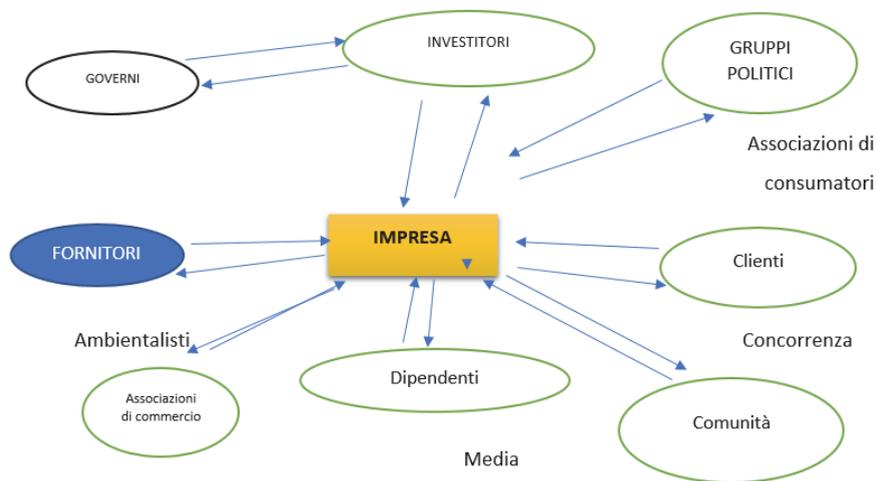
Alla gestione delle esigenze degli *stakeholder* provvede il *Project Manager*, al quale spetta individuare quali siano le modalità di collaborazione e coinvolgimento degli stessi. La scelta di tale processo collaborativo, infatti, permetterà di monitorare la relazione e di adattarla al fine di una corretta evoluzione del progetto.

Riguardo all'influenza degli *stakeholder* sulla buona riuscita di un progetto, la dottrina evidenzia che il loro livello di soddisfazione e il coinvolgimento nella realizzazione del progetto possa avere un ruolo determinante; infatti, attraverso il coinvolgimento di tale categoria di portatori di interessi, è possibile favorire l'adozione di decisioni migliori e contribuire al contempo ad un miglioramento delle relazioni fra i soggetti coinvolti⁴³.

Ancora una volta delle immagini possono contribuire a comprendere come, già a metà degli anni Ottanta, sono state effettuate le prime considerazioni teoriche che collocano al centro l'impresa circondata da una "costellazione" di *stakeholder*.

La figura che segue, infatti, definisce un modello di impresa come costellazione di *stakeholder*, ciascuno dei quali è portatore di interesse⁴⁴.

Figura 1.9. – La costellazione di stakeholder



Fonte: rielaborazione da Freeman (1984).

⁴³ Un contributo sul tema è stato offerto da P. NUTT, *Whi decision Fail*, contenente un'analisi di 400 decisioni strategiche che sono fallite perché non è stata prestata alcuna attenzione all'opinione degli *stakeholder*.

⁴⁴ Figura tratta da P. MENEGUZZO, *Gestione strategica nelle Pa e nelle istituzioni internazionali*, Facoltà di Scienze economiche, 2020, slide.

Per comprendere quale possa essere l'influenza degli *stakeholder* su un progetto, è bene fare riferimento ad un esempio specifico, per esempio ad un progetto che porta l'impresa ad acquisire una certificazione. In tal caso gli *stakeholder* corrispondono con: la Direzione aziendale, con irresponsabilità di settore, con il responsabile qualità, con i clienti e gli enti di certificazione.

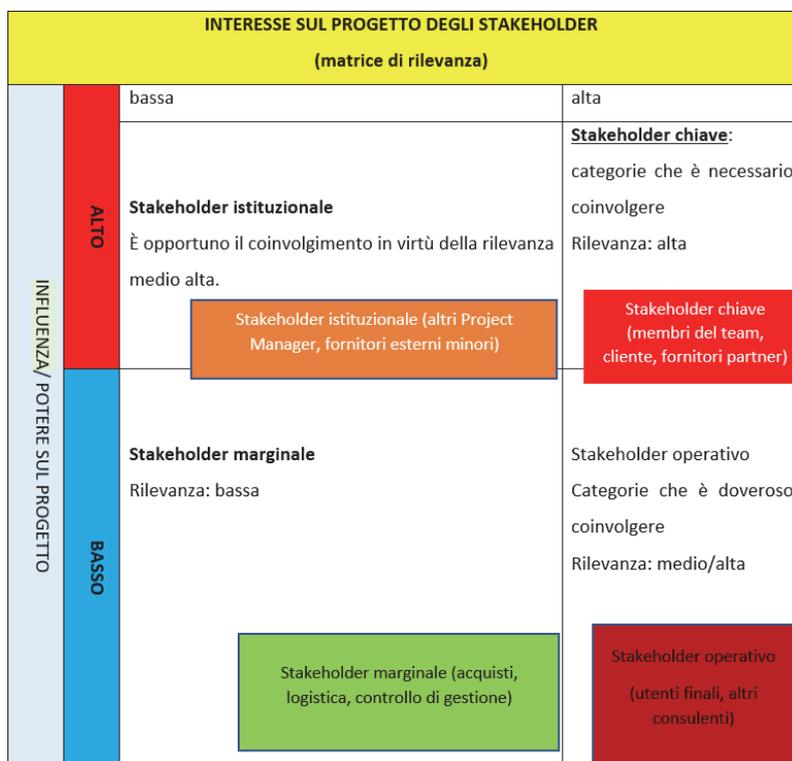
Ora, per stabilire quale rilevanza possano avere gli *stakeholder*, bisogna innanzitutto stabilire che potere abbia e cioè che capacità di condizionare in modo positivo o negativo l'andamento di un progetto. È evidente, pertanto, che in relazione al potere degli *stakeholder* questi potranno condizionare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto.

Per stabilire chi sono gli *stakeholder* di un progetto, pertanto, occorre procedere per gradi nel seguente modo:

- verificare quale sia l'obiettivo del progetto;
- stabilire chi sono i soggetti che sono portatori di un interesse riguardante il successo o il fallimento del possibile progetto;
- analizzare quali siano i ruoli economici, sociali, politici degli *stakeholder*;
- identificare anche quale possa essere il livello di cooperazione o di conflitto fra i vari *stakeholder*.

Nella figura che segue è stata individuata la matrice di rilevanza degli *stakeholder* coinvolti in un progetto, suddividendo, nelle colonne a sinistra il grado di influenza/potere sul progetto in alto e basso. Grazie a tale figura è possibile suddividere le differenze che sussistono fra i vari *stakeholder* ed il livello di rilevanza (Alta, Media, Bassa) che gli stessi possono esercitare su un progetto. È bene distinguere, a tal riguardo, fra *stakeholder* essenziali, che hanno una forte capacità di intervento sulle decisioni, mentre su un altro versante si collocano gli *stakeholder* che è opportuno coinvolgere in ragione della loro capacità di influenzare l'opinione pubblica.

Figura 1.10. – *Matrice potere-interesse*



Fonte: rielaborazione da Bryson (2004).

1.4.4. La fase di pianificazione/programmazione

Con l’approvazione del *Project Charter* da parte della Direzione aziendale, si conclude la fase di avvio di un progetto ed inizia la fase di pianificazione.

La Pianificazione si suddivide in tre principali processi: a) i processi di gestione dello *scope*; b) i processi di gestione dei tempi; c) i processi di gestione dei costi.

Attraverso la gestione dello *scope*, pertanto, è possibile pianificare quali saranno gli obiettivi del progetto, evitando di effettuare tutte quelle attività che non siano strettamente necessarie, limitandosi a tener conto quanto richiesto dal committente⁴⁵.

Uno dei passaggi più importanti nell’ambito della fase di pianificazione di

⁴⁵ T. BUGANZA, *Il ciclo di vita del progetto*, in E. BATTERZAGHI, *L’Organizzazione dell’impresa, Processi, Progetti, Conoscenza, Persone*, Rizzoli, Milano, 2010.

un progetto coincide con la definizione dell'ambito che permette di stabilire quando inizia e termina un progetto per accertare, di conseguenza, quali dovranno essere le attività che saranno poste in essere.

Per le sue caratteristiche, quindi, è evidente che il processo di gestione dell'ambito riveste particolare importanza nella pianificazione di un progetto, in quanto determinerà in maniera chiara e completa il lavoro che occorrerà effettuare affinché il progetto sia portato a compimento.

La dottrina, per definire l'ambito di progetto, evidenzia che lo stesso descrive per un verso quello che il *Project Manager* si è impegnato a realizzare, e per l'altro quanto invece il committente si è impegnato a pagare.

Il primo passo per definire l'ambito del Progetto consiste in una dettagliata analisi degli obiettivi dello stesso, con una definizione dei requisiti del prodotto o del servizio che, a conclusione dello stesso, sarà realizzato e una identificazione precisa delle richieste e delle esigenze del committente.

Per quanto concerne le caratteristiche del prodotto, le stesse sono previste da un insieme di documenti, o anche da un *database* informatico che consenta l'acquisizione di notizie riguardanti le specifiche del prodotto, i vincoli tecnici, il *deliverable* del prodotto e del progetto.

Uno degli aspetti più importanti, da verificare nella definizione dell'ambito del progetto, riguarda inoltre l'analisi dei requisiti, che può essere effettuata ricorrendo a tecniche fra loro diverse, come ad esempio le interviste agli *stakeholder*, oppure attraverso il *Focus Group*, ossia sotto forma di intervista agli esperti del settore, anche per conoscere quali siano le loro aspettative riguardo al nuovo prodotto.

La dottrina, a tal proposito, precisa che i requisiti del prodotto devono essere estremamente esaustivi ed attinenti al *deliverable* del progetto. Per fare un esempio, si pensi al progetto che si concluderà con la realizzazione di un edificio, in tal caso occorre acquisire tutti quelli che sono gli elementi, estremamente dettagliati, che permettono di sapere come sarà l'edificio. Si pensi ai requisiti funzionali e prestazionali che l'edificio dovrà possedere, ai vincoli costruttivi, oltre che ai requisiti di validità e sicurezza⁴⁶.

Quando si è ancora nella fase di pianificazione delle attività del progetto, si può far ricorso ad uno strumento che permette un'elencazione complessiva di tutte le attività ricorrendo alla rappresentazione del WBS (*Work Breakdown Structure*), che consiste in una struttura di scomposizione del progetto in un elenco completo, ed ordinato in modo gerarchico, di tutte le sue attività⁴⁷.

⁴⁶ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 72 ss.

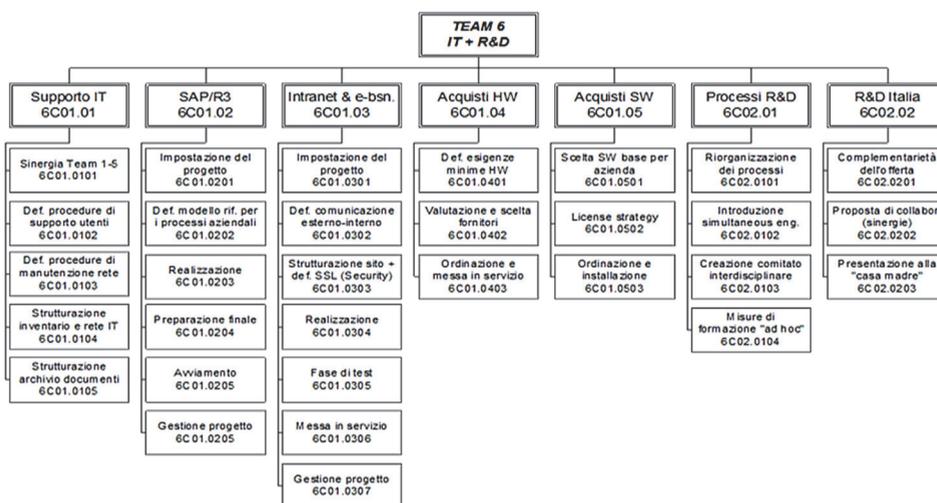
⁴⁷ A. GANDOLFI, *op. cit.*, p. 19 ss.

Alla base della rappresentazione del WBS, puntualizza la dottrina, vi è la condivisione delle attività del progetto fra più soggetti: colleghi, dirigenti, *partner*, fornitori e *stakeholder*.

Un esempio pratico di WBS può essere costituito da un WBS che riguardi l'organizzazione di un solo *team* di lavoro coinvolto in un lavoro complesso. Nella figura che segue si tiene conto solo delle attività svolte da uno solo dei *Team* (il n. 6 responsabile degli ambiti informatici e di Ricerca e Sviluppo), creando una specifica WBS. Uno degli aspetti interessanti della figura che segue consiste nella singola numerazione delle varie attività del progetto (*work packages*) che avviene a cascata. Proprio la numerazione delle singole attività, effettuata da uno dei vari *team* partecipanti al progetto, permette di tenere distinte attività che potrebbero essere confuse. Ad esempio, esaminando le due attività evidenziate nella figura che segue con le frecce, le due attività, apparentemente simili, sono invece una riferita all'*hardware* (e precisamente l'Ordinazione e messa in servizio), e l'altra "Ordinazione e installazione" al *software*.

Grazie alla numerazione di tali attività, pertanto, si scongiura il pericolo di confonderle generando malintesi e discussioni durante la loro esecuzione.

Figura 1.11. – Project management e coinvolgimento dei team



Attraverso la realizzazione del WBS possono essere pianificati, vari aspetti del progetto.

Infatti, a tal proposito, la dottrina evidenzia come attraverso la realizzazione del WBS, per consentire una pianificazione ed un controllo efficace del progetto, una delle tecniche maggiormente utilizzate è quella della disaggregazione, che permette una suddivisione del progetto in componenti via via

sempre più piccole, fino al punto che lavoro e *Deliverable* vengono definiti a livello di *Work Package*⁴⁸.

Oltre al WP, nella scomposizione organizzativa di un progetto, assume altrettanta rilevanza l'*Organization Breakdown Structure*, che si traduce in una decomposizione gerarchica delle responsabilità in base alla quale diventa possibile individuare la persona e l'ufficio competente per ogni pacchetto di lavoro (ossia *Work Packages*).

La dottrina in merito all'organigramma dell'OBS precisa che lo stesso può essere assimilato all'organigramma di un'azienda, pur restandone distinto.

Proprio il *Work Package*, infatti, permette una stima estremamente affidabile dei costi e della schedulazione delle attività previste dal progetto.

Dunque, attraverso la stima della durata del *Work Packages*, diventa possibile stabilire il tempo e le risorse lavorative necessarie. Per esempio, per un *Work Packages* si stima che siano necessarie 120 ore di manodopera, nella tabella che segue, pertanto, diventa possibile verificare come, dato il fabbisogno di lavoro, la durata programmata potrà variare nel momento in cui varia:

- il numero di operai disponibili al giorno;
- le ore di lavoro/giorno programmate per ogni operatore.

In merito alla durata del *Work Packages* la dottrina evidenzia come la durata dello stesso sia strettamente connessa a fattori come quello della produttività delle varie figure professionali che vengono coinvolte anche nella realizzazione delle varie tipologie di *output* da realizzare.

La produttività è rimessa alla valutazione del soggetto responsabile dell'esecuzione del WP con l'obbligo di approvazione da parte del *Project Manager*. I metodi di stima maggiormente utilizzati sono quelli basati:

- a) sull'analogia, tenendo conto della durata effettiva di precedenti WP;
- b) sul parere degli esperti, facendo riferimento a WP che siano stati realizzati in passato⁴⁹;
- c) sulla produttività delle risorse professionali che vengano impiegate nel progetto.

⁴⁸ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 77 ss.

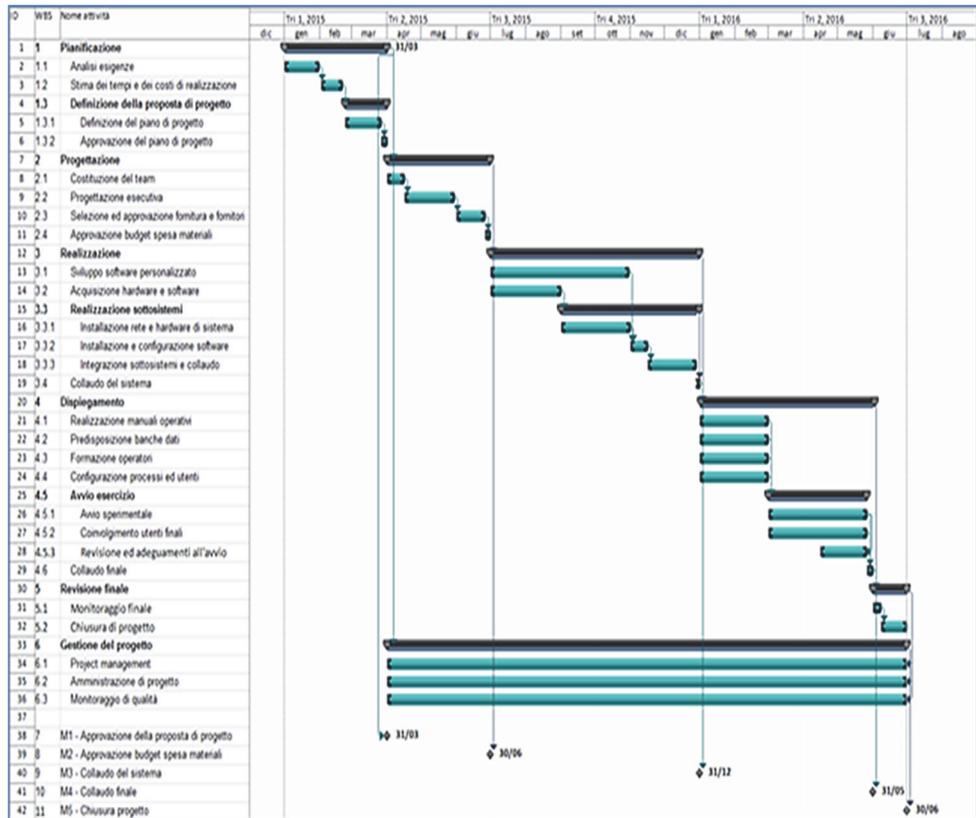
⁴⁹ Riguardo all'analisi delle serie storiche la dottrina evidenzia che "Occorre però prestare attenzione alla eventuale presenza di cambiamenti, nel corso del periodo al quale si fa riferimento per le serie storiche, che possono riguardare, ad esempio: innovazioni degli impianti, adozione di nuovi sistemi gestionali, attività di formazione, pensionamento di lavoratori con maggiore esperienza e assunzione di lavoratori con minore esperienza, modifiche nei sistemi incentivanti...". G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 86 ss.

Nell'ambito del *Work Packages*, fra l'altro, una particolare importanza viene rivestita dal percorso critico indispensabile per un adeguato monitoraggio e gestione del rischio da parte del *Project Management*. Attraverso il WP, pertanto, dovranno essere individuati tutti i possibili rischi in modo da intraprendere azioni in grado di mitigarne la probabilità.

Sempre in tema di gestione del tempo, nella pianificazione di un progetto un ultimo cenno deve essere riservato al diagramma di Gantt, che prende il nome dal suo inventore ossia Henry L. Gantt. Tale diagramma permette di pianificare le attività necessarie per portare a termine un progetto, e rappresenta uno degli strumenti di *management* sicuramente più conosciuti a livello mondiale.

Il diagramma di Gantt è costituito da un asse orizzontale che raffigura la durata temporale di un progetto, mentre sull'asse verticale vengono elencate tutte le attività del progetto⁵⁰ (per un esempio di Diagramma di Gantt, vedasi la figura seguente).

Figura 1.12. – Diagramma di Gantt



⁵⁰ A. GANDOLFI, *op. cit.*, p. 32 ss.

Fra i vantaggi che presenta il Diagramma di Gantt, figura la possibilità di rappresentare in un calendario tutte le attività che bisogna organizzare per la realizzazione di un progetto, permettendo al contempo anche di analizzare il percorso critico e i possibili slittamenti delle attività e offrendo la possibilità di calendarizzare le attività⁵¹. D'altra parte, invece, il Diagramma di Gantt presenta qualche limite, fra i quali figura l'impossibilità di individuare interdipendenza fra le varie attività del progetto.

Un ultimo cenno, infine, deve essere dedicato al processo di stima delle risorse che dovrebbe permettere di stabilire quali sono le risorse necessarie per fronteggiare le varie fasi del progetto. La dottrina osserva che i metodi maggiormente utilizzati sono il metodo di stima analitico ed il metodo di stima sintetico.

Nel metodo di stima analitico il *Project Manager* ha a sua disposizione l'elenco di tutti i *Work Packages*, e per ogni WP è in possesso delle seguenti informazioni: attività elementari, *deliverable*, requisiti, quantità programmata per ciascun *deliverable*, tipologie di risorse (operai, tecnici, responsabili funzionali, attrezzature, macchine).

In base a tale sistema, quindi, bisogna prima stabilire la quantità programmata, per ogni tipologia di risorsa, indispensabile per realizzare tutti i *deliverable* del progetto. In buona sostanza, semplificando, la stima dei costi dovrà seguire il seguente procedimento:

- a) per stabilire il costo di ogni WP bisognerà tener conto di tutte le risorse impiegate;
- b) di conseguenza il costo programmato del progetto sarà pari alla somma del costo programmato di tutti i WP.

1.4.5. *La gestione dei rischi*

In passato, quando ancora stentava a prendere vita la cultura della gestione del rischio, si era soliti ricorrere ad un incremento preventivo delle risorse necessarie per la realizzazione del progetto, che variava dal 5% al 15% in più del prezzo complessivo, costituendo una riserva economica da destinare agli imprevisti.

Attualmente, il ricorso a tale *escamotage* non può essere più sostenibile soprattutto in virtù dell'elevata competitività che si registra in alcuni settori e che comporta, spesso, la riduzione esasperata dei prezzi per aggiudicarsi le commesse.

⁵¹ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 99 ss.

Pertanto, per poter conseguire un valore giustificabile del margine di commessa è indispensabile avere piena consapevolezza di tutti i rischi che incombono sulla piena realizzazione di qualsiasi progetto.

Di conseguenza, è stato necessario sostenere lo sviluppo di un'adeguata cultura che tenga conto dell'utilizzo di metodologie appropriate, in grado di monitorare accuratamente tutti i rischi dei progetti: tale metodologia è denominata *Risk Management* e persegue come obiettivo quello di individuare tutti i rischi insiti in un progetto, cercando di abatterli o di ridurli sensibilmente.

Per comprendere cosa analizza il *Risk Management* è doveroso partire dal concetto di rischio precisando che con tale espressione si intende qualsiasi evento in grado di condizionare, positivamente o negativamente, il pieno conseguimento degli obiettivi di un progetto. Per fare un esempio basta pensare alle autorizzazioni necessarie che vengono concesse in ritardo, ad eventuali danni riportati dalle macchine, oppure al mancato rispetto delle consegne da parte dei fornitori.

È evidente, pertanto, che il verificarsi di tali imprevisti possa imporre la necessità di gestire un evento che si è già verificato in passato o che, invece, può verificarsi durante l'esecuzione del progetto e che necessita l'intervento del *Project Manager*.

Per esempio, può accadere che per la produzione di un nuovo prodotto possano insorgere problemi durante la fase di realizzazione: se l'eventualità del verificarsi di tale rischio viene riscontrata durante la programmazione, il *Project Manager*, unitamente al responsabile dell'attività, è chiamato a stabilire quali decisioni assumere e quali attività predisporre per scongiurare suddetto rischio⁵².

In tale contesto si colloca il *Risk Management*, che non è altro che un processo di gestione del rischio che tiene conto della sua identificazione, dell'analisi, della definizione di un piano di recupero e risposta ai rischi e del monitoraggio e controllo.

Per una corretta identificazione del rischio, come innanzi precisato, occorre tenere conto analizzandoli uno per uno per uno, fino a giungere all'ultimo livello della WBS⁵³, ogni singolo *Work Packages*, magari ascoltando ogni responsabile di questi ultimi.

Il *Project Manager*, infatti, per una corretta disamina dei rischi che possono verificarsi potrà fare ricorso alle interviste dei responsabili del *Work Pac-*

⁵² G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 128 ss.

⁵³ WBS (Work Breakdown structure) che consiste in una struttura di scomposizione del progetto consistente in un elenco completo, ed ordinato in modo gerarchico, di tutte le attività del progetto.

kages, oppure, qualora presente, al *Risk Manager* al fine di conoscere se vi siano eventi in grado di tradursi in rischi che possono influire sul progetto⁵⁴.

La finalità insita nel processo di analisi dei rischi coincide non solo con la stima della probabilità che il rischio si verifichi, ma soprattutto con la quantificazione dell'impatto del rischio sugli obiettivi fissati dal *Work Packages*, valutando nel dettaglio la Lista dei rischi.

Pertanto, per una corretta valutazione del rischio, l'approccio del *Risk Management* può avere finalità di prevenzione e coincidere con la predisposizione di attività che perseguono la finalità di evitare il rischio che non si è ancora verificato, oppure di fronteggiare un rischio già manifestatosi.

La dottrina, a tal riguardo, puntualizza un aspetto e cioè che i processi di Identificazione, Analisi e Definizione dei Piani di risposta⁵⁵ e recupero coincidono con la fase di Pianificazione, tuttavia ciò non esclude che il monitoraggio dei rischi sia effettuato anche durante la fase di esecuzione del progetto.

Durante questa fase, infatti, il *Project Manager* o il *Risk Manager* si occupano dell'analisi e della gestione dei rischi periodicamente durante tutta la durata del ciclo di vita del progetto⁵⁶.

Secondo la dottrina, a livello internazionale è stato elaborato un approccio secondo il quale la valutazione del rischio si basa su due elementi: la probabilità (P) che un rischio si verifichi effettivamente e l'impatto (I), e cioè l'impatto negativo che il rischio può determinare su un progetto che può essere "catastrofico", "critico", "minimo", oppure può essere riferito per stabilirne la gravità ad una scala numerica da 0 a 5 oppure da 0 a 10⁵⁷.

Pertanto la criticità di un rischio è data dal prodotto fra Probabilità ed Impatto sintetizzando: $C = P \times I$.

1.4.6. *Il monitoraggio e il controllo del progetto*

Una volta conclusa la fase di Pianificazione di un progetto che, come abbiamo visto, include la gestione dell'ambito, dei tempi, dei costi, delle risorse

⁵⁴ Per fare un esempio si pensi: ai rischi connessi alla complessità delle lavorazioni, rischi connessi alla sicurezza, rischi relativi alle forniture, all'uso di sostanze nocive, ai guasti agli impianti o macchinari.

⁵⁵ Riguardo al Piano di Risposta al Rischio, G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 136 ss. precisa che "Un Piano di risposta al rischio è l'insieme delle azioni volte a ridurre la probabilità del rischio... per ogni rischio è stimato un Fattore di Rischio (Fr). Questo fattore è un importante indice che detta la priorità e il livello di attenzione su ciascun rischio...".

⁵⁶ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 137 ss.

⁵⁷ A. GANDOLFI, *op. cit.*, p. 47 ss.

e dei rischi, è possibile avviare la fase di esecuzione durante la quale si realizzano gli obiettivi del progetto.

Con l'avvio della fase esecutiva del progetto *Project Manager e Team* del progetto sono obbligati a monitorare la progressione delle attività che va sotto il nome di monitoraggio e controllo⁵⁸.

Il monitoraggio e controllo di un progetto è una fase estremamente critica in quanto permette di valutare in concreto: l'andamento del progetto, se vi sono scostamenti rispetto alle attività pianificate, nonché gli spostamenti da quanto pianificato, e di adottare eventuali azioni correttive.

È evidente, pertanto, che un corretto monitoraggio e controllo del progetto implica necessariamente un'adeguata raccolta di dati e notizie, e la frequenza della raccolta di tali dati viene stabilita all'interno del Piano di Gestione del Progetto ed è strettamente connessa alle complessità che presenta il progetto. Naturalmente una raccolta di dati non poco frequente implica un controllo sul progetto poco attendibile.

Chiarito tale aspetto, è bene precisare come il primo passo per il corretto monitoraggio di un progetto consiste nel tenere sotto controllo l'andamento di quelle che possono considerarsi come risorse critiche di un progetto e cioè l'ambito, i costi, i tempi, le risorse.

L'obiettivo della fase di monitoraggio e controllo, pertanto, è quello di sondare, in fase di consuntivo se quanto precedentemente pianificato corrisponda a quello che effettivamente si sta realizzando durante lo svolgimento della fase esecutiva.

La fase del *controlling* nelle realtà organizzative più complesse viene curata da un *team* di specialisti che, a sua volta, coadiuva e supporta il capo progetto.

Invece nelle realtà organizzative meno complesse il *controlling* viene effettuato dal capo progetto, anche se tale scelta può generare inevitabili conflitti di interesse fra controllore e controllato. Ad essere monitorati durante questa fase sono i risultati dell'*output* e la qualità, i tempi ed i costi, e l'uso delle risorse e le *Milestones*⁵⁹, ossia quegli eventi critici che possono condizionare la vita di un progetto.

⁵⁸ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 139 ss.

⁵⁹ Le *Milestone* sono eventi critici del ciclo di vita del progetto, che ne possono condizionare realizzazione e successo. Le *milestone* possono essere di tipo contrattuale (definizione dei requisiti e firma del contratto, consegna dei *deliverable* finali al committente, etc.), amministrative (pagamento di un corrispettivo di stato di avanzamento ed avvenuta regolare esecuzione dei lavori alla fine di un certo periodo), tecniche (realizzazione di *deliverable* intermedi o finali particolarmente complesse), ottenimento di permessi, autorizzazioni.

Il monitoraggio di un progetto, pertanto, si concretizza anche ricorrendo ad una misurazione delle varie attività pianificate nella WBS, verificando l'avanzamento delle stesse; attraverso il loro monitoraggio periodico è possibile misurare l'andamento delle variabili critiche di un progetto e cioè i costi, l'ambito i tempi e le qualità.

I tempi di raccolta di tali dati vengono stabiliti dal *Project Manager* al quale spetta di stabilire a che intervalli procedere, anche se è preferibile che il tempo di raccolta e monitoraggio dei dati non superi un mese.

Per quanto riguarda i sistemi di monitoraggio dei dati, in molte organizzazioni, ancora oggi, si ricorre ad un semplice confronto separato dei costi e dei tempi pianificati con quelli effettivamente sostenuti, ma tale sistema, come osserva la dottrina, può assicurare una visione distorta del reale stato in cui si trova il progetto. Per superare tale limite è stato introdotto il “*Metodo dell’Earned Value*”, che rappresenta uno dei sistemi più avanzati per il controllo dei tempi e dei costi di un progetto che, senza alcun dubbio, rappresentano le due variabili da valutare per stabilire gli scostamenti più significativi fra risultati effettivi e risultati attesi.

Il metodo *Earned Value*, rispetto agli altri metodi di misurazione di un progetto, introduce un parametro ulteriore di valutazione e cioè l’*Earned Value* (EV), che rappresenta il lavoro che è stato realizzato, valorizzato al costo di *budget*: per essere più chiari, quindi, l’EV “serve a determinare, dunque, il valore reale (valore guadagnato: dall’inglese “earned”) a fronte del lavoro effettivamente eseguito fino alla data di rilevamento dello stato del progetto, cioè quel valore che tecnicamente si potrebbe fatturare al cliente sulla base del contratto di fornitura se si decidesse di interrompere il progetto di comune accordo”⁶⁰.

Attraverso tale metodo, pertanto, diventa possibile misurare l’effettivo progresso dei progetti tenendo conto dei seguenti fattori: il lavoro completato, il tempo impiegato e i costi sostenuti confrontando tale risultato con il *budget* e il calendario originale.

1.4.7. Tendenze in atto: il PM²

Il PM² è una metodologia di *project management*, sviluppata dalla Commissione Europea, che ha lo scopo di assistere i *project manager* nel fornire soluzioni e benefici alle proprie organizzazioni, gestendo effettivamente tutto il ciclo di vita dei loro progetti. È stata creata pensando alle istituzioni e ai progetti dell’Unione Europea, ma potenzialmente è applicabile ai progetti di qualsiasi organizzazione.

⁶⁰ G. CAPALDO, A. VOLPE, *op. cit.*, p. 144 ss.

Si tratta di una metodologia di facile implementazione, che si presta ad essere adattata alle esigenze di qualsiasi *team* di progetto. Alla base vi è un programma di formazione completo (compresi *workshop* e sessioni di *coaching*), una documentazione *online* e una comunità attiva di pratica, attualmente disponibile soltanto all'interno della Commissione Europea e di un ristretto numero di istituzioni europee affiliate.

PM² racchiude elementi derivanti da un'ampia gamma di buone pratiche per quanto riguarda la gestione di progetti, tutte accettate e standardizzate a livello globale, ed è stata sviluppata anche grazie all'esperienza operativa su una varietà di progetti realizzati sia all'interno dell'Unione Europea che all'interno di organismi esterni.

Suddetta metodologia prevede:

- una struttura di governo del progetto;
- linee guida del processo;
- modelli artefatti;
- linee guida per l'utilizzo dei manufatti;
- dei *mindset* efficaci.

Il PM² garantisce una migliore efficacia del progetto, dal momento che migliora la comunicazione e la diffusione delle informazioni all'interno dell'organizzazione, chiarisce quali sono le aspettative nei confronti di uno specifico progetto e definisce quello che sarà il ciclo di vita dello stesso, dall'inizio alla chiusura. Inoltre, attraverso questa metodologia vengono fornite le linee guida per la pianificazione del progetto, prevedendo anche delle attività di monitoraggio e di controllo e suggerendo un collegamento con le pratiche agili.

Come già messo in evidenza, molte delle migliori pratiche relative al PM² possono essere adottate in qualsiasi tipologia di progetto e lavoro/attività, ma la sua applicazione risulta più agevole se in presenza di specifiche caratteristiche:

- in relazione all'intero progetto e non a specifiche operazioni, attività o programmi;
- il progetto ha una durata maggiore di 4-5 settimane, coinvolgendo più di due/tre persone;
- il progetto è realizzato all'interno di un'organizzazione, ma è soggetto a valutazioni sia interne che esterne;
- è richiesta una struttura di *governance* chiaramente definita e ruoli e responsabilità chiaramente distribuiti;
- è richiesta l'approvazione del *budget* e dello scopo prefissato;
- il progetto prevede più di semplici attività di costruzione/consegna;
- il progetto include attività di transizione e di implementazione del *business*;

- il progetto richiede un certo livello di documentazione, trasparenza e rendicontazione;
- il progetto richiede un certo livello di controllo e tracciabilità;
- si dispone di un'ampia gamma di *stakeholder*, sia interni che esterni;
- potrebbe esser necessaria la collaborazione tra più organizzazioni o unità organizzative;
- il progetto contribuisce ad elevare la maturità nella gestione dei progetti all'interno dell'organizzazione.

Lì dove si registra la maggior parte di suddette caratteristiche, il progetto viene identificato come un progetto PM².

1.5. Il *Project Management* interistituzionale

La realizzazione di un grande evento o la realizzazione di politiche, come il PNRR costituite da un insieme di progetti e di interventi non può dipendere dalla responsabilità di una singola amministrazione pubblica dal momento che coinvolge diversi livelli istituzionali e diverse categorie di *stakeholder* e attori (organizzazioni che possono essere sia pubbliche che private o *non profit*).

È in questo senso, dunque, che la realizzazione di un grande evento reclama un'attenta selezione dei sistemi di *Project Management* e di *Event Management*, nonché di *stakeholder management and engagement*, adottando anche modelli innovativi che possono riguardare approcci di *system thinking*, *system dynamics* e *social network analysis*. Ovviamente, un altro aspetto chiave riguarderà poi anche la valutazione dei diversi impatti, siano essi economici, ambientali o sociali, generati dal grande evento e quindi dall'operato di diverse organizzazioni pubbliche.

A tal riguardo, degli spunti interessanti sono sicuramente rappresentati dai quattro modelli di *performance management* introdotti da Bouckaert e Halligan nel 2008, ma anche dall'analisi di un caso, ad esempio quello del Giubileo Straordinario della Misericordia, che è stato progettato e organizzato grazie alla collaborazione di due governi nazionali (quello italiano e quello della Città del Vaticano), coinvolgendo anche la Chiesa Cattolica (Meneguzzo *et alii* 2016).

Più nello specifico, volendo analizzare la progettazione e l'implementazione del Giubileo Straordinario della Misericordia (in qualità di grande evento), emergono diversi filoni di ricerca, relativi al *New Public Management* (NPM), alla *Public Governance* (PG) e alla *New Public Governance* (NPG) (Pollitt e Bouckaert, 2011).

È importante precisare che i governi contemporanei sono chiamati ad affrontare problematiche sociali ormai sempre più complesse (Clarke e Stewart,

1997), che, da un punto di vista teorico, hanno portato ad approfondire filoni relativi alla *governance* esterna, quindi ai rapporti tra amministrazioni locali e *stakeholder* esterni, alla *governance* interistituzionale, con riferimento alle diverse interazioni tra amministrazioni, agenzie ed imprese pubbliche, e alla *governance* interna, relativa invece alle singole amministrazioni pubbliche (Meneguzzo, 1995; Cepiku, 2005). In ultimo, l'inadeguatezza dei modelli tradizionali ha favorito l'insorgere del *network management* (Kickert *et al.*, 1997), più adatto a cogliere la complessità e la dinamicità che caratterizzano l'ambiente di riferimento. Per quanto riguarda la letteratura sulla pubblica amministrazione, lo studio dei *network* si è evoluto rapidamente (Isett *et al.*, 2011), dimostrando come gli stessi favoriscano la collaborazione tra diversi attori; più precisamente, è possibile distinguere dei *network* politici, visti come insiemi di agenzie pubbliche, organizzazioni private e enti *non profit* che perseguono lo stesso obiettivo per quanto riguarda la stessa area di *policy*; *network* collaborativi, che vengono instaurati sempre tra attori appartenenti a settori diversi per garantire la soddisfazione dei cittadini in termini di fornitura di beni e servizi; e *governance network*, in cui la collaborazione risulta funzionale all'ottenimento di soluzioni che altrimenti non potrebbero essere ottenute. Ne deriva che gli stessi *network* possono essere percepiti come degli accordi che intervengono tra più organizzazioni, volti a gestire determinati problemi, in grado di stravolgere le tradizionali strutture di governo, facendo ricorso a relazioni che possono essere formali e informali, caratterizzate da interdipendenza o reciprocità e, ovviamente, dal coinvolgimento di più attori.

Milward e Provan (2003) definiscono i *network* come un modello di *governance* caratterizzato da qualità, flessibilità e innovatività, volto a migliorare il coordinamento così da aumentare l'efficienza e l'efficacia.

Oltre la gestione dei *network*, altri due paradigmi risultano fondamentali al fine di analizzare in chiave teorica la gestione del Giubileo Straordinario della Misericordia e sono la teoria degli *stakeholder* (Freeman, 1984) e poi l'analisi dell'implementazione delle politiche pubbliche, che identifica approcci di tipo *top-down* (Pressman e Wilddavsky, 1973), *bottom-up* e sincretici (Nakamura e Smallwood, 1980; Hanf e Scharp, 1978).

Il modo in cui il *Project Management* supporta la gestione dei grandi eventi viene definito *Event Management*, ossia l'insieme di "tutti i compiti e le attività necessarie per la realizzazione di un evento, quali la sua strategia, la pianificazione, l'implementazione e il controllo, sulla base dei principi dell'*event marketing* e dei metodi di *project management*" (Thomas *et al.*, 2008).

In letteratura, esistono diversi modi per intendere un evento, partendo dalle origini del termine, possiamo dire che lo stesso derivi dal Latino *Eventus*, che significa "accadimento, problema" e che possa esser visto come un accadi-

mento unico o poco frequente, che si svolge in un determinato luogo ad un determinato tempo, andando oltre le normali attività per gli individui e o per i gruppi di persone.

Partendo dai principi del *Project Management*, è stata sviluppata una struttura comune per quanto riguarda la gestione degli eventi, identificata come *Event Management Body of Knowledge* (EMBOK). Si tratta di un modello che definisce le fasi, i processi e i valori chiave che si trovano alla base della gestione di un grande evento (Silvers *et al.*, 2006).

Le fasi generalmente riguardano l'avvio, la pianificazione, l'implementazione, l'evento e la chiusura, mentre i processi non rappresentano altro che un flusso, sia sequenziale che iterativo, completo di azioni e un approccio dinamico, capace di cogliere la natura mutevole degli eventi. I valori, infine, rappresentano tutti quei principi che dovrebbero guidare le decisioni riguardanti ogni singolo aspetto dell'evento.

A tal riguardo, Bowdin *et al.* (2011) identificano cinque diverse fasi e dieci diverse aree della conoscenza: le fasi riguardano l'iniziazione; l'avvio; l'implementazione; l'evento; la chiusura, mentre le aree della conoscenza riguarderebbero l'ambito; il *marketing*; la finanza; la gestione del tempo; il progetto; la gestione del rischio; il *procurment*; la gestione delle risorse umane; la gestione degli *stakeholder*; e la comunicazione.

Secondo O'Toole e Mikolaitis (2002), strategie di *Project Management* e di *Event Management* sarebbero importanti al fine di garantire specifici vantaggi: possibilità di individuare un approccio sistematico per tutti gli eventi; depersonalizzazione degli eventi; comunicazione chiara per tutti gli eventi; conformità nella metodologia utilizzata dai diversi dipartimenti; garanzia della responsabilità; incremento della visibilità della pianificazione dell'evento; sviluppo di capacità che possono essere trasfite. D'altra parte, alcuni problemi potrebbero insorgere a causa dell'estrema rigidità del *Project Management* rispetto ad eventi speciali che reclamerebbero maggiore flessibilità e altre problematiche potrebbero riguardare la possibilità di quantificare il contributo offerto da individui volontari o altri aspetti caratterizzati comunque da incertezza (come il numero di *stakeholder* o dei biglietti venduti).

1.5.1. *Il Caso del Giubileo Straordinario della Misericordia*

L'Anno Sacro del 2016 è stato definito "straordinario" per due motivi: non è caduto all'interno del periodo canonico dei 25 anni dal precedente ed è stato il primo Giubileo "tematico", dedicato alla misericordia, ed organizzato in più aree geografiche.

Un altro elemento innovativo che ha caratterizzato il Giubileo in questione

è rappresentato dall'approccio *network-based*, dal momento che il 2016 è stato il primo Anno Sacro nell'epoca della digitalizzazione e dei *social network*.

Il Giubileo è stato annunciato dal Papa l'11 aprile del 2015, effettivamente è iniziato l'8 dicembre dello stesso anno e si è concluso il 20 novembre del 2016. Nel corso di questo anno più di 21 milioni di persone si sono recate a Roma da 36 nazioni differenti, generando importanti implicazioni in termini di trasporti, infrastrutture, sicurezza pubblica e sistema dell'ospitalità in generale.

In tal senso, il Giubileo Straordinario della Misericordia va visto a tutti gli effetti come un evento complesso, che ha richiesto una fase di pianificazione e una gestione coordinata di tutti gli eventi organizzati al suo interno. Più nello specifico, 239 giorni sono stati identificati come "ordinari", ossia come giorni senza alcun evento in programma; 49 come "giorni speciali-livello 1"; 34 come "giorni speciali-livello 2"; 16 come "giorni speciali-livello 3"; 11 come "giorni speciali-livello 4". Per ciascuna tipologia di giornata sono stati previsti degli interventi di diversa intensità.

La gestione strategica di tutto l'evento è stata assegnata al Prefetto di Roma, che aveva il compito di pianificare la gestione e garantire il corretto funzionamento di tutti i sistemi informativi e di comunicazione. Inoltre, è stata attivata una specifica *task force* al fine di favorire la cooperazione e la collaborazione tra le diverse amministrazioni pubbliche coinvolte. La Segreteria Tecnica per il Giubileo era composta da dieci esperti in rappresentanza delle amministrazioni pubbliche e delle istituzioni territoriali e da delegati provenienti dalla Protezione Civile, dal corpo dei Carabinieri e dal corpo dei Vigili del Fuoco.

Figura 1.13. – *La Segreteria Tecnica per il Giubileo*



Fonte: Meneguzzo et al. (2016).

Il progetto di valutazione delle *performance* implementato dalla Segreteria Tecnica per il Giubileo Straordinario della Misericordia (STG) si caratterizza per il perseguimento di due specifici obiettivi, che sono:

- la ricostruzione delle attività di coordinamento, *governance* e *project management* interistituzionale e di mobilitazione delle risorse dei diversi attori, sia pubblici che privati, che la STG ha effettuato verso le istituzioni pubbliche, le imprese, le associazioni e tutti quegli enti che hanno contribuito, dal punto di vista economico, finanziario e sociale, alla realizzazione del Giubileo;
- la formulazione di ipotesi al fine di individuare un sistema di gestione e misurazione delle *performance* della STG, andando oltre la *performance* organizzativa e le *performance* individuali e tenendo in considerazione ben otto diversi ambiti.

La ricostruzione dell'attività di coordinamento, di *governance* e di *project management* interistituzionale è avvenuta facendo riferimento agli otto gruppi di lavoro tematici, collegati ai diversi ambiti di intervento in cui si è articolata la programmazione e la gestione di tutto l'evento. Nello specifico, questi ambiti riguardano:

- gli strumenti di comunicazione tra le pubbliche amministrazioni e la STG;
- il coinvolgimento del volontariato e del Servizio Nazionale della Protezione Civile per quanto riguarda gli eventi di agenda giubilare;
- le attività di sicurezza e *safety* e i servizi di telecomunicazione;
- i servizi essenziali da erogare durante i vari eventi previsti;
- le attività di intervento e di implementazione delle strutture sanitarie nella città di Roma;
- i servizi di mobilità e trasporto;
- i rapporti tra Stato italiano e Città del Vaticano.

Il compito della STG è stato quello di coordinare tavoli operativi, riunioni ed incontri tra i vari gruppi di lavoro, con l'obiettivo di programmare l'attività, individuare possibili criticità e definire azioni di risposta rapida per affrontare e risolvere suddette criticità.

Per quanto riguarda il gruppo "Volontariato e Protezione Civile", l'obiettivo prefissato è stato quello di definire le attività dei volontari nei diversi luoghi e nei diversi eventi in cui si è articolato tutto il Giubileo.

Il gruppo "*Safety*" ha ricoperto un ruolo di primaria importanza nella pianificazione integrata per la gestione di tutto l'evento giubilare. È stato pianificato l'utilizzo del SIGIS, un sistema di monitoraggio ambientale, in dota-

zione al Comando provinciale dei Vigili del Fuoco di Roma, che permette di individuare, nel giro di 5 km, la presenza nell'aria di sostanze anomale. Il gruppo, in collaborazione con il Dipartimento di Innovazione Tecnologica di Roma Capitale e con SOGEI, ha realizzato anche un sistema cartografico condiviso.

Al gruppo "Telecomunicazioni" hanno partecipato tutti gli enti e le società che hanno contribuito alla gestione e al coordinamento dei sistemi di comunicazione operativa. Il gruppo ha stabilito l'utilizzo del sistema di comunicazione integrato denominato "Sistema Radio TETRA", che ha consentito di assicurare le comunicazioni radio tra tutte le forze operative sugli scenari degli eventi.

Il gruppo "Servizi essenziali" include invece le principali imprese operanti nel settore della telefonia e le imprese di servizi pubblici a rete, dunque si è occupato della programmazione dei lavori nelle zone interessate direttamente e indirettamente dall'evento giubilare e della gestione del rapporto tra le sale operative dei diversi soggetti ed imprese con la Sala Gestione Giubileo.

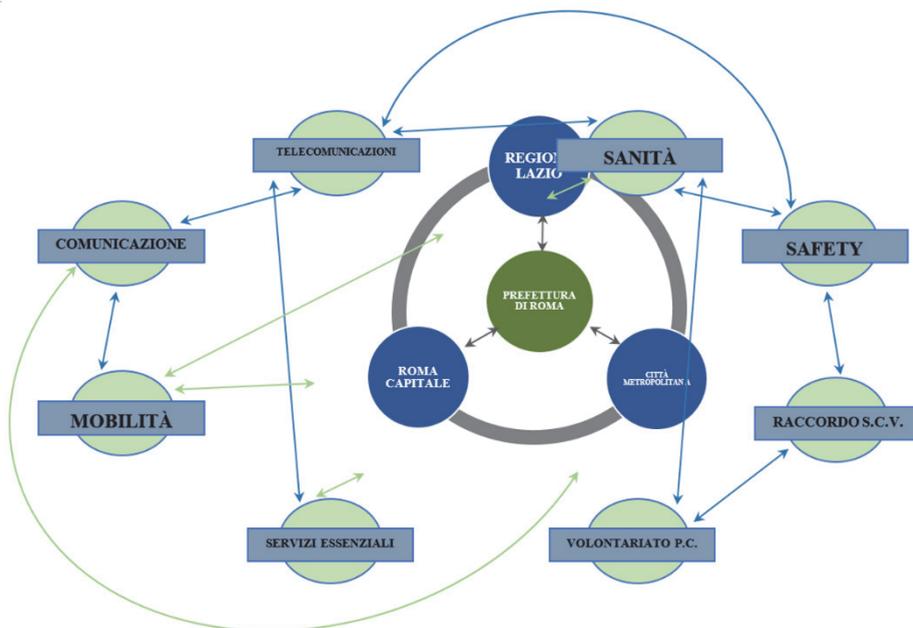
Il tavolo operativo sui "Servizi sanitari" si è occupato del coordinamento delle attività di programmazione operativa in ambito sanitario adottate dalle amministrazioni e dagli enti coinvolti nel Giubileo.

Il gruppo "Trasporti e mobilità" aveva come obiettivo quello di assicurare la gestione efficiente del trasporto stradale, metropolitano e ferroviario, soprattutto per quanto riguarda l'arrivo dei pellegrini. Si è optato per una condivisione della pianificazione con Trenitalia, ATAC, l'Autorità Portuale di Civitavecchia, RFI in occasione degli eventi giubilari; inoltre, sono stati definiti i trasporti destinati alle persone con disabilità motoria.

L'ultimo gruppo tematico "Rapporto tra Stato e Chiesa" è intervenuto a supporto dell'attività svolta da parte di tutti gli altri gruppi tematici. La figura che segue offre una panoramica dei diversi tavoli operativi che sono stati strutturati intorno ai quattro attori chiave, ossia Prefettura di Roma, Roma Capitale, Regione Lazio, Città metropolitana.

Pensando alla definizione di un sistema di gestione della *performance*, ciò che conta non è tanto quello che viene svolto all'interno di ogni singolo tavolo di lavoro, bensì le relazioni tra i diversi tavoli, che richiedono l'adozione di sistemi di gestione e misurazione della *performance di network*.

Figura 1.14. – Il sistema di gestione della performance



Fonte: rielaborazione propria.

La fase di pianificazione e preparazione è stata poi seguita da un'intensa attività di organizzazione e gestione operativa dei singoli eventi. Il coordinamento è stato possibile anche attraverso delle particolari riunioni *pre* e *post* e attraverso i *debriefing*, in occasione dei quali venivano discussi ed analizzati i principali risultati delle manifestazioni.

Successivamente, la STG ha avviato le attività di predisposizione di tutti gli strumenti necessari ad elaborare le più opportune strategie gestionali e di coordinamento delle forze in campo, garantendo al tempo stesso sicurezza ed integrazione. A tal riguardo, sono stati predisposti specifici documenti di programmazione, che sono:

- Il Piano della Comunicazione, che persegue tre obiettivi: disciplinare il coordinamento dell'informazione nell'ordinario e in fase di criticità o di emergenza; coordinare le informazioni relative al Giubileo e destinate ai visitatori, popolazione e *mass media*, così da favorirne la circolazione.
- Il Piano della Mobilità, che ha come obiettivo quello di sostenere la domanda aggiuntiva di spostamento durante l'anno giubilare. A tal riguardo, è stato avviato un programma di riqualificazione della rete stradale della Grande Viabilità Capitolina.

- Il Piano di Safety, che ha permesso una gestione complessiva dell'evento, assicurando il coordinamento della comunicazione delle amministrazioni pubbliche. In questo frangente, l'impossibilità di prevedere numeri certi in relazione ad ogni singolo evento del calendario giubilare ha spinto la STG ad individuare più scenari. La principale funzione della STG è stata quella di assicurare il coordinamento operativo delle azioni delle singole amministrazioni.
- Il Piano di Sanità, che permette di individuare gli obiettivi necessari al coordinamento dell'intervento del Servizio Nazionale della Protezione Civile. Al fine di garantire una comunicazione integrata, è stato realizzato un efficace sistema di informazione e comunicazione, prevedendo uno o più centri di informazione a livello locale o regionale per gli eventi di maggiore estensione.

La definizione di un sistema di gestione e misurazione della *performance* per la STG rappresenta un'importante sfida, sia da un punto di vista concettuale che operativo, per il sistema della PA italiana, che comunque non può essere circoscritto soltanto all'evento del Giubileo Straordinario della Misericordia, ma che dovrebbe fornire importanti spunti e indicazioni per quanto riguarda la gestione futura dei grandi eventi o di politiche multi progetto quale è appunto il caso del PNRR

Per quanto riguarda la definizione del sistema di *performance management* interistituzionale, un importante riferimento potrebbe esser rappresentato dal modello proposto da Bouckaer e Halligan nel 2008 a seguito di un'attenta ed approfondita ricognizione delle esperienze di *performance management* dei sistemi di amministrazione pubblica presenti a livello internazionale. Il modello è diventato un punto di riferimento per quanto riguarda i *network academics* (che includono *professional* della PA – dirigenti, alti funzionari, *civil servant*) e docenti universitari, Scuole della PA e di governo, nonché per il PSG (*permanent strategic group IX*) Performance nel settore pubblico dell'EGPA (European Group of Public Administration). Lo stesso modello è stato poi utilizzato anche come *benchmark* internazionale di riferimento nella ricerca condotta nel 2013 dal Fornez per conto del Dipartimento della Funzione Pubblica sull'"Individuazione delle metodologie di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa ed individuale in atto adottate dalle pubbliche amministrazioni e progettazione di metodi e modelli migliorativi e tendenzialmente uniformi".

Il modello si basa su due dimensioni: l'ampiezza della *performance* e la profondità della *performance*.

L'esperienza STG è collocabile tra il livello meso, ossia quello della realizzazione di politiche pubbliche collegate alla gestione di grandi eventi e il livello macro, in linea con il Piano predisposto dalla Prefettura di Roma, che coinvolge l'intero sistema della PA, dalla PA centrale, alla Regione, a Roma Capitale e alla Città Metropolitana, generando importanti implicazioni per quanto

riguarda le relazioni internazionali (tra Governo Italiano e Città del Vaticano).

In questo senso, è opportuno concludere che la gestione e la valutazione della *performance* non possono riguardare la singola amministrazione, ma devono essere ripensate in una prospettiva molto più articolata.

Con riferimento alla dimensione orizzontale dell'ampiezza, si individuano diversi livelli, ossia quello delle risorse, delle attività, degli *output* intermedi, degli *outcome* o impatti finali, della creazione di valore pubblico e del rafforzamento della fiducia dei cittadini e degli altri attori nei confronti del Sistema della Pubblica Amministrazione.

Impatto, creazione di valore condiviso e fiducia rappresentano concetti importanti all'interno di un contesto come quello italiano, troppo spesso associato a problemi di corruzione e limitata trasparenza per quanto riguarda l'operato del Sistema PA.

Di seguito viene rappresentato un quadro sinottico, che rappresenta la base per quanto riguarda lo sviluppo di un sistema ampio e articolato di gestione e valutazione della *performance* e che potrebbe diventare anche un importante punto di riferimento per quanto riguarda l'esperienza della STG nella piattaforma sulla *performance*.

Tabella 1.7. – *Quadro sinottico di riferimento per la creazione di un sistema di gestione e valutazione della performance*

<i>Attività</i>	<i>Output intermedi</i>	<i>Impatti outcome</i>	<i>Fiducia</i>	<i>Creazione di valore pubblico</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tavoli operativi ➤ Conferenze di servizi ➤ Redazioni di verbali ➤ Team management ➤ Project management ➤ Riunioni di debriefing 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione e gestione Sala Gestione Giubileo ➤ Piani (Comunic., Mobilità, Sanità, Servizi essenziali, Safety) ➤ Sistema cartografico ➤ Scenari per gestione eventi 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizzo diffuso SIGIS ➤ Promozione utilizzo Tetra ➤ Diffusione cultura risk management sistema PA ➤ Portali web ➤ Potenziamento PMA ➤ Co design e co-progettazione interenti (es. AMA ACEA) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Migliore accessibilità ➤ Attenzione esigenze disabilità ➤ Miglioramento capacità risposta emergenza sanitaria PMA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Media center ➤ Sportello del Pellegrino

Fonte: Meneguzzo et al. (2016).

2.

Il PNRR e la Missione “Salute”: le ricadute sul SSN e regionale

2.1. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Prima di soffermarsi sugli effetti prodotti dall'avvento della pandemia sul Servizio Sanitario Nazionale e regionale e sulla straordinaria opportunità di riforma di molti settori strategici del nostro Paese grazie all'impiego dei fondi del PNRR, è doveroso dedicare qualche cenno all'importanza riservata dall'Unione europea all'individuazione di risorse, programmi, e politiche comunitarie per fronteggiare gli effetti di una pandemia che ha sconvolto l'Europa ed il mondo intero¹.

A causa degli effetti destabilizzanti generati dalla pandemia, l'Unione europea si è attivata giungendo all'individuazione di un'immensa quantità di risorse comuni, varando una serie di interventi paragonabili soltanto al Piano Marshall.

Nel 2020, per la prima volta, il bilancio dell'Unione è stato suddiviso in due parti il Quadro finanziario pluriennale (*Multi annuale Financial Framework*), ed il Next Generation Eu meglio conosciuto, anche grazie alla definizione dei media, come *Recovery Fund*.

La vera novità è costituita da 750 miliardi di euro stanziati per fronteggiare gli effetti della pandemia che saranno impiegati per favorire la ripresa delle economie nazionali, all'origine di tali risorse si colloca il ricorso, da parte dell'Unione europea, al prestito sui mercati internazionali.

Per quanto riguarda l'Italia le risorse disponibili saranno di 191,50 miliardi di euro il 36% dei quali saranno sovvenzioni da non restituire pari a 68,90 miliardi, invece i restanti 122.60 miliardi (64%) dovranno essere restituiti.

¹ V. VACCA, *Guida la Piano nazionale di ripresa e resilienza*, 2021, ebook Kindle, capitolo primo.

Il nostro PNRR, pertanto, avrà fondi per una dotazione complessiva pari a 235,64 miliardi di euro, integrato anche con le risorse del Fondo nazionale complementare, ai quali vanno ad aggiungersi le risorse del Quadro Finanziario Pluriennale (QFP) 2021-2027 pari a 40 miliardi di euro, che con il cofinanziamento nazionale raddoppiano fino ad 80 miliardi.

L'assegnazione di tale risorse da parte della Commissione Europea non è stata automatica, dato che gli Stati membri nel periodo che intercorre fra gennaio ed aprile 2021 hanno presentato un Piano nazionale per la ripresa e la resilienza.

La Commissione Europea ha avuto a disposizione otto settimane per analizzare i Piani adottati dai vari Stati membri, e nelle quattro settimane successive si è giunti all'approvazione del Piano che per l'Italia coincide con la data del 13 luglio 2021, data a partire della quale il nostro Paese ha potuto usufruire di un anticipo del 13% delle intere risorse a sua disposizione.

Questa breve introduzione è propedeutica rispetto all'analisi degli effetti generati dalla gestione dei fondi del PNRR sul sistema sanitario nazionale e regionale.

Dopo l'avvento della pandemia il sistema sanitario nazionale, e regionale, è stato messo a dura prova e nel 2021, per supportare un settore in prima linea nella lotta contro l'ondata pandemica purtroppo ancora in atto, il Piano nazionale di ripresa e resilienza, che analizzeremo unitamente alla revisione di una legge della Regione Lombardia (la n. 23/2015), hanno cercato di definire un nuovo piano di intervento prevedendo un gruppo di provvedimenti finalizzati a riordinare l'assetto e la gestione delle cure primarie e della medicina generale (MG)².

Proprio attraverso la legge regionale n. 23/2015, la Regione Lombardia ha provveduto a fare propri i contenuti del Piano nazionale, rivedendo e potenziando l'assistenza primaria, cercando di captare i copiosi finanziamenti previsti dal Piano e finalizzati alla ristrutturazione della rete territoriale.

Partendo dall'analisi delle modalità attraverso le quali è stato organizzato, nel corso degli ultimi anni, il Servizio Sanitario regionale lombardo, si verificherà se ed in quale modo lo stesso, alla luce delle grandi novità che scaturiranno dall'applicazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, possa considerarsi in sintonia rispetto all'assetto organizzativo nazionale.

Pertanto è doveroso soffermarsi sull'evoluzione degli interventi normativi regionali che hanno disciplinato il Servizio Sanitario regionale lombardo.

Come osserva la dottrina, il Servizio Sanitario lombardo è stato messo a

²G. BELLERI, *Piano nazionale di ripresa e resilienza*, ebook, capitolo 1.

dura prova dalla pandemia, ed è stato proprio in questo contesto di emergenza che il settore ha dovuto confrontarsi direttamente con pregresse scelte politiche ed organizzative inadeguate e poco consone rispetto all'esigenza di tutela della salute vantata dalla popolazione.

Ma per comprendere quali siano state le scelte adottate in questa florida regione è bene soffermarsi brevemente sui vari interventi normativi che hanno cercato di dare un assetto alla sanità regionale lombarda.

Prima della pandemia, e precisamente nel 2015, la regione Lombardia approva la legge n. 23, conosciuta anche come riforma Maroni, che aveva come obiettivo il rilancio della sanità regionale.

Tuttavia solo due anni dopo l'avvento di tale legge, però, è stata varata la presa in carico delle cronicità e fragilità che doveva mettere in pratica gli obiettivi perseguiti dalla legge n. 23 ossia: l'integrazione ospedale-territorio, continuità assistenziale, etc.

Ovviamente la gestione delle evidenti criticità generate dalla pandemia ha creato una stretta correlazione fra la disciplina del Servizio Sanitario lombardo ed il Piano, considerando che proprio quest'ultimo dovrebbe rappresentare il punto di svolta imponendo, soprattutto alla luce delle enormi criticità riscontrate durante l'ondata pandemica dal Servizio Sanitario lombardo, nuove soluzioni e nuove policy incisive e risolutive³.

Proprio riguardo alle decisioni di policy, la dottrina osserva come le stesse siano caratterizzate per le difficoltà connesse alla partecipazione di una pluralità di attori, oltre che da possibili conflitti fra i soggetti coinvolti che, spesso, adottano strategie non univoche né indirizzate al raggiungimento di un medesimo obiettivo.

Alla luce di tale complessità, osserva la dottrina, un programma di intervento nel settore per essere efficace deve essere preceduto dalla corretta valutazione delle dinamiche cognitivo-comportamentali, economiche e sociali.

Pertanto per avviare un'adeguata riforma delle politiche in ambito sanitario bisogna tener conto non solo delle dimensioni della sfera pubblica (normative, istituzionali, organizzative, economiche) ma soprattutto dei vari livelli sistemici che interagiscono tenendo conto della macro politica nazionale, delle categorie organizzative coinvolte in una riforma a livello regionale, e soprattutto dell'impatto che la stessa produce sui destinatari finali.

È evidente, pertanto, come una riforma adeguata di un settore complesso, come quello sanitario, non possa limitarsi a recepire passivamente le istruzioni previste dal dispositivo normativo, ma deve coordinare queste con le peculiarità

³ B. DENTE, *Le decisioni di policy*, Il Mulino, Bologna, 2012; A. LIPPI, *La valutazione delle politiche pubbliche*, Il Mulino, Bologna, 2007.

rità, le scelte normative ed organizzative, proprie del contesto territoriale.

Fra l'altro, le criticità dell'apparato organizzativo del Servizio Sanitario lombardo sono emerse drasticamente proprio in occasione dell'ondata pandemica da Sarc-Cov2, che ha letteralmente destabilizzato il sistema costretto a confrontarsi con un picco della domanda per interventi acuti di natura infettiva, e tale situazione ha prodotto come effetto una chiusura delle strutture sanitarie verso altre richieste di cure che, per fronteggiare l'emergenza, sono state sacrificate⁴.

Ovviamente una simile strategia gestionale si collocava agli antipodi rispetto a quelli che erano gli obiettivi del disegno programmatico del Pic (Presenza in carico di pazienti cronici)⁵ che, alla luce della pandemia, ha rilevato tutti i limiti delle scelte di policy lombarde che, di conseguenza, hanno imposto una revisione della legge regionale n. 23/2015 alla luce della necessità di predisporre un'efficace riforma del SSR⁶.

A fronte di tale necessità l'agenzia del 2021 impone che nel secondo seme-

⁴ BELLERI G., *op. cit.*, capitolo 1.

⁵ Per una ricostruzione della riforma sociosanitaria in Lombardia, e per una ricostruzione dell'evoluzione del Pic, vedasi: B. TIDOLI, *La Pic Lombardia: evoluzione e confronto con altri modelli*, ove si precisa che "Il principio ispiratore della PiC prima versione era quello che ha guidato nell'ultimo ventennio la politica sanitaria lombarda: il quasi mercato sanitario interno, basato sulla separazione tra erogatori in concorrenza tra loro ed ente pubblico regolatore ed acquirente. Su queste basi la cronicità veniva "esternalizzata" ed appaltata ai cosiddetti Gestori, sia pubblici che privati, in competizione per offrire ai cronici i migliori servizi. Tutti potevano candidarsi al ruolo di Gestori della cronicità, dalle Aziende Ospedaliere pubbliche alla variegata platea di Enti privati no-profit o for-profit, con l'eccezione delle ATS che dovevano invece svolgere i compiti "super partes" di regolatori, supervisori, programmatori e controllori dell'intero processo organizzativo e amministrativo. Nella prima Delibera il ruolo della MMG restava in ombra, relegato in una sorta di limbo indefinito rispetto ai Gestori organizzativi. Solo con le successive delibere del 2017 si apriva la possibilità anche per i medici generalisti di aderire alla PiC per il tramite delle Cooperative di MMG che, sul modello dei CREG di inizio 2010, si dovevano costituire per candidarsi ad assumere il ruolo formale di Gestore, al pari degli altri soggetti organizzativi (unica eccezione erano i MMG co-gestori, aggregati ad un Gestore organizzativo diverso dalle Coop di MMG). La seconda metà del 2017 era dedicata alla "messa a bolla" di tutto il complesso apparato amministrativo (accreditamento dei Gestori, degli Erogatori, costituzione delle Coop e adesione dei MMG alle stesse etc...) che, a partire dalla primavera del 2018, inaugurava la stagione della PiC dei pazienti cronici, concretizzata nella compilazione del PAI da parte del Clinical Manager (CM) e nella sottoscrizione del Patto di Cura da parte del cittadino aderente alla PiC ..." *www.lombardia sociale.it*, 4 marzo 2019.

⁶ Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 – Lombardia, "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

stre l'intreccio tra obiettivi del PNRR e modifiche alla legge n. 23, dovrebbe costituire un significativo cambio di passo in grado di inaugurare una stagione di cambiamenti positivi per la medicina territoriale.

Dalla combinazione di questi due fattori grazie all'impulso del PNRR nei prossimi cinque anni, l'assetto della medicina territoriale del Servizio Sanitario lombardo dovrebbe essere letteralmente rivoluzionato dando vita ad una poderosa ristrutturazione della rete dei presidi socio sanitari extraospedalieri.

2.1.1. *Struttura e missioni del Piano*

In seguito all'approvazione della prima versione del PNRR, avvenuta il 12 gennaio del 2021, dopo il cambio di Governo, è stata predisposta una nuova versione dello stesso maggiormente strutturata che è stato successivamente approvato dalla Camere ed inviato alla Commissione europea il 30 aprile del 2021.

Tale revisione ha comportato come effetto una nuova dotazione complessiva di risorse che ammonta a 235.6 miliardi di euro somma nella quale confluiscono tre diverse linee di finanziamento:

- 191.5 miliardi dalla *Recovery and Resilience Facility – RRF* (risorse europee);
- 30.6 miliardi dal Fondo complementare (risorse nazionali).

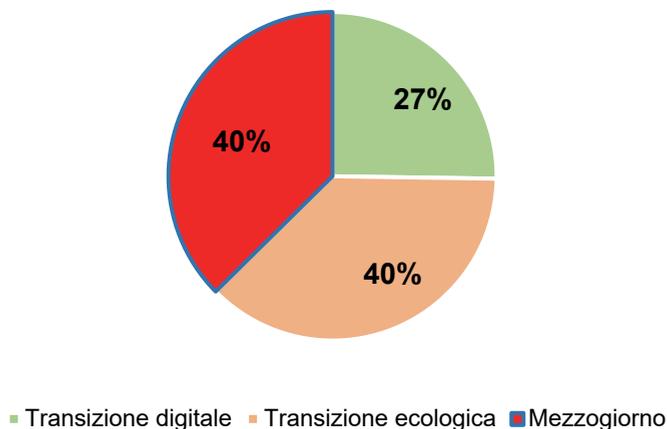
Nel nostro Paese queste risorse saranno impiegate per il finanziamento di tre Assi strategici che sono stati condivisi a livello europeo e cioè:

- a) digitalizzazione e innovazione;
- b) transizione ecologica;
- c) inclusione sociale e riequilibrio territoriale.

Il primo di tali Assi strategici, ossia la *Digitalizzazione e l'innovazione*, rappresenta senza alcun dubbio un elemento determinante che contribuirà alla trasformazione del Paese; mentre la transizione ecologica era già al centro dell'Agenda Onu 2030 nonché degli obiettivi europei del 2030, ed è alla base del nuovo modello di sviluppo italiano.

Infine l'inclusione sociale ed il riequilibrio territoriale sostenendo la crescita dell'economia anche nel tentativo di superare le disegualianze generate dalla pandemia.

Figura 2.1. – *Gli assi strategici del PNRR*



Fonte: rielaborazione propria.

Nell'ambito di una strategia complessiva di tale portata si collocano tre priorità trasversali che perseguono come obiettivi: la parità di genere, la protezione e la valorizzazione dei giovani, il superamento dei divari territoriali. Riguardo al perseguimento di tale obiettivo il PNRR rappresenta un'occasione imperdibile per affrontare un problema che, da diverso tempo, impedisce l'effettivo sviluppo del Paese e cioè il divario che sussiste fra Nord e Sud.

Un sensibile divario della crescita di queste due aree del territorio nazionale si è manifestato soprattutto con l'avvento della pandemia che ha inciso pesantemente sull'occupazione femminile e giovanile⁷.

È evidente, pertanto, che le risorse del PNRR rappresentano una straordinaria opportunità per superare la debolezza strutturale del sistema produttivo del Mezzogiorno, territorio nel quale malgrado viva un terzo della popolazione italiana si produce soltanto un quarto del prodotto nazionale lordo.

In virtù di tali dati il Sud, anche a causa di una drastica riduzione della spesa pubblica per gli investimenti nel Mezzogiorno, continua ad essere un territorio popoloso ma estremamente arretrato dell'Area Euro tanto che, come sottolinea la dottrina, il suo rilancio rappresenta uno degli obiettivi europei⁸.

Per quanto riguarda, invece, l'assetto del PNRR lo stesso si struttura in sei Missioni, e rispetto alla versione del Piano di gennaio 2021, si sono ridotte le

⁷ G. BELLERI, *op. cit.*, capitolo I.

⁸ V. VACCA, *op. cit.*, capitolo II.

risorse per ogni Missione ad eccezione della Missione Istruzione e Ricerca che, con l'approvazione del Piano avvenuta nel mese di aprile 2021, ha recuperato maggiori risorse.

Le sei missioni sono state suddivise e dotate delle seguenti risorse:

1. digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura (40.73 miliardi);
2. rivoluzione verde e transizione ecologica (59.33 miliardi);
3. infrastrutture per una mobilità sostenibile (25.13 miliardi);
4. istruzione e ricerca (30.88 miliardi);
5. inclusione e coesione (19.81 miliardi);
6. salute (15.63 miliardi).

Per quanto concerne la prima Missione, che si articola in tre componenti, finalizzati a sostenere la transizione digitale del Paese, la modernizzazione della Pubblica amministrazione. Il raggiungimento degli obiettivi della prima missione sarà possibile solo con la garanzia di copertura di tutto il territorio del Paese con la banda ultra larga, in modo da agevolare la competitività delle filiere industriali e l'internazionalizzazione delle imprese, fra l'altro la digitalizzazione e l'innovazione consentirà il rilancio di due settori trainanti per lo sviluppo del nostro Paese ossia il turismo e la cultura.

La seconda Missione, denominata *Rivoluzione verde e transizione ecologica*, invece, permetterà uno sviluppo dell'economia italiana in conformità con i principi del Green Deal europeo. Le risorse destinate a tale missione comprendono interventi per l'agricoltura sostenibile e per programmi di investimento e ricerca per le fonti di energia rinnovabili.

La terza Missione prevede risorse da destinare al potenziamento delle infrastrutture nazionali e regionali in modo da potenziare l'alta velocità ferroviaria.

La quarta Missione "Istruzione e ricerca" per la quale si è assistito, come già affermato, in un incremento di risorse che dovranno sostenere i giovani ed il diritto allo studio sollecitando le famiglie ad acquisire strumenti avanzati che agevoleranno i giovani nel loro percorso di crescita ed apprendimento.

La quinta Missione, invece, riguarda le politiche attive del lavoro e prevede un potenziamento dei Centri per l'impiego, ed un aggiornamento delle competenze che dovrebbe sostenere e favorire l'imprenditoria femminile.

2.1.2. La Missione n. 6 "Salute"

La Missione n. 6 "Salute" si articola in due componenti che perseguono fondamentalmente due obiettivi: il rafforzamento della rete territoriale e l'am-

modernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale che vedrà il rafforzamento del Fascicolo Sanitario elettronico e lo sviluppo della telemedicina.

Un rilancio della Sanità nel nostro Paese richiederà innanzitutto nuove competenze tecniche e digitali del personale sanitario che dovrà essere accompagnato anche dall'effettivo sostegno della ricerca scientifica.

Malgrado la consistente riduzione degli investimenti che ha caratterizzato la spesa per la sanità pubblica il nostro Paese presenta nel complesso un discreto Servizio Sanitario Nazionale, nonostante la spesa sanitaria risulti nettamente inferiore rispetto alla media europea; ma, la pandemia, anche in virtù degli effetti devastanti che hanno colpito ogni settore ne ha messo in luce svariati aspetti critici.

Fra le criticità evidenziate sono state registrate notevoli disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, con particolare riguardo alla prevenzione ed assistenza sul territorio, tempi lunghi per l'erogazione di molte prestazioni, la mancanza di integrazioni tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, oltre ad una preoccupante mancanza di attuare programmi condivisi che siano in grado di far fronte a rischi ambientali, climatici, e sanitari.

La strategia della Missione n. 6, pertanto, è protesa a far fronte a tali aspetti critici prevedendo una serie di investimenti che saranno finalizzati a soddisfare le esigenze di cura dei pazienti in ogni area del Paese⁹.

La Missione n. 6, si suddivide in due parti: la M6C1 e riguardante la creazione di reti di prossimità¹⁰, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e la Missione M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Prima si soffermarsi sulle aree di intervento di tale misura è bene precisare che il Servizio Sanitario italiano in occasione della pandemia Covid-19 è stato riconosciuto dal mondo intero come uno dei più efficienti che, garantendo la tutela della salute come un diritto fondamentale, ha ottenuto buoni risultati anche frutto di un'elevata competenza professionale del personale medico.

Ciononostante il SSN ha mostrato anche degli elementi di debolezza rispetto ai principali partner europei evidenziando, in primo luogo, disparità significative fra le varie regioni in termini organizzativi e di offerta di servizi venute alla luce in modo preponderante con l'avvento della pandemia tanto

⁹ G. BELLERI, *Guida alla riforma del servizio sanitario in Lombardia e al Piano Nazionale di ripresa e resilienza: opportunità e rischi per il futuro dell'assistenza primaria*, p. 120.

¹⁰ Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali.

da richiedere un intervento che comporterà una ristrutturazione del nostro SSN che sarà possibile anche in ragione delle risorse ad esso destinate dal PNRR.

Pertanto, alla luce del divario eccessivo che caratterizza i livelli di salute forniti dalle Regioni, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione e l'assistenza territoriale che ha dimostrato una grande disegualianza fra aree urbane ed aree interne, è necessario procedere ad un potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete territoriale.

Nel riquadro che segue è possibile constatare quali sono gli elementi di debolezza dell'assistenza sanitaria locale che evidenzia, come già affermato, un elevato livello di disomogeneità fra le varie regioni.

Tabella 2.1. – *Debolezze strutturali dell'assistenza sanitaria locale*

<i>Debolezze strutturali dell'assistenza sanitaria locale</i>
<ul style="list-style-type: none">– Bassa presenza di servizi di assistenza domiciliare integrata, rispetto ad altri Paesi Ocse per garantire l'accessibilità alle cure domiciliari (5.1% di pazienti anziani rispetto all'OCSE media del 6%).– Disomogeneità della mortalità tra aree geografiche che risente della diversa distribuzione demografica della popolazione anziana fra le Regioni.– Disuguaglianze territoriali in termini di anni di buona salute e qualità della vita soprattutto degli anziani (speranza di vita media 83 anni, che varia dalla Campania con 81.4 alla provincia di Trento con 84).– Bassa integrazione fra servizi ospedalieri e sanitari territoriali e tra sanità e servizi sociali.

Fonte: tabella tratta da G. BELLERI, *Guida alla riforma del servizio sanitario in Lombardia e al Piano nazionale di ripresa e resilienza: opportunità e rischi per il futuro dell'assistenza primaria*, 25 luglio 2021, versione cartacea, p. 125 ss.

Per far fronte alle criticità appena menzionate il PNRR, con la Missione n. 6C1, adotta misure che dovranno migliorare l'assistenza sanitaria e la rete territoriale, sostenendo l'assistenza domiciliare, e per illustrare gli obiettivi che si propone di raggiungere l'effettiva attuazione di tale misura si rimanda al focus che segue.

Tabella 2.2. – *Obiettivi Misura 6C1 del PNRR*

<i>Focus: obiettivi misura 6C1 del PNRR</i>
1. Consolidare il ruolo del Distretto nella sanità locale e nella prevenzione primaria e secondaria.
2. Consolidare il ruolo della comunità, attraverso l'individuazione di una struttura la CdC (Casa di comunità), come punto di riferimento locale per le questioni sociali e sanitarie.
3. Implementare processi di valutazione dei bisogni della popolazione per livello di complessità attraverso il rafforzamento dei punti uniti di accesso socio-sanitario (PUA) e le unità di valutazione multidimensionale (UVMD).
4. Migliorare l'assistenza domiciliare, soprattutto per le persone vulnerabili e disabili, attraverso lo sviluppo di tecniche di telecontrollo e domotica.
5. Accrescere le competenze professionali degli operatori sanitaria anche nell'ambito delle nuove tecnologie.
6. Assicurare la proattività dei servizi sanitari nel campo dell'igiene pubblica come mezzo per garantire la salute della popolazione rafforzando la pianificazione, il monitoraggio e il coordinamento.
7. Progettare e attuare una riforma strategica e un piano di investimenti per la salute e la promozione della salute nei confronti dell'ambiente.
8. Incrementare i livelli essenziali di assistenza (LEA) al fine di migliorare i risultati degli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero della Salute Italiano.

Fonte: Belleri (2021).

Al fine di potenziare, quindi, la medicina territoriale un ruolo strategico sarà svolto dalle Case di Comunità che favorirà la vicinanza della struttura che eroga servizi sanitari alla comunità¹¹.

Tali strutture, infatti, garantiranno ai cittadini la possibilità di accedere ad un medico di base ed un infermiere durante tutto l'arco della giornata, in modo da risolvere adeguatamente gran parte delle necessità connesse alle richieste di salute dei cittadini.

I professionisti che faranno parte delle Case di Comunità saranno gli attuali medici di base ed i Pediatri che, operando all'interno di tali nuove strutture, dovranno seguire il modello organizzativo definito dalla Cdc.

La figura chiave che opererà all'interno di tali strutture sarà quella dell'infermiere di famiglia, per le quali sarà prevista un'implementazione delle assunzioni, appena saranno operative le strutture.

¹¹ La funzione della Case di Comunità sarà quella di rispondere alla richiesta di salute che provenga ad esempio per piccoli malesseri o incidenti, eseguire un test, o richiedere accudimento per un membro della famiglia.

Per quanto concerne, invece le strutture dove sorgeranno le Case di Comunità si farà ricorso a poliambulatori territoriali o a reparti ospedalieri riconvertiti.

Per una disamina dei servizi che verranno erogati dalle Case di Comunità si rimanda la tabella di approfondimento sottostante.

Tabella 2.3. – *Le Case di Comunità: struttura, funzioni e costi*

<i>Case di Comunità (CdC): Struttura, funzioni e costi</i>
<p>Ogni CdC sarà dotata di 10-15 sale di consulenza, punto di prelievo, e servizi diagnostici (ecografica, elettrocardiografia, radiologia, spirometria).</p> <p>In ogni CdC opereranno 5 unità di personale amministrativo, 10 medici di medicina generale, ed 8 infermieri.</p> <p>Le funzioni delle CdC, saranno le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – reception e orientamento; – amministrazione (centro unico prenotazione); – valutazione dei bisogni; – assistenza dei MMG (Medici di medicina generale) e PLS (Pediatri di libera scelta); – assistenza infermieristica (continuità di cura clinica e infermieristica per la gestione integrata delle patologie croniche); – assistenza specialistica e supporto dei percorsi; – prevenzione collettiva e igiene pubblica (vaccinazioni, screening); – consulenza per donne, bambini, giovani e famiglie; cura della salute mentale e delle dipendenze patologiche; – eventuale chirurgia ambulatoriale, recupero e rieducazione funzionale, rete di assistenza domiciliare e cure palliative. <p>Per la realizzazione di ogni CdC sono previsti i seguenti costi:</p> <ul style="list-style-type: none"> o supporto operativo per la realizzazione: Euro 261.504; o costi di struttura (800 mq): Euro 1.280.000; o costi di interconnessione e tecnologici: Euro 272.592.

Fonte: tratta da G. Belleri, *Guida alla riforma del servizio sanitario in Lombardia e al Piano nazionale di ripresa e resilienza: opportunità e rischi per il futuro dell'assistenza primaria*, 25 luglio 2021, versione cartacea, p. 129.

Le 1288 Case di Comunità che saranno realizzate complessivamente in tutto il Paese, entro la metà del 2026, nel rapporto di una Casa ogni 46 mila abitanti saranno così distribuite:

Tabella 2.4. – *Distribuzione delle Case di Comunità nel Paese*

<i>Regione/PA</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Case di Comunità</i>
Piemonte	4.341.375	93
Valle d'Aosta	125.501	3
Lombardia	10.103.969	216
Pa/ Bolzano	532.080	11
Pa/ Trento	542.739	12
Veneto	4.907.704	15
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	26
Liguria	1.543.127	33
Emilia	4.467.118	95
Toscana	3.722.729	80
Umbria	880.285	19
Marche	1.518.400	32
Lazio	5.865.544	125
Abruzzo	1.305.770	28
Molise	302.265	6
Campania	5.785.861	124
Puglia	4.008.296	86
Basilicata	556.934	12
Calabria	1.924.701	41
Sicilia	4.968.410	106
Sardegna	1.630.474	35
Italia	60.244.639	1288

Fonte: elaborazione personale.

I finanziamenti del Recovery Fund, diretti alla revisione della struttura del nostro SSN, prevedono inoltre altri due grandi interventi strutturali ossia:

- 4 miliardi di Euro diretti alla realizzazione di 602 Centri Operativi territoriali, uno per ogni 99 mila abitanti;
- 1 miliardo per 380 OdC (Ospedali di Comunità)¹².

¹²G. BELLERI, *Guida alla riforma del servizio sanitario in Lombardia e al Piano nazionale di ripresa e resilienza: opportunità e rischi per il futuro dell'assistenza primaria*, 25 luglio 2021, versione cartacea, p. 131.

L'obiettivo dei Cot è quello di definire un modello condiviso per il rafforzamento dell'assistenza primaria incoraggiando il ricorso alla telemedicina ed a forme di assistenza domiciliare.

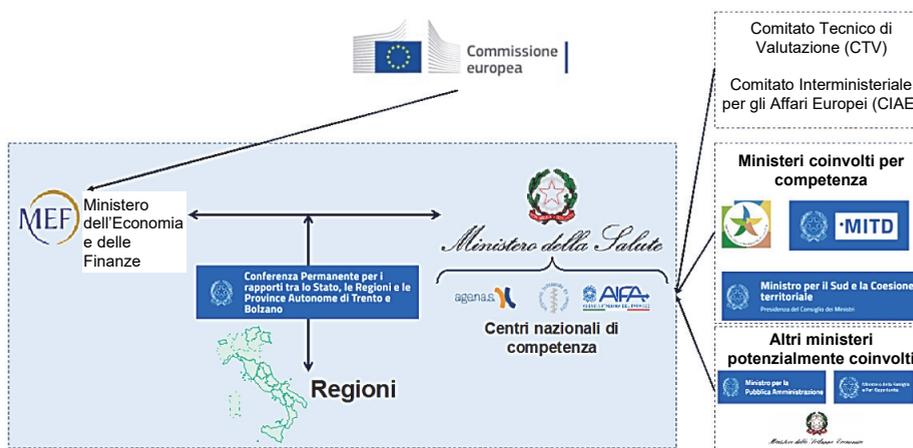
2.1.3. Proposte per l'attuazione del PNRR in Sanità

Il PNRR rappresenta un documento di estrema rilevanza per il Sistema Sanitario Nazionale, garantendo l'allocazione di importanti risorse di investimento, che, al fine di ottenere il riconoscimento da parte dell'Unione Europea, dovranno assicurare valore entro 5 anni.

Le riforme previste all'interno del Piano, soprattutto per quanto riguarda il settore sanitario, vanno intese come una serie di interventi trasformativi caratterizzati da una visione d'insieme, in grado di incidere positivamente sul tasso di crescita socio-economico del Paese, come degli investimenti su cui sperimentare nuove forme di progettazione e gestione dei servizi, che mirino al rinnovamento di tutto il SSN, e come una serie di progetti che definiscono nuove logiche di monitoraggio, in grado di fissare gli obiettivi da raggiungere, le metriche di valutazione per quanto riguarda lo stato di avanzamento e gli *outcome* effettivamente raggiunti.

Al fine di garantire l'attuazione del PNRR in ambito sanitario è auspicabile un nuovo modello di *governance*, che tenga in considerazione sia la forte dinamica di decentramento che caratterizza le Regioni, sia l'orizzonte temporale imposto dall'Unione Europea di soli cinque anni. È necessario, dunque, che i progetti e le riforme risultino convincenti, prevedendo una progettazione esecutiva per ogni singola misura e stimolando l'apprendimento di sistema.

Figura 2.2. – Modello di governance multilivello



Fonte: Anessi Pessina et al. (2021).

In questo senso, il livello centrale dovrebbe definire, di concerto con le Regioni, la direzione strategica da seguire e le Regioni, a loro volta, dovrebbero provvedere alla produzione di un piano contenente le indicazioni programmatiche per il proprio territorio di riferimento, comunque in linea con i macro-obiettivi delineati dal PNRR.

La *governance* multilivello dovrebbe garantire un importante lavoro di coordinamento e supporto da parte del livello centrale (rappresentato dal Ministero della Salute e i suoi centri di competenza) e poi per le Regioni la facoltà di poter spostare i fondi da un macro-obiettivo all'altro, sempre con lo scopo di raggiungere gli *outcome* prefissati. Tutti i progetti dovrebbero esser valutati attraverso logiche di *impact evaluation*, al fine di assicurare la loro sostenibilità e fattibilità intrinseca, nonché la loro coerenza rispetto alla programmazione regionale generale. L'ideale sarebbe poi attribuire tale valutazione ad un arbitro terzo.

L'obiettivo a cui si mira è un'effettiva spesa di tutte le risorse messe a disposizione, con le Regioni che riescono a soddisfare le proprie esigenze. A tal riguardo, il meccanismo di riparto dei fondi del PNRR dovrebbe basarsi su cinque specifici criteri:

- la quota capitaria, secondo cui ogni Regione dovrebbe ricevere una parte dei fondi in base alla quota di popolazione residente rispetto al totale nazionale;
- la capacità dei piani regionali di garantire convergenza nella dotazione infrastrutturale regionale rispetto ai *target* nazionali;
- la previsione di sinergie interregionali;
- la corrispondenza tra i piani strategici regionali e le priorità individuate a livello nazionale;
- la verifica del raggiungimento dei risultati programmati a livello regionale.

Il SSN dovrebbe prevedere un sistema di monitoraggio multidimensionale della *performance* e dei risultati attesi dagli investimenti, al fine di evitare il rischio che un piano di investimenti di così ampia portata si traduca in un processo di dispersione degli interventi, vanificando ogni tentativo di cambiamento del sistema.

Si tratta di un cambiamento che deve basarsi su tre specifici fattori abilitanti e su una serie di specifiche aree di intervento.

Per quanto riguarda i fattori abilitanti, il primo è rappresentato dalla ricerca sanitaria e dall'innovazione in ambito medico, elementi essenziali per costruire un SSN d'avanguardia e capace di rispondere prontamente ai bisogni dei pazienti e di recepire il cambiamento tecnologico, scientifico, sociale ed economico in atto. Ma ricerca e innovazione non possono essere portate avanti da

singoli enti di ricerca, piuttosto è necessario promuovere logiche di collaborazione e *networking* tra settore pubblico e settore privato, identificando le aree di ricerca e le tipologie di ricerca per cui il Paese intende eccellere a livello internazionale. E da queste logiche di collaborazione dovrebbero poi derivare anche soluzioni di finanziamento innovative, basate proprio sull'integrazione tra fondi pubblici e privati. Dunque vanno incentivate le reti tra centri di ricerca di eccellenza, attraverso il reclutamento di giovani ricercatori e lo sviluppo di competenze per quanto riguarda la gestione e valorizzazione dei risultati della ricerca. Il tutto a fronte della mancanza di una strategia nazionale per quanto riguarda le aree di ricerca e innovazione, per cui ci si scontra con progetti poco competitivi e l'assenza di esperienze di integrazione tra fondi pubblici e privati; in ultimo, va sottolineata anche la mancanza di un raccordo istituzionale tra politiche assistenziali e politiche industriali, dal momento che i fondi di ricerca a disposizione risultano legati esclusivamente a quelle che sono le esigenze del SSN, senza considerare la possibilità di generare un certo indotto economico o sviluppo locale.

Il secondo fattore abilitante sarebbe rappresentato dalla trasformazione digitale e dall'utilizzo dei *big data*, che devono necessariamente scaturire un vero e proprio ripensamento del modo attraverso cui vengono forniti i servizi sanitari. A tal fine, è opportuno però superare tutte quelle barriere che da tempo minano l'interoperabilità dei sistemi e l'integrazione dei dati, nonché una loro valorizzazione. Il tutto sfruttando l'effetto "digitalizzazione" trainato proprio dalla pandemia, per cui la telemedicina è finalmente stata inserita nelle agende dei decisori politici.

Infine, l'ultimo fattore abilitante riguarderebbe una vera e propria ridefinizione dei percorsi di formazione per quanto riguarda nuove competenze professionali e gestionali. È necessario, infatti, che il SSN provveda continuamente a definire l'ammontare delle competenze di cui necessita al fine di raggiungere i propri progetti, prevedendo percorsi di formazione mirata, per sviluppare competenze e conoscenze solide in quegli ambiti che ancora non risultano presidiati.

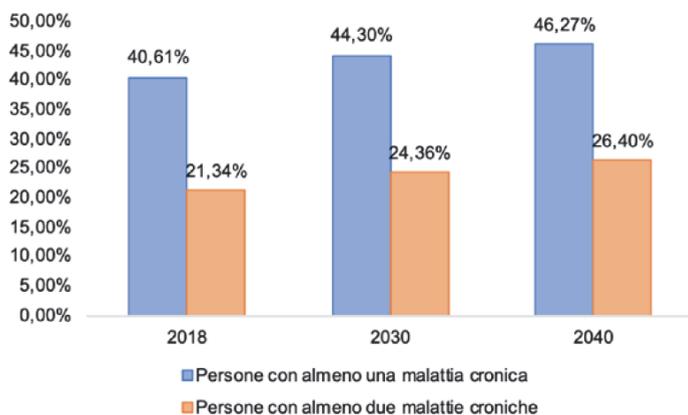
Accanto ai tre fattori abilitanti appena esposti, al fine di garantire un'ottima attuazione del PNRR in ambito sanitario, è opportuno operare sulla base delle aree di intervento che verranno di seguito esposte.

- La prima area di intervento riguarda la prevenzione, con lo scopo di promuovere comportamenti che siano salubri per tutti. La prevenzione, infatti, unita alle diverse tecnologie di diagnosi e cura, rappresenta uno strumento fondamentale per quanto riguarda il miglioramento delle speranze di vita. Si tratta di una prevenzione primaria sugli ambienti di vita e di lavoro che è

passata direttamente in carico alle imprese, a cui spetta anche la responsabilità di rendere facile l'adozione di comportamenti che promuovono la salute umana e dell'ambiente. Alla prevenzione primaria concorrono anche i comportamenti delle persone, dunque alimentazione sana, esercizio fisico, controllo del peso, etc., tutti fattori da cui dipende la maggior parte dell'attuale carico di malattia degli adulti. Dunque, se il PNRR presta attenzione all'assistenza territoriale per quanto riguarda la presa in carico della morbosità cronica e la prossimità alle fragilità, dovrebbe prevedere anche un investimento dedicato proprio alla promozione della salute per la prevenzione delle malattie croniche.

- Va rivista la rete ospedaliera, andando a ridefinire la vocazione dei piccoli ospedali così come quella dei grandi ospedali, al fine di garantire il raggiungimento di una *competence* clinica adeguata. In questo senso, vanno attuate logiche di specializzazione o di accorpamento, o ancora di riconversione in strutture territoriali per i piccoli ospedali, perseguendo una riduzione dei costi fissi e una concentrazione delle dotazioni tecnologiche. È necessario, abbandonare le vecchie logiche secondo cui gli ospedali venivano identificati sulla base del bacino d'utenza, del livello delle specialità e delle dotazioni e fornire la soluzione logistica più adeguata a quelle che sono le esigenze del paziente, in relazione alla complessità della situazione clinica, del livello di "acuzie" e del fabbisogno di competenze e tecnologie. Inoltre, è necessario prendere atto del chiaro squilibrio che caratterizza le dotazioni infrastrutturali tra le diverse Regioni, che lascia trasparire un gran numero di strutture *hub* al Nord e un numero insufficiente di grandi ospedali ad elevata specializzazione al Sud del Paese.
- Va rafforzata l'assistenza territoriale attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali, quali le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, garantendo quindi un'assistenza territoriale più efficace, basata su infrastrutture tecnologiche che permettano il monitoraggio di parametri clinici anche a distanza. Inoltre, è importante identificare il livello di coordinamento delle figure maggiormente coinvolte, quindi di Medici di Medicina Generale (MMG), infermieri e specialisti in relazione al livello di cronicità. Si tratta di un intervento che diventa necessario in Italia, dove la percentuale di persone che presentano almeno una condizione di cronicità varia dal 30 al 47% (come riportato nella figura che segue).

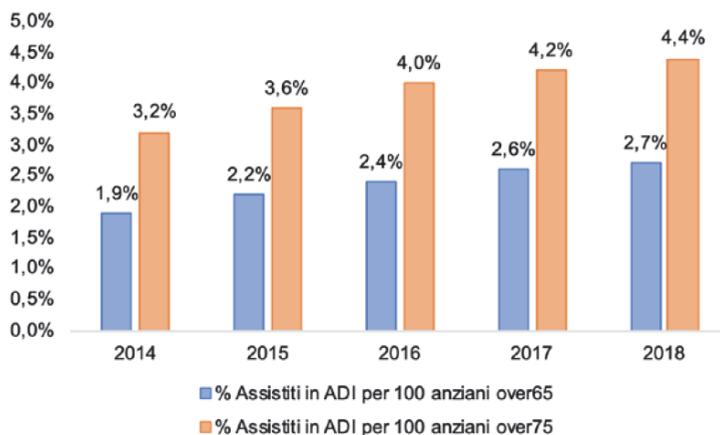
Figura 2.3. – *Persone in % sulla popolazione totale per presenza di patologie croniche, 2018 e proiezione anni 2030 e 2040*



Fonte: elaborazione su dati Istat (2019).

- È importante garantire l'assistenza domiciliare al fine di salvaguardare l'autosufficienza delle persone e le relazioni sociali. A tal riguardo, assume rilevanza la professionalità dei *caregiver* e quindi diventa importante investire in quella che è la formazione del personale affinché si possa offrire una vera assistenza di prossimità. Inoltre, sarebbe opportuno prevedere anche un fondo con lo scopo di accorpate le risorse pubbliche destinate agli anziani non autosufficienti e prevedere delle azioni per permettere ai nuclei familiari di rimanere autosufficienti con adattamenti delle loro condizioni abitative, anche attraverso la realizzazione di progetti di *co-housing* e *housing sociale*. La popolazione italiana, infatti, presenta un'età media che risulta tra le più elevate nel mondo e si caratterizza per un processo di rapido invecchiamento, per cui nei prossimi 50 anni si registrerà un aumento del 56,6% della popolazione con più di 75 anni, il che comporterà un elevato tasso di cronicità e multi-morbilità e quindi un'elevata richiesta di assistenza continua e ricorso alle cure. Va poi specificato che l'assistenza domiciliare rischia di diventare inefficace, qualora non vi sia una reale integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Figura 2.4. – Percentuali di anziani (65+ e 75+) assistiti in ADI, 2014-2018

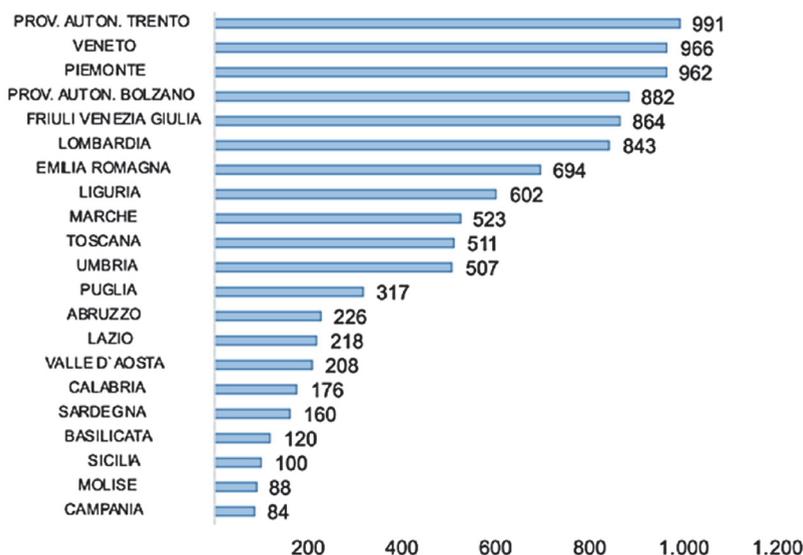


Fonte: dati flusso SIAD, Ministero della Salute (2020).

- Un’ulteriore area d’intervento riguarderebbe poi un aumento dei volumi e del portafoglio delle attività ambulatoriali, in questo senso il SSN dovrebbe optare per una concentrazione delle strutture ambulatoriali riducendone il numero sul territorio, ma rafforzandole in termini di spazio, volumi e tipologie di servizi, di tecnologie, di professionalità e di accessibilità al pubblico. Il PNRR dedica molta attenzione alle Case della Comunità, dunque sarà opportuno specificare se queste stesse Case della Comunità rappresenteranno il luogo fisico in cui confluiranno anche le strutture ambulatoriali territoriali, oppure, in caso contrario, sarà opportuno esplicitare le rispettive funzioni e definire modalità e responsabilità di coordinamento. Va comunque messo in evidenza il fatto che l’attuale rete ambulatoriale territoriale si caratterizza per una forte variabilità interregionale, nonché un’estrema frammentazione e una capacità produttiva ridotta.
- Va poi rafforzata la Medicina Generale, la cui rilevanza è stata sottolineata proprio con l’avvento della pandemia da Covid-19. A tal riguardo, è necessario promuovere un’assistenza continuativa che sia evoluta dal punto di vista tecnologico ed infrastrutturale, dotata di modelli organizzativi riconoscibili su tutto il territorio nazionale. Inoltre, è necessario ampliare la disponibilità degli spazi di MG, magari con degli orari di apertura al pubblico più estesi durante la settimana.
- Il PNRR prevede che un ammontare di risorse venga destinato al rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità), ma è importante che questi inter-

venti vengano effettuati sempre sulla base delle necessità di ribilanciamento territoriale e pensando ad un collegamento funzionale con gli ospedali e con le altre strutture responsabili dell'assistenza territoriale, a fronte di una dotazione di strutture intermedie e residenziali che per quanto riguarda il nostro SSN risulta nettamente inferiore rispetto agli altri Paesi europei.

Figura 2.5. – Numero posti in strutture residenziali e semiresidenziali x 100.000



Fonte: Annuario Statistico del SSN (2018).

- L'innovazione tecnologica rappresenta un importante fattore per quanto riguarda l'efficacia delle cure all'interno di ogni Sistema Sanitario complesso. Purtroppo in Italia la situazione è critica, con un numero di apparecchiature RNM e TAC superiore del 60% rispetto alla media europea per abitante, con un indice di obsolescenza pari al 79%, secondo il Rapporto OASI. Di conseguenza, è chiaro quanto sia importante dedicare risorse al rinnovo del parco tecnologico, cercando però di superare quella che è la mera logica della sostituzione e fissando dei criteri che garantiscano una programmazione basata sui reali fabbisogni. Nello specifico, è opportuno selezionare macchinari di ultima generazione, così da disporre del 60% di apparecchiature sotto i cinque anni di età; inoltre, è opportuno garantire che il parco tecnologico a disposizione delle Regioni non sia altro che il risultato di un'analisi delle potenziali implicazioni legate alle scelte in termini di

- efficacia, sicurezza, accessibilità ed economicità. A tal riguardo, è opportuno procedere consultando tutti gli *stakeholder* (primi fra tutti i cittadini e i pazienti), al fine di delineare le priorità e i criteri da seguire per un'allocatione capace di coniugare accessibilità e sostenibilità, ma anche garantire lo sviluppo di robuste competenze tecnico professionali, che sono necessarie per sostenere una programmazione *data-driven ed evidence based*.
- In ultimo, è necessario ripensare alle competenze necessarie per quanto riguarda le professioni sanitarie, al fine di rispondere alle nuove esigenze demografiche ed epidemiologiche. Quindi è necessario favorire il cambio di competenze e di ruoli prevedendo percorsi di formazione che preparino i professionisti coinvolti e quindi ridisegnare i processi di erogazione dei servizi sanitari in relazione al progresso tecnologico e al cambiamento di ruolo dei medici, degli infermieri e delle altre professioni sanitarie.

2.2. Lo stato attuale della medicina del territorio nazionale: forme associative e politiche della cronicità

Come appena verificato il PNRR dedica la Misura n. 6 alle strategie che culmineranno nella ristrutturazione del Servizio Sanitario nazionale, ma, come giustamente osservato dalla dottrina lo stato in cui versa la sanità pubblica evidenzia gli stessi problemi di un ventennio addietro.

Fin dal 1999, infatti, si sono andati stratificando una serie innumerevole di interventi legislativi che hanno cercato, senza produrre i risultati sperati, di rafforzare la rete socio-sanitaria territoriale.

Ma vediamo quali sono stati, alcuni, dei vari interventi legislativi che si sono succeduti negli ultimi due decenni.

Nel 1999, la riforma Bindi legge n. 229/1999, l'art. 3 disciplinava i rapporti fra distretto, ospedale e territorio, la finanziaria del 2007, con il successivo decreto attuativo ha previsto l'istituzione delle case della salute su tutto il territorio nazionale¹³.

Successivamente la riforma Balduzzi del 2012 ha previsto l'istituzione delle forme associative delle cure primarie, ovvero di AFT e UCCP; inoltre il decreto ministeriale n. 70/2015 ha disciplinato gli standard degli Ospedali di comunità e l'integrazione ospedale-territorio. Per comprendere quali siano stati gli interventi normativi che si sono succeduti nel corso degli ultimi anni si rimanda alla sottostante tabella di approfondimento.

¹³ G. BELLERI, *Piano Nazionale ripresa e resilienza*.

Tabella 2.5. – *Provvedimenti per l’assistenza primaria*

<i>Provvedimenti degli ultimi 20 anni per l’assistenza primaria</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La legge n. 229/1999 detta riforma Bindi: ed in particolare l’articolo 3 sui rapporti tra distretto, ospedale e territorio e dipartimento di prevenzione. ➤ ACN 2000 equipe territoriali e forme associative, e 2005 equipe territoriali e UTAP. ➤ I Piani sanitari nazionali 2003-2005 e 2006-2008. ➤ La finanziaria del 2007 con il relativo DM attuativo: istituzione delle case della salute su tutto il territorio nazionale. ➤ La riforma Balduzzi del 2012: istituzione di forme associative delle cure primarie, ovvero AFT e UCCP. ➤ Il Patto per la Salute 2014-2016 sugli OdC. ➤ L’ACN 2010 specialisti ambulatoriali nell’assistenza domiciliare e nelle UCCP, istituzione referente nelle UCCP. ➤ D.M. 70/2015 sugli standard degli OdC e l’integrazione ospedale territorio. ➤ Intesta Stato-Regioni del 20.2.2020 sugli standard degli Ospedali di Comunità.

Fonte: rielaborazione personale. Approfondimento tratto da: G. BELLERI, *Guida alla riforma del servizio sanitario in Lombardia e al Piano nazionale di ripresa e resilienza: opportunità e rischi per il futuro dell’assistenza primaria*, 25 luglio 2021, versione cartacea, p. 114.

Occorre precisare a tal riguardo come l’effettiva attuazione del nuovo assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale tracciato dagli interventi legislativi appena elencati non abbia conosciuto applicazione concreta.

Un rapporto del Senato, infatti, ha provveduto a tracciare un quadro chiaro della situazione, evidenziando che molte regioni non hanno ottemperato in modo sistematico alle indicazioni programmatiche condivise fra Stato e Regioni.

Nella tabella che segue, infatti, si può constatare che oltre sette regioni non presentano Case della salute attive (Lombardia, Valle d’Aosta, Bolzano, Trentino, Friuli, Puglia e Campania).

D’altro canto, invece, regioni come Piemonte, Toscana, Sicilia e Emilia Romagna annoverano cinquanta strutture in funzione¹⁴.

¹⁴G. BELLERI, *op. cit.*

Tabella 2.6. – *Distribuzione Case di Comunità sul territorio nazionale*

Regioni/ PA	Case della salute dichiarate attive	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	
	N	N	PL
Valle D'Aosta	–	–	–
Bolzano-Alto Adige	–	–	–
Trentino	–	–	–
Piemonte	71	5	30
Lombardia	–	20	467
Veneto	77	69	1426
Friuli Venezia Giulia	–	–	–
Emilia-Romagna	124	26	359
Liguria	4	1	20
Toscana	76	20	245
Marche	21	14	616
Abruzzo	n.c.	5	–
Lazio	22	–	–
Umbria	8	–	–
Molise	6	2	–
Basilicata	1	–	–
Puglia	–	–	–
Campania	–	1	–
Calabria	13	–	–
Sicilia	55	–	–
Sardegna	15	–	–
Totale	493	163	3163

Fonte: rielaborazione personale.

Come si evince dalla tabella che precede la regione più virtuosa è stata l'Emilia Romagna con oltre 50 strutture in funzione, e con bene 124 Case della salute nel suo territorio: un numero di tutto rispetto se si pensa che su tutto il territorio nazionale se ne contano 493.

Ovviamente la presenza di strutture in grado di consentire il funzionamento della medicina territoriale ha permesso a tale regione di fronteggiare meglio gli effetti della pandemia anche a fronte del numero maggiore di Usca che, proprio in Emilia Romagna sono state attivate.

La domanda che la dottrina si pone, quindi, è proprio questa ossia quale sarebbe stato la risposta alla pandemia se tutte le regioni avessero riservato la stessa attenzione nella predisposizione di strutture in grado di garantire un buon funzionamento della medicina territoriale¹⁵.

In verità un'adeguata risposta alle crisi sanitarie, come quella generata dalla pandemia da Covid-19, non può non tener conto della necessità di potenziare la medicina territoriale contrariamente alle scelte effettuate dai decisori regionali che hanno dimostrato una ingiustificata sfiducia verso la necessità di prediligere le cure primarie decidendo, inopportunamente, di procedere allo "smantellamento" delle strutture distrettuali esistenti.

Un esempio emblematico è quello della Lombardia che, ignorando la legge Balduzzi che prediligeva il potenziamento delle cure territoriali, ha optato per la scelta di spostare le cure dal territorio verso le strutture ospedaliere.

È evidente, pertanto, come i tentativi di riforma della medicina territoriale che hanno ispirato diversi interventi normativi: non hanno prodotto i risultati sperati ossia la revisione della medicina generale ed il rilancio del territorio.

Con i fondi del Recovery plan, a parere della dottrina, potrebbero essere realizzate quelle strutture che consentirebbero un potenziamento della medicina territoriale, senza attendere necessariamente riforme radicali delle cure primarie.

I tempi che si impiegherebbero per la riforma delle cure primarie, infatti, necessiterebbero dei noti tempi lunghi per l'approvazione parlamentare, con il

¹⁵ G. BELLERI, *op. cit.*, ha precisato che è possibile distinguere fra varie case della salute, pertanto per Casa della salute piccola "coincide con la sede del nucleo di cure primarie, poiché sono presenti all'interno le funzioni di assistenza primaria: ambulatorio infermieristico, ambulatorio di medicina generale, continuità assistenziale di 12 ore, ambulatorio specialistico, assistenza sociale. È inoltre presente la funzione di primo contatto con gli utenti, punto di accesso immediatamente raggiungibile e visibile all'ingresso, che comprende l'accoglienza il punto di informazione ed il Cup. Per Casa della Salute Media si intende quelle nelle quali sono presenti, oltre alle funzioni di assistenza primaria appena menzionate anche gli ambulatori della medicina di gruppo, l'ambulatorio pediatrico, l'ambulatorio ostetrico, il servizio di guardia medica. Inoltre vengono garantiti i servizi sanitari, il punto prelievi, attività specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale ecografica, il coordinamento dell'assistenza domiciliare, le vaccinazioni e le certificazioni monocratiche. Nelle Case della salute Grande oltre alle funzioni di assistenza primaria (ambulatorio infermieristico, funzioni di assistenza primaria, continuità assistenziale, vengono svolte ulteriori attività specialistiche ambulatoriali, oltre che la diagnostica strumentale ecografica e radiologica, attività di recupero e rieducazione funzionale)".

rischio di attendere ancora per molti anni ignorando le esigenze di cura della popolazione. Per tale ragione sarebbe più opportuno partire dal basso per costruire una rete socio-sanitaria di strutture distrettuali che garantirebbe interventi mirati e precisi al contrario di quello che potrebbero realizzare interventi legislativi astratti e decontestualizzati.

In questo contesto si collocano le Linee di sviluppo della legge della regione Lombardia n. 23/2021 che, recependo gli obiettivi del PNRR, segna il percorso per ricostruire la rete territoriale della sanità lombarda imprimendo una vera e propria svolta alle scelte di policy della regione.

Per quanto riguarda il modo in cui verranno utilizzati i fondi del PNRR, per la revisione della rete di strutture sanitarie regionali, in Lombardia verranno destinati anche per la ricostruzione della rete delle Case di Comunità (CdC) e dei Distretti.

Nell'ambito del potenziamento della medicina territoriale si colloca, inoltre, l'attività svolta dagli Ospedali di comunità che sono presidi sanitari presenti in molte regioni che svolgono una funzione di raccordo tra domicilio e ricovero ospedaliero per quei pazienti che necessitano di essere stabilizzati.

Fra le regioni che presentano un maggior numero di strutture primeggiano ancora una volta l'Emilia Romagna, Veneto, Lombardia e Marche, mentre ben 12 regioni ne sono assolutamente prive.

Ancora una volta un aiuto per comprendere il servizio che rendono sul territorio nazionale gli Ospedali di Comunità giunge da un'indagine del Senato, che evidenzia come attualmente sono attivi 163 Odc per un totale di 3163 posti letto.

La situazione registrata nelle varie regioni è ben diversa dato che in regioni come Friuli, Lazio, Umbria, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna non esistono presidi di questo tipo¹⁶.

Per fronteggiare la diversità di offerta sanitaria sul territorio nazionale il 20 gennaio 2020 è stata sancita l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni sull'Ospedale di comunità definendo quelli che devono essere i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture pubbliche o private.

Per comprendere, inoltre, quali siano stati i tentativi del legislatore di riorganizzare la medicina territoriale, bisogna partire dalla cosiddetta riforma Balduzzi.

Proprio l'art. 1 del decreto legge¹⁷ n. 158/2012 ha promosso una riorganizzazione delle cure primarie perseguendo l'obiettivo di potenziare l'assistenza

¹⁶G. BELLERI, *op. cit.*

territoriale nell'arco delle 24 ore in modo tale da alleggerire la pressione sulle aziende ospedaliere nonché sui reparti di emergenza-urgenza.

A tal fine alle Regioni è stato affidato un compito di assoluta rilevanza dato che sono state chiamate a riorganizzare l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), nonché attraverso forme organizzative multiprofessionali denominate Unità complesse di cure primarie (UCCP)¹⁸.

Per quanto riguarda le AFT, ancora una volta è possibile constatare che non tutte le regioni si sono organizzate per la loro attivazione, infatti l'unico esem-

¹⁷ Art. 1 Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie (3). In vigore dal 11 novembre 2012.

L'articolo 1 del decreto legge n. 158/2012, dispone che "1. Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni pre-festivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio Sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio Sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

3. Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali ...".

¹⁸ G. BELLERI, *op. cit.*

pio più virtuoso è quello della Toscana che ha investito di più nell'attivazione delle Aggregazioni funzionali territoriali, mentre sul polo opposto si collocano la Lombardia e le regioni meridionali che non hanno attivato forme di aggregazione fra i medici dell'assistenza primaria.

Per quanto riguarda invece le Unità complesse di cure primarie (UCCP) sono state organizzate come un poliambulatorio territoriale aperto al pubblico per l'intera giornata, nonché nei giorni festivi e prefestivi, con turnazione, garantendo il raccordo delle stesse con le strutture ospedaliere.

Il modello di assistenza sanitaria territoriale fondato sulle UCCP e sulle AFT è stato rilanciato anche dal Patto per la salute 2014-2016 che, proprio all'art. 5, impegna le Regioni, facendo leva sulla propria autonomia gestionale ed organizzativa, a promuovere le UCCP e le AFT come forme organizzative di medicina convenzionata.

Oltre ad aver sollecitato le regioni in tal senso, il Patto ha anche sostenuto la centralità Distretto come struttura fondamentale della medicina territoriale nonché come luogo di coordinamento e gestione e definizione delle attività territoriali.

Il Patto per la salute, inoltre, ha definito quelli che dovranno essere gli standard organizzativi che il Distretto, le UCCP e le AFT al suo interno, dovranno osservare imponendo, inoltre, che siano ridefiniti anche ruoli e competenze delle relazioni professionali prevedendo anche l'assegnazione ad ogni professionista, individualmente o in equipe, dei compiti, delle responsabilità e delle funzioni che dovrà esercitare.

L'epidemia da Covid-19, soprattutto tenendo conto di quanto la stessa abbia colpito la popolazione della Lombardia, ha messo drammaticamente in luce l'inadeguatezza della legge n. 23 e delle policies regionali che non hanno riservato la giusta importanza alla medicina del territorio.

Infatti scelte inappropriate come la chiusura dei presidi distrettuali sociosanitari, la mancata attuazione di forme associative previste dalla riforma Balduzzi, unitamente a diverse altre scelte sbagliate sono emerse chiaramente con l'avvento della pandemia che, invece, ha messo in evidenza la necessità di riorganizzare le politiche sanitarie rivolte alle cure primarie.

Fra i punti critici emersi figurano, in primo luogo, la dicotomia fra ASST (Agenzie socio sanitarie territoriali) ed ATS (Agenzia Tutela della Salute) nella gestione del territorio che hanno pericolosamente generato una separazione fra funzioni di programmazione e quelle di erogazione delle prestazioni e gestione del sistema.

Tali criticità, pertanto, hanno richiesto una riforma del Sistema sociosanitario lombardo che richiede una sua riorganizzazione in modo da allinearla con le di-

sposizioni normative nazionali ossia quelle previste dal D.Lgs. n. 502/1992¹⁹.

L'obiettivo di tale riforma è fondamentalmente uno ossia quello di garantire al sistema una risposta efficiente e coerente rispetto alle esigenze sociosanitarie della popolazione di riferimento che hanno reso necessario l'istituzione di Dipartimenti di Prevenzione e di Distretti intesi come articolazioni delle ASST, istituire i Dipartimenti di Salute mentale, istituire la figura del Direttore di Distretto.

Ovviamente una riforma di tale portata richiede una serie di interventi ed implica il superamento di una serie di problemi emersi, nell'assetto del Servizio Sanitario regionale lombardo predisposto dalla legge n. 31/1997 meglio nota come riforma Formigoni. Tale intervento normativo, infatti, che reso ancora più complesso il rapporto fra Asl, ed Ats dal 2015, ed erogatori di servizi accreditati con la regione ossia laboratori di analisi, poliambulatori, centri riabilitativi che creando un assetto strutturato sulla privatizzazione dei servizi di medicina territoriale²⁰.

Solo una delibera della Giunta regionale lombarda (n. 4811) del 21 maggio 2021 ha cominciato a tracciare le Linee di Sviluppo del sistema sociosanitario della regione che passa sotto il controllo delle Agenzie socio sanitarie territoriali (ASST) struttura funzionalmente distinta rispetto al polo ospedaliero.

Con tale scelta l'organizzazione del Servizio Sanitario della Regione Lombardia si allinea con quella delle altre regioni limitrofe ove è sempre l'Azienda sanitaria a gestire tanto le Aziende ospedaliere quanto la rete sociosanitaria territoriale e tale concentrazione di funzioni genera diversi vantaggi e garantisce l'effettiva integrazione operativa tra i due comparti.

Ma vediamo in sintesi quali sono le principali novità, che porteranno ad una ristrutturazione del Servizio Sanitario lombardo previste dalla Delibera regionale 21 maggio 2021, n. 4811 che prevede una revisione della Governance.

In base al nuovo assetto le ATS non avranno più il compito di erogare servizi di assistenza primaria ma avranno esclusivamente compiti amministrativi e gestionali al fine di attuare una nuova logica di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto, controllo ed erogazione.

D'altra parte, invece, le ASST, alle quali faranno riferimento i dipartimenti Cure Primarie e di Salute mentale e prevenzione, saranno suddivise in un polo territoriale articolato in Distretti ed in un polo ospedaliero articolato in Dipartimenti.

¹⁹D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

²⁰G. BELLERI, *op. cit.*

Per quanto riguarda, invece, gli ospedali di grandi dimensioni verranno incorporati dalle ASST per divenire aziende ospedaliere dotate di personalità giuridica di diritto pubblico che disporranno di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale e tecnica.

Per quanto concerne la rete territoriale la stessa sarà articolata in Distretti per ogni centomila abitanti che opereranno in collaborazione con altre strutture previste dal PNRR che dovranno operare per garantire l'assistenza domiciliare ed il pieno funzionamento della telemedicina.

Un passaggio importante della revisione dell'apparato organizzativo del Servizio Sanitario lombardo coincide con la chiamata in causa dei sindaci che dovranno esercitare il loro ruolo in modo da rendere effettiva la programmazione locale. È bene precisare, a tal riguardo, come nel ridefinire la struttura organizzativa del Servizio Sanitario regionale lombardo la delibera n. 4811/2021 recepisce molte delle indicazioni generali dettate dal PNRR.

Fra le novità più importanti introdotte da tale Delibera, rispetto all'originario assetto previsto dalla legge n. 23, si registra la definitiva uscita dell'ATS dall'area di erogazione dei servizi che passano, pertanto, alle ASST che restano suddivise in due poli ospedaliero e territoriale.

In base a tale riorganizzazione, quindi, gli ospedali di medie dimensioni continueranno a mantenere il loro assetto, invece quelli provinciali, poiché erogano prestazioni altamente complesse, diventeranno autonomi e non avranno più alcuna necessità di confrontarsi con il territorio.

Il nuovo assetto organizzativo, pertanto, rappresenta il tentativo della politica di rimediare alle tante scelte sbagliate che, in Lombardia, come anche in diverse altre regioni italiane, hanno letteralmente distrutto la medicina territoriale. Tale constatazione, fra l'altro, sorprende soprattutto quando si parla di sanità lombarda ove l'apparente immagine di eccellenza ostentata negli ultimi anni è stata smentita dall'avvento della crisi pandemica da Covid-19.

Ovviamente la prima constatazione che è stata effettuata, dopo tale evento che nel territorio lombardo ha generato effetti devastanti che rimarranno scolpite nella memoria collettiva, è l'urgenza di effettuare un investimento per ripristinare una medicina territoriale dato che una visione "ospedalocentrica" ha dimostrato la sua inadeguatezza dimostrando tutte le sue fragilità.

L'ondata pandemica purtroppo ancora in atto ha reso necessario, per evitare nuove future catastrofi, il potenziamento della medicina territoriale che dovrà fronteggiare, probabilmente, anche future emergenze sanitarie²¹.

²¹ G. BELLERI, *op. cit.*

2.3. Lettura critica del PNRR: la riforma dell'assistenza territoriale

Come evidenzia la dottrina le scelte compiute dal PNRR, nella Missione n. 6, possono essere assoggettate ad una lettura critica finalizzate a metterne in luce gli aspetti non chiari, ma è bene procedere per gradi verificando cosa dovrebbe cambiare nell'assetto organizzativa del settore sanità.

Innanzitutto occorre iniziare da una valutazione generale ricordando che il punto di rottura del PNRR rispetto al passato coincide proprio con la necessità di riservare alle strutture territoriali un ruolo di primaria importanza nella gestione dei servizi sanitari, obiettivo, questo che passa anche attraverso la realizzazione fisica di strutture che garantiranno una rete territoriale rinforzata.

Tuttavia, come osserva la dottrina, questa scelta di far rinascere le strutture che garantiranno l'effettivo funzionamento della medicina territoriale va incontro, principalmente, a due rischi: da un lato si colloca la nota farraginosità burocratica delle procedure pubbliche che spesso culminano nella mancata utilizzazione di fondi comunitari, mentre il secondo rischio corrisponde con la scarsa capacità di coordinare e coinvolgere professionisti.

Fra l'altro il rinnovo dell'ACN (Accordo collettivo nazionale) potrà prevedere forme di incentivi per quei medici che decidono di aderire al progetto, dato che senza la loro adesione le CdC (Case di Comunità) non potranno sorgere nel rapporto di una ogni cinquantamila abitanti. Fra l'altro le schede del PNRR evidenziano la possibilità di trovarsi al cospetto di un rischio ossia quello che le Case di Comunità potrebbero sorgere senza poter disporre di figure professionali adeguate²².

Oltre a tale rischio, inoltre, è opportuno sottolineare come tale requisito demografico potrà andare incontro alle esigenze di quei comuni con popolazione superiore ai cinquantamila abitanti, invece le CdC saranno sicuramente meno adeguate a rispondere delle esigenze di quegli ottomila Comuni che, nel nostro Paese, hanno una popolazione inferiore a quindicimila abitanti.

Aumentando il numero di abitanti a cinquantamila per ogni Casa di Comunità, osserva la dottrina, si è fatto un notevole passo indietro rispetto a quanto precedentemente previsto dal Governo Conte che invece prevedeva una CdC ogni venticinquemila abitanti.

Sul tema delle Case di Comunità può essere utile soffermarsi sulle varie versioni del PNRR, che si sono succedute fra gennaio e luglio 2021, per confrontare come sia cambiato l'approccio verso l'istituzione di tali strutture strettamente connesse al bacino di utenza.

²² G. BELLERI, *Guida alla riforma del Servizio Sanitaria in Lombardia e al Piano nazionale di ripresa e resilienza: opportunità e rischi per il futuro dell'assistenza primaria*, p. 168 ss.

Tabella 2.7. – *Le Case di Comunità nel PNRR*

<i>Case di Comunità (CdC): le varie versioni del PNRR.</i>
1° VERSIONE (gennaio 2021). Nella prima versione del PNRR, che è stata approvata dal Governo Conte il 12 gennaio 2021 prevedeva un finanziamento di 4 miliardi di euro per la realizzazione entro il 2026 di una CdC ogni 24500 abitanti, in partica 2564 nuovi edifici che avrebbero come obiettivo quello di prendere in carico circa 8 milioni di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni di pazienti multi-patologici.
2° VERSIONE (aprile 2021). Il Parlamento approva una mozione che dimezza il numero delle CdC, prevedendone l’attivazione di 1288 Case della comunità entro metà 2026 prevedendo la possibilità di utilizzare tanto strutture già esistenti quanto strutture nuove, prevedendo un investimento di circa 2 miliardi di euro.
3° VERSIONE (maggio 2021): viene approvato il documento ufficiale deliberato dal Parlamento che prevede l’istituzione di 1288 ossia 1 CdP ogni 45-50 mila abitanti. Tale scelta contrasta palesemente con la scheda inserita nelle schede di programma inviate alla UE.
4° VERSIONE (luglio 2021). Superando i le tipologie del PNRR e quelle deliberato dal Parlamento, l’Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali), al fine di garantire una capillarità sul territorio dei servizi e l’equità di accesso. Pertanto nascerà una CdC: <ul style="list-style-type: none"> – ogni 30/35 mila abitanti nelle aree metropolitane; – ogni 20/25 mila abitanti nelle aree urbane ed extra-urbane; – ogni 10/15 mila abitanti nelle aree interne e rurali. Alle CdC, inoltre, dovranno essere ricondotte le aggregazioni di Medicina Generale e Pediatria di libera scelta.

Seguendo l’ultima versione proposta dall’Agenas, tenendo conto della diversificazione delle strutture connesse alla popolazione, le Case di Comunità dovrebbero raddoppiare rispetto al numero originario previsto ad aprile²³.

In verità come osservato dalla dottrina²⁴, per disegnare un nuovo modello di medicina territoriale facendo ricorso alle Case di Comunità, bisognerebbe prendere in considerazione realtà già consolidate come quelle che si registrano in Emilia Romagna, dove già dal 2010 le Case di Comunità sono attive.

In verità, qualora si attivassero le Case di Comunità, che comunque sicuramente non possono essere create facendo riferimento esclusivo ad un ragionamento puramente ragionieristico, senza tener conto delle particolarità del territorio, vorrebbe dire costruire, ancora una volta, cattedrali nel deserto assolutamente svincolate da quelle che sono le esigenze della collettività.

²³ Il Direttore di Agenas, Domenico Manotà a tal riguardo osserva che le CdC del PNRR “costituiscono la fase iniziale di un progetto più ampio, che mira a rafforzare l’assistenza sanitaria di base nel nostro Paese e riprodurre il modello hub e spoke che, una volta operativo, prevede un numero di strutture maggiore che andranno a coprire in modo capillare ed efficiente tutto il territorio nazionale”. Agenas Monitor n. 45/2021, p. 10 ss.

²⁴ G. BELLERI, *op. cit.*

In verità le CdC hanno ragione di esistere se inserite all'interno di una rete sociosanitaria esistente che parte dai medici di Medicina Generale (MMG) creando una rete che opera in stretta interdipendenza²⁵.

Pertanto una valutazione critica riguardo al rilancio della medicina del territorio attraverso l'istituzione delle Case di Comunità non può non tener conto del fatto che possono essere impiegate le risorse per la realizzazione delle strutture ove tali attività dovranno essere eseguite, ma non è ancora chiaro con quali risorse potranno essere assunti tutti gli operatori sanitari che dovranno riempire le Case di Comunità. In verità si è pensato, in un primo momento, ad un coinvolgimento dei medici di medicina generale.

²⁵ A tal riguardo la dottrina osserva: G. BELLERI, *Guida alla riforma del servizio sanitario in Lombardia*, cit., p. 185, ove l'autore osserva come "... Nelle schede di accompagnamento del Pnrr a proposito di CdC vengono segnalati numerosi rischi per il buon esito dell'investimento: – la mancata definizione di strutture, tecnologie e norme organizzative per l'assistenza primaria, – normativa nazionale ambigua in materia di assistenza primaria, con conseguente attuazione ineguale a livello regionale, – scarsa capacità di coordinare i professionisti, soprattutto attraverso accordi contrattuali, – insufficiente numero e competenza dei professionisti dedicati all'assistenza ...".

3.

La gestione del PNRR Missione “Salute”: tre Regioni a confronto

3.1. Il contesto socioeconomico di riferimento per il PNRR

La pandemia da Covid-19 ha colpito l'economia italiana più di altri Paesi europei. Nel 2020, il PIL si è ridotto dell'8,9%, a fronte di un calo nell'Unione Europea del 6,2%. L'Italia è stata colpita per prima e più duramente dalla crisi sanitaria. Le prime misure locali sono state disposte a febbraio 2020 e a marzo l'Italia è stata il primo Paese dell'UE a dover imporre un *lockdown* generalizzato. Ad oggi (marzo 2022), risultano registrati circa 120.000 decessi imputati al Covid-19, che rendono l'Italia il Paese che ha subito la maggior perdita di vite nell'UE.

Nel ventennio 1999-2019, in Italia, il PIL è cresciuto in totale del 7,9%. Nello stesso periodo in Germania, Francia e Spagna, l'aumento è stato rispettivamente del 30,2, del 32,4 e del 43,6%. Tra il 2005 e il 2019, il numero di persone sotto la soglia di povertà assoluta è salito al 7,7% (dal 3,3%) della popolazione; dato ulteriormente aumentato nel 2020, fino ad arrivare al 9,4%. Tali dati evidenziano la situazione di fragilità economica e sociale dell'Italia; condizione ulteriormente aggravata dalla pandemia di Covid-19.

A queste principali dinamiche macro economiche e sociali si è accompagnata, prima dell'avvio del PNRR la progressiva riduzione della spesa sanitaria; come bene evidenziato dal rapporto 2021 dell'OASI – Osservatorio sulle Aziende Sanitarie – del 2021 (OASI 2021), la gestione dell'emergenza pandemia si sviluppa in un contesto caratterizzato da una fase di austerità prolungata sull'intero SSN, i cui elementi caratterizzanti sono stati nel corso del periodo i piani di rientro per le Regioni in disavanzo economico finanziario, come Lazio e molte regioni del Mezzogiorno, o le politiche di *spending review*.

Si ricorda, sempre a questo proposito, che nel decennio 2010-2019 la spesa complessiva del SSN ha registrato una crescita annua dello 0,9%, in misura

inferiore alla crescita del PIL, mentre la spesa per il personale ha evidenziato una decrescita o diminuzione annua dello 0,5%. Il personale, che doveva rappresentare la risorsa chiave per la risposta del SSN di fronte alla emergenza pandemica, si è trovato in una situazione di forte indebolimento.

A generare la difficoltà dell'economia italiana a tenere il passo con gli altri Paesi europei e a correggere i suoi squilibri sociali ed ambientali c'è l'andamento della produttività, molto più lento in Italia che nel resto d'Europa. Dal 1999 al 2019, il PIL per ora lavorata in Italia è cresciuto del 4,2%, mentre in Francia e Germania è aumentato rispettivamente del 21,2 e del 21,3%. Tra le cause del deludente andamento della produttività, vi è sicuramente l'incapacità di cogliere le molte opportunità legate alla rivoluzione digitale.

La scarsa familiarità con le tecnologie digitali caratterizza anche il settore pubblico ed in primo luogo il SSN, componente rilevante del sistema della PA: prima dello scoppio della pandemia, il 98,9% dei dipendenti dell'amministrazione pubblica in Italia non aveva mai utilizzato il lavoro agile.

La riflessione sul lavoro agile è di relativa rilevanza nel caso delle aziende sanitarie ed ospedaliere chiamate a dover affrontare l'emergenza pandemica nelle Unità di Emergenza/Urgenza, nelle Terapie intensive e nei Dipartimenti di ricovero e cura.

Rilevante invece è l'impatto sulla gestione delle basi dati sanitarie ed epidemiologiche e per l'attività di monitoraggio/sorveglianza e programmazione delle vaccinazioni.

Infine, prima dell'emergenza pandemica, si era registrato un forte calo degli investimenti pubblici e privati, che ha rallentato i necessari processi di modernizzazione della pubblica amministrazione, delle infrastrutture e delle filiere produttive. Nel ventennio 1999-2019 gli investimenti totali in Italia sono cresciuti del 66%, a fronte del 118% nella zona euro. In particolare, mentre la quota di investimenti privati è aumentata, quella degli investimenti pubblici è diminuita, passando dal 14,6% degli investimenti totali nel 1999 al 12,7% nel 2019.

Come ben evidenziato nel precedente capitolo, l'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica attraverso il Next Generation EU (NGEU), un programma di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Per l'Italia il NGEU rappresenta un'opportunità imperdibile di sviluppo, investimenti e riforme. L'Italia deve modernizzare la sua pubblica amministrazione, rafforzare il suo sistema produttivo ed intensificare gli sforzi nel contrastare la povertà, l'esclusione sociale e le disuguaglianze. Il NGEU può

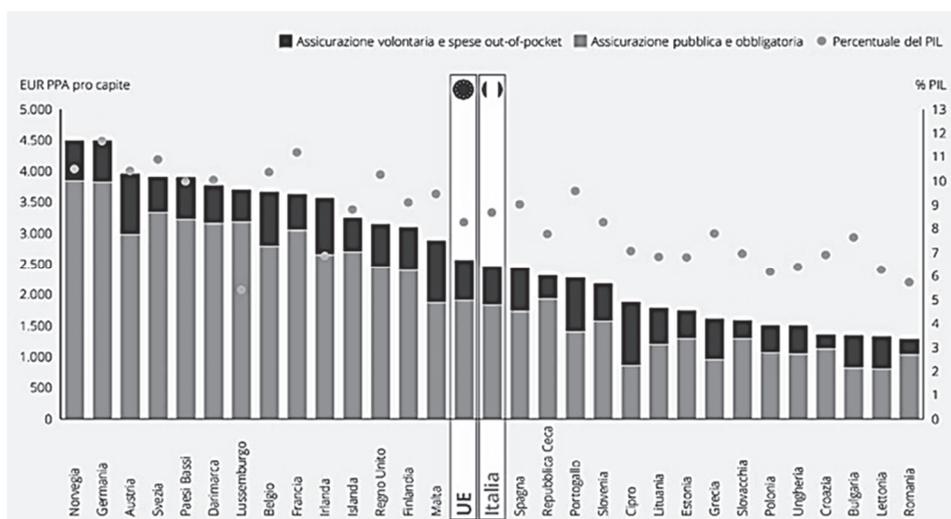
essere l'occasione per riprendere un percorso di crescita economica sostenibile e duraturo, rimuovendo gli ostacoli che hanno bloccato la crescita italiana negli ultimi decenni.

L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU).

Come già sottolineato, il solo RRF (PNRR) garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto. L'Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento tramite i prestiti della RRF, che per il nostro Paese è stimata in 122,6 miliardi.

Come e ben noto, la pandemia da Covid-19 ha ulteriormente rafforzato la consapevolezza delle singole nazioni sul valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Dal confronto effettuato dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD – *Health at a glance*, 2021), il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Italiano presenta *performance* epidemiologiche e sanitarie adeguate, esiti sanitari adeguati ed un'elevata speranza di vita alla nascita, nonostante la spesa sanitaria sul PIL risulti inferiore rispetto alla media UE ed abbia registrato un deciso rallentamento negli ultimi anni.

Figura 3.1. – Spesa sanitaria degli stati membri nell'Unione Europea



Fonte: OECD (2021).

Lo stress pandemico ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti fortemente critici di natura strutturale, che in futuro potrebbero essere acuiti dalla crescente domanda di cure, conseguente alle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

L'esperienza pandemica ha evidenziato nello specifico: delle significative disparità a livello territoriale, una non adeguata integrazione tra i servizi territoriali-sociali e quelli ospedalieri ed una scarsa attitudine nel definire strategie di risposta a rischi ambientali, climatici e sanitari.

Proprio il tema della disparità territoriale, o meglio della differente capacità a livello progettuale e di realizzazione tra le diverse Regioni e in alcuni casi regionali, tra le stesse aziende sanitarie, rende necessaria un'analisi a livello regionale sull'attuazione del PNRR, che verrà sviluppata nelle pagine seguenti.

La strategia perseguita con il PNRR è di conseguenza finalizzata ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici. Un significativo sforzo in termini di riforme ed investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale.

All'interno del PNRR la quota di risorse destinata alla Missione Salute, e direttamente quindi alle aziende sanitarie ed ospedaliere, nonché alle strutture sanitarie private *for profit* e *non profit* che operano in partenariato con le aziende sanitarie pubbliche, è pari complessivamente a 15,6 miliardi di euro.

Figura 3.2. – Risorse messe a disposizione per la Missione Salute



Fonte: elaborazione propria.

Interessante è poi segnalare che da un primo confronto/*benchmarking* con i PNRR dei Paesi mediterranei – che verrà presentato in modo organico nelle pagine successive – emerge che l’Italia è l’unico Paese che riserva una missione specifica al tema della Salute. Infatti, missioni specifiche non sono previste in Portogallo (*Recuperar Portugal*), Spagna (*Espana Puede*) e Grecia (*Greece/Ellas 2.0*) ed il rafforzamento della medicina territoriale integrata e della sanità digitale sono distribuite nelle azioni relative al rafforzamento della coesione sociale e territoriale e della trasformazione digitale.

La focalizzazione sulle reti sanitarie territoriali integrate è motivata dalla necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio, in relazione al processo di invecchiamento della popolazione (OASI, 2021; CREA sanità, 2021; OECD, 2021), alla crescente presenza di fenomeni di polimorbosità e alla sempre maggiore numerosità di pazienti fragili, nonché all’aumento della cronicità. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40%, è afflitta da malattie croniche.

L’attuazione del PNRR si collega idealmente ad una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed organizzativo, che consenta al Paese di conseguire *standard* qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario.

La missione si articola in due componenti:

- **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale:** gli interventi di questa componente intendono rafforzare la capacità di offerta di servizi sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una migliore integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Nello specifico la componente risulta così articolata:

1.1 Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale;

1.1.1 Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima;

1.1.2 Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona;

1.1.3 Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina;

1.1.4 Investimento 1.3 Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

• **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale:** le misure incluse in questa componente mirano al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al completamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ad una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso l'uso di più efficaci sistemi informativi.

Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Più in dettaglio la componente risulta così articolata:

1.2.1 Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS;

1.2.2 Investimento 1 Aggiornamento tecnologico e digitale;

1.2.3 Investimento 2 Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Nelle pagine successive si presentano le scelte di allocazione delle risorse provenienti dal PNRR in un campione di tre Regioni rappresentate da Lazio, Calabria e Puglia. La scelta delle tre Regioni si fonda principalmente sull'esigenza di focalizzare l'attenzione sull'attuazione del PNRR nelle Regioni del Mezzogiorno (Calabria e Puglia), che dall'istituzione del SSN hanno registrato ritardi nel potenziamento della assistenza sanitaria territoriale e hanno subito impatti significativi legati alle politiche di rientro del disavanzo sanitario e di *spending review*.

La Regione Calabria rappresenta, peraltro, un caso importante di difficoltà di governo e *governance* da parte del livello centrale, con esigenze di rafforzamento istituzionale e di vero e proprio *institutional* e *capacity building*.

Differenti sono le motivazioni sottostanti alla scelta della Regione Lazio: il Lazio condivide con le altre due Regioni un'eredità legata ai piani di rientro sul disavanzo sanitario e rappresenta un'importante specificità soprattutto per quanto riguarda il sistema sanitario di Roma capitale e dell'area metropolitana. Si è cercato di capire, dal confronto, se la presenza dell'area metropolitana (Roma è sicuramente la città metropolitana più rilevante tra le altre 8 presenti a livello nazionale) avesse inciso sulle scelte di allocazione e distribuzione dei fondi.

3.2. La Regione Lazio

Il Lazio, come soggetto attuatore, è stata la prima Regione ad aver sottoscritto il contratto istituzionale di sviluppo del PNRR, Missione 6, e ad aver inviato al Ministero della Salute il proprio piano per la controfirma del Ministro.

Il valore complessivo delle risorse allocate alla finalizzazione dei progetti presentati ammonta a circa 673 milioni di euro.

La Regione Lazio ha provveduto a dare attuazione agli impegni previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo attraverso:

- delega del ruolo di soggetto attuatore agli enti del SSR – soggetto attuatore esterno: in particolare le 6 ASL dell'area metropolitana di Roma e le ASL di Viterbo, Rieti, Latina e Frosinone. Tra i soggetti attuatori giocano un ruolo rilevante le AO (San Camillo Forlanini e San Giovanni Addolorata) le A.O.U. Policlinico Umberto I e Sant'Andrea, gli IRCCS, la Fondazione Policlinico Tor Vergata ed ARES 118;
- ricorso a procedure di affidamento aggregate attraverso procedure centralizzate regionali per l'affidamento di Servizi di ingegneria sopra soglia, la digitalizzazione Dipartimenti di Emergenza ed accettazione di primo e secondo livello e soprattutto l'acquisto di grandi attrezzature biomedicali. Infatti la Regione procederà attraverso procedure centralizzate all'acquisizione di tomografi assiali computerizzati, risonanze magnetiche, acceleratori lineari, angiografi cardiologici e vascolari, mammografi. Per le altre tecnologie previste nel PNRR le Aziende Sanitarie ricorreranno agli Accordi Quadro Consip.

Infine, va sottolineato che la Regione Lazio ha concluso nel 2021 l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione delle COT e delle Case delle Salute e ha proceduto con l'individuazione dei siti a dicembre 2021.

Case della Comunità e presa in carico della persona: La Regione Lazio intende sostenere, nell'ottica del PNRR, gli investimenti volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità. Gli interventi messi in atto prevedono il potenziamento e la realizzazione di strutture territoriali, l'estensione dell'assistenza domiciliare, il coordinamento tra *setting* di cura, al fine di garantire la continuità dell'Assistenza, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari. La Regione Lazio ha previsto la messa in atto di un modello *hub-spoke* al fine di garantire la maggiore capillarizzazione dei servizi anche a livello di sedi in località montane e/o comunque decentrate rispetto le aree metropolitane maggiormente servite.

Almeno 107 Case della Comunità (*target* minimo regionale) devono essere messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza ai potenziali utenti

(malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà). Il fabbisogno è dettagliato in termini di numero di Case della Comunità (distinte fra da edificare e da ristrutturare); alle ASL dell'area metropolitana per Ente di riferimento sono complessivamente destinate 91 Case della Comunità, mentre le rimanenti 44 vengono attribuite alle altre 4 ASL operanti su base provinciale. Principale beneficiaria a livello provinciale è l'ASL di Frosinone, con 17 Case della Comunità.

Tabella 3.1. – *Distribuzione Case di Comunità nel Lazio*

Ente del SSR	Totale
ASL ROMA 1	19
ASL ROMA 2	22
ASL ROMA 3	8
ASL ROMA 4	11
ASL ROMA 5	20
ASL ROMA 6	11
ASL FROSINONE	17
ASL LATINA	15
ASL VITERBO	7
ASL RIETI	5
Totale	135

Fonte: elaborazione su dati Regione Lazio.

Centrali Operative Territoriali (COT) – L'investimento previsto riguarda l'attivazione di 59 Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.

La Regione Lazio procede a verificare che i singoli Enti del Servizio Sanitario regionale (SSR) monitorino l'aderenza ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali previsti dal modello organizzativo delle COT definiti dagli Enti sovraordinati.

L'importo assegnato ammonta ad:

- 10,2 mil euro risorse COT (all'interno di tale importo sono individuati gli interventi di 59 CUP);

- 4,1 ca mil euro risorse interconnessione (all'interno di tale importo sono individuati gli interventi di 16 CUP, uno per Ciascuna Azienda Sanitaria Locale e/o Ospedaliera);
- 5,7 ca mil euro per risorse *device*; all'interno di tale importo sono individuati gli interventi di 16 CUP, uno per Ciascuna Azienda Sanitaria Locale e/o Ospedaliera).

Non vengono infine previste risorse integrative a carico del bilancio regionale per realizzare i diversi interventi.

Ospedali di comunità – L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di almeno 35 Ospedali di Comunità, rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche all'avanguardia. L'importo assegnato ammonta ad 86.4 ca milioni euro.

Sono previsti 16 Ospedali di Comunità nell'area metropolitana di Roma e 20 da redistribuire tra le quattro Province laziali. La realizzazione degli Ospedali di Comunità, e soprattutto la messa in funzione degli stessi, richiederà particolare attenzione nell'area metropolitana di Roma in cui dovranno essere valutate le potenziali sinergie con la rete di offerta di servizi ospedalieri ed extraospedalieri esistenti, le sovrapposizioni e le duplicazioni e soprattutto la possibilità di attivare in tempi realisticamente brevi la dotazione di nuovo personale medico, tecnico ed infermieristico.

Tabella 3.2. – *Distribuzione Ospedali di Comunità nel Lazio*

Ente del SSR	Totale
ASL ROMA 1	
ASL ROMA 2	2
ASL ROMA 3	4
ASL ROMA 4	2
ASL ROMA 5	4
ASL ROMA 6	4
ASL FROSINONE	6
ASL LATINA	4
ASL VITERBO	2
ASL RIETI	2
Totale	36

Fonte: elaborazione su dati Regione Lazio.

Grandi Apparecchiature Sanitarie – Questa linea di azione prevede il rafforzamento ed il consolidamento della digitalizzazione dell’assistenza ed il miglioramento della qualità dei processi diagnostici e terapeutici, garantendo la sicurezza dei pazienti e l’erogazione di servizi di alta qualità. L’investimento si riferisce all’ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati.

La Regione Lazio ha individuato il numero di grandi apparecchiature sanitarie da sostituire per ciascun Ente del Servizio Sanitario regionale (SSR), con un *target* complessivo di 298 unità, per un totale di 102,8 milioni euro.

Digitalizzazione DEA – Rafforzamento strutturale SSN – L’intervento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello.

Ogni struttura ospedaliera deve disporre di un Infocenter/Servizio informatico necessario per realizzare l’informatizzazione dell’intera struttura ospedaliera e dovrà garantire adeguate tecnologie informatiche *hardware* e/o *software*, nonché tecnologie biomediche e di supporto, necessarie per realizzare l’informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.

La Regione Lazio ha individuato in 21 il numero di interventi di digitalizzazione di strutture sanitarie sede di DEA I e II livello per ciascun Ente del Servizio Sanitario Regionale (SSR), per un investimento totale di 102,8 milioni euro.

Rafforzamento strutturale SSN (“progetti in essere”) – L’intervento si riferisce al potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva.

La Regione Lazio ha fissato come *target* regionale l’attivazione di 282 PL di terapia intensiva, 412 PL di terapia sub intensiva e 34 interventi di ristrutturazione dei percorsi Pronto soccorso, per un importo totale assegnato di 118,2 milioni euro, a cui va a sommarsi l’importo integrativo a carico del bilancio regionale pari a 2 ca milioni euro.

Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR) – L’intervento prevede il progressivo riallineamento delle strutture ospedaliere alle normative antisismiche.

La Regione Lazio e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) hanno stabilito per l’investimento in oggetto di ricorrere a procedure aggregate di affidamento (per l’individuazione di professionisti e per l’affidamento di Servizi di ingegneria da parte delle Aziende sanitarie).

La Regione Lazio ha individuato il fabbisogno di 7 interventi per una spesa complessiva di 55.2 milioni euro. A queste risorse si affiancano le risorse sul nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC), collegato ai 220 inter-

venti previsti a livello Nazionale, finanziati con le risorse del Fondo Complementare.

La Regione Lazio ha individuato come obiettivo Regionale la realizzazione di 33 interventi di adeguamento alle vigenti norme antisismiche, per un importo complessivo pari a 125,3 ca milioni euro.

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) – L'investimento è volto a strutturare una significativa modifica nell'infrastruttura tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del Servizio Sanitario Nazionale a livello centrale e regionale. L'intervento si articola su due principali macroprogetti:

- il completamento dell'infrastruttura e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) esistente;
- l'implementazione dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei LEA (servizi essenziali garantiti dal SSN) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i *trend* e il quadro epidemiologico.

L'investimento previsto dal PNRR si compone delle seguenti linee di attività relative a:

1. *repository* centrale, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia *user-friendly*;
2. adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome;
3. utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale.

Nello specifico, il piano prevede che l'integrazione e inserimento dei documenti nel FSE debba iniziare dalla documentazione nativa digitale; che la migrazione e/o trasposizione *ad hoc* di documenti cartacei, attuali o vecchi, sia inclusa nel perimetro dell'intervento; e che vi sia una partecipazione attiva dei MMG nell'alimentare tale flusso di dati.

La Regione Lazio ha fissato come *target* regionale l'85% dei MMG che adottino, utilizzino ed alimentino il FSE. L'investimento complessivo ammonta a 610,3 milioni euro.

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – Questo pacchetto di interventi è finalizzato all'attivazione di 4 nuovi flussi informativi, al fine di rafforzare la capacità di rilevazione ed elaborazione dati, garantendo una migliore capacità predittiva del SSN. Il rafforzamento dell'infrastruttura

tecnologica e degli strumenti di analisi favorirà la programmazione di servizi di assistenza sanitaria in linea con i bisogni espressi, l'evoluzione demografica della popolazione, i *trend* ed il quadro epidemiologico.

La Regione Lazio ha fissato come *target* regionale l'attivazione di 4 flussi informativi con un investimento complessivo di 2.619,4 milioni euro.

Borse aggiuntive in formazione di medicina generale – L'intervento è mirato ad incrementare i fondi legati a borse di studio per i corsi rivolti ai MMG (medicina di base). Il *target* regionale viene fissato a livello nazionale dal Ministero della Salute; ad oggi, sono state attribuite alle Regioni le prime 900 borse aggiuntive relative al triennio formativo 2021-2024.

Corso di formazione in infezioni ospedaliere – L'investimento punta ad attivare un piano di formazione sulle infezioni ospedaliere rivolto a tutto il personale del SSN.

La Regione Lazio si avvarrà delle Aziende Sanitarie, al fine di raggiungere il numero *target* complessivo in termini di partecipanti coinvolti. L'adesione al programma da parte dei professionisti sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale operanti nelle strutture ospedaliere dovrà essere accreditata ECM.

Il programma, redatto dalla Regione Lazio, è articolato nelle sue diverse componenti (corsi/moduli) sulla base delle indicazioni nazionali, tenendo in considerazione le peculiarità della regione stessa e i diversi *setting*. A tal fine, si valorizzano le competenze specifiche dei vari *stakeholder* presenti sul territorio, anche attraverso la collaborazione con le Università, gli IRCSS, l'Agenas e l'Istituto Superiore di Sanità.

Il programma è articolato in modalità *blended* (modalità mista in ambienti di apprendimento eterogenei, che includano formazione frontale in aula e apprendimento *online*), prevedendo tanto una formazione teorica, quanto degli approfondimenti pratici a livello locale presso le strutture sanitarie di appartenenza dei partecipanti.

La Regione Lazio ha predisposto uno specifico percorso formativo che coinvolgerà tutte le aziende sanitarie al fine di promuovere un coinvolgimento degli attori professionali nei processi clinici, assistenziali ed organizzativi. Obiettivi del progetto sono migliorare i processi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA); promuovere l'integrazione professionale multidisciplinare e l'omogeneizzazione delle pratiche cliniche; favorire la diffusione e l'utilizzo di buone pratiche e l'approccio per processi.

La Regione Lazio ha predisposto l'attivazione di 34 corsi di formazione e si impegna a dettagliare le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento ed a definire eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo, relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei progetti.

Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, sempre all'interno del budget globale attribuito. L'importo complessivo assegnato è pari ad euro 4,5 milioni.

3.3. La Regione Calabria

La Regione Calabria procede a dare attuazione agli impegni previsti per il soggetto attuatore dal Contratto Istituzionale di Sviluppo, in particolare in riferimento a quanto previsto all'art. 5 dello stesso, secondo quanto riportato:

- Delega del ruolo di soggetto attuatore agli enti del SSR – soggetto attuatore esterno, ossia le 5 ASP provinciali di Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria, Crotona e Vibo Valentia. A queste si affiancano l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, la AO di Catanzaro, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini ed infine il Grande Ospedale Metropolitano Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria (GOM RC).
- **Ricorso a procedure di affidamento aggregate** – La Regione Calabria intende avvalersi della previsione normativa su “Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”, che prevede la possibilità di avvalersi del supporto tecnico-operativo di società *in house* qualificate (INVITALIA, CONSIP). La Regione Calabria ha aderito alla stipula di un Accordo Quadro con INVITALIA, per interventi infrastrutturali PNRR e PNC, sulla base delle indicazioni fornite dalle Aziende del SSR.

La Regione ha concluso nel 2021 l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione delle Case di Comunità, in linea con le direttive date da AGENAS e ha trasmesso i dati relativi agli individuati immobili e terreni sulle specifiche piattaforme telematiche, rese disponibili da AGENAS.

Case della Comunità e presa in carico della persona – L'investimento prevede l'attivazione di 61 Case della Comunità con un investimento pari a 84,6 ca milioni di euro. A queste risorse verranno sommate 5,8 ca milioni euro come importo integrativo regionale (DGR n. 174/2022) per efficientamento energetico. Si prevede di *realizzare ex novo* 5 Case della Comunità e di ristrutturare attraverso interventi di manutenzione straordinaria le altre 56. Significative sono le differenze con la strategia messa in atto dalla Regione Lazio che prevede la costruzione *ex novo*.

Tabella 3.3. – *Distribuzione Case di Comunità in Calabria*

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare	Numero Case della Comunità da ristrutturare	Totale
ASP Cosenza	4	18	22
ASP Catanzaro	1	10	11
ASP Crotone	0	6	6
ASP Vibo Valentia	0	5	5
ASP Reggio Calabria	0	17	17
Totale	5	56	61

Fonte: elaborazione su dati Regione Calabria.

Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – L'intervento è finalizzato alla realizzazione e all'attivazione di 21 Centrali Operative Territoriali con una distribuzione dei fondi tra Immobili COT (euro 3,2 milioni), Interconnessione (euro 1.3 milioni), Risorse *device* (euro 1,8 milioni). Questi importi verranno integrati da fondi regionali per efficientamento energetico: euro 489000 ca) nuovi interventi (euro 348.000) ed altre risorse per interconnessione COT (euro 150.000) e *device* COT (euro 199.903).

Ospedali di comunità – L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di un minimo di 15, ed un massimo di 20, Ospedali di Comunità, rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche all'avanguardia. L'importo assegnato ammonta a euro 37,6 milioni. A tale valore si andranno a sommare i fondi integrativi regionali per efficientamento energetico (euro 2,5 milioni ca), per nuovi interventi (euro 12,5 milioni ca). Nella successiva figura si presenta la strategia regionale volta alla ristrutturazione ed alla manutenzione straordinaria delle strutture esistenti; particolare rilievo assume il caso dell'ASP di Cosenza con la ristrutturazione di ben 9 ospedali/centri distrettuali locali e della ASP di Reggio Calabria (ristrutturazione di 4 presidi).

Tabella 3.4. – *Distribuzione Ospedali di Comunità in Calabria*

Ente del SSR	Numero Ospedali di Comunità da edificare	Numero Ospedali di Comunità da riconvertire	Totale
ASP Cosenza	0	9	9
ASP Crotone	0	1	1
ASP Catanzaro	1	3	4
ASP Vibo Valentia	0	2	2
ASP Reggio Calabria	0	4	4
Totale	1	19	20

Fonte: elaborazione su dati Regione Calabria.

Grandi Apparecchiature Sanitarie – La Regione e le Aziende sanitarie, di concerto con il Ministero della Salute, hanno individuato le modalità di approvvigionamento ed hanno successivamente proceduto ad elaborare le schede intervento.

La Regione Calabria ha individuato il numero di grandi apparecchiature sanitarie da sostituire con un numero *target* complessivo di 286 unità, per un totale di 44,7 milioni. Le risorse messe a disposizione dal PNRR sono state ritenute congrue ed adeguate dalle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione.

Digitalizzazione Dea – Rafforzamento strutturale SSN – La Regione Calabria si pone l’obiettivo di garantire l’adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate, per il potenziamento del patrimonio digitale delle strutture sanitarie pubbliche.

La Regione ha individuato 11 interventi di digitalizzazione di strutture sanitarie sede di DEA I e II livello con un investimento complessivo pari a 54,5 milioni euro.

Rafforzamento strutturale SSN (“progetti in essere” ex art. 2, D.L. n. 34/2020) – L’intervento si riferisce al potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva.

La Regione Calabria ha fissato come *target* regionale l’attivazione di 134 PL di terapia intensiva, 136 PL di terapia sub intensiva, ed 17 interventi di ristrutturazione dei percorsi PS, per un importo totale assegnato di 51,1 ca milioni euro.

Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR) – Action Plan – L’investimento consiste nell’allineare le strutture ospedaliere alle normative antisismiche. L’investimento si riferisce in particolare agli interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere individuate nell’indagine delle esigenze espresse dalle Regioni. Per sostenere la definizione e l’avvio delle procedure di affidamento, la Regione Calabria intende avvalersi del supporto tecnico-operativo di società in house qualificate.

La Regione ha individuato il fabbisogno di 6 interventi per una spesa complessiva di 24.0 milioni euro. A tale valore andrà a sommarsi il contributo integrativo regionale per efficientamento energetico, pari a 10,8 milioni euro. Sui fondi PNC sono stati invece previsti 7 interventi di adeguamento alle vigenti norme antisismiche, per un importo complessivo pari a 54.5 milioni euro.

Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK ...) – Questo investimento è volto all’attivazione di 4 nuovi flussi informativi, al fine di implementare la capacità di reperire ed elaborare dati, garantendo una migliore capacità predittiva del SSN. Il rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi favorirà la programmazione di servizi di assistenza sanitaria in linea con i bisogni espressi, l’evoluzione demografica della popolazione, i *trend* ed il quadro epidemiologico.

La Regione Calabria ha fissato come *target* regionale l'attivazione di 4 flussi informativi ed ha assegnato a tale investimento 1,1 milioni euro.

Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – formazione di medicina generale – L'intervento è mirato ad incrementare i fondi legati a borse di studio per il corso elettivo di medicina generale.

Corso di formazione in infezioni ospedaliere – La Regione completerà la procedura per la selezione dei fornitori dei corsi di formazione a marzo 2023, al fine di raggiungere il numero *target* complessivo in termini di partecipanti coinvolti. L'adesione al programma da parte dei professionisti sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale operanti nelle strutture ospedaliere dovrà essere accreditata ECM.

Il programma si articolerà nelle sue diverse componenti (corsi/moduli) sulla base delle indicazioni nazionali, tenendo in considerazione le peculiarità regionali. A tale scopo si valorizzano le competenze specifiche dei vari *stakeholder* presenti sul territorio, anche attraverso la collaborazione con le Università, gli IRCSS, l'Agenas e l'Istituto Superiore di Sanità.

La Regione Calabria ha predisposto l'attivazione di 468 corsi di formazione, per un importo totale di investimento pari a euro 3,1 milioni.

3.4. La Regione Puglia

La Regione Puglia ha inoltre condotto un'approfondita e puntuale analisi epidemiologica, demografica e socio-economica, andando ad evidenziare quello che è il contesto in cui si vanno ad applicare tali misure di investimento e ad esplicitare i bisogni di salute espressi dalla popolazione di riferimento.

Ai fini dell'attuazione del PNRR, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale della regione Puglia ha avviato una prima ricognizione con le Aziende Sanitarie, al fine di identificare gli edifici esistenti idonei per realizzare le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità.

La Regione Puglia procede a fissare i seguenti *standard* per la realizzazione delle seguenti strutture:

- Casa di Comunità: 1 ogni 40.000-50.000 abitanti.
- Centrale Operativa Territoriale (COT): 1 ogni 100.000 o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.
- Ospedale di Comunità: dotato di 20 posti letto, 1 ogni 50.000-100.000 abitanti.
- 0,4 posti letto per 1.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

La Regione Puglia ha coinvolto e discusso con le direzioni strategiche delle ASL, a seguito di coinvolgimento delle conferenze dei Sindaci, circa l'utilizzo del finanziamento PNRR.

La Regione Puglia ha di conseguenza affidato alla Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale di inviare il provvedimento definitivo al Ministero della Salute ed Agenas al fine di approvazione del programma definitivo.

Case della Comunità e presa in carico della persona – La Regione Puglia ha fissato ad 1 ogni 40-50.000 abitanti la distribuzione delle Case della Comunità su tutto il territorio Regionale.

La Regione Puglia ha dato un peso rilevante alle dimensioni di accessibilità e prossimità delle cure sul territorio. Sono state quindi programmate 121 Case della Comunità di cui 45 nella area metropolitana di Bari (36 Asl Bari e 9 ASL Barletta Andria Trani).

Tabella 3.5. – *Distribuzione Case di Comunità in Puglia*

Ente SSR	Numero CdC programmate	Finanziamento PNRR €
Azienda Sanitaria locale di Bari	36	50.248.000
Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (BAT)	9	10.442.447
Azienda Sanitaria locale di Brindisi	9	17.014.080
Azienda Sanitaria locale di Foggia	26	18.601.500
Azienda Sanitaria locale di Lecce	24	37.258.185
Azienda sanitaria locale di Taranto	17	43.660.258

Fonte: elaborazione su dati Regione Puglia.

Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – La Regione Puglia ha fissato la distribuzione delle Centrali Operative Territoriali su tutto il territorio Regionale ad 1 ogni 100.000 abitanti, oppure a valenza distrettuale, qualora il bacino d'utenza del distretto risulti maggiore.

La Regione Puglia ha fissato a 40 il numero di COT da realizzare sul territorio regionale per un importo totale di investimento pari a euro 6.9 milioni. A tale valore vanno a sommarsi 2,8 milioni euro per interconnessione aziendale e 3,8 milioni euro per i *device*.

Ospedali di comunità – La Regione Puglia ha definito i seguenti *standard* Regionali:

- dotazione di 20 PL, 1 ogni 50-100.000 abitanti;
- 0,4 PL ogni 100.000 abitanti, da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione Regionale.

La Regione Puglia ha approvato la realizzazione di 38 Ospedali di Comunità per un investimento totale pari ad 78,7 milioni euro.

Ben 17 ospedali di comunità sono localizzati nell’area metropolitana di Bari (Asl Bari e BAT su un totale complessivo di 38 Ospedali Comunità).

Tabella 3.6. – *Distribuzione Ospedali di Comunità in Puglia*

Ente SSR	Numero OdC programmate	Finanziamento PNRR €
Azienda Sanitaria locale di Bari	9	21.835.800
Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (BAT)	6	14.207.000
Azienda Sanitaria locale di Brindisi	6	10.890.835
Azienda Sanitaria locale di Foggia	7	10.436.296
Azienda Sanitaria locale di Lecce	6	10.287.500
Azienda sanitaria locale di Taranto	4	11.109.000

Fonte: elaborazione su dati Regione Puglia.

Componente Grandi Apparecchiature Sanitarie – La Regione Puglia, a seguito della ricognizione condotta dal Ministero della Salute, ha individuato in 273 il numero di grandi apparecchiature sanitarie da sostituire per ciascun Ente del Servizio Sanitario Regionale (SSR), per un totale di 93,6 milioni euro.

Digitalizzazione Dea – Rafforzamento strutturale SSN – La Regione Puglia persegue l’obiettivo di garantire l’adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate, per il potenziamento del patrimonio digitale delle strutture sanitarie pubbliche, al fine di conseguire una migliore efficienza dei livelli assistenziali e di adeguare strutture e modelli organizzativi ai migliori *standard* di sicurezza internazionali.

La Regione Puglia ha identificato un *target* massimo di 18 interventi, a cui si vanno a sommare 5 interventi di valenza Regionale condotti da 5 diverse aziende capofila e con ricaduta a su tutti i DEA di I e II livello regionali.

L’importo totale per tale investimento ammonta ad 114,2 milioni euro.

Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile – La Regione Puglia ha individuato il fabbisogno di 7 interventi per una spesa complessiva di euro 50,2 milioni sui fondi PNRR ed un fabbisogno di 18 interventi per 164,1 milioni euro sui fondi PNC.

Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK ...) – Questo intervento è volto all’attivazione di 4 nuovi flussi informativi, al fine di implementare la capacità di reperire ed elaborare dati, garantendo una migliore capacità predittiva del SSN. Il rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi favorirà la programmazione di servizi di assistenza sanitaria in linea con i bisogni espressi, l’evoluzione demografica della popolazione, i trend ed il quadro epidemiologico.

La Regione Puglia ha fissato come *target* l’attivazione di 4 flussi informativi con un investimento pari a 2,3 milioni euro.

Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – A questo pacchetto di intervento fanno riferimento le borse per corsi sulla medicina di base (2,6 milioni euro) ed i corsi sulle infezioni ospedaliere per un investimento complessivo pari a 6,3 milioni euro).

3.5. *Benchmarking* e *benchlearning* nella gestione del PNRR

Grazie alla prima edizione (2000) di “Public Management reforms. A comparative analysis”, da parte di Christopher Pollit e Geert Bouckaert l’utilizzo della prospettiva comparata negli studi di *public management* e *public administration* ha trovato una sua razionalizzazione e conosciuto una crescente diffusione. Un numero sempre maggiore di progetti di ricerca finalizzati al *benchmarking* e all’analisi comparata è stato, infatti, sviluppato negli ultimi anni, autonomamente da singole istituzioni universitarie e di ricerca, o nell’ambito di progetti finanziati a livello europeo. Nelle pagine successive verrà discusso il *framework* teorico di riferimento e verranno presentate una serie di riflessioni su esperienze maturate e sviluppate negli ultimi anni in Italia ed a livello europeo.

Come Pollit e Bouckaert (2000) ben puntualizzano, l’approccio comparato consente, attraverso l’individuazione dei punti di convergenza e di divergenza tra le realtà analizzate, di capire come agire per garantire il successo dei processi di cambiamento nel settore pubblico.

Più in particolare, Pollit e Bouckaert (2000) evidenziano il fatto che l’approccio comparato consente di comprendere come:

- esista una pluralità di alternative per avviare e realizzare successo processi di cambiamento nei sistemi di PA;

- gli strumenti manageriali, così come i processi di riforma, non funzionino sempre nello stesso modo nei diversi contesti nazionali, subnazionali/regionali e locali;
- i sistemi politici e le culture amministrative debbano essere tenute in considerazione; questa assunzione è di particolare rilevanza nel confronto tra prassi regionali sul PNRR dato che ogni Regione presenta specificità forti quanto al peso del sistema sanitario pubblico nella economia regionale, al contesto sociale al peso del settore sanitario privato ed alla configurazione della rete di offerta di servizi sanitari e sociosanitari.

Occorre però rispettare alcune regole se si vuole, secondo gli autori, produrre risultati utili per decisori politici e per i ruoli direzionali. Tra queste vanno sicuramente ricordate:

- l'esplicitazione delle principali caratteristiche dei casi che si intendono comparare, in modo che siano chiari a priori i termini del loro confronto;
- la definizione di un modello di analisi comune, che possa agevolare la raccolta dati e la comparazione dei risultati;
- la ricerca delle spiegazioni dei risultati dell'analisi tenendo in debito conto gli aspetti storici, politici, economici, sociali, culturali e istituzionali delle realtà amministrative soggette ad analisi comparata.

Guardando al contesto italiano, una prima importante esperienza di *benchmarking* ed analisi comparata è rappresentata dal progetto *Policy per Benchmarking nella PA italiana*, avviato dal DFP all'inizio degli anni 2000, strettamente collegato all'iniziativa di premi all'innovazione rappresentata da Cento progetti.

Nella PA italiana sono state sviluppate significative esperienze di *benchmarking*; si ritiene utile a questo proposito fare riferimento ad una ricognizione effettuata nel contesto italiano nel 2002 dal Dipartimento Funzione pubblica – UIPA, in collaborazione con la Università Roma Tor Vergata sulle esperienze in atto (a fine anni '90) di *benchmarking* nella PA italiana. Questa ricognizione ha messo in evidenza la notevole ricchezza e la numerosità delle iniziative sviluppate, iniziative che sono continuate nel corso degli anni 2000 e che hanno visto conferma nel progetto buoni esempi (www.buoniesempi.it), sempre promosso dal Dipartimento Funzione Pubblica, che prevede l'identificazione delle *best practices* nella PA italiana (all'epoca di sviluppo del progetto – 2009 – erano disponibili sul sito web circa 2.300 progetti di innovazione suddivisi per aree tematiche e per settori di intervento).

Riprendendo e riadattando le indicazioni di una possibile *policy* per il *benchmarking* tra Regioni ed aziende sanitarie, a 20 anni di distanza si possono individuare quattro importanti leve di azione indicate nella successiva figura.

La prima riguarda gli orientamenti strategici dei principali *stakeholder* im-

pegnati nell'attuazione del PNRR ed in primo luogo il MEF (Ministero Economia e Finanze), a cui si affiancano sicuramente il Ministero della Salute ed Agenas, come interlocutore importante della Conferenza Stato Regioni.

Altri *stakeholder* che potrebbero favorire l'adozione di un *benchmarking* sistematico ed in prospettiva di prassi di *benchlearning*, che verranno analizzate successivamente, sono rappresentati dal Dipartimento della Funzione pubblica e dalle principali associazioni di rappresentanza delle aziende sanitarie ed ospedaliere, FIASO e Federsanità.

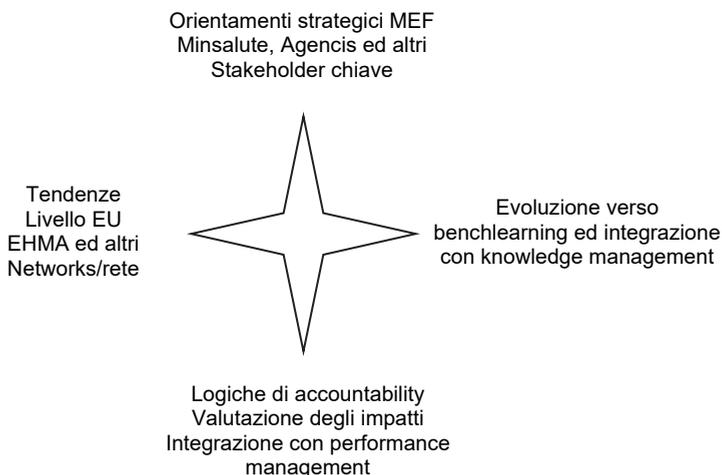
Si ritiene importante specificare che i diversi *stakeholder* dovrebbero essere interessati a logiche di *benchmarking* strategico; con questo termine si intende l'attivazione di modalità sistematiche di confronto su:

- i processi di formulazione e messa in atto delle politiche pubbliche, rappresentati in questo caso dalla Missione Salute e dalle sue due principali componenti;
- i processi di cambiamento strategico ed organizzativo e di sviluppo manageriale in atto nelle singole aziende sanitarie ed ospedaliere, con particolare riferimento ad ambiti quali l'introduzione delle tecnologie biomedicali e delle grandi attrezzature. Questo aspetto è particolarmente importante, dato che non è semplicemente rilevante l'effettuazione della spesa e l'effettiva installazione, ma sono altrettanto importanti i tempi di entrata in funzione, la produttività effettiva di TAC e Risonanze Magnetiche, l'impatto in termini di minore spesa per convenzionamento con il settore sanitario privato, le valutazioni in termini di *technology assessment*.

In questa prospettiva il *benchmarking* strategico si affianca a modalità di *benchmarking* "operativo", ben conosciute e diffuse da tempo nei sistemi di PA e nei sistemi sanitari pubblici a livello europeo ed internazionale, sintetizzabili come:

- *data benchmarking* ossia un *benchmarking* su indicatori di bilancio (economico-finanziario) o indicatori di attività, entrambi riconducibili alla dimensione dell'efficienza economica e dell'efficienza tecnica. A questa prospettiva possono essere sicuramente ricondotte le valutazioni effettuate dal MEF sulla capacità di impegno e pagamento degli stanziamenti previsti dalla Missione 6;
- *process benchmarking*, ossia un *benchmarking* sui processi e sulle procedure e di gestione dei servizi di supporto interno (ad esempio processi di ricerca e selezione del nuovo personale medico, infermieristico e tecnico o sulle procedure decentralizzate di acquisto) o sull'offerta di servizi a cittadini ed utenti/clienti collegate al nuovo modello della medicina integrata sul territorio (ospedali di comunità, centri sanitari di comunità, COT).

Figura 3.3. – Le leve di azione per un benchmarking strategico su PNRR Missione Salute



Fonte: elaborazione propria.

Una seconda importante leva è rappresentata dall'evoluzione da logiche di *benchmarking* a logiche di *benchlearning*. Questa leva di azione è caratterizzata dalla stretta integrazione tra *benchmarking*, sviluppo della conoscenza e del patrimonio immateriale e apprendimento organizzativo nel settore pubblico, basato sul confronto sistematico di prassi ed esperienze. Il ***benchlearning*** si pone come importante ponte tra le attività, tipiche del *benchmarking*, di misurazione sistematica, confronto e valutazione dei risultati, con le attività di creazione e sviluppo della conoscenza (***knowledge management***) nelle amministrazioni pubbliche e nelle aziende sanitarie pubbliche.

Si dovrà quindi pensare alla sperimentazione diffusa di sistemi di ***benchlearning*** e di ***knowledge management*** all'interno del Servizio Sanitario nazionale, da aprire alla collaborazione ed alla *partnership* con altri soggetti, rappresentati dalle imprese private e dalle aziende ed organizzazioni *no profit* (integrazione sociosanitaria, reti di medicina integrata sul territorio).

Un primo pacchetto di intervento, collegato alla realizzazione di questa leva di azione è costituito dalla ricognizione approfondita delle competenze, necessaria per l'avvio coordinato di progetti nei due ambiti del *benchlearning* e del *knowledge management*.

Questa ricognizione dovrà essere accompagnata ed affiancata dalla progressiva creazione di un sistema di supporto, flessibile ed articolato su una pluralità di azioni che vanno dall'attivazione di centri di servizi reali, pubblici e/o misti attraverso l'apertura verso *partner* privati, alla messa a disposizione di fondi

per l'acquisizione di servizi di consulenza, alla previsione di risorse finanziarie, finalizzate alla individuazione e misurazione degli asset intellettuali.

Per una migliore comprensione del concetto di *benchlearning* si rimanda a quanto presentato nel box che segue.

Box 3. – *Il benchlearning*

Il ***benchlearning***, sviluppato da società consulenza svedesi alla fine degli anni '90 (si veda www.Karlofconsulting.se e www.benchlearning.com), si basa su tre principi di fondo, rappresentati dall'integrazione tra miglioramento della *performance* e apprendimento organizzativo e dal far sì che la ricerca dell'efficienza venga naturalmente assimilata nella cultura del personale.

Il processo di *benchlearning* si articola su sette fasi costituite dalla preliminare identificazione delle aree in cui sono possibili miglioramenti di *performance*, alla costruzione di *team* per il *benchlearning*, all'analisi delle *performance* nelle aree selezionate, all'imparare dai *partner* coinvolti nel progetto, allo sviluppo di suggerimenti ed indicazioni, alla messa in atto dei cambiamenti fino alla verifica ed al miglioramento continuo.

Il *benchlearning* è stato avviato all'inizio degli anni 2000 grazie al finanziamento del programma da parte della UE e ha visto lo sviluppo di numerosi progetti nel Regno Unito, Svezia, Norvegia e Finlandia all'interno di organizzazioni pubbliche e private.

Una terza importante leva di azione riguarda il collegamento tra *benchmarking* strategico tra Regioni ed aziende sanitarie/ospedaliere con i sistemi di gestione e valutazione delle *performance* adottati dalle aziende sanitarie stesse a partire dalla legge n. 15/2009 e dai successivi provvedimenti normativi e linee guida uscite negli ultimi 10 anni.

Molto interessanti sono le prospettive aperte dalle riflessioni in atto sul valore pubblico (Deidda, 2015) e dalle recenti linee guida sui PIAO emanate dal Dipartimento Funzione pubblica (Cepiku, Deidda e Gagliardo, 2021).

Al collegamento con i sistemi di valutazione delle *performance* si affiancano, come indicato nella figura, le esigenze di una sempre maggiore *accountability* sotto diversi profili, economico e sociale, ed in prospettiva ambientale ed una riflessione sull'impatto delle azioni e degli interventi previsti all'interno della missione 6, con un possibile collegamento con le Valutazioni sull'impatto della salute presentate nel capitolo 1.

Infine, ultima importante leva di azione è rappresentata dal costante e continuo riferimento con le altre esperienze sviluppate nelle reti di ricerca e trasferimento di conoscenze sui sistemi sanitari a livello Europeo.

Tra queste si possono ricordare EHMA (European Health Management Association), EuroHealth e nell'ambito dell'*e-health* e della *digital medicine* EHTEL.

Le informazioni e le conoscenze provenienti dalle diverse reti possono essere valorizzate secondo modelli e logiche sperimentate in passato e già messe in evidenza nella *policy* per *benchmarking* adottate dai sistemi di PA all'inizio degli anni 2000 e sintetizzate nel box che segue.

Box 4. – *European benchmarking network*

Di particolare rilievo nella prospettiva del *benchmarking* è l'esperienza dello **European benchmarking network** ed il ruolo svolto dal Dipartimento nella individuazione delle *best practices*, relative ad esperienze della Pubblica amministrazione italiana, (si veda www.2qconference.org).

In entrambe le esperienze le prassi di *benchmarking* e l'individuazione delle *best practices* sono state finalizzate ad individuare:

- **processi di innovazione** (verifica di variabili come *e government*, disseminazione e diffusione della innovazione, condizioni organizzative per l'innovazione);
- **processi di cambiamento strategico** (valutazione di elementi come sviluppo della *leadership* e della cultura organizzativa, partecipazione degli operatori ed *empowerment*, gestione della diversità organizzativa, capacità di dare ascolto e prendere in considerazione le esigenze degli utenti, misurazione del cambiamento in termine di tecniche, opportunità e rischi);
- **sviluppo di partnership e reti** (analisi di fattori quali formule alternative di offerta dei servizi, *partnership* con il settore privato nel *contracting out*, modalità di coinvolgimento dei cittadini e partecipazione, coinvolgimento degli operatori, relazioni con altre amministrazioni pubbliche, cooperazione ed accordi con il settore *no profit*, gestione di reti, *accountability* delle organizzazioni pubbliche).

Infine, ultimo importante riferimento è rappresentato dall'esperienza britannica del **Public sector benchmarking group**, esperienza pilota a livello europeo, che aveva individuato, sempre all'inizio degli anni 2000, in stretta coerenza con l'approccio di *public management*, una serie di fasi sequenziali a cui si dovrebbe fare riferimento per il confronto di processi e performances nella Pubblica Amministrazione.

Le fasi logiche del modello PSBS partono dalla definizione della strategia ed il finanziamento delle esperienze pilota, attraverso la individuazione delle risorse disponibili.

Una volta risolte le problematiche connesse a questi due primi ambiti, si passa all'identificazione degli obiettivi operativi, alla selezione dei settori di intervento/tipologie di enti pubblici, alla costruzione di *partnership* per realizzare i progetti operativi, all'analisi dei risultati dei processi di *benchmarking* ed infine alla messa in atto degli interventi di cambiamento strategico ed organizzativo.

Il modello razionale del PSBS dovrà essere ripensato e ridefinito nella prospettiva del PNRR Missione Salute, per tenere conto delle specificità culturali, amministrative ed operative del sistema sanitario pubblico italiano.

In conclusione, possono essere identificati tre contenuti distintivi, rappresentati da *benchmarking* nazionale:

- il favorire tra i diversi attori e soggetti la condivisione della visione del livello centrale con i due *stakeholder* chiave MEF e Min Salute AGENAS;
- il governo strategico e la promozione di reti e *network* all'interno del Servizio Sanitario Nazionale inteso come "sistema di Servizi sanitari regionali";
- l'individuazione delle soluzioni e delle modalità organizzative più adeguate a sostenere i progetti di intervento.

Bibliografia

- AMICI M., *Il project management nei Fondi UE: il modello Eu-maps*, in www.isipm.org.
- BARRETT P. (2021), *Achieving better practice corporate governance in the public sector*, Keynote address to IQPC Conference, Canberra, 26-27 June.
- BASSOLI M., GRAZIANO P. (2009), *Promuovere la responsabilità sociale. Le politiche pubbliche di promozione della responsabilità sociale di impresa: il caso italiano*, Franco Angeli, Milano.
- BEKKE H., KICKERT W., KOOIMAN J. (1995), *Public Management and Governance*, in KICKERT W., VAN VUGHT F.A. (a cura di), *Public Policy and Administrative Sciences in the Netherlands*, Harvester-Wheatsheaf, London.
- BIANCONE P., SECINARO S. (2020), *La valutazione di impatto sociale. Aspetti metodologici e applicativi*, Pearson, Milano-Torino.
- BIFFI A. (2004), *Il ciclo del progetto ed il piano di progetto*, in AA.VV., *Organizzare e Gestire i Progetti. Competenze per il Project Management*, Rizzoli, Milano.
- BJÖRK P.G., JOHANSSON H.S.H. (2011), *Multi-level governance for improved public services in Sweden: The actor-dimension of co-ordination*, Paper presentato alla conferenza “Multi-Level Governance: An Interdisciplinary Perspective”, University of Sheffield, UK, 28-3 June.
- BOBBIO L. (2005), *La democrazia deliberativa nella pratica*, in *Stato e Mercato*, 73: pp. 67-88.
- BOIVARD T. (2007), *Beyond engagement and participation: user and community co-production of public services*, in *Public Administration Review*, 67, 5: pp. 846-860.
- BORGONOV E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BORGONOV E. (2005), *Teoria degli stakeholder e amministrazione pubblica*, in *Azienda pubblica*.
- BORGONOV E., RUSCONI G. (a cura di) (2008), *La responsabilità sociale delle istituzioni di pubblico interesse*, Franco Angeli, Milano.
- BOUCKAERT G., HALLIGAN J. (2008), *Managing performance: international comparison*, Routledge, London.
- BOWDIN G., ALLEN J., O'TOOLE W.G., HARRIS R., MCDONNELL I. (2011), *Events management*, 3rd ed., Butterworth-Heinemann, Oxford.
- BRESCIA V., CHMET F. (2020), *Gli strumenti di rendicontazione a supporto dell'impatto sociale*, in BIANCONE P.P., SECINARO S., *La valutazione di impatto sociale. Aspetti metodologici e applicativi*, Pearson.

- BUGANZA T. (2010), *Il ciclo di vita del progetto*, in BARTEZZACHI E., *L'organizzazione dell'impresa. Processi, Progetti, Conoscenza, Persone*, Rizzoli, Milano.
- CALABRESE A., CAPALDO G., PUGLIESE G. (2019), *Projectication in Italy: analisys of the national project economy*, Convegno Nazionale IPMA, Milano, 24 gennaio 2019.
- CALDERINI M., CHIODO V., MICHELUCCI F.V. (2018), *The social impact investment race: toward an interpretative framework*, in *European Business Review*.
- CAPALDO A., VOLPE A. (2021), *Project Management*, McGraw-Hill, Milano.
- CASSESE S. (1983), *Il sistema amministrativo italiano*, Il Mulino, Bologna.
- CENTURELLI G. (2021), *Gestione e controllo del PNRR: punti di contatto con le politiche di coesione*, Forum PA-settembre 2021
- CEPIKU D. (2005), *Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della PA?*”, in *Azienda Pubblica*.
- CEPIKU D., MENEGUZZO M. (2011), *Public Administration Reform in Italy: A Shopping-basket Approach to the New Public Management or the New Weberianism?*, in *International Journal of Public Administration*, 34, 1: pp. 19-25.
- CLARKE M., STEWART J. (1997), *Handling the wicked issues: a challenge for government*, Institute of Local Government, Birmingham.
- EDELENBOS J. (2005), *Institutional implications of interactive governance: Insights from Dutch practice*, in *Governance*, 18, 1: pp. 111-134.
- FREEMAN R.E. (1984), *Strategic Management: A Stakeholder approach*, Pitman, Boston.
- FIASO (2003), *Buona Sanità*.
- GANDOLFI A. (2005), *Project Management per progetti organizzativi: una guida pratica*, Salvioni, Bellinzona.
- GOMES R.C. (2006), *Stakeholder Management in the local government decision making area: evidences from a triangulation study with the English local government*, in *Brazilian Administration Review*, 3, 1: pp. 46-63.
- GREENHALGH *et al.* (2004), *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*.
- GRIECO C., MICHELINI L., IASEVOLI G. (2014), *Measuring Value Creation in Social Enterprises. A Cluster Analysis of Social Impact Assessment Models*, in *Nonprofit and Voluntary sector Quarterly*, 44, 6: pp. 1173-1193.
- HANF K., SCHARPF F.W. (1978), *Interorganizational policy making*, Sage, London.
- HEINEMMAN M.C. (1980), *Rational Techniques in Policy Analysis*.
- HOOGHE L, MARKS G., SCHAKEL A.H. (2020), *Multilevel Governance*, Oxford University Press, Oxford.
- IRPA (2021), *I Piani Nazionali di Ripresa e Resilienza in prospettiva comparata*.
- ISETT K.R., MERGEL I.A., LEROUX K., MISCHEN P.A., RETHEMEYER R.K. (2011), *Networks in Public Administration Scholarship: understanding where we are and where we need to go*, in *Journal of Public Administration Research and Theory*.

- JANNELLI R. (2006), *Governance e misurazione delle performance nell'azienda pubblica. Un possibile approccio*, Aracne, Roma.
- KAIL A., LUMLEY T. (2012), *Theory of Change. The Beginning of Making a Difference*, New Philanthropy Capital, London.
- KERZNER H. (2003), *Project Management: A Systems Approach to Planning, Scheduling and Controlling*, John Wiley & Sons, New York.
- KICKERT W.J.M. (1997), *Public governance in the Netherlands: an alternative to anglo-american managerialism*, in *Public Administration*, 75, 4: pp. 731-752.
- KICKERT W.J.M., KLIJN E.H., KOPPENJAN J.F.M. (1997), *Managing complex networks*, Sage, London.
- LINCIANO N., CAIVANO V., FANCELLO F., GENTILE M. (2020), *La crisi Covid-19 Impatti e rischi per il sistema finanziario italiano in una prospettiva comparata*, in *Occasional Report Consob*.
- MAGNANI A. (2021), *Next Generation EU, cos'è e come funziona*, in *Il Sole 24 Ore*.
- MARKS G. (1993), *Structural Policy and Multilevel Governance in the EC*, in Cafruny A., Rosenthal G. (eds.), *The State of the European Community*, Boulder.
- MCWILLIAMS A., SIEGEL D. (2000), *Corporate social responsibility and Financial Performance: Correlation or Misspecification?*, in *Strategic Management Journal*, 21, 5.
- MENEGUZZO M. (1995), *Dal New Public Management alla Public Governance: il pendolo della ricerca sulla amministrazione pubblica*, in *Azienda Pubblica*.
- MENEGUZZO M. (1999), *Managerialità, innovazione e governance: la P.A. verso il 2000*, Aracne, Roma.
- MENEGUZZO M. (2005), *Creazione di valore e sviluppo del capitale sociale: la sfida per il sistema della PA italiana*, in *Rivista italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale*, 105, 11/12.
- MENEGUZZO M., CEPIKU D. (2010), *Coordinamento e gestione strategica delle reti. Profili e competenze dei network manager*, in *Sviluppo e organizzazione*, 238: pp. 74-85.
- MENEGUZZO M., ORIZIO R. (1998), *Il programma regionale di sviluppo: il caso della Lombardia*, in *Azienda Pubblica*.
- MENEGUZZO M., FIORANI G., ORSI C. (2012), *La sostenibilità del SSN. Dal dibattito sul federalismo alla centralità della sanità come "bene comune" per il sistema economico e sociale italiano*, in AA.VV., *Efficacia ed equità nell'assetto federale del servizio nazionale*, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.
- MERLO G. (2014), *La programmazione sociale: principi, metodi e strumenti*, Carocci, Roma.
- MILWARD H.B., PROVAN K.G. (2003), *Managing the Hollow-State: collaboration and contracting*, in *Public Management Review*.
- MINTZBERG H. (1996), *Managing government, governing management*, in *Harvard Business Review*.
- MITEREV M., MANCINI M., TURNER J.R. (2017), *Towards e Design for the Pro-*

- ject-based Organization*, in *International Journal of Project Management*, 35: p. 479.
- MOLTENI M. (2004), *Responsabilità sociale e performance d'impresa: Per una sintesi socio-competitiva*, Vita e Pensiero, Milano.
- MOSSERI D. (2021), *Come il PNRR tedesco prevede di cambiare il mondo del lavoro. L'occupazione veramente aggiuntiva si verifica solo se aumenta anche la forza lavoro. Differenze tra Germania e Italia*, in *Il Foglio*.
- NAKAMURA R.T., SMALLWOOD F. (1980), *The Politics of Policy Implementation*, St. Martin's Press, New York.
- NICHOLLS A. (2015), *Measuring Social Impact*, in *Pioneers Post Quarterly*, Summer, 1: pp. 49-53.
- NICHOLLS A. (2015), *Synthetic Grid: A critical framework to inform the development of social innovation metrics*, *CRESSI Working Papers*, 14/2015.
- O'LEARY R., BINGHAM L. (2009), *The collaborative public manager: New ideas for the twenty-first century*, Georgetown University Press, Washington DC.
- O'TOOLE W.J., MIKOLAITIS P. (2002), *Corporate event project management*, John Wiley & Sons, New York.
- OLIVER D. (1991), *Government in the United Kingdom: The Search for Accountability, Effectiveness and Citizenship*, Open University Press.
- OSBORNE S.P., BROWN K. (2005), *Managing Change and Innovation in Public Service Organizations*, Routledge.
- OSSERVATORIO SUI CONTI PUBBLICI ITALIANI (2021), *Le 528 condizioni della Commissione Europea per il Recovery Fund*.
- PERRINI F., VURRO C. (2013), *La valutazione degli impatti sociali. Approcci e strumenti applicativi*, Egea, Milano.
- PETERS G.B., PIERRE J. (1998), *Governance without Government? Rethinking Public Administration*, in *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8/2.
- PIERRE J., PETERS G.B. (2000), *Governance, politics and the State*, St. Martin's Press, New York.
- PILLITU D. (2009), *La partecipazione civica alla creazione di valore pubblico*, Franco Angeli, Milano.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (2000), *Public Management Reform: a Comparative Analysis*, Oxford University Press, Oxford.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (2009), *Continuity and Change in Public Policy and Management*, Edward Elgar, Cheltenham-Northampton.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (2011), *Public management reform: a comparative analysis*, 3rd edition, Oxford University Press, Oxford.
- PORTER M.E., KRAMER M.R. (2011), *Creating shared value*, in *Harvard Business review*, 89, 1/2: pp. 62-77.
- PRESSMAN J.L., WILDAVSKY A. (1973), *Implementation*, University of California Press, Berkeley.

- RHODES R.A.W. (1996), *The new governance: governing without government*, in *Political Studies*.
- RHODES R.A.W. (1997), *Understanding governance, policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Open University Press, Buckingham.
- RHODES R.A.W. (2000), *Governance and Public Administration*, in PIERRE J. (a cura di), *Debating governance*, Oxford University Press, Oxford.
- RICCI P. (2007), *Lo standard G.B.S. per la rendicontazione sociale nella pubblica amministrazione*, Franco Angeli, Milano.
- SAMPIETRO M. (2018), *Project management. Un approccio integrato a metodologie e comportamenti*, Egea, Milano.
- SANCINO A. (2012), *Dalla burocrazia alla democrazia: coinvolgimento degli stakeholder e ruolo del management pubblico*, Paper presentato al V Workshop Nazionale di Azienda Pubblica, Sassari, 7-8 giugno.
- SCHOPER Y.G., WALD A., INGASON H.T., FRIDGERSSON T.V. (2018), *Projectfication in Western economies. A comparative study of Germany, Norway and Iceland*, in *International Journal of Project Management*, 36: pp. 71-82.
- SCOTT C. (2003), *Regulation in the Age of Governance: The Rise of the Post-Regulatory State*, National Europe Centre Paper No. 100, Australian National University.
- STECOLINI I. (2004), *Accountability e sistemi informativi negli enti locali*, Giappichelli, Torino.
- STOKER G. (1998), *Governance as theory: five propositions*, in *International Social Science Journal*, 50, 1.
- TANESE A. (2004), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle Amministrazioni Pubbliche*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- THOMAS O., HERMES B., LOOS P. (2008), *Reference model-based event management*, in *International Journal of Event Management Research*.
- VALOTTI G. (2005), *Management pubblico*, Egea, Milano.
- VANCLAY F. (2003), *International Principles For Social Impact Assessment*, in *Impact Assessment and Project Appraisal*, 21.
- VIGODA E. (2002), *From a Responsiveness to collaboration: governance, citizens, and the next generation of public administration*, in *Public Administration Review*, 62, 5: pp. 527-540.
- WADDOCK S.A., GRAVES S. (1997), *The corporate social performance – financial performance link*, in *Strategic Management Journal*, 18, 4.
- WATERMAN R.H., PETERS T.J., PHILIPS J.R. (1980), *Structure is not organization*, in *Business Horizons*, 23: pp. 14-26.
- ZUFFADA E. (2000), *Amministrazioni pubbliche e aziende private. Le relazioni di collaborazione*, Egea, Milano.

Finito di stampare nel mese di settembre 2022
nella LegoDigit s.r.l. – Via Galileo Galilei, 15/1 – 38015 Lavis (TN)

Volumi pubblicati

1. E. GIACOSA-A. MAZZOLENI, *I modelli di previsione dell'insolvenza aziendale. Efficacia predittiva, limiti e prospettive di utilizzo*, pp. X-174, 2018.
2. D. BUSO, *L'introduzione del fair value per la valutazione dei derivati. Analisi teorica ed empirica degli effetti sul modello di bilancio italiano*, pp. XII-204, 2019.
3. E. TRUANT, *The Business Model of organic companies. Sustainability approaches through districts*, pp. XIV-162, 2019.
4. S. FIANDRINO, *Disclosure of Non-Financial Information: Evolutionary Paths and Harmonisation to Mandatory Requirements*, pp. XII-164, 2019.
5. L. CORVO-L. PASTORE, *Perspectives of Value Co-Creation: Impact-Based Models*, pp. XII-148, 2019.
6. S. SECINARO, *Blockchain e accounting*, pp. XIV-114, 2020.
7. M. MAZZOLENI, *L'indebitamento finanziario nelle piccole e medie imprese. Vincolo o acceleratore nel processo di crescita?*, pp. XIV-274, 2020.
8. M. CISI, *Le reti di imprese. Una analisi economico-aziendale*, pp. XVI-144, 2020.
9. R. FRONDIZI, *La Terza Missione delle Università*, pp. XII-212, 2020.
10. V. BRESCIA, *Smart city e citizen participation: strumenti, governance e performance*, pp. X-262, 2020.
11. A. SARDI-P. GARENGO-E. SORANO, *La misurazione e la gestione delle prestazioni: il ruolo chiave della gestione delle risorse umane*, pp. VI-122, 2020.
12. P. ESPOSITO, *Concessioni e accordi per servizi in concessione. Profili teorici, modelli di business, trattamento contabile*, pp. XIV-146, 2020.
13. F. RIZZATO, *Il trattamento contabile dei leasing tra IFRS e US GAAP. Tendenze evolutive, literature review e contesto italiano*, pp. VIII-184, 2020.
14. P. CATALFO, *Il carattere evolutivo del bilancio e il valore delle informazioni non finanziarie*, pp. XIV-130, 2020.
15. L. CORAZZA, *Sustainability education for future managers. An autoethnographic research experience on transformational learning*, pp. X-118, 2020.
16. G. GIOVANDO, *L'operazione di securitization. Analisi dei processi di rilevazione e di gestione*, pp. VIII-184, 2021.
17. F. BAVA, *L'Audit del "Going Concern" nel bilancio*, pp. X-166, 2021.

18. A. MIGLIAVACCA-L. PUDDU-C. RAINERO-V. TRADORI, *Ragioneria*, pp. XVI-256, 2021.
19. M. MASSARO, *Creatività e management control system. Attori, processo e contesto*, pp. VIII-184, 2022.
20. N. ROSSI, *L'attuazione del PNRR nelle aziende sanitarie. Progettazione, gestione e impatto*, pp. VIII-152, 2022.