



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.

Prefazione

Proprio in questi giorni l'Unione Europea ha deciso di erogare la tranche 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

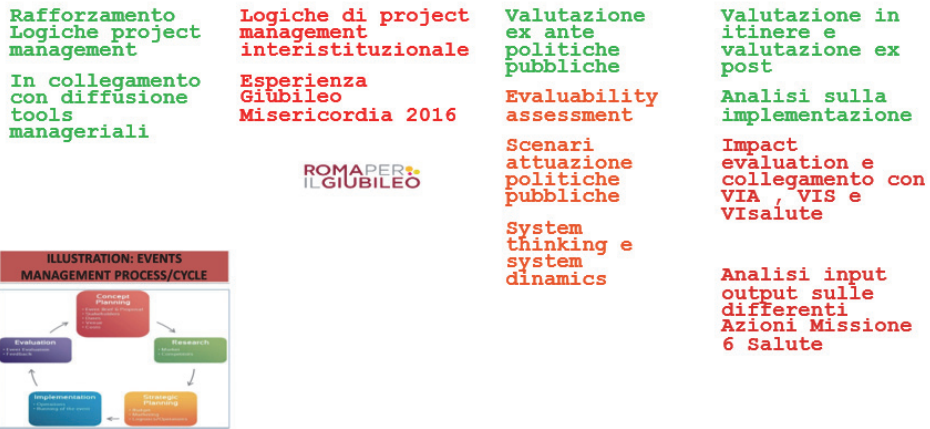
I processi di formulazione, gestione ed attuazione del PNRR, come è ben noto, rappresentano un'importante sfida per il sistema delle Amministrazioni pubbliche, articolato nei diversi livelli istituzionali, in cui la PA centrale e le PA regionali svolgono un ruolo di coordinamento e governo strategico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

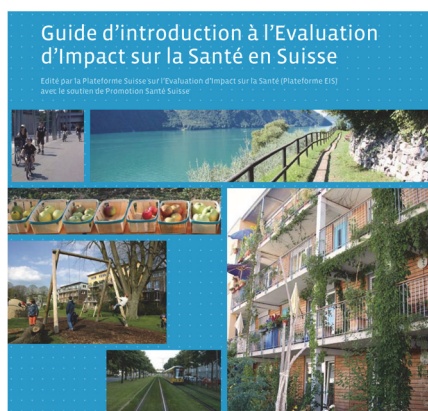
La VIS è strettamente collegata alle Valutazioni di impatto sociale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la VIS è “una combinazione di procedure, metodi e strumenti attraverso cui una politica o programma o progetto può essere valutato/giudicato in merito agli effetti che produce sulla 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.

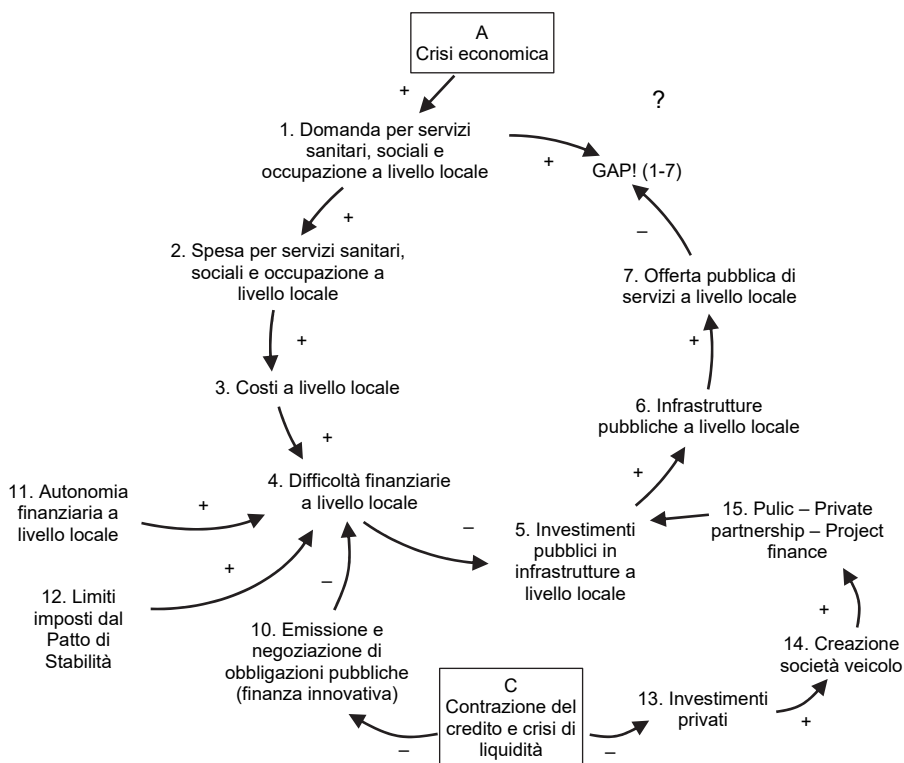
Per meglio comprendere la metodologia di *System thinking* si fa riferimento sinteticamente al modello sulle potenzialità dei PPP – partenariato pubblico privato nel settore pubblico locale (Comuni, imprese servizi pubblici locali, aziende sanitarie) nel periodo post 2010 di crisi finanziaria, elaborato 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