

Rapporto OASI 2022

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT



8 Il PNRR e i sistemi sanitari regionali: modelli di governance e processi di *change management*

di Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Mario Del Vecchio, Francesco Longo, Francesca Meda, Natalia Oprea, Valeria Tozzi, Angelica Zazzera¹

8.1 Introduzione

Il PNRR ha destinato alla Missione Salute € 15,63 miliardi, pari all'8,16% dell'importo totale dei finanziamenti, per sostenere importanti riforme e investimenti a beneficio del Servizio sanitario nazionale (SSN), da realizzare entro il 2026. Gli interventi della Missione Salute del PNRR si dividono in due aree: i) ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone; ii) innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il SSN, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile. In quest'ottica gli interventi della Missione Salute sono divisi in due Componenti:

- ▶ Componente 6.1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale,
- ▶ Componente 6.2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

La prima componente mira a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali quali le Case di Comunità (CdC), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo svi-

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, i §§ 8.1, 8.4.3 e 8.4.5 sono attribuibili a Michela Bobini, i §§ 8.2, 8.3, 8.4.1, 8.5 e 8.6 a Gianmario Cinelli, il § 8.3 a Natalia Oprea, i §§ 8.4.2 e 8.4.4 a Francesca Meda e i §§ 8.4.3 e 8.4.4 ad Angelica Zazzera.

Si ringraziano gli intervistati per la loro disponibilità, senza il cui contributo la realizzazione del presente capitolo non sarebbe stata possibile. In particolare, sono stati intervistati: i) per Regione Campania, Pietro Buono e Roberta Santaniello; ii) per Regione Lazio, Lucrezia Le Rose e Chiara Marinacci; iii) per Regione Lombardia, Walter Bergamaschi; iv) per Regione Emilia-Romagna, Ambra Baldini, Rosanna D'amore e Fabio Rombini; v) per Regione Molise, Francesco Colavita e Antonella Oriunno.

luppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Per raggiungere tali obiettivi sono state previste tre diverse linee di investimento e un set di riforme legislative. Il presente capitolo si focalizza su questa componente e, nello specifico, considera come oggetto di analisi due elementi, entrambi essenziali per l'introduzione delle CdC: la riforma e la linea di investimento relativa.

La riforma si è sostanziata con il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (DM 77/22) che, oltre a identificare standard uniformi su tutto il territorio nazionale, definisce un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il decreto delinea le CdC come il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria a valenza sanitaria, e come il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità. Inoltre, il DM 77/22 stabilisce degli standard obbligatori e facoltativi, sia in termini di capillarità delle strutture, risorse umane, dotazioni strutturali e tipologia di servizi offerti. Anche se vengono identificati degli standard minimi a livello nazionale, viene lasciato alle Regioni rilevante autonomia nel declinare la vocazione della CdC, il target prioritario di pazienti a cui si rivolge e, infine, come questa si integri nell'assetto organizzativo del distretto.

Il secondo elemento di approfondimento riguarda la linea di investimento dedicata alle CdC che finanzia l'attivazione di 1.350 CdC entro la metà del 2026, con la possibilità di utilizzare sia strutture già esistenti. Il totale delle risorse stanziato, in conto capitale, per finanziare gli investimenti infrastrutturali necessari è pari a 2 miliardi di euro. Il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze, 6 agosto 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione", oltre ad assegnare alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari, ha previsto che le amministrazioni coinvolte adottino ogni iniziativa necessaria ad assicurare l'efficace e corretto utilizzo di tali risorse e la tempestiva realizzazione degli interventi.

Sia la riforma che il piano degli investimenti sono elementi essenziali alla effettiva realizzazione delle CdC, tuttavia seguono modelli di governance differenti.

Per quanto riguarda la riforma, le Regioni hanno 6 mesi di tempo dalla data di entrata in vigore del suddetto decreto per adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale. Le Regioni devono poi provvedere ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione agli standard del citato decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) ha poi il compito di monitorare semestralmente gli standard previsti e di redigere una relazione sullo stato di

implementazione da inviare al Ministero della Salute. Le attività di verifica e monitoraggio non risultano stringenti sia dal punto di vista temporale che nella definizione degli obiettivi da raggiungere.

Sul piano degli investimenti, invece, il livello centrale ha emanato indicazioni dettagliate: a dicembre 2021 è stato diffuso dal Ministero della Salute, un manuale operativo per l’attuazione delle misure previste dal PNRR. All’interno del documento viene esplicitata la governance per l’attuazione della Missione Salute del PNRR, stabilito un cronoprogramma con alcuni milestone (MLS) e target (T) nazionali e comunitari sulle diverse componenti del piano e identificato il CIS – contratto istituzionale di sviluppo – come strumento operativo per la programmazione. A titolo esemplificativo, in Tabella 8.1 è riportato il cronoprogramma della linea 1.1 di investimento, relativa alle CdC e presa in carico della persona.

Tabella 8.1 **Cronoprogramma investimento 1.1 Casa della Comunità e presa in carico della persona**

Denominazione Investimento	2021	2022	2022	2022
	Q3	Q1	Q2	Q2
Case della Comunità e presa in carico della persona	MLS (ITA) – Ricognizione da parte delle regioni dei siti idonei per la realizzazione delle CdC	MLS (ITA) – Individuazione dei siti idonei per la realizzazione delle CdC	MLS (EU) – Approvazione CIS	T (ITA) – Assegnazione di almeno 1350 CUP per la realizzazione delle CdC

Denominazione Investimento	2022	2023	2023	2026
	Q4	Q2	Q4	Q2
Case della Comunità e presa in carico della persona	T (ITA) – Approvazione di almeno 1350 progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle CdC	T (ITA) – Assegnazione di almeno 1350 co-dici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle CdC	T (ITA) – Stipula di almeno 1350 contratti per la realizzazione delle CdC	T (EU) – Almeno 1350 CdC rinnovate e tecnologicamente attrezzate

Per ogni trimestre sono stati quindi identificati obiettivi puntuali che si traducono in task per le Regioni. Per quanto riguarda le CdC sono stati identificati i seguenti milestone:

- ▶ entro settembre 2021 - ricognizione da parte delle Regioni dei siti idonei per la realizzazione delle CdC,
- ▶ entro marzo 2022 - individuazione dei siti idonei per la realizzazione delle CdC e predisposizione di una prima bozza del contratto di sviluppo,
- ▶ entro giugno 2022 - approvazione del contratto di sviluppo.

Il CIS rappresenta uno degli strumenti di programmazione identificato dalla normativa nazionale per la Missione Salute del PNRR. Il responsabile unico

del CIS è l'Unità di Missione del Ministero della Salute mentre le Regioni e le Province Autonome sono state identificate come soggetti attuatori degli investimenti con la possibilità però di delegare il ruolo di soggetto attuatore agli enti del servizio sanitario regionale (SSR). Pertanto è stata prevista la sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) tra il Ministero della Salute e ciascuna Regione. Il contratto impegna le parti a garantire la qualità della spesa pubblica, coerentemente con gli obiettivi di efficientamento e di tempestività attesi dal PNRR. Durante la Conferenza Stato, Regioni e Province autonome del 30 marzo 2022 è stato approvato lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS) e di Piano Operativo, a cui devono attenersi tutte le Regioni. Allegati al CIS sono presenti documenti tecnici vincolanti per i soggetti attuatori:

- ▶ il Piano Operativo Regionale: documento tecnico, redatto e approvato dalla Regione, su indicazioni e con il supporto del Ministero della Salute, tramite Agenas. Contiene gli *Action Plan* per gli investimenti di attuazione regionale;
- ▶ gli *Action plan*: documenti che contengono il cronoprogramma (milestone e target vincolanti) di ogni singola linea d'investimento, con i principali step per il completamento degli interventi nel rispetto delle tempistiche previste.

In sintesi, Piano Operativo si compone degli *Action Plan* redatti per ciascuna Linea di investimento, dettagliati degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, e per i quali la Regione/Provincia Autonoma predispone apposite "scheda intervento".

Per facilitare il raggiungimento di questi traguardi, sono stati attivati con le Regioni e Province Autonome tavoli tecnici e operativi coordinati dal Ministero della Salute, con l'assistenza tecnica di Agenas, in modo tale da affiancare e monitorare il percorso attuativo degli interventi. Il tavolo tecnico ha il compito di: a) valutare l'andamento delle attività e il rispetto degli impegni previsti nel

Tabella 8.2 **Sintesi delle finalità, atti formali regionali e misure di governance nazionale rispetto alla programmazione della spesa per il PNRR e il recepimento del DM 77**

	Programma di spesa per il PNRR	Riforma DM 77/2022
Finalità	Programmare e realizzare investimenti nei tempi e costi previsti	Trasformazione dei servizi, la revisione dei processi e lo sviluppo delle competenze attese
Atti formali di programmazione del livello regionale	Piani Operativi Regionali	Linee guida regionali per l'adozione del DM 77/22
Governance nazionale e ruolo del livello centrale	Modalità di lavoro, target e deadline comuni, processo di monitoraggio, meccanismi sanzionatori	Definizione di setting assistenziali, figure professionali e standard nazionali ma con ampia autonomia regionale

CIS; b) verificare, con periodicità almeno semestrale, lo stato di attuazione del Piano Operativo; c) approvare eventuali successive rimodulazioni delle schede intervento e dei finanziamenti, proposte dal Responsabile Unico di Contratto d) approvare le sanzioni per le eventuali inadempienze, prevedendo anche le condizioni di definanziamento anche parziale degli interventi ovvero l'attribuzione delle relative risorse ad altro livello di governo.

Nella Tabella 8.2 vengono riportati in sintesi alcuni elementi di differenza, in termini di finalità, atti formali richiesti al livello regionale e elementi di governance a livello nazionale per la programmazione e attuazione dei due elementi reputati cruciali per la realizzazione delle CdC: la riforma e la linea di investimento relativa.

8.2 PNRR, DM 77/22 e i sistemi sanitari regionali: programma di spesa od opportunità di *change management*

Come sottolineato nel paragrafo precedente, il livello nazionale, attraverso gli atti di programmazione previsti dal PNRR, ossia i Piani Operativi Regionali e il DM 77/22, ha introdotto due elementi di discontinuità nei modelli di assistenza territoriale. Se si assume la prospettiva dei SSR, le discontinuità introdotte comportano un notevole sforzo di programmazione, necessario per elaborare Piani Operativi, recepire il DM 77, e successivamente nell'attuazione degli interventi. Tali sforzi comportano due scelte gestionali implicite o esplicite: i) la definizione del modello di governance regionale per la programmazione/implementazione del PNRR, ossia la definizione di ruoli e responsabilità del livello regionale e delle aziende sanitarie pubbliche; ii) la scelta di interpretare il PNRR esclusivamente come un programma di spesa o anche come un'opportunità di *change management*, ossia come un punto di partenza per innescare una forte evoluzione nei modelli di assistenza territoriale.

I diversi sistemi sanitari regionali, quindi, sono chiamati a sviluppare i rispettivi modelli di governance, intesi come la distribuzione delle responsabilità e delle autonomie tra il centro (il livello regionale) e la periferia (le aziende) e le modalità e strutture di esercizio delle funzioni di governo (Brinkerhoff e Bossert 2008, Del Vecchio 2017). I diversi SSR, infatti, differiscono profondamente sia nella distribuzione delle prerogative di governo che nelle modalità di coordinamento fra il livello regionale e le aziende sanitarie pubbliche.

Rispetto alla programmazione del PNRR, definire il modello di governance vuol dire stabilire quali decisioni e interventi definire a livello centrale, che livello di autonomia lasciare alle aziende sanitarie pubbliche e il livello di coinvolgimento degli enti locali e degli altri attori del SSN. Nella programmazione delle CdC, ad esempio, vuol dire stabilire ruoli e responsabilità del livello regionale e delle aziende sanitarie pubbliche sulle decisioni relative sia al pro-

gramma di spesa – quante strutture costruire ex-novo o riconvertire, distribuire le risorse alle diverse alle CdC in modo omogeneo o differenziato – che allo sviluppo dei modelli di assistenza territoriale – quali funzioni e servizi per le CdC, target prioritari di pazienti, processi per la selezione e lo sviluppo del middle management.

Nel secondo caso, i SSR, implicitamente o esplicitamente, devono scegliere in che modo interpretare la gestione del PNRR. Da un lato il PNRR può essere interpretato prevalentemente come un programma di spesa e prevalentemente uno strumento per acquisire risorse finanziarie aggiuntive per investimenti in conto capitale. Secondo tale concezione, il compito dei SSR è rispettare gli adempimenti previsti per l'ottenimento delle risorse finanziarie individuate dal PNRR. Di conseguenza, l'azione del livello regionale e delle aziende sanitarie pubbliche dovrebbe concentrarsi nella programmazione degli investimenti, attraverso l'elaborazione Piani Operativi, e nella realizzazione delle opere infrastrutturali e degli acquisti in tecnologie e apparecchiature secondo le modalità previste e nel rispetto del monitoraggio del livello nazionale. Dall'altro lato, invece, il PNRR può essere interpretato dagli SSR come un'opportunità per avviare un processo di cambiamento dei modelli di assistenza territoriale, visto che gli investimenti in infrastrutture e tecnologie potrebbero rappresentare il punto di partenza per nuove politiche regionali in tema di assistenza territoriale. Secondo tale concezione, il livello regionale dovrebbe concentrarsi nell'elaborazione di una strategia per la gestione dell'assistenza territoriale, attraverso il recepimento del DM 77/22, e nella promozione di un processo di cambiamento dei modelli organizzativi e di sviluppo delle competenze.

Il programma di investimenti e il processo di *change management* rappresentano interventi con finalità diverse che richiedono azioni e competenze differenti. Le differenze in termini di azioni attese e competenze da sviluppare, gli sforzi programmatori che queste impongono e l'enfasi posta dal sistema di monitoraggio nazionale sul programma di spesa lascia margine ai diversi sistemi regionali di interpretare il PNRR esclusivamente come un programma di spesa o anche come un'opportunità per un'azione di *change management*.

8.3 Oggetto di analisi, domande di ricerca e metodologia

Il contributo mira ad analizzare in che modo i diversi SSR si sono occupati della gestione del PNRR, adottando una duplice prospettiva di indagine:

1. In primo luogo, il contributo mira ad analizzare il modello di governance scelto dagli SSR;
2. In secondo luogo, il lavoro intende investigare in che modo i diversi SSR hanno interpretato la gestione del PNRR e, in particolare, se è stato inter-

pretato esclusivamente come un programma di spesa o anche come un'opportunità per un'azione di *change management*.

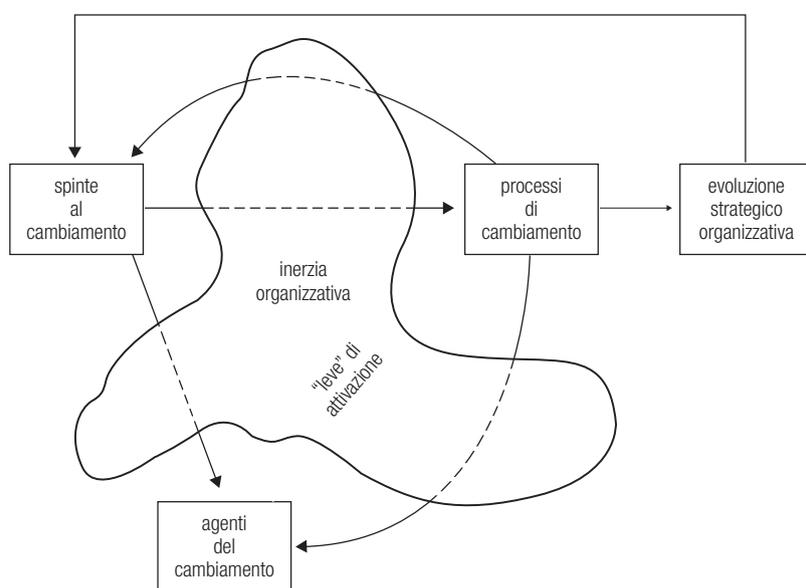
Per rispondere agli obiettivi sopra esplicitati, gli autori hanno adottato la metodologia dei casi studio focalizzando l'oggetto dell'indagine sulle attività di programmazione relative alle Case di Comunità, per cercare poi di trarre alcune osservazioni di natura più generale sulla governance degli interventi del PNRR. In particolare, i cinque SSR analizzati come casi studio sono stati selezionati poiché differiscono profondamente in termini di area geografica, dimensioni, assetti istituzionali, livello di autonomia e grado di sviluppo dei servizi territoriali, e sono: Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia e Molise. I casi studio sono stati costruiti sulla base di un'analisi desk di documenti e interviste semi strutturate con i *key informant* dei diversi livelli regionali e aziendali.

Nello specifico, le fonti analizzate comprendono sia gli atti formali di programmazione previsti nel meccanismo di monitoraggio del livello nazionale, sia eventuali altre azioni intraprese nei diversi SSR. In particolare, secondo l'interpretazione concettuale alla base di questo capitolo, i Piani Operativi Regionali sono stati concepiti come documenti formali di programmazione rispetto al piano di spesa mentre le linee guida regionali di adozione del DM 77/22 sono state interpretate come documenti relativi alla politica di cambiamento dell'assistenza territoriale.

In tale prospettiva, per l'analisi comparativa dei casi studio sono stati adottati due framework distinti per ognuna delle due domande di ricerca, selezionati a seguito della review della letteratura.

Per analizzare la relazione fra i sistemi di governance e la gestione del PNRR è stato utilizzato il framework teorico di Hill e Lynn (2005) che analizza tre diverse dimensioni della governance: i) le strutture, ossia i poteri e le autonomie attribuite alle diverse unità amministrative; ii) gli strumenti manageriali, ossia i meccanismi adottati per realizzare il coordinamento fra il centro e la periferia di un sistema di governance; iii) le strategie manageriali, ossia il modo in cui sono individuati mission, priorità e forme di leadership.

Al fine di investigare se il PNRR è stato interpretato come un'opportunità di *change management*, è invece stato utilizzato il modello di cambiamento organizzativo di Reborà (1989). In particolare, quattro elementi del modello di Reborà appaiono utili per analizzare la gestione del PNRR: i) le spinte al cambiamento, ossia i fattori motivanti per la trasformazione strategica dell'organizzazione, che possono derivare da una tensione sulle risorse (vincoli normativi, imposizione di traguardi ambiziosi) e da una tensione strategica; ii) la definizione di "cambiamento organizzativo" inteso come un "passaggio di stato" dell'organizzazione, ossia la transizione da uno "stato A" ad uno "stato B" entro una certa unità di tempo; iii) gli agenti del cambiamento, ossia le figure che, con ruoli organizzativi differenti, svolgono un ruolo di leadership nella



transizione degli stati; iv) i processi e le leve di cambiamento, ossia quell'insieme di azioni e interventi necessari per realizzare una trasformazione strategico-organizzativa.

Seguendo il modello di Reborà, i sistemi sanitari regionali dovrebbero affrontare alcune sfide manageriali per innescare un processo efficace di *change management*.

Un primo elemento da analizzare dovrebbe essere il modo in cui i sistemi sanitari regionali percepiscono l'intervento del livello nazionale, sia in termini di programma di spesa che per quanto riguarda le linee guida per lo sviluppo dei modelli di assistenza territoriale. Tali interventi potrebbero essere infatti percepiti come spinte al cambiamento, visto che prevedono, allo stesso tempo, una forte tensione sulle risorse e una "tensione strategica".

In secondo luogo, i sistemi sanitari regionali dovrebbero definire il proprio "passaggio di stato", ossia sviluppare il proprio modello di assistenza territoriale (stato B) e l'insieme delle azioni necessarie a guidarne la transizione a partire dallo attuale (stato A). Si tratta di una sfida manageriale che colpisce in modo molto diverso i sistemi sanitari regionali per due principali ragioni. Da un lato, i sistemi sanitari regionali hanno un grado di sviluppo dell'assistenza territoriale molto diverso. Dall'altro, gli SSR presentano modelli eterogenei di assistenza territoriale, che sono risultati molti simili o profondamente diversi da quelli prospettati dal PNRR. In virtù di questi due elementi, all'interno del SSN si trovano alcune Regioni, con un grado di sviluppo del territorio forte e un modello di assistenza simile a quello delineato dal PNRR, mentre altre con uno sviluppo del territorio debole e profondamente diverso da quello prospettato.

In terzo luogo, un processo efficace di *change management* richiede la presenza di agenti del cambiamento, ossia di figure che svolgano un ruolo di leadership nello sviluppo dei nuovi modelli di assistenza territoriale. Gli agenti del cambiamento potrebbero teoricamente appartenere a livelli diversi di governo (livello regionale vs aziende sanitarie pubbliche) e a gradi diversi (DG/DS vs direttori distretto/ coordinatori CdC). Inoltre, gli agenti del cambiamento potrebbero essere sviluppati e selezionati dal top management regionale o aziendale oppure emergere spontaneamente dal basso come risultato dell'imprenditorialità sociale di singole figure. Infine, in un momento successivo, i sistemi sanitari regionali dovrebbero definire e realizzare processi e leve di cambiamento, ossia quell'insieme di azioni e interventi necessari per realizzare una trasformazione strategico-organizzativa.

8.4 Casi

8.4.1 Campania

Strutture

L'elaborazione degli atti di programmazione della missione 6.1 del PNRR e lo sviluppo e l'attuazione di un nuovo modello di assistenza territoriale sono state affidate a strutture diverse del livello regionale.

L'elaborazione degli atti di programmazione della missione 6.1 del PNRR è stata coordinata da un gruppo di lavoro informale del livello regionale costituito da figure dirigenziali della Presidenza della Giunta e della Direzione Tutela della Salute. In particolare, le strutture che si sono occupate dell'elaborazione degli atti di programmazione sono state: i) Presidenza della Giunta – “Ufficio governo del territorio. Interventi e progetti di interesse strategico regionale – Patrimonio”, che coordina i progetti infrastrutturali di interesse strategico; ii) Presidenza della Giunta – “Ufficio Speciale per la crescita e la transizione digitale”, istituito per il coordinamento degli atti di programmazione del PNRR e, in particolare, per la programmazione degli investimenti in ICT; iii) Direzione Tutela della Salute Pubblica, in particolare delle figure responsabili della programmazione dell'assistenza territoriale. Il coordinamento del gruppo di lavoro informale è stato affidato all'“Ufficio governo del territorio”. Il gruppo, seguendo le indicazioni del Ministero della Salute e Agenas, ha sviluppato un piano di investimenti infrastrutturali per l'istituzione delle CdC, adottando un approccio di tipo ingegneristico. Obiettivo del piano di investimenti, elaborato a partire da Dicembre 2021, è stato definire numero, localizzazione, riconversioni/costruzioni ex-novo e risorse finanziarie per le diverse strutture. Le Aziende Sanitarie hanno sviluppato le schede tecniche previste nei piani, seguendo le linee guida nazionali condiviso dall'Ufficio Governo del territorio ai

responsabili degli Uffici Tecnici e alle Direzioni Strategiche. Il coinvolgimento della Direzione Tutela della Salute Pubblica è stato limitato e si è sostanzialmente nella verifica che gli standard infrastrutturali previsti nel piano di spesa fossero coerenti con gli standard inclusi nei documenti di programmazione nazionale, come le bozze preliminari del DM, e regionale.

Lo sviluppo di un nuovo modello di assistenza territoriale è coordinato dalla Direzione Tutela della Salute Pubblica e in particolare, dalle figure dirigenziali responsabili della programmazione sanitaria. Il livello regionale si è dedicato con un'intensità minore allo sviluppo di un nuovo modello di assistenza territoriale. L'elaborazione delle linee guida regionali di adozione del DM 77/22 è stata avviata successivamente alla sottoscrizione del CIS, a Luglio 2022. Le Aziende Sanitarie Territoriali non sono state coinvolte nello sviluppo del nuovo modello di assistenza, anche in ragione del fatto che i mandati delle Direzioni Strategiche sono scaduti ad Agosto 2022.

Strumenti manageriali

L'elaborazione degli atti di programmazione della missione 6.1 del PNRR è avvenuta seguendo gli output e le tempistiche stabilite dal livello nazionale. Il livello regionale non ha costituito gruppi di lavoro formali per definire ruoli e metodologie di lavoro e interazioni con le Aziende Sanitarie. Il livello regionale ha condiviso le schede intervento e le relative linee guida con le Aziende Sanitarie Territoriali, sono stati promossi diversi incontri collegiali informali per discutere delle finalità degli interventi e, infine, le bozze preliminari sono state sviluppate dalle aziende. Gli incontri erano coordinati dall'Ufficio governo del territorio della Presidenza della Giunta e vi partecipavano i Responsabili degli Uffici Tecnici e le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie. Le Aziende Sanitarie Territoriali hanno compilato le schede intervento mentre il livello regionale ha verificato che queste rispettassero gli standard identificati dalle linee guida del livello nazionale. Il livello regionale si è limitato a svolgere il ruolo di "cinghia di trasmissione", trasferendo metodi di lavoro e tempistiche individuati dal livello centrale alle aziende sanitarie e verificando che gli standard nazionali venissero rispettati.

Lo sviluppo di un nuovo modello di assistenza territoriale si sostanzia nell'elaborazione e diffusione di un documento di programmazione regionale. In particolare, il processo e gli strumenti manageriali che il livello regionale intende impiegare sono i seguenti: i) elaborazione delle linee guida regionali di adozione del DM 77/22; ii) delibera di giunta regionale; iii) momenti formativi per la disseminazione del nuovo modello alle Aziende Sanitarie Territoriali.

Attualmente non sono stati previsti degli strumenti per il controllo strategico relativi all'attuazione del nuovo modello di assistenza territoriale.

8.4.2 Emilia-Romagna

Strutture

In Emilia-Romagna, l'elaborazione degli atti di programmazione della Missione 6.1 del PNRR e lo sviluppo di un nuovo modello di assistenza territoriale sono stati affidati a diverse strutture del livello regionale e degli enti del SSR, dando esito a percorsi e processi di lavoro differenziati, anche temporalmente.

La Regione, e in particolare la Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, in qualità di soggetto attuatore della Missione 6, assume una funzione di regia, coordinamento e monitoraggio delle progettualità da porre in essere, delegando alle Aziende e agli Enti del SSR i compiti di avvio e realizzazione operativa degli interventi (cfr. DGR 71 del 24/01/2022). In questo senso, i diversi Settori della Direzione Salute e Welfare hanno variamente contribuito alla realizzazione dei documenti programmatori relativi all'implementazione della Missione 6 in regione, con gradi di intensità differenti e a seconda delle proprie competenze distintive.

Con la DGR del 1 aprile 2022, viene formalmente istituita, all'interno del Settore Risorse e Infrastrutture, l'Area Attuazione e Monitoraggio PNRR, composta da diverse figure professionali con competenze tecnico-specialistiche (architetti, ingegneri, amministrativi, etc.), a cui vengono affidate tre principali funzioni: regia e coordinamento delle progettualità poste in essere, verifica dello stato di avanzamento dei lavori rispetto a *milestones* e target, monitoraggio e rendicontazione analitica degli adempimenti per la successiva trasmissione della documentazione al livello centrale e poi comunitario. Quest'area ha coordinato l'elaborazione, la raccolta e la validazione dei documenti necessari alla composizione del Piano Operativo regionale, incluso nel Contratto Istituzionale di Sviluppo che l'Emilia-Romagna, come tutte le altre Regioni, ha sottoscritto con il Ministero della Salute a fine maggio 2022. Per arrivare all'effettiva elaborazione delle schede intervento contenute nel Piano Operativo, la Regione ha avviato un preliminare processo di confronto e allineamento con gli enti locali, istituendo un tavolo con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie (CTSS) e con le Aziende Sanitarie. In questi incontri, sono state discusse le diverse linee di intervento, partendo dai criteri e dai target stabiliti centralmente. Ad esempio, rispetto agli 84 progetti di intervento da realizzare per CdC da attivare ex novo o da ampliare/ristrutturare in Regione. Si è deciso dove collocarle, quali lavori di edificazione o ristrutturazione erano necessari, in ragione anche del fabbisogno di salute del territorio. Alle Aziende è stato richiesto di svolgere gli studi di fattibilità, indicando quali edifici intendessero ristrutturare e/o edificare ex novo, il quadro economico-finanziario di copertura dell'intervento e il relativo cronoprogramma. Gli studi di fattibilità hanno rappresentato la base informativa per l'elaborazione delle schede intervento, che sono state recepite e validate dalla Regione.

Oltre alle schede intervento, predisposte espressamente come adempimento da PNRR, l'Emilia-Romagna ha inoltre richiesto alle Aziende la compilazione della relazione sanitaria per ogni intervento infrastrutturale identificato. Le Aziende, cioè, dovevano indicare, per ogni CdC il fabbisogno di salute a cui si intende rispondere con l'intervento, le ragioni della sua localizzazione geografica, le motivazioni che giustificano una ristrutturazione o ampliamento dei locali, l'indicazione di CdC *Hub* o *Spoke* e l'ambito di intervento. Questo lavoro di confronto ed approfondimento tra Regione e Aziende è esitato in 8 giornate di confronto, nel periodo dal 28 marzo al 28 aprile 2022, in cui tutti i referenti aziendali hanno presentato ai referenti regionali il proprio studio di fattibilità. La restituzione di questo lavoro ha permesso di completare la documentazione che è poi confluita nel Piano Operativo regionale.

Per quanto riguarda l'implementazione dell'azione di *change management*, la Regione Emilia-Romagna ha provveduto a delineare un articolato processo di lavoro volto alla declinazione regionale dei criteri contenuti nel DM 77/22. Questo processo ha come obiettivo primario quello di co-costruire insieme alle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie regionali, valorizzando ed armonizzando i processi e le strutture territoriali già esistenti, il nuovo modello di assistenza territoriale, definendone i reali meccanismi di funzionamento. È stato in questo senso definito un calendario di incontri nel mese di luglio 2022 che ha visto il coinvolgimento, per quanto riguarda la Regione, della Direzione Generale, del Dirigente Responsabile del Settore Assistenza Territoriale e dei Dirigenti di altri Settori sanitari (Ospedaliero e Sanità pubblica) e dei Settori sociali interessati. Per quanto riguarda le Aziende, invece, sono stati coinvolti Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario, Socio-Sanitario e Assistenziale di ciascuna Azienda regionale. L'obiettivo di questi incontri è stato quello di discutere, in modo strutturato, con i rappresentanti aziendali dei diversi temi contenuti nel DM 77/22 (stratificazione e sanità di iniziativa, presa in carico, strutture territoriali come CdC, COT, OdC, infermieri di comunità o famiglia, etc.), al fine di raccogliere riflessioni, proposte e commenti rispetto a ciascun argomento. Ciò che è emerso deve essere sistematizzato al fine di produrre da un lato, un documento di visione ampia sul futuro della sanità in Emilia-Romagna, dall'altro una serie di atti normativi e delibere che puntualmente descriveranno principi, requisiti e caratteristiche e di ogni servizio del territorio (CdC, OdC, PUA, COT, Infermiere di Famiglia e Comunità, etc.).

Strumenti manageriali

Per quanto riguarda i meccanismi di coordinamento e di lavoro, si può evidenziare come, per entrambi gli aspetti considerati (elaborazione di atti di programmazione di spesa e implementazione di un'azione di *change management*), la Regione si sia sempre confrontata con le Aziende Sanitarie, benché con modalità e finalità ben distinte. Nel primo caso, le Aziende sono state

coinvolte nell'elaborazione delle schede intervento e delle relazioni tecnico-sanitarie, che hanno presentato in 8 giornate di confronto ed approfondimento con il livello regionale. In queste occasioni, si è discusso della fattibilità tecnica e infrastrutturale degli interventi, della copertura finanziaria e delle tempistiche previste da cronoprogramma; hanno avuto un obiettivo programmatico finalizzato alla programmazione delle progettualità da realizzare con i fondi PNRR mentre lo sviluppo dei modelli organizzativi, è stato demandato ad un secondo momento, ovvero al percorso delineato e intrapreso con le Direzioni Strategiche delle Aziende.

Come evidenziato nel precedente paragrafo, l'elaborazione della documentazione relativa al Piano Operativo e alla programmazione di spesa è stata coordinata, seguita e curata dal livello regionale (in particolare dall'Area Attuazione e Monitoraggio PNRR e dall'Area Infrastruttura e Patrimonio, che ha validato le schede intervento). Alle Aziende è stato richiesto di individuare i responsabili unici del procedimento (RUP), gli oggetti di intervento (gli edifici) e di completare le informazioni delle schede intervento.

Relativamente invece all'azione di *change management*, il coinvolgimento delle Aziende è stato sin da subito finalizzato alla co-costruzione delle modalità con cui recepire e declinare in ottica regionale i requisiti del DM 77/22. Alle Aziende, cioè, è stato richiesto un contributo forte di visione strategica e riflessione prospettica, per delineare gli sviluppi futuri dell'assistenza territoriale. Questo processo è stato seguito e supportato anche dagli *advisor* della Regione. Gli incontri sono stati definiti nel seguente modo: un primo incontro con tutte le Direzioni Strategiche delle Aziende dedicato alla discussione plenaria di alcuni argomenti relativi al DM 77/22; un secondo incontro, dove un gruppo ristretto composto da alcuni referenti regionali e da aziendali ha elaborato una sintesi delle riflessioni emerse nel primo incontro e preparato un documento di restituzione; un terzo incontro, di nuovo plenario come il primo, in cui è stata illustrata la sintesi prodotta, ai fini di validarla insieme alle Aziende ed eventualmente raccogliere ulteriori feedback.

In parallelo a questo processo partecipato con le Direzioni Aziendali, in Regione si sono svolti tre ulteriori incontri sempre nel mese di luglio 2022, finalizzati alla discussione ulteriore dei contenuti del DM 77/22. A questi incontri erano presenti referenti regionali afferenti a tutti i Settori della Direzione Salute e Welfare (Assistenza Ospedaliera, Territoriale, Gestione finanziaria, Politiche Sociali, Prevenzione e Risorse Umane e Infrastrutture), con lo scopo di tradurre le riflessioni elaborate e discusse con le Aziende (di stampo più "strategico" e di *vision*) in trattazioni tecniche-operative, guardando anche il punto di vista della gestione delle risorse, del personale, dell'integrazione con il sociale, etc. Entrambi i percorsi, sia quello con le Aziende che quello interno regionale, sono stati seguiti e supportati dagli *advisor* regionali.

8.4.3 Lazio

Strutture

In Regione Lazio l'elaborazione degli atti di programmazione della missione 6.1 del PNRR e lo sviluppo e l'attuazione di un nuovo modello di assistenza territoriale sono state affidate a diverse strutture del livello regionale e degli enti erogatori del SSR.

La gestione del PNRR è stata affidata a un gruppo di lavoro regionale istituito formalmente con determinazione regionale n. GR3900-13 del 6 settembre del 2021 “Pianificazione di interventi regionali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione Salute. Istituzione del Gruppo di lavoro regionale e di Gruppi di lavoro tematici”. Il Gruppo di lavoro regionale è stato istituito al fine di operare in stretta collaborazione con le Aziende Sanitarie ed era presieduto dall'Assessore regionale alla Sanità e, in sua assenza, dal Direttore regionale della Direzione Salute, con il supporto di Agenas. La composizione del GdL ha visto la partecipazione sia del livello regionale che degli enti erogatori del SSR. Nello specifico, il Gruppo di Lavoro era composto come segue: la Direzione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria; i Dirigenti regionali delle Aree “Rete Integrata del Territorio, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria”, “Patrimonio e Tecnologie, Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria” e “Ricerca, Innovazione, Trasferimento delle conoscenze e Umanizzazione”; Direttore Direzione Sistemi informativi LAZIOcrea; il Direttore Generale della ASL Roma 1; Direttore Generale della ASL Frosinone; Direttore Dipartimento di Epidemiologia del SSR, ASL Roma 1; Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata; Direttore UOC Valutazione dell'applicazione dei processi assistenziali e esiti di salute, ASL Viterbo; Direttore UOC Sviluppo Strategico ed Organizzativo, ASL Rieti².

La determinazione ha previsto anche la costituzione di alcuni sottogruppi di lavoro tematici, coordinati dai Dirigenti della Direzione Salute, finalizzati ad accompagnare la pianificazione, la realizzazione e la verifica degli interventi. Il DG della Direzione ha identificato i coordinatori dei sottogruppi che a loro volta hanno identificato i componenti del proprio team, tra coloro che hanno manifestato interesse all'avviso pubblicato in gazzetta.

I sottogruppi non sono poi stati definiti formalmente nei loro componenti

² Il GdL è stato aggiornato due volte con determinazione G01802 del 21/02/2022 e con determinazione G03633 del 28/03/22 per modificare i nominativi di alcuni componenti che nel corso dei mesi hanno cambiato ruolo. In particolare, è stata sostituita la figura del Direttore UOC Sviluppo Strategico ed Organizzativo dell'ASL di Rieti con il Responsabile AROA Centrale di Continuità Assistenziale e PDTA dell'ASL Latina ed è stata sostituita la figura del Direttore Direzione Sistemi informativi LAZIOCREA con il Direttore UOC Sistemi e tecnologie informatiche e di comunicazione dell'ASL Roma 1.

ma il loro coordinamento è stato appunto affidato ai Dirigenti delle aree di competenza della Direzione Salute. Tuttavia è possibile identificare quattro gruppi di lavoro: a) Assistenza Territoriale; b) Centrali Operative Territoriali; c) Sanità Digitale; d) Investimenti Strutturali. Al sottogruppo Investimenti Strutturali è stato affidato il compito di elaborazione del programma di spesa mentre ai sottogruppi Assistenza Territoriale, Centrali Operative Territoriali e Sanità Digitale è stata assegnata la stesura del documento programmatico finalizzato alle azioni di *change management*.

Il gruppo coordinato dall'Area Patrimonio e Tecnologie della Direzione salute, ha integrato tra i suoi componenti il DG della ASL Roma 1, la DG Asl Roma 5, il Referente Regione Lazio per l'Associazione Nazionale dei Tecnici Verificatori e KPMG, in quanto *advisor* per i Piani di Rientro. Tale gruppo si è occupato, in stretta collaborazione con le aziende sanitarie, di redigere una prima bozza del piano di investimenti infrastrutturali per l'istituzione delle CdC, adottando un approccio di tipo ingegneristico. In particolare, il GdL ha assunto un ruolo di verifica sugli standard infrastrutturali e quindi di valutazione rispetto alle proposte portate dalle Aziende sanitarie. Obiettivo del piano di investimenti è quello di definire numero, localizzazione, riconversioni/costruzioni ex-novo e risorse finanziarie per le diverse strutture.

L'azione di *change management* si è sostanziata nella produzione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77", pubblicato nella sua seconda versione il 25 luglio 2022 e nella sua prima versione il 31 dicembre 2021 con Determinazione 55302 e titolo "Documento di programmazione ad interim degli interventi di riordino territoriale per l'implementazione del community care model". Il documento traccia le linee programmatiche dell'assistenza territoriale sulla base delle indicazioni del PNRR e del DM 77/22 ed è strutturato in cinque sezioni: a) analisi della domanda e stima dei bisogni assistenziali; b) modelli di assistenza territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Infermiere di Famiglia o di Comunità, UCA, NEA 116117); c) Centrali Operative Territoriali; d) Transizione digitale; e) Presa in carico attraverso il sistema integrato di offerta. Ogni sezione approfondisce le relative tematiche esplicitando gli orientamenti strategici di fondo, censendo e valorizzando le esperienze già in essere nella Regione Lazio e fornendo indicazioni operative alle ASL. Il fine del documento è quello di orientare le scelte delle aziende sanitarie della Regione verso un'interpretazione organica delle indicazioni nazionali e in coerenza con quelle programmatiche che già in passato hanno caratterizzato l'assistenza territoriale in Lazio. La stesura del documento è stata realizzata dai sottogruppi di lavoro su Assistenza Territoriale (coordinato dal Dirigente Area Rete Integrata del Territorio), COT (coordinato dalla Responsabile AROA Centrale di Continuità Assistenziale e PDTA

dell'ASL Latina) e Sanità Digitale (coordinato dal Direttore UOC Sistemi e tecnologie informatiche e di comunicazione dell'ASL Roma 1) che hanno lavorato alla redazione dei propri paragrafi di competenza. Il Gruppo di lavoro regionale si è riunito nel corso dei mesi per permettere ai sottogruppi tematici di condividere e discutere i temi principali oggetto di programmazione strategica.

Strumenti manageriali

Per quanto riguarda la parte di programmazione della spesa, sono stati adottati meccanismi di coordinamento forti tra Regione e Aziende Sanitarie. In particolare, il gruppo di lavoro coordinato dall'Area Patrimonio e Tecnologie della Direzione Salute ha organizzato diversi cicli di incontri con ognuna delle ASL di Regione Lazio. Da settembre a dicembre 2021, questi incontri si sono svolti con cadenza di due/tre volte a settimana e coinvolgevano, oltre ai membri del GdL, il Direttore Generale e Sanitario della Asl più eventualmente il Responsabile dell'Ufficio Tecnico della ASL. La finalità di tali incontri era quella di identificare i siti idonei per la realizzazione delle CdC. Sempre con la stessa finalità, è stata avviata dal GdL un'interlocuzione con il Comune di Roma, in modo tale da definire gli accordi per l'utilizzo di alcuni immobili in comodato d'uso. In parallelo a queste attività, l'Assessore convocava i Direttori Generali delle ASL per un aggiornamento periodico sull'avanzamento delle attività.

Dopo questa prima fase interlocutoria, si è aperta la fase di compilazione delle schede tecniche fornite da Agenas e si è esaurita l'attività del GdL. Da gennaio a marzo le interlocuzioni tra l'Area Patrimonio e Tecnologie e le Aziende Sanitarie sono divenute giornaliere e si sono focalizzate con gli Uffici tecnici delle aziende, e in particolare con i 20 RUP identificati per le 136 CdC. Tra un incontro e l'altro si manteneva comunque l'interlocuzione aperta per le vie telematiche (email e telefono).

Per quanto riguarda le azioni di *change management* e l'elaborazione del documento di programmazione regionale, il gruppo di lavoro regionale e i sottogruppi tematici hanno rappresentato gli strumenti di coordinamento tra il livello regionale e il livello aziendale. All'interno del documento programmatico, nella sezione con le indicazioni operative sono stati definiti obiettivi e tempistiche per la realizzazione degli interventi, che possono essere considerati uno strumento di controllo strategico della Regione sulle ASL.

8.4.4 Lombardia

Strutture

Per la gestione della missione 6.1 del PNRR in Regione Lombardia è stata prevista una governance differenziata da un lato per l'elaborazione degli atti di programmazione e dall'altro per la realizzazione di un documento programmatico finalizzato alla realizzazione di un'azione di *change management*. Ogni

Direzione regionale ha avuto autonomia nella definizione di una governance per attuare gli indirizzi del PNRR relativi alla propria area di competenza.

In particolare, la Direzione Generale Welfare ha adottato una modalità organizzativa costituita da una cabina di regia e un gruppo di coordinamento identificati formalmente con decreto della DG Welfare di marzo 2022³. Alla cabina di regia della DG Welfare è stata affidata l'attività di monitoraggio in ordine all'attuazione della Missione 6 del PNRR ed era composta da: Direttore Generale, Direttore Generale vicario e Dirigente UO Affari Generali, Dirigente UO Polo Ospedaliero, Dirigente UO Rete Territoriale, Dirigente UO Risorse Strutturali e Tecnologiche, Dirigente UO Sistemi Informativi e Sanità Digitale. Il gruppo di coordinamento per l'individuazione dei requisiti organizzativi autorizzativi e di accertamento delle strutture CdC, OdC e COT, ha avuto l'obiettivo di tradurre gli indirizzi del PNRR e del DM 77/22 a livello regionale, attraverso la stesura di un documento di indirizzo. Il gruppo di coordinamento era costituito dal Direttore Generale e da dirigenti della Direzione Generale Welfare⁴, dai direttori generali, sanitari e sociosanitari di alcune ATS e ASST Lombarde⁵ e dai referenti di atenei universitari milanesi in qualità di *advisor*⁶. Il gruppo di lavoro aveva il compito di definire le linee generali dei modelli organizzativi territoriali lombardi tuttavia, dato l'alto numero di componenti del gruppo, che ha anche subito variazioni e ampliamenti nel corso dei mesi⁷, si è reso necessario definire un sottogruppo di lavoro più ristretto coordinato dal Direttore Generale dell'ATS di Milano e dal Direttore Generale dell'ASST Brianza, costituito da alcuni partecipanti del tavolo di lavoro più

³ Decreto DG Welfare n. 3891 del 24.03.2022 “Costituzione della cabina di regia e del gruppo di coordinamento per l'individuazione dei requisiti organizzativi autorizzativi e di accreditamento delle strutture case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali di cui alla missione 6 del piano nazionale di ripresa e resilienza”.

⁴ UO Rete Territoriale, UO Risorse Strutturali e Tecnologiche, UO Sistemi Informativi e Sanità Digitale, UO Rete Territoriale della DG Welfare, UO Polo Ospedaliero (coordinatore del gruppo)

⁵ ASST Monza, ATS Città Metropolitana di Milano, ASST della Brianza, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

⁶ Università degli Studi di Milano - Statale, Università degli Studi di Milano - Bicocca, Politecnico di Milano, Università Bocconi, Liuc Università Cattaneo, Università degli Studi Cattolica del Sacro Cuore

⁷ La composizione del gruppo di coordinamento è stata aggiornata con il Decreto della DG Welfare n. 4655 del 6 aprile 2022 “Gruppo di coordinamento per l'individuazione dei requisiti organizzativi autorizzativi e di accreditamento delle strutture Case di comunità, Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali di cui alla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza istituito con Decreto DG Welfare n. 3891 del 24.03.2022 – 2 integrazione dei componenti”. Sono stati inclusi nel gruppo di coordinamento: il Politecnico di Milano, un esperto in sviluppo di servizi sanitari e sociosanitari; il presidente IPASVI Varese; un referente del Dipartimento Area Medica, Cronicità e Continuità Assistenziale - ASST Ovest Milanese – quale rappresentante della Rete della Medicina Interna istituita con Decreto DGW n. 10271 del 26/07/2021.

ampio, che si è occupato della redazione effettiva del documento di programmazione dell'assistenza territoriale. Il gruppo di lavoro ristretto è stato istituito con atto formale e con scadenza definita (in concomitanza con la consegna del documento il gruppo si sarebbe sciolto), con lo specifico obiettivo di lavorare alle proposte di soluzioni organizzative che periodicamente venivano portate all'attenzione del gruppo di lavoro allargato per raccogliere modifiche e integrazioni. Tale lavoro è esitato nella produzione del documento "Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "regolamento recante la definizione di Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario Nazionale"", pubblicato il 25 luglio 2022 con deliberazione n. XI/6760. Il documento approfondisce le funzionalità, i modelli organizzativi e di servizio necessari allo sviluppo delle CdC, OdC, COT, e dell'ADI e le caratteristiche dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC).

Per quanto riguarda la governance adottata per l'elaborazione degli atti di programmazione, questa si è modificata nel tempo in base a come sono cambiate le indicazioni nazionali rispetto a mandati e alle scadenze assegnati alle Regioni. Il lavoro che ha portato alla definizione delle schede di programmazione di Agenas e alla pubblicazione del Piano Operativo Regionale⁸ è stato coordinato dalla UO Polo Ospedaliero della DG Welfare, che ha svolto un'azione di condivisione degli indirizzi regionali (ad esempio indicazioni e vincoli riguardanti le modalità e le caratteristiche delle strutture che potevano essere identificate come idonee alla costruzione di CdC) con le ASST, passando per il corpo intermedio delle ATS. Le ATS hanno avuto un ruolo fondamentale di tramite tra la Regione e le ASST di propria competenza (che erano chiamate ad occuparsi dell'identificazione puntuale delle strutture), assumendo anche il compito di coordinamento e mantenimento della relazione con le conferenze dei sindaci. Questa governance strutturata su tre livelli (Regione, ATS, ASST) è stata integrata da momenti di coordinamento periodici organizzati dalla Regione con le ATS e le direzioni strategiche delle ASST, finalizzati alla condivisione degli aggiornamenti e dello stato di avanzamento dei lavori.

Strumenti manageriali

Le ATS hanno interpretato in modo diverso il ruolo di mediatore tra Regione e ASST, gestendo le relazioni con le ASST a seconda delle specificità dei di-

⁸ Pubblicato con la DGR n. XI/6426 del 23.05.2022 recante "Piano Nazionale di Ripresa e resilienza PNRR - Missione 6 component 1 e component 2 e PNC – approvazione del Piano Operativo Regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC - individuazione dei soggetti attuatori esterni" e con la DGR n. XI/6607 del 30.06.2022 recante "Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6C1 – Soggetti Attuatori esterni: riassegnazione di alcuni interventi su edifici ubicati nel comune di Milano";

versi territori. La maggior parte delle ATS si è mossa con una programmazione dal basso, raccogliendo le proposte delle ASST relative alla pianificazione delle CdC e approvandole quando conformi agli standard regionali. L'interpretazione del ruolo dato da ATS Milano è stata diversa e si è resa necessaria a causa della peculiarità del suo ambito di competenza caratterizzato da 9 ASST, 3 IRCCS e una popolazione molto numerosa. ATS Milano ha assunto una governance più di tipo *top down*, integrando le indicazioni regionali con alcuni indirizzi relativi alle caratteristiche delle CdC derivanti da un precedente lavoro sulla riorganizzazione del sistema ambulatoriale che era stato avviato dall'ATS nell'autunno del 2021. Ad esempio, ATS Milano ha stabilito che le CdC dovessero rappresentare il luogo di lavoro delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della MG e ha individuato le AFT esistenti in ciascun distretto, definendo che in corrispondenza di ogni AFT dovesse esserci almeno una CdC (o una CdC *Hub* e una CdC *Spoke* nei casi di AFT con ampio bacino di popolazione). Avendo definito questo parametro, ATS Milano ha individuato le possibili collocazioni delle CdC laddove fossero già disponibili strutture del SSR coerenti con gli standard e le indicazioni elaborate. Inoltre, ATS Milano ha pubblicato una manifestazione di interesse rivolta ai Comuni dei territori con assenza di strutture identificate come idonee, chiedendo di segnalare strutture disponibili ad essere concesse alle ASST in comodato e diritto di superficie per la realizzazione delle CdC. Quando le proposte ricevute dai Comuni per uno stesso territorio erano superiori all'unità, ATS Milano ha istituito una commissione ad hoc⁹ di valutazione per la selezione della struttura più idonea. Una volta identificate le strutture, è stato poi compito delle ASST fare la programmazione di dettaglio e assumere il ruolo di stazione appaltante del finanziamento che doveva realizzare l'opera, mentre ATS Milano ha mantenuto il coordinamento degli uffici tecnici per la valutazione dei piani e le relazioni con gli uffici comunali (ruolo indispensabile nella città di Milano in cui è presente un solo Comune a fronte di 3 ASST). La pubblicazione di una manifestazione di interesse è stata una caratteristica peculiare dell'ATS Milano.

8.4.5 Molise

Strutture

In Regione Molise l'elaborazione degli atti di programmazione della missione 6.1 del PNRR e lo sviluppo e l'attuazione di un nuovo modello di assistenza territoriale hanno visto il coinvolgimento di strutture del livello Regionale e

⁹ deliberazione 957/2021 dell'ATS, la commissione era composta dal Politecnico di Milano, dall'Università Bocconi, dalla UO Programmazione Polo Ospedaliero della direzione Generale Welfare, all'Unità Organizzativa Complessa Attività Istituzionali e di Controllo di ATS Milano e all'Unità Organizzativa Complessa Gestione del Patrimonio e Progetti Investimento

degli enti erogatori del SSR: la Struttura Commissariale, la Direzione Generale per la Salute, la Direzione Strategica della Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM) e gli *Advisor*¹⁰ della Regione per i Piani di Rientro.

In particolare, la gestione del PNRR è stata affidata a un tavolo permanente, costituito informalmente, a in cui partecipano in modo stabile, il Commissario, la Direzione Generale per la Salute e la Direzione Strategica della ASREM. Il Sub-Commissario¹¹ ha assunto il ruolo di coordinamento del gruppo per la redazione del nuovo Programma Operativo regionale 2022-2024 (in cui sono integrate le *milestones* e i target del PNRR) a partire dalla sua nomina del 31 marzo 2022. La composizione del tavolo è flessibile e si estende, in base ai temi trattati, ai diversi referenti dei Servizi e degli Uffici della Direzione per la Salute e referenti delle unità operative della ASREM e agli advisor per la regione in piano di rientro.

Il tavolo, seguendo le indicazioni del Ministero della Salute e Agenas, ha sviluppato un piano di investimenti infrastrutturali omogeneo per l'istituzione delle CdC adottando un approccio di tipo ingegneristico. Lavoro partito da quanto previsto dalla normativa regionale in materia, che già nel 2017 aveva disciplinato con atti di indirizzo specifici il potenziamento delle cure primarie attraverso l'attivazione Case della Salute¹².

Obiettivo del piano di investimenti della Missione 6 Salute è stato quello di definire numero, localizzazione, riconversioni/costruzioni ex-novo e risorse finanziarie per le diverse strutture. Il ruolo della Direzione Generale per la Salute si è sostanziato nello scambio continuo e nel confronto con l'Unità di Missione PNRR Missione 6 del Ministero della Salute, oltre che nella verifica e nel controllo che gli standard infrastrutturali, tecnologici e organizzativi previsti nel piano di spesa fossero coerenti con gli standard inclusi nei documenti di programmazione nazionale. Nella pratica i tavoli sono serviti come momento di discussione delle proposte operative che una volta validate sono state tradotte nelle schede tecniche inserite sul portale dedicato di Agenas e poi confluite nel Programma Operativo PNRR¹³. Per tutti gli investimenti relativi alle CdC, OdC e COT (oltre che per gli interventi di digitalizzazione dei DEA) è stato identificato come RUP il responsabile della Struttura Complessa Tecnico-Manutentiva in staff alla Direzione Amministrativa della ASREM.

La redazione del Piano operativo e dell'*action plan* allegato al CIS è stata realizzata dalla Direzione Generale per la la Salute, con il supporto dell'ASREM e con la supervisione della Struttura Commissariale.

¹⁰ Gli *Advisor* della Regione per i Piani di Rientro in Regione Molise sono KPMG e CeRGAS SDA Bocconi.

¹¹ A dicembre 2021 il precedente commissario aveva dato le dimissioni e solo il 31 marzo 2022 è stato nominato il nuovo subcommissario da parte del Consiglio dei Ministri.

¹² Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 28 febbraio 2017

¹³ Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 26 maggio 2022.

Per quanto riguarda lo sviluppo di un nuovo modello di assistenza territoriale, è stato coordinato dalla Direzione Generale per la Salute a cui si è affiancata successivamente la Struttura Commissariale dal momento in cui è stato nominato il nuovo Sub-Commissario. La riprogettazione dei servizi territoriali è stata avviata successivamente alla sottoscrizione del CIS, con la stesura del Programma Operativo regionale sanitario 22-24. La responsabilità del documento è in capo alla Struttura Commissariale che, a tal proposito, ha istituito formalmente dei gruppi di lavoro con professionisti regionali e aziendali. In particolare i gruppi formalizzati con nota del Sub-Commissario n. 74082/2022, hanno lavorato di concerto con il supporto tecnico da parte di Agenas, e nello specifico sono: a) Gdl assistenza territoriale; b) Gdl budget privato accreditati; c) Gdl Reti tempo-dipendenti.

I componenti dei gruppi di lavoro sono trasversali alla Direzione Generale per la Salute e ASREM. Ai gruppi partecipa anche Agenas in qualità di supporto per garantire la coerenza con gli obiettivi strategici nazionali. Alla redazione del Programma Operativo regionale sanitario 22-24, si affianca anche quella del Piano Operativo Regionale missione 6 PNRR 2026 che completa gli altri documenti già approvati e integra i driver strategici previsti dai documenti programmatori. Nello specifico, il gruppo di lavoro dedicato all'assistenza territoriale è composto dal Subcommissario, Direzione generale per la Salute, Direzione Sanitaria ASREM e referenti della UOC Monitoraggio LEA, servizi sanitari regionali e aziende sanitarie dell'Agenas. Gli advisor della Regione per i Piani di Rientro forniscono supporto in maniera informale. Durante l'elaborazione del Programma Operativo 22-24 sono stati previsti alcuni momenti di confronto in itinere con gli *stakeholder* locali interessati come ad esempio associazioni di categoria o associazioni di rappresentanza come Cittadinanza Attiva. La bozza semidefinitiva del Programma Operativo 2022-2024 della Regione Molise è stata messa in consultazione pubblica dal 10 al 25 ottobre 2022. La consultazione era finalizzata ad acquisire dagli *stakeholders* proposte e/o osservazioni alla proposta di Programma Operativo 2022-2024 nell'ambito della relativa procedura per l'adozione¹⁴.

Strumenti manageriali

Per quanto riguarda la programmazione delle spesa, il tavolo permanente tra Direzione Generale per la Salute e ASREM ha avuto un ruolo cruciale. Come evidenziato nel precedente paragrafo, i tavoli sono serviti come momento di discussione delle proposte operative, poi validate e tradotte nelle schede tecniche fornite da Agenas. Per l'elaborazione delle proposte di intervento, sono stati attivati dei meccanismi di coordinamento interni all'Azienda che hanno visto la partecipazione del middle management. Nello specifico, sono state convo-

¹⁴ <https://www.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/18989>

cate dalla Direzione Strategica ASREM, delle riunioni con i tre Direttori di Distretto, il RUP ovvero il Responsabile SC Tecnico-manutentiva e la Direzione Strategica stessa in cui sono state concordate le scelte strategiche che poi sarebbero state sottoposte al tavolo permanente con la Regione. Le riunioni venivano convocate per email, senza una determinazione formale del gruppo di lavoro.

Per quanto riguarda l'azione di *change management*, anche in questo caso sono stati attivati dei meccanismi di coordinamento interni alla ASREM su richiesta esplicita della Direzione Generale per la Salute. Tuttavia non vi è riscontro formale di tali attività. Tali meccanismi si sono sostanziati in incontri, iniziati a marzo 2022 e ancora attivi, tra la Direzione Strategica della ASREM e i responsabili della UO Innovazione Piani e progetti, UO qualità e governance clinica e UO Risk Management, coinvolti sulla base dei temi nell'ordine del giorno. Lo sviluppo di un nuovo modello di assistenza territoriale si è concretizzato principalmente nel recepimento di quanto deliberato nel DM 77/22.

La Regione Molise, rispondendo alla richiesta di Agenas, ha individuato un proprio rappresentante nel costituendo Gruppo di Lavoro nazionale per il monitoraggio degli standard relativi al DM 77/22. Questo consentirà di allineare le proposte scaturite dal Programma Operativo e dal PNRR Missione 6 rispetto alle altre realtà italiane.

Per quanto concerne gli strumenti di controllo strategico, non sono stati previsti particolari strumenti di controllo a livello regionale se non il tavolo permanente che ha assunto una funzione di monitoraggio e valutazione dell'operato della ASREM. Tuttavia, le attività di monitoraggio rimangono in capo alla Struttura Commissariale. A luglio 2022, con la Delibera di giunta regionale n. 235 del 14 luglio 2022 è stata approvato l'ampliamento in termini di organico della Struttura Commissariale prevedendo l'istituzione di un Servizio dedicato di supporto alla gestione commissariale per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario. A questa Struttura sono stati assegnati un dirigente e tre uffici così individuati: i) Ufficio Segreteria tecnica del Commissario ad Acta; ii) Ufficio Monitoraggio e stato di attuazione dei programmi; iii) Ufficio Supporto giuridico.

8.5 Discussione

Come esplicitato nel § 8.3, uno degli obiettivi del capitolo è analizzare il modello di governance dei diversi sistemi regionali nella gestione del PNRR, inteso come la distribuzione delle responsabilità e delle autonomie tra il livello regionale e le aziende sanitarie nell'elaborazione dei Piani Operativi e delle linee guida di adozione del DM 77/22.

Nelle tabelle 8.3 e 8.4 sono riportati, in ottica comparativa, i modelli di go-

vernance adottati dalle regioni approfondite come casi studio, rispettivamente su programma di spesa e recepimento del DM 77/22. Dall'analisi emergono alcuni elementi di omogeneità ma anche di differenziazione. In primo luogo, ad eccezione del Lazio, l'elaborazione degli atti di programmazione (Piani operativi e linee guida) è stata affidata a strutture organizzative e/o gruppi di lavoro distinti. La redazione dei Piani Operativi è stata coordinata dalle strutture responsabili della gestione del patrimonio e degli investimenti infrastrutturali, mentre l'elaborazione delle linee guida di adozione del DM 77/22 alle figure responsabili della programmazione sanitaria.

Tabella 8.3 **Modelli di governance regionali per la redazione del programma di spesa a confronto**

	Lazio	Molise	Emilia-Romagna	Lombardia	Campania
Ruolo di coordinamento	Direzione Salute / Area Patrimonio e tecnologie	Direzione Salute e Struttura Commissariale	Direzione Salute / Area Infrastrutture e Patrimonio	Direzione / Area UO Polo Ospedaliero	Presidenza
Avvio della programmazione	set-21	dic-21	dic-21	mar-22	dic-21
Ruolo Direzione Salute	Coordinamento PO e verifica rispetto standard nazionali	Coordinamento PO e verifica rispetto standard nazionali	Coordinamento PO e verifica rispetto standard nazionali	Meta-coordinamento PO via ATS	Supporto Presidenza
Modifica assetti organizzativi	Nessuna modifica	Nessuna modifica	Area Attuazione e Monitoraggio PNRR presso Direzione Salute	Nessuna modifica	Ufficio Speciale per la crescita e la transizione digitale presso la Presidenza
Strumenti di coordinamento regione-aziende	Gruppo di lavoro regionale e gruppi di lavoro tematici (formale)	Tavolo permanente (informale)	CTSS; 8 giornate di concertazione Regione e AS	Cabina di regia e gruppo di coordinamento (formali)	Informali
Ruolo aziende sanitarie	Redazione schede intervento e relazioni tecnico-sanitarie	Redazione schede intervento e relazioni tecnico-sanitarie	Redazione schede intervento e relazioni tecnico-sanitarie	ATS: coordinamento e verifica standard; ASST: Redazione schede intervento e relazioni tecnico-sanitarie	Redazione schede intervento e relazioni tecnico-sanitarie
Figure coinvolte delle aziende sanitarie	Responsabili Uffici Tecnici AST	Direzione strategica e Struttura Tecnico-Manutentiva ASREM	Responsabili Uffici Tecnici AST	Direzioni Strategiche AS selezionate	Responsabili Uffici Tecnici AST
Ruolo Enti locali e associazioni	Interlocuzione con il Comune di Roma per identificazione strutture in comodato d'uso	Interlocuzione con il Comune di Campobasso per identificazione di alcune strutture	Confronto e approvazione sedi CdC	Manifestazione di interesse al Comune di Milano per identificazione strutture	Nessun coinvolgimento

In secondo luogo, la distribuzione delle responsabilità e del livello di autonomia fra il livello regionale e le aziende sanitarie è stata differente. In Emilia-Romagna, Lazio e Lombardia la gestione del PNRR è stata coordinata dalle Direzioni alla Salute. DG e dirigenti delle strutture organizzative degli assessorati hanno svolto un ruolo centrale nei gruppi di lavoro formati per la realizzazione degli atti di programmazione. Inoltre, le aziende sanitarie sono state coinvolte in modo forte e strutturato. In Emilia-Romagna e Lombardia il top management di tutte le aziende sanitarie pubbliche è stato incluso nei gruppi formali di lavoro.

In Molise la redazione dei Piani Operativi è stata affidata alla Direzione per la Tutela della Salute, affiancata in un secondo momento dalla Struttura Commissariale, mentre l'elaborazione delle linee guida di adozione del DM è stata

Tabella 8.4 **Modelli di governance regionali per il recepimento del DM 77/22 a confronto**

	Lazio	Molise	Emilia-Romagna	Lombardia	Campania
Ruolo di coordinamento	Direzione Salute	Struttura Commissariale	Direzione Salute e Direzioni Strategiche AS	ATS e ASST	Direzione Salute
Avvio della programmazione	set-21	giu-22	lug-22	mar-22	lug-22
Ruolo Direzione Salute	Coordinamento Gruppo di Lavoro Regionale e redazione linee guida (top down)	Supporto alla Struttura Commissariale	Promozione processo concertativo (bottom up)	Coordinamento formale del gruppo di lavoro	Elaborazione linee guida regionali (top-down)
Modifica assetti organizzativi	Nessuna modifica	Nessuna modifica	Nessuna modifica	Nessuna modifica	Nessuna modifica
Strumenti di coordinamento regione-aziende	Gruppo di lavoro regionale e gruppi di lavoro tematici (formale)	Gruppi di lavoro (formale)	Stati generali (formale)	Cabina di regia e gruppo di coordinamento (formali)	In corso di definizione
Ruolo aziende sanitarie	Partecipazione gruppi di lavoro regionali e gruppi tematici	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali	Co-costruzione modello assistenza territoriale	Coordinamento redazione linee guida	In corso di definizione
Figure coinvolte delle aziende sanitarie	Figure e AS selezionate	Direzione Sanitaria e figure selezionate	Direzioni Strategiche AS	Direzioni Strategiche AS selezionate	In corso di definizione
Ruolo Enti locali e associazioni	In corso di definizione	Incontri tra Struttura Commissariale e <i>stakeholder</i> locali e consultazione pubblica del documento	Coinvolgimento associazioni ed enti locali in dibattito pubblico	In corso di definizione	In corso di definizione

coordinata direttamente dalla Struttura Commissariale mentre l'ASREM è stata coinvolta nell'elaborazione dei piani attraverso tavoli di confronto istituiti ad hoc.

Nel Lazio figure specifiche e diverse – DG, capi dipartimento, direttori UOC – delle aziende sono state selezionate dalla direzione alla salute. In Campania la Presidenza della Regione ha svolto un ruolo centrale gestione del PNRR, in particolare per la realizzazione dei Piani Operativi. Le aziende sanitarie sono state coinvolte per la compilazione delle schede tecniche dei Piani Operativi, mentre non sono state coinvolte nell'elaborazione del DM 77/22 campano.

I sistemi sanitari hanno coinvolto in modo differente anche gli enti locali. In Emilia-Romagna gli enti locali, attraverso le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie (CTSS), hanno contribuito alla redazione del Piano Operativo e alla riflessione sul nuovo modello di assistenza territoriale. In Lazio e Lombardia, i comuni delle città metropolitane di Roma e Milano sono stati coinvolti per l'individuazione delle strutture da riconvertire in CdC. Anche in Molise c'è stata un'interlocuzione con il comune di Campobasso per una delle sedi per le CdC e in aggiunta, la Struttura Commissariale ha organizzato degli incontri con gli *stakeholder* locali e condiviso in pubblica consultazione il documento che recepisce il DM 77, in modo tale da raccogliere gli eventuale feedback. Negli altri contesti, non vi è stato un coinvolgimento degli enti locali.

La gestione del PNRR ha innescato anche alcune modifiche degli assetti organizzativi delle regioni e la costituzione di gruppi di lavoro. In Campania ed Emilia-Romagna vi sono state modifiche degli assetti organizzativi. Nel primo caso è stato costituito l'Ufficio Speciale per la crescita e la transizione digitale presso la Presidenza della Giunta. Nel secondo caso è stata istituita l'Area Attuazione e Monitoraggio PNRR presso la Direzione Salute e Welfare. La creazione di strutture organizzative *ad-hoc* e stabili nel tempo potrebbe garantire un efficace monitoraggio e controllo strategico durante l'attuazione degli interventi. Gruppi di lavoro, formati con composizioni e denominazioni diverse (task force, commissioni, tavoli permanenti) sono stati costituiti in modo formale in Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia e Molise. In Campania, invece, il gruppo di lavoro è stato istituito informalmente.

Infine, i SSR si sono distinti fortemente per le tempistiche, intese come periodi di avvio e conclusione lavori, adottate per la gestione del PNRR. Nel caso dei Piani Operativi, la gestione dei tempi è stata individuata in modo comune dal livello centrale, che ha fissato scadenze intermedie e definitive nazionali. Per quanto riguarda l'elaborazione delle linee guida di adozione del DM 77/22, invece, le tempistiche dei lavori sono state profondamente diverse. Lazio e Lombardia hanno avviato le riflessioni sul nuovo modello di assistenza territoriale nell'autunno del 2021, in anticipo rispetto alle prime scadenze per la realizzazione dei Piani Operativi e la pubblicazione della versione definitiva del DM. Di conseguenza, la programmazione degli investimenti infrastruttura-

li sulle CdC è avvenuta dopo che era stata già avviata una riflessione sui relativi ruoli e funzioni. In Emilia-Romagna, il cui modello di assistenza territoriale era già incentrato sulle Case della Salute e quindi non ne era necessario un profondo ripensamento, la versione definitiva del DM 77/22 è stata discussa in seguito alla pubblicazione. In Campania e Molise le riflessioni sul modello di assistenza territoriale sono state avviate nell'estate del 2022 e sono ancora in uno stato preliminare.

Come anticipato nella metodologia, obiettivo del capitolo è anche quello di analizzare in che modo i SSR hanno interpretato la gestione del PNRR. Secondo lo schema concettuale adottato nel presente lavoro, i sistemi sanitari potrebbero interpretare il PNRR in due modalità differenti: i) Il PNRR come un programma di spesa, ossia come uno strumento per acquisire risorse finanziarie aggiuntive per investimenti in conto capitale; ii) un'opportunità per avviare un processo di *change management*, ossia il punto di partenza per lo sviluppo di profonde politiche regionali di rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Nel caso del programma di spesa, appare opportuno distinguere la fase di programmazione degli interventi rispetto a quella di realizzazione. Durante al fase di programmazione il livello nazionale ha assunto un ruolo di coordinamento, individuando modalità di lavoro, le risorse finanziarie per i singoli interventi, target e scadenze comuni e attivato un processo di monitoraggio incisivo. Ad esempio, le linee guida per i Piani Operativi sono state definite dal livello nazionale ed infatti i documenti regionali elaborati non presentano molte differenze. In questo contesto il livello regionale ha assunto il ruolo di "cinghia di trasmissione", trasferendo metodi di lavoro e tempistiche individuati dal livello centrale alle aziende sanitarie e verificando che gli standard nazionali venissero rispettati. Le aziende sanitarie territoriali hanno partecipato nell'elaborazione degli atti di programmazione (schede tecniche, relazioni tecnico-sanitarie, cronoprogrammi). Nella fase di implementazione degli interventi, non ancora avviata, le Regioni svolgeranno un ruolo di coordinamento nella realizzazione. In alcuni casi, come in Campania, le Regioni centralizzeranno la realizzazione delle opere infrastrutturali e degli acquisti in tecnologie e apparecchiature mentre, in altri, proveranno a garantire il rispetto delle tempistiche previste attraverso la costruzione di un sistema di monitoraggio ad hoc.

Dall'analisi per verificare se il PNRR abbia rappresentato un'opportunità per avviare un processo di *change management*, sono emerse alcune spinte al cambiamento, ovvero fattori motivanti per la trasformazione strategica dell'organizzazione, nei diversi contesti regionali. Coerentemente al *framework* di Reborà, tali spinte derivano da tensori diversi, sia di natura economica che strategica. In particolare, vi è una forte consapevolezza sul fatto che gli investimenti del PNRR rappresentano un'occasione unica, se paragonata alle risorse in conto capitale destinate al SSN negli ultimi due decenni, e sono finanziati prevalentemente attraverso debito. Inoltre, considerando una spesa corrente

che dovrà rimanere sostanzialmente fissa, le Regioni sembrano consapevoli del fatto che sia necessario un processo di cambiamento e di trasformazione per i servizi e processi dell'assistenza territoriale. Dal punto di vista strategico invece, il DM 77/22 e i diversi momenti di incontro e riflessione sollecitati dal livello nazionale rappresentano stimoli importanti per una riflessione strategica sullo sviluppo dell'assistenza territoriale.

La definizione di cambiamento organizzativo offerta da Reborà evidenzia due aspetti. Da un lato, la necessità di definire lo stato o il modello atteso (to be). Dall'altro, la necessità di disegnare la transizione per il passaggio di stato. Per quanto riguarda la definizione del modello atteso, i livelli regionali dei cinque contesti analizzati avvertono la responsabilità di promuovere momenti di riflessione e sviluppare una visione sul proprio modello di assistenza territoriale, seppur stia avvenendo con modalità e tempistiche differenti. Tali processi trovano sintesi nell'elaborazione delle linee guida regionali di adozione del DM, che vengono generalmente percepite come un'occasione di formalizzazione del modello strategico di gestione dell'assistenza territoriale piuttosto che un mero adempimento formale. Per quanto riguarda la definizione del proprio "passaggio di stato", ossia dell'insieme di azioni necessarie per guidare la transizione dallo stato attuale a quello atteso, i livelli regionali sembrano voler lasciare una forte autonomia alle aziende sanitarie. Si tratta di una sfida manageriale che colpisce in modo profondamente diversi i contesti territoriali, visto che il grado di sviluppo del territorio dei sistemi sanitari regionali presenta livelli di maturità differenti.

Nonostante i processi di cambiamento organizzativo innescati dal PNRR siano ancora in una fase iniziale, considerato che le linee guida regionali di recepimento del DM redatte o in corso di redazione possono essere interpretate come la definizione del "passaggio di stato", l'analisi dei casi offre alcuni spunti di riflessione su agenti, leve e processi di cambiamento emersi nei diversi contesti regionali. Per quanto riguarda gli agenti del cambiamento, i livelli regionali non hanno ancora promosso l'identificazione delle figure che dovranno guidare la trasformazione dei servizi territoriali. I Direttori di Distretto e i responsabili delle strutture sanitarie (Poliambulatori, Case della Salute) riconvertite in CdC sono stati raramente coinvolti nell'elaborazione delle linee guida regionali e permane una forte incertezza sulla distribuzione delle prerogative di governo fra i Direttori dei Dipartimenti delle Aziende Sanitarie, i Direttori dei Distretti e i Coordinatori delle CdC. Inoltre, non sono stati ancora progettati i momenti formativi per le figure chiave nei nuovi modelli di assistenza. Un tentativo di sviluppo dei ruoli organizzativi è quello di ATS Milano che ha definito che le CdC debbano essere il luogo di lavoro delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), utilizzando il bacino di utenza di quest'ultime come criterio di individuazione delle CdC. Tale scelta si fonda sulla speranza che, attraverso le AFT, si possa garantire la presenza degli MMG nelle CdC e quin-

di promuovere lo sviluppo di equipe multi-professionali. Per quanto riguarda l'attivazione delle leve o dei processi di cambiamento, la promozione di gruppi di lavoro e momenti di discussione fra il livello regionale, le aziende e gli altri *stakeholders* del SSN, come avvenuto nei gruppi di lavoro tematici istituiti in Lazio e Lombardia e negli Stati Generali dell'Emilia-Romagna, rappresentano dei processi di apprendimento, soprattutto se continueranno ad incontrarsi periodicamente durante il periodo di attuazione della riforma.

8.6 Conclusioni

Il PNRR ha promosso un maggior investimento nell'assistenza territoriale, individuando nel ridisegno delle sue reti e nella promozione di servizi di prossimità una delle due missioni principali degli interventi in sanità. In particolare, il PNRR ha previsto un piano di investimenti per la realizzazione di 1.350 CdC e una riforma dei servizi territoriali, delineata successivamente nel DM 77/22. Si tratta di interventi con finalità diverse che richiedono azioni e competenze differenti. Nel primo caso gli sforzi del livello regionale sono compiuti per programmare investimenti e realizzare le opere infrastrutturali e gli acquisti in tecnologie e apparecchiature nei tempi e nelle modalità previste. Nel secondo caso, invece, l'efficace attuazione della riforma richiede la trasformazione dei servizi, la revisione dei processi e lo sviluppo delle competenze attese nel nuovo modello di assistenza territoriale attraverso la realizzazione di un processo di *change management*.

Il contributo dell'analisi dei casi studio offre alcuni spunti di riflessione sui fattori critici per il successo dei due interventi. In primo luogo, la necessità di rafforzare i livelli regionali, intesi come le Direzioni alle Salute e gli eventuali enti intermedi che svolgono funzioni di governo, in termini di numerosità e competenze. Il PNRR, sia nel programma di spesa che nella riforma dei servizi territoriali, comporta un incremento delle responsabilità e delle attività del livello regionale, necessario, da un lato, per programmare e realizzare gli investimenti infrastrutturali e gli acquisti in tecnologie e apparecchiature e, dall'altro, per guidare un processo di trasformazione dei servizi e sviluppo delle competenze. Tale incremento di responsabilità richiede lo sviluppo di competenze per esercitare in modo efficace le funzioni di programmazione e controllo, regolamentazione e committenza richieste dai due interventi.

In secondo luogo, emerge l'importanza di curare le interdipendenze fra il programma di spesa e il processo di *change management*. Il programma di spesa dovrebbe rappresentare il volano per innescare una forte evoluzione nei modelli di assistenza territoriale. Tuttavia, l'analisi suggerisce che i sistemi sanitari regionali stanno realizzando i due interventi con gruppi di lavoro e tempistiche differenti e in particolare che il piano di investimenti, soggetto a un monitorag-

gio incisivo del livello nazionale, risulta essere in una fase più avanzata rispetto al processo di trasformazione dei servizi. In questo caso sorge il rischio che gli investimenti su una singola CdC vengano programmati prima di averne definito la vocazione strategica e i servizi offerti e, di conseguenza, che tali investimenti risultino disfunzionali. I livelli regionali potrebbero mitigare tali rischi promuovendo delle forme di coordinamento fra i gruppi di lavoro che stanno guidando i due interventi, oppure, come nel caso di Regione Lazio, affidare le attività dei piani operativi e degli investimenti a un gruppo di lavoro unico, secondo una logica di interdipendenza e connessione fra componenti strutturali ed organizzazione dell'offerta e dei modelli di servizio.

Infine, l'analisi dei casi regionali suggerisce la centralità delle Aziende Sanitarie nella realizzazione del processo di rafforzamento dei servizi territoriali. Utilizzando il framework di Reborà (1998) sul cambiamento organizzativo è possibile individuare le tre fasi in cui le Aziende Sanitarie avranno una forte autonomia. In primo luogo, dovranno definire la transizione del passaggio di stato, ossia le azioni necessarie per raggiungere il modello atteso di CdC a partire dallo stato attuale. Si tratterà di stabilire, per ogni CdC, che servizi e prestazioni offrire, negli spazi di autonomia previsti dal DM 77/22, e con quali tempistiche. In secondo luogo, le Aziende svolgeranno un ruolo centrale nell'individuare e fare emergere gli agenti del cambiamento, ossia le figure che dovranno guidare i processi di trasformazione. Infatti, permane ancora una forte incertezza su quali figure svolgeranno un ruolo di leadership (medici o infermieri), se prevedere delle specifiche posizioni organizzative e quale processo per la selezione e lo sviluppo delle competenze di tali figure. Inoltre, vi è ancora incertezza sulla distribuzione delle responsabilità fra la distribuzione delle responsabilità fra i Direttori dei Dipartimenti delle Aziende Sanitarie, i Direttori dei Distretti e i Coordinatori delle CdC così come sulle modalità per coinvolgere gli MMG all'interno delle CdC. Infine, le Aziende Sanitarie svolgeranno un ruolo chiave presumibilmente anche nell'attivazione delle leve e i processi di cambiamento, ossia quell'insieme di azioni e interventi necessari per realizzare una trasformazione strategico-organizzativa, promuovendo processi di apprendimento e di modifica di gestione delle risorse e disegno dei servizi.

8.7 Bibliografia

- Bobini M., Cinelli G., Del Vecchio M., & Longo F. (2020), «Regioni e aziende: modelli di coordinamento a confronto», in Cergas (a cura di) *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea.
- Brinkerhoff D.W., Bossert T. (2008), «Health governance: concepts, experiences, and programming options», *United States Agency for International Development*.

- Del Vecchio M. (2014), «Assetti istituzionali, confini aziendali e problemi di gestione nel Servizio Sanitario Nazionale», *Social Policies*, 1(3), 437-452.
- Hill C.J. & Lynn L.E. (2004), «Is hierarchical governance in decline? Evidence from empirical research», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15(2), 173-195.
- Meneguzzo M. & Rebora G. (1990), «La gestione del cambiamento strategico e operativo», in Meneguzzo M. & Rebora G. (a cura di) *Strategia delle Amministrazioni pubbliche*, pag. 271-353.

Appendice. Traccia di domande per casi studio

Dimensioni del framework	Domande per il ricercatore
Strutture	<ul style="list-style-type: none"> • A quali strutture è stata affidata la gestione del PNRR? È stata prevista un governance differenziata per l'elaborazione degli atti di programmazione della missione 6.1 del PNRR (programma di spesa) e la (eventuale) realizzazione di un'azione di change management? • Che tipo di strutture erano/sono: <ul style="list-style-type: none"> – Nuove e/o esistenti? – Formali e/o informali? • Qual'era/è la composizione delle strutture? Le figure coinvolte a che istituzioni appartenevano? • Sono cambiate le strutture nel tempo? Se sì, come è cambiata la configurazione? • Quale ruolo per le aziende nella gestione del PNRR? Quale azione aziendale per l'elaborazione degli atti di programmazione della missione 6.1 del PNRR (programma di spesa) e la realizzazione di un'azione di change management? Quali strutture (UO) per supportare il livello regionale nella gestione del PNRR? Nuovo o esistenti? Formali o informali? Che figure aziendali sono state coinvolte?
Strumenti manageriali	<ul style="list-style-type: none"> • Quali strumenti per il coordinamento fra il livello regionale e le aziende? Sono stati previsti degli strumenti differenziati per l'elaborazione degli atti di programmazione della missione 6.1 del PNRR (programma di spesa) e la (eventuale) realizzazione di un'azione di change management? • Quale interazione fra livello regionale e aziende negli atti formali di programmazione (schede tecniche, piani operativi)? Tali atti hanno rappresentato un'occasione per sviluppare i nuovi modelli di assistenza territoriale (azione di change management)? • Sono stati previsti degli strumenti per il controllo strategico?