

# 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



# 9 Le metriche di monitoraggio e valutazione dell'implementazione del PNRR

di Attilio Gugiatti, Francesca Lecci, Andrea Rotolo<sup>1</sup>

## 9.1 Introduzione

Il PNRR costituisce un programma di sviluppo di portata straordinaria messo in atto dall'Italia per accedere alle risorse europee stanziare del *Next Generation EU* (NGEU), il pacchetto da 750 miliardi di euro, costituito per circa la metà da sovvenzioni, concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica. La principale componente del programma NGEU è il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (*Recovery and Resilience Facility*, RRF), che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, e una dimensione totale di 672,5 miliardi di euro (312,5 sovvenzioni, i restanti 360 miliardi prestati a tassi agevolati). In Italia, il Piano di Ripresa e Resilienza prevede investimenti e un coerente pacchetto di riforme, a cui sono allocate risorse per 191,5 miliardi di euro finanziate attraverso il RRF e per 30,6 miliardi attraverso il Fondo complementare istituito con il Decreto Legge n.59 del 6 maggio 2021 a valere sullo scostamento pluriennale di bilancio approvato nel Consiglio dei ministri del 15 aprile. Il totale dei fondi previsti ammonta a 222,1 miliardi. Sono stati stanziati, inoltre, entro il 2032, ulteriori 26 miliardi da destinare alla realizzazione di opere specifiche e per il reintegro delle risorse del Fondo Sviluppo e Coesione. Nel complesso si potrà quindi disporre di circa 248 miliardi di euro, di cui 18,5 miliardi (15,6 miliardi dal Dispositivo RRF e 2,9 dal Fondo) destinati alla Sanità, con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure. Il Piano consentirà, su un arco temporale quinquennale, di dare vita ad un ampio pacchetto di investimenti e riforme articolate in sei ambiziose missioni, con lo scopo di rilanciare l'economia italiana dopo la brusca frenata creata dalla pandemia da Covid-19. Per utilizzare gli ingenti

---

<sup>1</sup> Sebbene il lavoro sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, i §§ 9.1, 9.2, 9.3, 9.4.3 e 9.5 sono da attribuire a Francesca Lecci, il § 9.4.1 a Attilio Gugiatti e il § 9.4.2 a Andrea Rotolo.

fondi messi a disposizione dalla UE occorre la capacità di formulare e gestire i progetti inseriti nel PNRR, per garantire un monitoraggio dei progetti non soltanto rispetto all'avanzamento economico, ma anche rispetto ai risultati pianificati (strutturati in *milestone* e *target*, come presentato in dettaglio nel §9.4.3), nonché, quanto meno in linea teorica, alla verifica dei benefici effettivamente raggiunti.

Il PNRR presenta delle caratteristiche sfidanti; affinché gli interventi possano essere finanziati dovranno, secondo le indicazioni della Commissione Europea: (i) avere una concreta applicazione coerente rispetto agli ambiti di investimento definiti e in grado di far conseguire i benefici attesi; (ii) prevedere tempistiche di realizzazione allineate con le *milestone* e le scadenze previste; (iii) avere un piano dei costi coerenti con i budget del Piano. In sostanza, il PNRR richiede che venga soddisfatta la *survival triplet* codificata dalle teorie di *Project Management*: obiettivi, tempi e costi (si veda §9.2).

Lo sforzo costante per bilanciare questi tre fattori impatta sulla qualità del progetto. I progetti di alta qualità consegnano il prodotto, il servizio o il risultato richiesti nell'ambito stabilito, entro il tempo fissato e restando entro i limiti del budget definito. La variazione anche di uno solo dei tre fattori del triplo vincolo implica che almeno un altro fattore ne risulta influenzato.

Ogni progetto si sviluppa in fasi, ovvero sequenze identificabili di eventi composti da attività coerenti che producono risultati definiti e che costituiscono l'input per la fase successiva. Le fasi standard identificabili nella maggior parte dei progetti sono:

1. **Concezione/Avvio:** si definiscono gli obiettivi e si analizza la fattibilità. L'elaborazione di idee-progetto nasce dal riconoscimento di un bisogno o di un problema e richiede la verifica di fattibilità in modo da prevenire un alto rischio di insuccesso e dare concretezza all'idea progettuale.
2. **Pianificazione:** le attività vengono identificate e programmate nei dettagli. Vanno analizzati i potenziali problemi e si stabiliscono piani di intervento per circostanze impreviste.
3. **Esecuzione/Controllo:** consiste nella realizzazione dei *deliverables*, nel monitoraggio e nel controllo del progetto e nella gestione del team di progetto e degli *stakeholders*.
4. **Chiusura:** quando gli obiettivi sono raggiunti, la documentazione è completa e i risultati sono approvati vi è la chiusura del progetto.

Il ciclo di vita del PNRR è attualmente alla fase 3, pertanto il capitolo si concentra su questa fase e, precisamente, sulle metriche di monitoraggio e valutazione degli elementi della *survival triplet* relativi alla missione 6 del Piano. A tal fine i paragrafi 9.2e 9.3 presentano rispettivamente il background e i principali obiettivi di ricerca; il paragrafo 9.4 presenta gli elementi che consentono

di presidiare l'esecuzione di dettaglio e il monitoraggio del PNRR, vale a dire la governance della fase di controllo (§ 9.4.1), i contratti istituzioni di sviluppo (§9.4.2) e le metriche (§9.4.3) in senso stretto (in termini di *milestone* e *target*). Il capitolo si chiude con una preliminare discussione sulle principali evidenze e alcuni spunti di riflessione (§9.5).

## 9.2 Background

La maggior parte delle ricerche inerenti alle variabili da presidiare al fine di raggiungere il successo di progetto (i fattori critici di successo), riporta gli obiettivi e le correlate metriche di misurazione come elementi tra i più rilevanti (si veda ad esempio Elonen e Artto, 2003; Uchitpe *et al.*, 2016). Questo risultato appare scontato in quanto se gli obiettivi non sono chiari, i soggetti coinvolti nel progetto non possono dirigere i propri sforzi verso una direzione ben precisa, rischiando di dedicare tempo ad attività a scarso valore aggiunto e quindi togliendo tempo allo svolgimento di ciò che veramente conta per gli *stakeholders*. Dal punto di vista organizzativo, poi, la mancanza di obiettivi e di ben delineati indicatori di operazionalizzazione degli stessi rischia di far emergere interpretazioni molto differenti del progetto e quindi occasioni di confronto e scontro superiori rispetto a quanto un progetto ben impostato richiederebbe.

Nello specifico, la fase di esecuzione e controllo di un progetto è quell'insieme di processi che consentono di tenere il progetto in linea con le baseline definite all'interno del *Project Plan*: consente, pertanto, di monitorare quanto è stato definito in fase di pianificazione per quanto riguarda i tempi, i costi e i requisiti espressi, affinché il progetto possa rispettare gli obiettivi prefissati. Questa attività ha le sue radici già nella fase di pianificazione e prosegue attraverso tutto il ciclo di sviluppo del progetto fino a terminare con la validazione dei deliverable.

L'idea alla base della definizione dei criteri di successo è che un progetto senza obiettivi quantificabili difficilmente può essere valutato in modo oggettivo, inoltre, gli *stakeholders* di progetto, in mancanza di una quantificazione degli obiettivi da raggiungere, potrebbero tararsi su un livello di obiettivi inferiore rispetto alle attese oppure, all'opposto, eccessivo rispetto alle necessità (Pellegrinelli e Garagna, 2009). Si sta quindi dicendo che dei buoni obiettivi devono essere misurabili e devono anche avere uno o più livelli desiderati di *performance* da raggiungere (i cosiddetti *target*).

I *Key Performance Indicators* (KPIs) di progetto sono appunto indicatori di *performance* che se opportunamente strutturati possono (Kerzner, 2005):

- giocare un ruolo determinante nell'orientare i comportamenti delle persone e le azioni intraprese in un progetto;

- ▶ avere un effetto significativo sulle modalità di reporting e di monitoraggio dell'avanzamento di un progetto.

Non ci si riferisce in questo caso ad indicatori di *performance* aziendale, ma proprio ad indicatori riguardanti la *performance* di uno specifico progetto. Per questa finalità il tipo di indicatori da adottare è determinato in modo significativo dalla natura e dalla dimensione del progetto gestito.

Ad esempio, il PNRR, che si configura come un grande ed articolato progetto di realizzazione di investimenti infrastrutturali, con numerosi *stakeholders*, ciascuno con un'influenza diversa e con obiettivi diversificati, avrà esigenze di governo articolate secondo numerosi KPI, mentre un piccolo progetto di innovazione che vive all'interno di una specifica area aziendale avrà necessità di un numero di KPIs decisamente inferiore. Nell'individuazione dei *key performance indicators* per un progetto (Whyte *et al.*, 2016; Wysocki, 2009) occorre quindi tener conto dei seguenti requisiti:

- ▶ i KPIs devono risultare chiaramente comprensibili a quanti sono coinvolti nel progetto. A tal fine è importante procedere ad una analisi degli *stakeholders* di progetto in modo da individuarne gli obiettivi ed i KPIs più adeguati a ciascun gruppo di *stakeholders*;
- ▶ gli indicatori devono essere misurabili, in particolare se si riferiscono a valori inseriti nei contratti. I KPIs possono essere validi strumenti per attribuire incentivi o penalità in base alle *performances* maturate su un progetto;
- ▶ devono consentire di misurare i benefici indotti dal progetto. Questo significa che occorre introdurre indicatori che prendano in considerazione variabili in grado di operationalizzare le ragioni stesse che hanno indotto l'adozione del progetto e che la fase di monitoraggio spesso deve essere più lunga della fase di progetto, in quanto spesso i benefici vengono ottenuti a distanza di tempo (Papke-Shields e Boyer-Wright, 2017);
- ▶ è importante che le metriche evidenzino sia gli avanzamenti di un progetto che l'eventuale scostamento delle attività implementate. È fondamentale, in tal senso, che gli indicatori adottati abbiano non solo potenziale sintetico valutativo, ma anche predittivo di tendenze future, in modo da poter adottare eventuali interventi correttivi qualora gli andamenti non fossero in linea con quanto atteso;
- ▶ i KPIs devono misurare anche l'allineamento con gli obiettivi di *program management*. I progetti del PNRR fanno parte, a tutti gli effetti, di un programma più ampio e devono essere gestiti secondo logiche di *program management* e gestione del portafoglio progetti. Ad esempio, può accadere che alcuni progetti rispettino la schedulazione ed il budget ma non producano i benefici attesi per il programma cui sono correlati e questo costituisce un problema che deve essere evidenziato in tempo;

- ▶ gli indicatori devono essere misurati e analizzati regolarmente su base periodica, in modo da correggere eventuali anomalie;
- ▶ le metriche devono infine consentire di effettuare una valutazione complessiva degli esiti di un progetto. In sede di chiusura dei lavori è importante che l'andamento dei vari KPIs venga ripreso per evidenziare eventuali effetti non attesi e strutturare poi le *lesson learned* da mettere a disposizione di progetti futuri.

Se le caratteristiche appena descritte devono essere tenute in considerazione per tutte le metriche di progetto, è però anche vero che, per le sue specificità, il PNRR non può semplicemente essere considerato alla stregua di un progetto strategico di un'organizzazione, ma è stato configurato e deve essere implementato come una vera e propria organizzazione temporanea (Wideman, 1995). La differenza non è di poco conto: la concezione e implementazione di un progetto quale strategia di un'organizzazione comporta l'identificazione del progetto quale strumento di un sistema di governo che costituisce il contesto ambientale di riferimento dello stesso (Teece *et al.*, 1997). In sostanza, la metafora del progetto-strategia valorizza una sola categoria di *stakeholders* di progetto, ovvero gli *stakeholders* interni al sistema di governo, costituiti dai decisori di progetto. La valutazione della *performance* di progetto risulta essere unidimensionale in quanto riferita ad un'unica categoria di portatori di interessi.

La concezione di progetto quale organizzazione temporanea porta, invece, ad identificare il progetto con il suo sistema di governo e, conseguentemente, il contesto di riferimento del progetto subisce un ampliamento venendo a coincidere con quello del sistema di governo. Agli *stakeholders* interni, decisori di progetto, si aggiunge una miriade di *stakeholders* esterni che popolano l'ambiente del progetto-sistema di governo. Si tratta dei committenti di progetto, di soggetti esterni al sistema di governo ma interni all'azienda, di soggetti esterni al sistema di governo e all'azienda su cui il progetto va a d impattare in modo rilevante. La valutazione della *performance* di progetto viene ad assumere carattere multidimensionale in quanto riferita ad una molteplicità di soggetti portatori di interessi.

Le missioni del PNRR appartengono chiaramente a questa seconda fattispecie, configurandosi, peraltro, non come semplici progetti, ma come un programma o, ancora più precisamente, un portfolio di progetti (Figura 9.1) e come tale, richiedono la costruzione di metriche multidimensionali, in grado di intercettare il contributo atteso dai diversi *stakeholders*, e l'allineamento in tempo reale degli indicatori dei singoli progetti, sviluppati a livello territoriale, con quanto viene definito a livello di programma e portfolio, in una logica di generazione di valore (Blomquist e Muller, 2006).

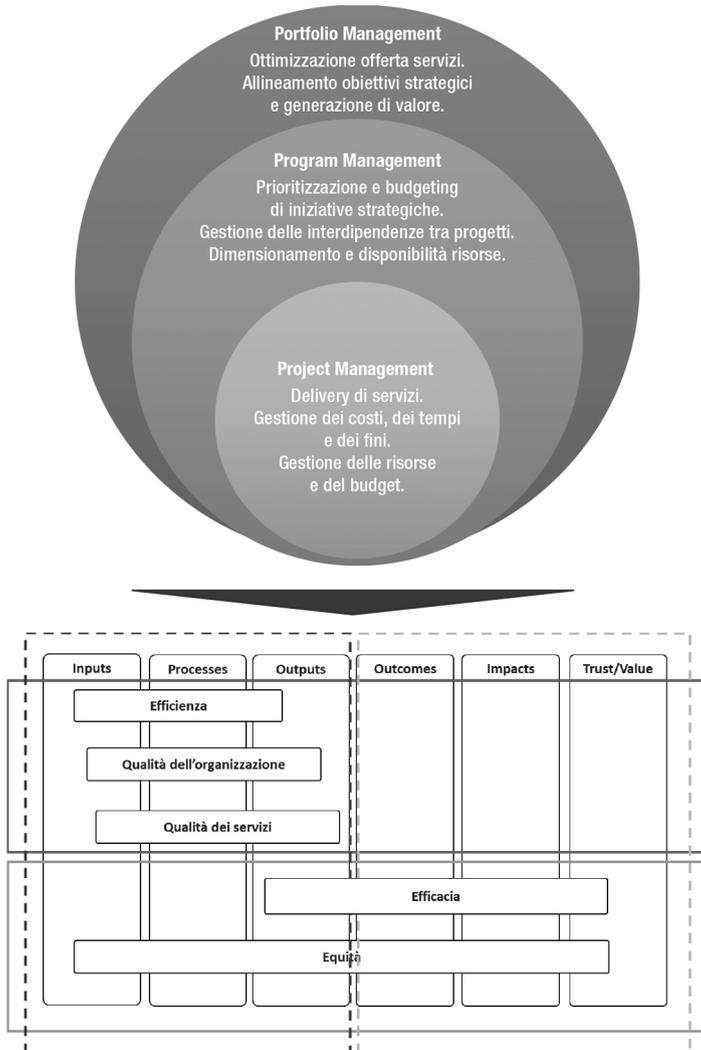
Figura 9.1 **Portfolio, program e project management**

L'idea più appropriata è, dunque, nel caso delle diverse missioni del PNRR, quella di implementare sistemi di monitoraggio in logica portfolio che siano in grado seguire il cosiddetto *performance journey* (ciclo della *performance*) nella sua interezza fino alla misurazione della generazione di valore derivante dallo stesso Piano. In ogni organizzazione, infatti, incluse le aziende sanitarie e socio-sanitarie, ci sono input (persone, materiali, tecnologie) che vengono combinati attraverso processi (clinici e assistenziali, ma non solo) per produrre output (prestazioni di ricovero e ambulatoriali, terapie riabilitative, studi clinici, ecc.). Gli output generano risultati (ad esempio condizioni di remissione/stabilizzazione di situazioni patologiche) che potrebbero avere un impatto (eradicare patologie, aumentare l'aspettativa di vita in buona salute, ecc.), generando così fiducia e valore (l'obiettivo finale è quello di ingaggiare i pazienti e i caregiver, aumentando la compliance ai percorsi terapeutico-clinico-assistenziali e l'appropriatezza).

Combinando i diversi elementi del *performance journey* (Figura 9.2), possiamo misurare diversi parametri di *performance*:

- ▶ efficienza: ottenere risultati con il minor dispendio di tempo e di energie, competenza nella realizzazione delle *performance*;
- ▶ qualità organizzativa: capacità organizzativa nell'implementare processi che siano puntuali e sicuri;

Figura 9.2 Una sintetica rappresentazione del *performance journey*



Fonte: Adattamento da Lecci (2022)

- ▶ qualità dei servizi: output di buon livello;
- ▶ efficacia: il grado di raggiungimento degli obiettivi e la misura in cui i risultati attesi vengono raggiunti sul lungo periodo;
- ▶ equità: fornire prestazioni a seconda del livello dei bisogni, indipendentemente dallo status del fruitore.

È chiaro che su input, processi e output le informazioni possono essere lette a livello di singola azienda, mentre la lettura di *outcome*, impatti e generazione

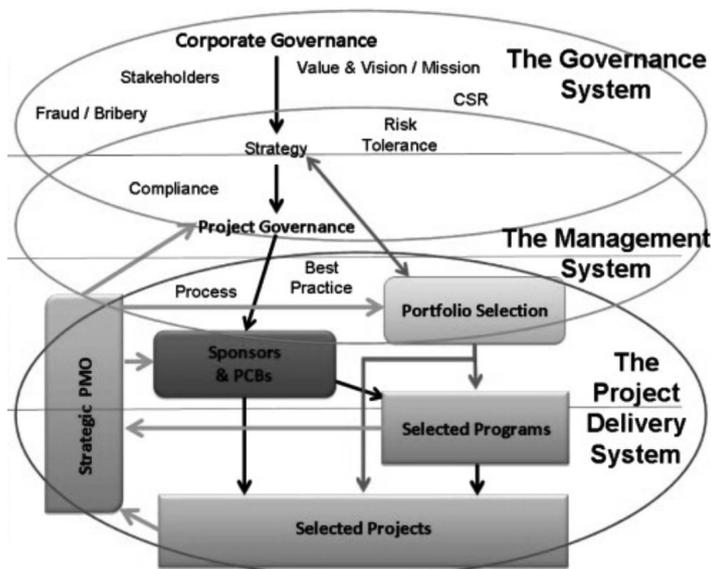
di fiducia/valore richiedono uno sguardo più ampio e necessitano dell'integrazione di più livelli informativi.

Analogamente, i KPI di efficienza, qualità dell'organizzazione e qualità dei servizi si muovono nel breve periodo, mentre efficacia ed equità hanno bisogno di orizzonti temporali più lunghi per generare cambiamenti apprezzabili.

Per ciascuno degli elementi e delle dimensioni di *performance* presentate esistono diverse scale di misurazione adottabili (Van Perseum *et al.*, 1995):

- ▶ nominale. È un livello puramente qualitativo, è una modalità di misurazione che si caratterizza per l'esclusività, nel senso che il numero assegnato ad un attributo della variabile è distinto da tutti gli altri e rappresenta sempre e soltanto quell'attributo. In termini di *project management* questa scala tipicamente ospita indicatori di tipo sì/no;
- ▶ ordinale. Il livello ordinale possiede, oltre all'esclusività, la proprietà di esprimere i valori in ordine di grandezza (ranking) e di confrontare le posizioni relative all'interno dei numeri assegnati ad una variabile. In termini di *project management* questa scala tipicamente ospita indicatori di tipo alto/medio/basso, insufficiente/sufficiente/buono/ottimo;
- ▶ cardinale. Nella scala cardinale i valori numerici assegnati alle modalità hanno anche il valore numerico assegnato. Ossia il valore numerico esprime non solo un ordine, ma anche il valore in sé. In termini di *project management* questa scala ospita indicatori numerici, non rapportati ad altri parametri fondamentali;
- ▶ indici. I numeri indice (o indici) sono particolari rapporti statistici che misurano la variazione di un fenomeno rilevato in tempi e circostanze diverse. Assumono un valore sempre positivo e non dipendono dall'unità di misura di partenza. Nel *project management* gli indici sono in genere percentuali di completamento o rapporti tra risultati e risorse o tra fabbisogni soddisfatti e fabbisogni da soddisfare.

Il quadro delle metriche del *performance journey* va a integrarsi con i tre livelli gestionali del PNRR, vale a dire *project*, *program* e *portfolio*, configurando indicatori di portata differente a seconda del livello oggetto di analisi (Dooley *et al.*, 2005) essere estremamente articolato e differenziato al suo interno. I progetti, infatti, possono essere variamente classificati in base alle loro dimensioni critiche. Una possibile classificazione, che utilizza il paradigma della complessità, è proposta da Williams (1999) che distingue l'incertezza epistemica (*epistemic uncertainty*) dal concetto di incertezza strutturale (*structural uncertainty*). La prima riguarda l'incertezza negli obiettivi e metodi. La seconda è misurata dal numero delle unità operative, degli elementi, delle parti, dei vari team, che partecipano ad un progetto, dal loro livello gerarchico, dalla divisione dei compiti e dalla loro interdipendenza (*interdependency*).

Figura 9.3 Il framework di *Project Governance*

Fonte: Adattamento da Too e Weaver (2014)

Come rilevano Koskela e Howell (2001), alla luce delle disomogeneità che caratterizzano l'universo dei progetti, trova sempre più consensi in letteratura la proposta di superamento di un modello unico di *Project Management* e l'accoglimento di un *Project Management* contingente e contestuale che sappia combinare i tradizionali strumenti di pianificazione e controllo dei progetti con nuove strategie di governance (Parker *et al.*, 2015) quando l'incertezza collegata al progetto supera una soglia limite e in ogni caso in cui ci si ritrovi in situazioni di *Program* o *Portfolio Management* (Figura 9.3).

Sebbene il capitolo non affronti il tema della governance del PNRR, è chiaro che un legame con la stessa è imprescindibile: più forte e chiara è la governance di un portfolio di progetti come quello configurato dalle varie missioni del PNRR, più elevata sarà la probabilità che le metriche proposte siano coerenti con gli obiettivi strategici della missione (Mintzberg *et al.* 1998), e allineati alla proposizione di valore delle politiche riformative che hanno ispirato la missione stessa (Crawford e Helm, 2009).

### 9.3 Metodologia e domande di ricerca

Alla luce delle indicazioni della letteratura scientifica di riferimento e stante la peculiare natura del PNRR, il capitolo ha come oggetto la fase di *project*

*management* definita come “Esecuzione/Controllo” e che consiste nella realizzazione dei deliverables, nel monitoraggio e nel controllo del progetto e nella gestione del team di progetto e degli *stakeholders*.

Nello specifico, vengono approfondite le dinamiche di controllo con un duplice obiettivo:

- ▶ descrivere il funzionamento della fase di controllo in termini di responsabilità, flussi informativi, strumenti istituzionali e metriche adottate;
- ▶ analizzare gli indicatori adottati, posizionandoli in termini di:
  - Elementi del *performance journey* presidiati;
  - Dimensioni di *performance* indagate;
  - Scale di misurazione adottate;
  - Legame degli indicatori con gli obiettivi di fondo connessi alla Missione 6 del PNRR.

Per raggiungere gli obiettivi appena presentati e stante lo stato di avanzamento delle Missioni del PNRR, gli autori del capitolo hanno adottato un approccio *desk research*, ritenuto particolarmente utile in questa fase preliminare di adozione di logiche di *portfolio/program/project management* ai vari livelli istituzionali interessati dall’adozione delle misure del Piano.

Nello specifico è stato ricostruito il flusso delle informazioni e la governance del sistema di monitoraggio della Missione 6; sono stati raccolti e analizzati nelle loro parti fondamentali tutti i Contratti Istituzionali di Servizio<sup>2</sup>; infine sono stati esaminati e classificati *Milestone* e *Target* codificati a livello centrale per responsabilizzare regioni e aziende e monitorare e rendicontare all’UE la fattiva implementazione delle misure connesse alla missione stessa<sup>3</sup>.

## 9.4 Risultati

### 9.4.1 Il flusso delle informazioni e la governance del sistema di monitoraggio

La governance del PNRR prevede la creazione presso ciascuna Amministrazione Centrale responsabile di una Missione o di una Componente del Piano di una Struttura di Coordinamento con la funzione di monitorare e verificare l’attuazione degli interventi che fanno parte della Missione/Componente. Compito di questa struttura è anche quello di rendicontare le spese e l’avanzamento di *target* e di *milestone* al Ministero dell’Economia. Alle Ammini-

<sup>2</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3240](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3240)

<sup>3</sup> <https://italiadomani.gov.it/Interventi/milestone-e-target.html>

strazioni Centrali viene quindi affidato un compito di supervisionare l'effettiva attuazione dell'investimento e/o della riforma di riferimento, rendicontando le relative spese, nonché i *target* e le *milestone* conseguite.

Presso il Ministero della Salute è stata quindi costituita l'Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR di competenza (che rappresentano la quasi totalità degli interventi previsti per la missione 6) con un dirigente responsabile dedicato, con compiti di coordinamento e vigilanza sull'insieme degli interventi previsti. Tra le funzioni assegnate all'unità di missione è prevista anche l'adozione di linee guida ed indirizzi finalizzati alla valutazione degli obiettivi intermedi e finali del Piano.

L'unità di missione è articolata in 3 strutture:

1. l'Ufficio di coordinamento della gestione con compiti di presidio sull'attuazione degli interventi PNRR di competenza del Ministero della salute e sul raggiungimento dei relativi *milestone* e *target*;
2. l'Ufficio di monitoraggio che coordina le attività di monitoraggio sull'attuazione degli interventi e delle riforme;
3. l'Ufficio di rendicontazione e controllo che provvede, relativamente agli interventi di competenza del Ministero della salute, a trasmettere al Servizio centrale per il PNRR i dati necessari per la presentazione delle richieste di pagamento alla Commissione Europea.

I dati sul monitoraggio dell'attuazione degli interventi confluiscono nel Sistema Unitario ReGIS che raccoglie presso il Ministero dell'Economia i dati di attuazione finanziaria e l'avanzamento degli indicatori di realizzazione fisica e procedurale. Nel caso si tratti di programmi e interventi contenuti nel Piano nazionali per gli investimenti complementari o comunque cofinanziati il monitoraggio è effettuato attraverso le procedure previste dal decreto legislativo 229 del 29 dicembre 2011 in materia di opere pubbliche con il MOP (sistema di Monitoraggio delle Opere Pubbliche). In quest'ultimo caso viene specificato che il monitoraggio delle procedure attuative del PNC è a cura delle Amministrazioni titolari, mentre il monitoraggio dei singoli progetti spetta ai soggetti attuatori, vale a dire le singole istituzioni (aziende sanitarie) destinatarie di investimenti complementari.

Come è noto gli interventi del PNRR in ambito sanitario si articolano in due componenti:

- ▶ M6 C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- ▶ M6 C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

a loro volta suddivise in interventi e sub-interventi. Questi si distinguono in progetti a titolarità del Ministero della Salute e in progetti il cui soggetto attua-

tore è esterno: i cosiddetti progetti a regia per i quali il Ministero ha emanato uno specifico decreto di ripartizione di risorse.

Entro la fine del 2022 sono previste le 2 riforme considerate *milestone* in sede europea: la Riforma dell'Assistenza Territoriale e la Riforma degli IRCCS.

Per il monitoraggio dell'attuazione degli interventi previsti dalle 2 componenti si fa riferimento sia a scadenze di tipo qualitativo (*milestone*) nazionali o europee, sia quantitativo (*target*). Per tutti gli interventi, importante era il rispetto della sottoscrizione da parte del Ministero e delle singole Regioni dei Contratti Interistituzionali di Sviluppo entro il secondo trimestre del 2022 considerata in sede europea una *Milestone* fondamentale.

#### 9.4.2 I Contratti Istituzionali di Sviluppo

I contratti istituzionali di sviluppo (anche definiti “CIS”) sono lo strumento individuato dal Ministero della Salute per formalizzare con le Regioni e le Province Autonome italiane (“Soggetti Attuatori”) le modalità di realizzazione degli interventi finanziati nell’ambito della Missione 6 (Componente 1 e 2) del PNRR. I CIS prevedono inoltre un Piano Operativo e Schede Intervento allegate che meglio dettagliano gli interventi da attuare in ciascun territorio.

In questi contratti, è prevista anche attenzione al tema del monitoraggio e del raggiungimento degli obiettivi; a tal fine, nell’Art. 3 (Impegni delle Parti) si specifica come le Parti “...si danno reciprocamente atto che le *milestone*, i *target* e le ulteriori condizionalità stabiliti nell’ambito del PNRR e del PNC, inseriti nel Piano Operativo e nelle Schede Intervento, con i relativi cronoprogrammi, costituiscono elementi prioritari ed essenziali per l’attuazione dei singoli interventi e per la verifica del relativo stato di avanzamento”.

Oltre alle Istituzioni già citate (Ministero della Salute e Regioni o Province Autonome), all’interno dei CIS si richiama:

- ▶ la necessità per i Soggetti Attuatori di nominare un referente (“Referente unico”) che ha la responsabilità di vigilare sull’esecuzione degli impegni assunti nel contratto e di relazionarsi con il RUC (si veda punto successivo);
- ▶ il ruolo del RUC, ossia del Responsabile Unico del Contratto, individuato nel responsabile dell’Unità di Missione del Ministero della salute. Tale Responsabile ha tra i suoi compiti anche quello di coordinare il processo complessivo di esecuzione del CIS e il monitoraggio sullo stato di esecuzione, inclusa la validazione dei dati di monitoraggio sull’avanzamento fisico e finanziario degli interventi del PNRR inseriti nel sistema Unitario “ReGiS”;
- ▶ il compito del Ministero della Salute di garantire il raggiungimento dei risultati (*target* e *milestone*), tramite anche il contributo specifico di Agenas e del RUC;

- ▶ la responsabilità comunque in capo ai Soggetti Attuatori di adottare tutte le misure necessarie per raggiungere gli obiettivi concordati e, al tempo stesso, di adempiere ai debiti informativi previsti per l'attività di monitoraggio e rendicontazione.

L'impostazione dei Contratti, con riferimento alle principali attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi concordati e al monitoraggio dell'implementazione degli interventi previsti, descrive di conseguenza una governance multi-attore che si colloca sull'asse Regioni/Province Autonome – Governo Centrale.

La lettura delle caratteristiche dei Piani operativi regionali o provinciali allegati al CIS permette invece di comprendere meglio quale sia l'oggetto del monitoraggio e su che aspetti si sia focalizzata fin qui la declinazione della governance dell'implementazione del PNRR in Sanità. Ciascun piano operativo si articola in dieci sezioni principali:

1. Premesse
2. Descrizione Piano Operativo e *Action Plan*
3. Linee guida alla compilazione degli *Action Plan*
4. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento
5. Attuazione impegni previsti per la Regione/Provincia Autonoma
6. *Action Plan*
7. Rispetto principi direttiva in materia Disabilità
8. Equità di Accesso
9. Rispetto principi in materia di pari opportunità di genere e generazionali
10. Modalità di monitoraggio e rendicontazione

I più rilevanti elementi che contribuiscono all'attività di monitoraggio e misurazione del raggiungimento degli obiettivi sono riscontrabili, dunque, all'interno della sezione 6 (*Action Plan*) e 10 (Modalità di monitoraggio e rendicontazione).

Gli *Action Plan* presentano per ciascuna Componente e Investimento del PNRR declinato a livello Regionale o Provinciale:

- ▶ i requisiti *target* (ad esempio, “almeno X Case della Comunità a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche”);
- ▶ l'indicatore comune individuato (ad esempio, “Capacità delle strutture di assistenza sanitaria nuove o modernizzate”), con relativa descrizione (ad esempio, “Numero massimo annuo di persone che possono essere servite almeno una volta nell'arco di un anno da una struttura sanitaria o modernizzata grazie al sostegno fornito da misure nell'ambito del dispositivo”) e tempistiche di popolamento (ad esempio, “Semestrale”);

- ▶ le modalità di attuazione dell'investimento e le modalità di approvvigionamento;
- ▶ le risorse economiche assegnate;
- ▶ gli obiettivi regionali, declinati in termini di:
  - *Target* minimo regionale
  - *Target* massimo regionale
  - Fabbisogno articolato per territori ed Enti di riferimento
- ▶ l'importo assegnato (comprensivo delle risorse assegnate dal PNRR e dell'eventuale importo integrativo a carico del bilancio regionale / provinciale);
- ▶ il cronoprogramma, nel quale sono esplicitati:
  - *Milestone & Target* (con relativa descrizione, termine di esecuzione regionale e se la rilevanza sia per impegni assunti nei confronti del governo nazionale o se verso l'Unione Europea);
  - GANTT per ciascuna linea di attività;
- ▶ i riferimenti normativi;
- ▶ l'esplicitazione della dimensione “*green*” e di quella “*digital*”, così come richiesto dai Regolamenti UE;
- ▶ la sezione dedicata a “*Do No Significant Harm*” (DNSH), principio di finanza sostenibile promosso anch'esso dai Regolamenti UE.

Ciascuna Regione o Provincia Autonoma ha avuto la possibilità di declinare all'interno degli *Action Plan target* e obiettivi strettamente legati all'implementazione delle progettualità previste, al rispetto delle tempistiche e degli impegni assunti e all'utilizzo delle risorse assegnate. L'impostazione che dunque emerge ha un baricentro fortemente spostato su alcuni elementi tipici dell'approccio di *project management*, nello specifico la gestione della realizzazione operativa degli interventi (con una logica “di processo” che include come conseguenza una forte enfasi, ad esempio, sul rispetto delle tempistiche) e l'impiego delle risorse economico-finanziarie. Anche i *target* richiamati si riferiscono prevalentemente all'aumento di capacità produttiva (ad esempio, numero di strutture di assistenza realizzate o riqualificate, numero di posti letto, numero di apparecchiature installate, numero di persone che possono essere potenzialmente servite dalle strutture sul territorio, ecc.). È pressoché del tutto assente, invece, un'esplicitazione degli obiettivi in termini di risultati che si vogliono raggiungere (ad esempio, numero di pazienti presi effettivamente in carico) e di impatti sullo stato di salute dei cittadini e delle cittadine.

La sezione 10 (“Modalità di monitoraggio e rendicontazione”) contiene un richiamo al sistema ReGiS e le indicazioni per redigere le schede di monitoraggio degli investimenti, articolate nei seguenti campi:

- ▶ step attuativo-procedurale (da intendersi come i passi procedurali/amministrativi utili per la realizzazione degli investimenti al fine di rispettare le *milestone* e i *target* nazionali e dell'Unione Europea);
- ▶ data inizio e fine;
- ▶ strumento/atto (da intendersi ad esempio come bando di gara o determina a contrarre)
- ▶ note/criticità.

Anche in quest'ultima sezione, dal punto di vista del monitoraggio e della rendicontazione, emerge così un'attenzione quasi esclusivamente rivolta agli aspetti legati all'implementazione dei progetti.

I piani operativi regionali contengono infine cinque allegati:

- ▶ ALLEGATO 1: relativo alla descrizione del PNRR e della Missione 6 Salute con il dettaglio degli investimenti, senza informazioni o elementi utili all'attività di monitoraggio;
- ▶ ALLEGATO 2: costituito dalle "Tabelle di localizzazione degli interventi" ossia tabelle che per ciascun investimento riportano le informazioni di dettaglio sulla localizzazione geografica degli interventi, in un'ottica prevalentemente descrittiva e senza alcun elemento aggiuntivo in tema di monitoraggio e misurazione del raggiungimento degli obiettivi;
- ▶ ALLEGATO 3: contenente le tabelle "Non arrecare danno significativo", relativi dunque alla finanza sostenibile;
- ▶ ALLEGATO 4: che riporta le tabelle con le schede di monitoraggio, compilate con le informazioni descritte nella sezione 10 del piano operativo;
- ▶ ALLEGATO 5: con l'*Action Plan* M6C2 2.2b, ossia le indicazioni nazionali sulla strutturazione del programma del corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero.

Appare evidente come i CIS siano configurati quali strumenti con il chiaro obiettivo di esplicitare gli impegni presi dalle singole Regioni e Province Autonome per l'attuazione degli interventi previsti dalla Missione 6, con una rilevante attenzione ai meccanismi e agli strumenti di raccordo rispetto ai *target* e alle *milestone* definite per risultare adempienti alle scadenze fissate dall'Unione Europea. Questa struttura di fondo si riflette anche sul ruolo assunto dall'attività di monitoraggio che, in questi documenti, è declinata in un'ottica di *project management* con un focus quasi esclusivo sul rispetto delle tempistiche e dei traguardi intermedi di implementazione degli interventi, senza entrare nel merito degli output da raggiungere (e del perché si è deciso di realizzare tali interventi). È anche opportuno sottolineare che questi contratti hanno la finalità di regolare il rapporto tra Ministero della Salute e Regioni / Province Autonome, mentre il modo in cui le singole Regioni o Province Autonome decideranno di

governare il processo di realizzazione degli investimenti all'interno dei propri territori e in raccordo con le rispettive aziende sanitarie non è in alcun modo affrontato nei CIS. Si intravede qui uno spazio che i singoli Governi Regionali o Provinciali possono occupare, non solo nel definire le modalità di gestione dei progetti nelle singole realtà aziendali, ma anche se affiancare ai *target* e alle *milestone* già definite altre metriche per monitorare *outcome* e *output* che il PNRR potrà realizzare nei confronti dei cittadini e delle cittadine dei rispettivi territori e in coerenza con i bisogni di salute rilevati nei diversi contesti.

### 9.4.3 Milestone e Target

Il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (*Recovery and Resilience Facility* – RRF), ovvero il fondo dell'Unione Europea che rappresenta lo strumento cardine del programma *Next Generation EU*, propone modalità innovative nei rapporti finanziari tra Unione europea e Stati membri. La novità principale consiste nel fatto che i piani nazionali per la ripresa e resilienza (PNRR) sono contratti di *performance*. I PNRR sono pertanto incentrati su *milestone* e *target* (M&T) che descrivono in maniera granulare l'avanzamento e i risultati delle riforme e degli investimenti che si propongono di attuare:

- ▶ le *milestone* definiscono generalmente fasi rilevanti di natura amministrativa e procedurale. Di solito configurano traguardi qualitativi da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (riforma e/o investimento) o individuano fasi chiave dell'attuazione delle misure (e.g. legislazione adottata, piena operatività dei sistemi informativi, etc.);
- ▶ i *target* rappresentano risultati attesi dagli interventi, quantificati con indicatori misurabili. Si tratta di traguardi quantitativi da raggiungere tramite una determinata tattica del PNRR (riforma e/o investimento) e sono misurati tramite indicatori chiaramente identificati.

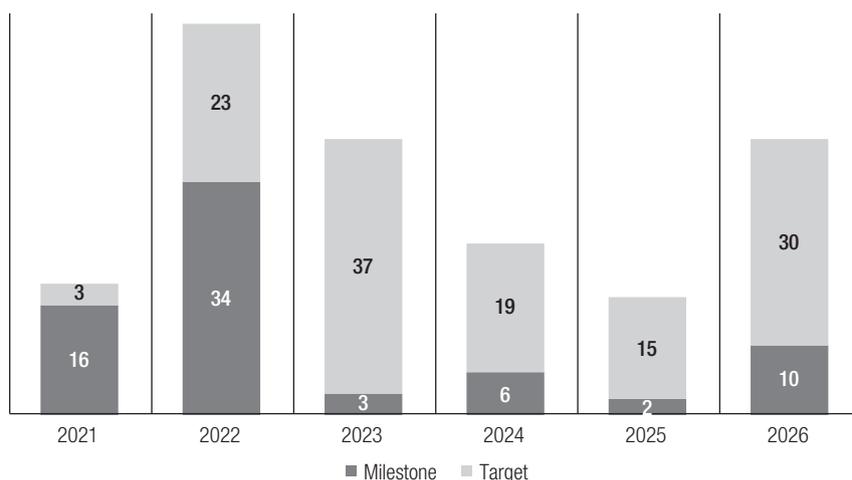
Complessivamente le misure del PNRR sono declinate in circa 1000 tra *Milestone* e *Target*, posizionati nel tempo di attuazione del programma (fino a giugno 2026), 527 delle quali sono a rilevanza europea e il raggiungimento di queste ultime costituisce il presupposto essenziale per il versamento dei pagamenti da parte dell'UE.

Con riferimento specifico alla Missione 6, che interessa in via esclusiva il SSN, il meccanismo di monitoraggio descritto identifica 198 indicatori differenti: 71 sono *Milestone* e 127 sono *Target*, su un arco temporale di 6 anni, con la metà dei KPI che devono essere conseguiti nel biennio 2022-2023, con il 2022 che si caratterizza per la richiesta di un grande sforzo in termini di *milestone*, mentre il 2023 è l'esercizio al quale si associa il raggiungimento del maggior numero di *target* (Figura 9.4).

L'UE ha complessivamente determinato 61 dei 198 indicatori definiti per la Missione 6: l'impatto sulle due famiglie di indicatori è presentato nella Figura 9.5.

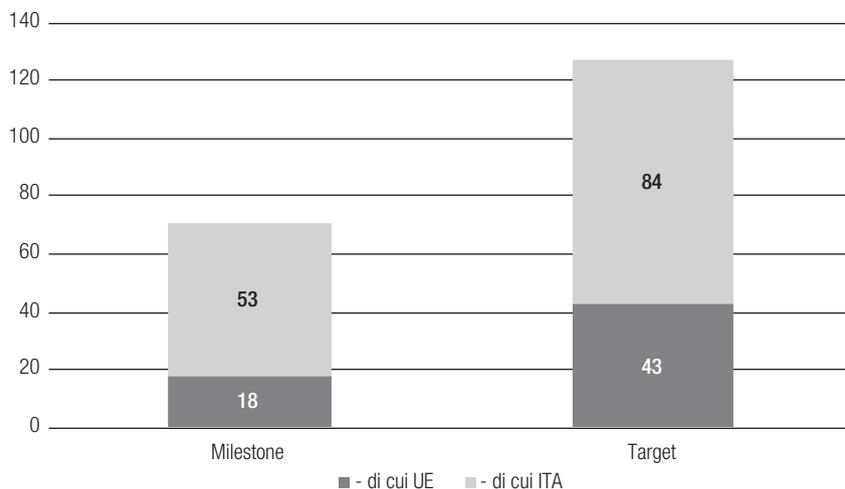
Entrando nel dettaglio delle scale utilizzate per le metriche proposte, le *milestone* si configurano tutte come indicatori nominali; invece, i *target* sono in larghissima parte indicatori costruiti su scala cardinale, ad eccezione di due indicatori espressi in forma di indice e tesi a misurare l'incremento del numero

Figura 9.4 **Andamento temporale di *milestone* e *target***

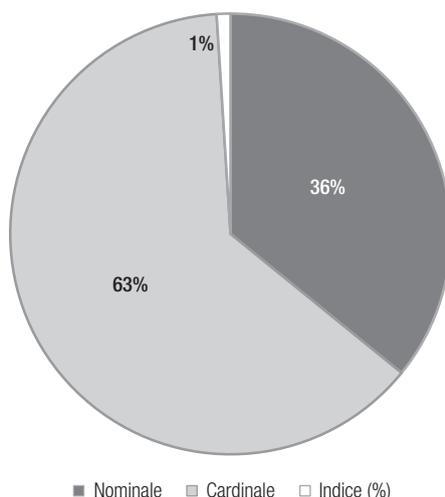


Fonte: rielaborazione su PNRR\_MeT\_OA\_programmazione\_v02.csv

Figura 9.5 ***Milestone* e *target* per soggetto proponente**



Fonte: rielaborazione su PNRR\_MeT\_OA\_programmazione\_v02.csv

Figura 9.6 **Metriche per scala di rilevazione**

Fonte: rielaborazione su PNRR\_MeT\_OA\_programmazione\_v02.csv

di tipi di documento digitalizzati nel FSE da parte del sistema di cure primarie del Paese (Figura 9.6).

Venendo agli oggetti della misurazione, non si ravvisa, nei KPI definiti, alcun indicatore relativo a dimensioni di *performance* (efficienza; efficacia; qualità dell'organizzazione; qualità dei servizi; equità, così come definito nel 9.2). Al contrario, le metriche si concentrano sui primi tre elementi del *performance journey* (input, processi e output) secondo la distribuzione presentata nella Tabella 9.1.

Tabella 9.1 **Gli oggetti dei KPI**

Elementi del <i>performance journey</i>	Milestone	Target	Totale
Input	10	41	51
Processi	61	68	129
Output	0	18	18
<b>Totale</b>	<b>71</b>	<b>127</b>	<b>198</b>

Fonte: rielaborazione su PNRR\_MeT\_OA\_programmazione\_v02.csv

Infine, con riferimento all'indice di varietà e completezza delle metriche adottate si segnala che gli indicatori effettivi sono poco meno della metà degli indicatori proposti, dal momento che spesso uno stesso indicatore si ripete più volte per tutti quei KPI che rappresentano misure parziali di un *target* complessivo (Tabella 9.2): ad esempio l'indicatore sugli interventi per la messa in

Tabella 9.2 **Gli indicatori effettivi per soggetto proponente**

	<i>Milestone</i>	<i>Target</i>	<b>Totale</b>
– di cui UE	10	18	<b>29</b>
– di cui ITA	31	26	<b>56</b>
<b>Totale</b>	<b>41</b>	<b>44</b>	<b>85</b>

Fonte: rielaborazione su PNRR\_MeT\_OA\_programmazione\_v02.csv

sicurezza degli edifici ospedalieri secondo la normativa antincendio si ripete uguale a se stesso per più esercizi e ogni volta il *target* è una quota parte del *target* complessivo atteso.

Con riferimento specifico ai KPI di derivazione UE, che costituiscono una sorta di gate primario per l'ottenimento dei finanziamenti, la Tabella 9.3 riporta le metriche effettive e le classifica per categoria (distinguendo tra *Milestone* e *Target*) e per tipologia (dimensione e/o elemento del *performance journey* presidiato).

Tabella 9.3 **Gli indicatori UE effettivi per categoria e tipologia**

<b>Categoria</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipologia</b>
<b>Milestone</b>	Approvazione del piano di riorganizzazione volto a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del SSN di affrontare adeguatamente le emergenze pandemiche grazie all'incremento del numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva. Il piano di riorganizzazione delle strutture ospedaliere deve incrementare il numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva disponibili nelle strutture del SSN.	PROCESSO
	Approvazione di un Contratto istituzionale di sviluppo, con il Ministero della Salute italiano quale autorità responsabile e attuativa e la partecipazione delle amministrazioni regionali insieme ad altri soggetti interessati chiave. Il Contratto istituzionale di sviluppo è lo strumento individuato dalla legislazione nazionale vigente (disposizioni combinate degli articoli 1 e 6 del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88 e dell'articolo 7 del decreto-legge 20 giugno 2017, n. 91, convertito dalla legge 3 agosto 2017, n. 123) per accelerare la realizzazione di progetti strategici tra loro funzionalmente connessi. Il Contratto istituzionale di sviluppo deve contenere l'elenco di tutti i siti idonei individuati per gli investimenti e degli obblighi che ciascuna Regione italiana deve assumere per garantire il conseguimento del risultato atteso. In caso di inadempienza da parte della regione il ministero della Salute procederà al commissariamento "ad acta"	PROCESSO
	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo, con il Ministero della Salute italiano quale autorità responsabile e attuativa e la partecipazione delle amministrazioni regionali insieme agli altri soggetti interessati per gli Ospedali di Comunità. Il contratto istituzionale di sviluppo deve contenere l'elenco di tutti i siti idonei individuati per gli investimenti e degli obblighi che ciascuna regione italiana assumerà per garantire il conseguimento del risultato atteso. In caso di inadempienza da parte della regione il Ministero della Salute deve procedere al commissariamento "ad acta" Per quanto riguarda il parco tecnologico degli impianti, vale a dire tutti gli strumenti, le licenze e le interconnessioni, deve essere data preferenza ai metodi di aggregazione degli appalti.	PROCESSO
	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo, con il Ministero della Salute italiano quale autorità responsabile e attuativa e la partecipazione delle amministrazioni regionali insieme agli altri soggetti interessati per l'assistenza domiciliare. Il contratto istituzionale di sviluppo deve	PROCESSO

Tabella 9.3 (segue)

Categoria	Descrizione	Tipologia
	<p>esplicitare, per ogni intervento o categoria di interventi, il cronoprogramma, le responsabilità dei contraenti, i criteri di valutazione e monitoraggio e le sanzioni in caso di inadempienza, prevedendo anche le condizioni di definanziamento anche parziale degli interventi ovvero la attribuzione delle relative risorse ad altro livello di governo, nel rispetto del principio di sussidiarietà.</p> <p>Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo, con il Ministero della Salute italiano quale autorità responsabile e attuativa e la partecipazione delle amministrazioni regionali insieme agli altri soggetti interessati per le Case della Comunità: il contratto istituzionale di sviluppo è uno strumento di governance che deve contenere l'elenco di tutte le parti idonee individuate per l'attuazione della Casa della Comunità al fine di potenziare l'assistenza sanitaria sul territorio. Il contratto deve individuare anche gli obblighi che ciascuna regione italiana assumerà per garantire il conseguimento del risultato atteso in relazione alla Casa della Comunità. Il contratto mira a sostenere la coesione territoriale, lo sviluppo e la crescita economica e ad accelerare l'attuazione di interventi di notevole complessità ed è particolarmente utile per grandi progetti o investimenti articolati in singoli interventi tra loro funzionalmente connessi, che richiedano un approccio integrato e l'impiego di fondi strutturali di investimento europei e di fondi nazionali inseriti in piani e programmi operativi finanziati a valere sulle risorse nazionali e europee.</p>	PROCESSO
	<p>Entrata in funzione del sistema di Tessera sanitaria elettronica e dell'infrastruttura per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico. Realizzazione di un archivio centrale, dell'interoperabilità e di una piattaforma di servizi, conformemente allo standard Fast Healthcare Interoperability Resources, sfruttando le esperienze già esistenti in questo settore, con garanzia di norme di stoccaggio, sicurezza e interoperabilità.</p>	PROCESSO
	<p>Entrata in vigore del diritto derivato (decreto ministeriale) che prevede: - la definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale attraverso la definizione di un quadro normativo che identifichi gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi in tutte le regioni; - la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato "One Health".</p>	PROCESSO
	<p>La riforma deve riorganizzare la rete degli IRCCS per migliorare la qualità e l'eccellenza del SSN, potenziando il rapporto tra salute e ricerca e riesaminando il regime giuridico degli IRCCS e delle politiche di ricerca di competenza del Ministero della Salute italiano. La riforma comprende misure volte a: i) rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie; ii) migliorare la governance degli IRCCS pubblici attraverso un miglioramento della gestione strategica degli Istituti e una più efficace definizione dei loro poteri e delle loro aree di competenza.</p>	PROCESSO
	<p>Le linee guida devono razionalizzare i processi necessari per potenziare l'assistenza domiciliare attraverso lo sviluppo del telemonitoraggio e della domotica.</p>	PROCESSO
	<p>Pubblicazione delle procedure di gara nell'ambito degli accordi quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione degli ospedali (sede di DEA di I e II livello). I contratti devono comprendere l'acquisto di: a) centri di elaborazione di dati (CED), comprese ITC e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera; b) acquisizione di tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione dei reparti ospedalieri. L'analisi dell'attuale livello di digitalizzazione, preliminare all'attuazione dell'intervento, deve consentire di perfezionare tale valutazione in funzione delle reali esigenze di ciascuna Regione/struttura.</p>	PROCESSO
<b>Target</b>	<p>Almeno 1 350 Case della Comunità devono essere messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico)</p>	INPUT

Tabella 9.3 (segue)

Categoria	Descrizione	Tipologia
	per una risposta multiprofessionale. Le nuove costruzioni finanziate dall'RRF devono essere conformi ai pertinenti requisiti di cui all'allegato VI, nota 5, del regolamento (UE) 2021/241.	
	Almeno 200 000 persone assistite sfruttando strumenti di telemedicina. L'intervento prevede il finanziamento di iniziative di ricerca ad hoc sulle tecnologie digitali della sanità e dell'assistenza.	OUTPUT
	Almeno 400 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche. Gli ospedali comunitari sono strutture sanitarie destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di lieve acutezza o di recidiva di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e per degenze di breve durata che potrebbero essere forniti a casa, ma che sono erogati in tali strutture a causa della scarsa idoneità dell'edificio stesso (struttura e/o casa familiare).	INPUT
	Attribuzione di finanziamenti a programmi o progetti di ricerca nel campo delle malattie rare e dei tumori rari. Queste patologie, ad alta complessità biomedica e spesso ad espressione multiorgano, necessitano della convergenza di elevata competenza clinica e di avanzate attività diagnostiche e di ricerca e richiedono tecnologie di eccellenza e il coordinamento di reti collaborative a livello nazionale ed europeo. La concessione di finanziamenti per progetti di ricerca sulle malattie rare e sui tumori rari deve essere effettuata mediante procedura di gara pubblica. Almeno 100 progetti di ricerca devono aver ricevuto una prima tranche di finanziamenti.	INPUT
	Attribuzione di finanziamenti a programmi/progetti di ricerca sulle malattie altamente invalidanti. La concessione di finanziamenti per progetti di ricerca sulle malattie altamente invalidanti deve essere effettuata mediante procedura di gara pubblica. Almeno 324 progetti di ricerca devono aver ricevuto una prima tranche di finanziamenti	INPUT
	Aumento delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10 % della popolazione di età superiore ai 65 anni (1,5 milioni di persone stimate nel 2026). Per raggiungere tale obiettivo dovrà essere aumentato di almeno 800 000 unità entro il 2026 il numero di persone di età superiore ai 65 anni che ricevono assistenza domiciliare. L'assistenza domiciliare integrata è un servizio per persone di tutte le età con una o più malattie croniche o una condizione clinica terminale che richiede un'assistenza sanitaria e sociale professionale continua e altamente specializzata.	OUTPUT
	Completamento di almeno 109 interventi antisismici nelle strutture ospedaliere al fine di allinearle alle norme antisismiche	INPUT
	Erogazione dei corsi di formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di <i>management</i> e digitali per 4 500 membri del personale del SSN. Questo investimento deve essere volto all'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze e abilità di <i>management</i> e digitali per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato.	INPUT
	Il punto cruciale di questo intervento è l'entrata in funzione di almeno 600 Centrali operative territoriali (una ogni 100 000 abitanti) con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.	INPUT
	In base a una ricognizione condotta dal Ministero della Salute, il fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie è stato individuato in 3 133 unità da acquistare in sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (vetustà maggiore di 5 anni). Il numero e le tipologie delle apparecchiature che devono essere sostituite sono: 340 TAC a 128 strati, 190 risonanze magnetiche 1,5 T, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 gamma camere, 53 gamma camere/TAC, 34 PET TAC, 295 mammografi, 928 ecotomografi.	INPUT
	La dotazione di almeno 3 500 posti letto di terapia intensiva e 4 200 posti letto di terapia semi-intensiva con la relativa apparecchiatura di ausilio alla ventilazione deve essere resa strutturale (pari a un aumento di circa il 70 % del numero di posti letto preesistenti alla pandemia).	INPUT

Tabella 9.3 (segue)

Categoria	Descrizione	Tipologia
	La strategia nazionale per la telemedicina deve promuovere e finanziare lo sviluppo e l'espansione di nuovi progetti e soluzioni in materia di telemedicina nell'ambito dei sistemi sanitari regionali e rappresenta, in quanto tale, un fattore (tecnologico) chiave per l'attuazione dell'approccio all'assistenza sanitaria a distanza rafforzato, con un'attenzione particolare per i malati cronici.	INPUT
	L'obiettivo deve essere raggiunto tramite l'incremento del numero di tipi di documento digitalizzati nel FSE e mediante il sostegno e la formazione specialistici volti a conseguire l'aggiornamento digitale dei medici di base in tutto il paese.	PROCESSO
	Ogni struttura ospedaliera informatizzata deve disporre di un centro di elaborazione di dati (CED) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.	INPUT
	Questo investimento deve essere volto all'incremento del numero di borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali.	INPUT
	Questo investimento fornisce il finanziamento di contratti di formazione medica specializzata che consentirà il finanziamento di 4 200 contratti di formazione supplementari per un ciclo completo di studi (5 anni).	INPUT
	Tutte le Regioni devono creare, alimentare e utilizzare il FSE. In particolare il piano prevede: -l'integrazione/inserimento dei documenti nel FSE deve iniziare dai documenti nativi digitali; la migrazione/trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi deve essere inclusa nel perimetro dell'intervento; - il sostegno finanziario a favore dei fornitori di servizi sanitari, affinché aggiornino la loro infrastruttura e per garantire che i dati, i metadati e la documentazione relativi all'assistenza sanitaria siano generati in formato digitale; - il sostegno finanziario per i fornitori di servizi sanitari che adotteranno la piattaforma nazionale, l'interoperabilità e gli standard UI/UX; - il supporto in termini di capitale umano e competenze per i fornitori di servizi sanitari e le autorità sanitarie regionali per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE.	PROCESSO

## 9.5 Discussione e conclusioni

Le riforme e gli investimenti proposti con il PNRR nell'area della Salute hanno due obiettivi principali: potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure, e promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina. Il capitolo ha indagato governance, strumenti e indicatori adottati per presidiare la fase 3 (Esecuzione/Controllo) della Missione 6 del PNRR, secondo le logiche prevalenti in tema di *portfolio/program* e *project management*.

Dall'analisi dettagliata dei sistemi di monitoraggio nel processo (governance) e negli strumenti (contratti istituzionali di sviluppo tra Ministero della Salute e regioni) emerge l'effettiva adozione di una visione di PNRR quale organizzazione temporanea, secondo la quale agli *stakeholders* interni, decisori di progetto, si aggiunge una miriade di *stakeholders* esterni (dall'UE ai fruitori, passando per gli attuatori), che popolano l'ambiente del progetto-sistema di governo. Allo stato attuale la struttura della governance del sistema dei controlli articolata tra Ministeri e AGENAS da un lato e lungo la filiera verticale

(Stato, Regioni, aziende) dall'altro appare ordinata e coerente con il contenuto del sistema di monitoraggio, sebbene poco replicabile nel medio-lungo periodo come organizzazione stabile, dal momento che tende ad assumere un approccio molto tendente alla *conformance* e poco alla *performance*.

Sebbene piuttosto definito e lineare nella sua organizzazione, il processo di monitoraggio nelle relazioni inter-istituzionali presenta dei punti da approfondire soprattutto in caso di divergenze dal programmato.

Dall'analisi dettagliata dei sistemi di monitoraggio nelle metriche emerge come il focus del controllo sia solo su due delle tre dimensioni della *survival triplet* del PNRR: tempi e costi. Infatti, esiste un impianto piuttosto dettagliato e globale che mira a far sì che le risorse messe a disposizione attraverso la Missione 6 del Piano vengano usate, nei momenti stabiliti, secondo procedure identificate e per mettere a disposizione del SSN quegli asset che sono stati identificati come funzionali al raggiungimento degli obiettivi definiti. Tuttavia, non si ravvisano, allo stato attuale, meccanismi intesi a presidiare proprio il grado di raggiungimento di quegli stessi obiettivi. Anche quando vengono proposti indicatori di output (tipicamente numero di pazienti da trattare in assistenza domiciliare o numero di prestazioni da erogare a domicilio) nessun riferimento specifico viene fatto ai fabbisogni specifici di riferimento o all'appropriatezza degli output erogati o alla loro omogenea distribuzione sul territorio).

Sostanzialmente, l'assenza di indicatori atti ad indagare il raggiungimento degli obiettivi di fondo del Piano potrebbe dipendere da molteplici ragioni che si dispongono lungo un continuum definito da due estremi:

- ▶ le metriche mancano perché gli obiettivi non sono sufficientemente chiari o definiti, ma, in tal caso, non aumenta forse il rischio che, a seguito dell'implementazione del PNRR, le eterogeneità territoriali che caratterizzano il SSN si ulteriormente, incrementando l'iniquità della presa in carico a livello territoriale?
- ▶ le metriche mancano perché, pur essendo chiari gli obiettivi, mancano le competenze o gli spazi per definire KPI solidi o perché si demanda la costruzione di KPI più pregnanti a livello di interventi di riforma. Ma, se è questa la ragione, non si corre il rischio che il PNRR rimanga un'operazione formale e non sostanziale, potenzialmente slegata dagli interventi di riforma e in grado di ingabbiare le gestioni future da oneri per indebitamento e costi di asset poco produttivi di valore?

Eppure, il fatto che gli indicatori siano stati costruiti a livello centrale e con il supporto dell'UE, avrebbe dovuto consentire di adottare logiche di portfolio o quantomeno *program management* nella selezione delle metriche, in modo da lasciare spazio a KPI atti a presidiare l'ottimizzazione dei servizi e l'allineamento degli obiettivi strategici con il quadro di valore sottostante le policy

adottate. Invece sembra che sia prevalso un approccio *project management* (solo tempi e costi) per dare ritmo allo stato di attuazione del più grande piano di investimenti che abbia interessato il nostro Paese dal secondo dopoguerra, dando per scontato che uno scheduling serrato e razionale di metriche definite a livello nazionale possa generare istantaneo allineamento a livello locale.

Pur tuttavia, tante sono le aree di *performance*, connesse agli obiettivi del PNRR, che possono e devono essere presidiate, tra le quali: la modifica dei format dei servizi; lo sviluppo di competenze professionali; la reingegnerizzazione dei processi erogativi, il coordinamento delle interdipendenze lungo le filiere professionali (*milestones*) per arrivare a indicare *target* precisi (% di pazienti arruolati in programmi di presa in carico, % di pazienti cronici con PAI, riduzione ri-ricoveri di anziani in reparti di medicina, ecc.).

Ora, sebbene il quadro delineato non appaia attualmente dei più rosei, lo spazio attualmente lasciato libero a livello nazionale, può/deve essere efficacemente occupato a livello regionale e aziendale. Ma va occupato in fretta, perché le decisioni già prese devono essere rapidamente orientate, attraverso un chiaro meccanismo di controllo strategico, che sappia operazionalizzare i finalismi ultimi e dirigere in maniera coordinata gli sforzi di tutti gli attori coinvolti.

In questo esercizio, l'adozione di un framework di controllo multidimensionale sicuramente potrebbe aiutare: dalla Piramide Smart, al Prisma della *Performance*, passando per i modelli Skandia Navigator o BSC, fino ad atterrare alle più moderne forme di *Integrated Reporting*. Uno qualunque di questi modelli o un qualunque assetto logico in grado di riconnettere le iniziative strategiche previste dal PNRR, e declinate a livello territoriale, con le tattiche e gli obiettivi quanto mai benvenuti in questa fase, tanto più se sono in grado di costituire un booster al riallineamento delle azioni alle strategie e ai valori di fondo che hanno ispirato questa grande stagione di riforme e investimenti. E, sebbene rimanga assai probabile che il PNRR aumenterà la divergenza tra sistemi regionali, essendo strutturalmente distanti il capitale istituzionale e le competenze disponibili nelle diverse regioni, l'adozione di metriche coerenti con gli obiettivi avrebbero quanto meno il merito di dar vita a un *band wagon effect* basato sui livelli di efficacia ricercati e non su input e processi.

## 9.6 Bibliografia

- Blomquist T., Müller, R. (2006), «Practices, roles, and responsibilities of middle managers in program and portfolio management», *Project Management Journal* 37, 52–66.
- Crawford L.H., Helm J. (2009), «Government and governance: the value of project management in the public sector», *Project Management Journal* 40, 73–87.

- Dooley L.G., O'Sullivan L.D. (2005), «Multiple project management: a modern competitive necessity», *Journal of Manufacturing Technology*, 16, pp. 466-482.
- Elonen S., Artto K.A. (2003), «Problems in managing internal development projects in multi-projects environments», *International Journal of Project Management* 21, 395–402.
- Kerzner H. (2005), *Project Management: A Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling*, ninth ed., Wiley & Sons Inc., New Jersey.
- Koskela L. & Howell G. (2001), «Reforming project management: The role of planning, execution and controlling», in Chua D. & Ballard G. (a cura di), *Proceedings of the 9th International Group for Lean Construction Conference*, National University of Singapore, Kent Ridge Crescent, Singapore, 6–8 August, pagg. 185-198.
- Lecci F. (2002), «Misurare per generare valore. La sfida delle aziende sanitarie», in Baglieri E. (a cura di) *Manager del futuro*, Milano, Egea.
- Mintzberg H., Ahlstrand B., Lampel J. (1998), «Strategy Safari. A guided tour through the wildst of strategic management», *The Free Press*, New York.
- Papke-Shields K.E. & Boyer-Wright K.M. (2017), «Strategic planning characteristics applied to project management», *International Journal of Project Management*, 35: 169-179, <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2016.10.015>.
- Parker D.W., Parsons N., Isharyanto F. (2015), «Inclusion of strategic management theories to project management», *International Journal of Managing Projects in Business*, 8: 552-573.
- Pellegrinelli S., Garagna L. (2009), «Towards a conceptualisation of PMOs as agents and subjects of change and renewal», *International Journal of Project Management* 27, 649–656.
- Teece D.J., Pisano G., Shen A. (1997), «Dynamic Capabilities and Strategic Management», *Strategic Management Journal*, 18: 509-533.
- Too E.G. & Weaver P. (2014), «The management of project management: A conceptual framework for project governance», *International Journal of Project Management*, Volume 32, Issue 8, November 2014, Pages 1382-1394.
- Uchitpe M., Uddin S., Crawford L. (2016), «Predicting the future of project management research», *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 226: 27-34, Doi: 10.1016/j.sbspro.2016.06.158.
- Van Perseum K.A., Pratt M.J., Lawrence S.R., (1995), «Health management performance. A review of measures and indicators», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 8, 5, pp. 34-70.
- Whyte J., Stasis A., Lindkvist C. (2016), «Managing change in the delivery of complex projects: Configuration management, asset information and 'big data'», *International Journal of Project Management*, 34(2): 339-351.

- Wideman R.M. (1995), «Criteria for a project-management body of knowledge», *International Journal of Project Management*, 13(2): 71-75, Doi: 10.1016/0263-7863(94)00020-D.
- Williams T.M. (1999), «The need for new paradigms for complex projects», *International Journal of Project Management*, Vol. 17, n. 5, p.271.
- Wysocki R. K. (2009), *Effective Project Management: Traditional, Agile, Extreme*, 5th Ed., Wiley, Indiana, U.S.A.

**La realizzazione del Rapporto OASI 2022 è stata possibile  
grazie ai contributi incondizionati di**



**ASSOLOMBARDA**



**Dedalus**



**VIATRIS**