



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio-sanitari

LE POTENZIALITÀ DEGLI OBIETTIVI SMART NELLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE

THE POTENTIAL OF SMART OBJECTIVES IN PUBLIC
ADMINISTRATION

Relatore: Chiar.mo
Prof. Flamini Giulia

Tesi di Laurea di:
Bonafede Chiara

Anno Accademico 2025 – 2026

INDICE

INTRODUZIONE

1. CAPITOLO: EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

1.1 La crisi del paradigma burocratico

1.2 L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale: dall'istituzione al paradigma dell'aziendalizzazione

1.3 L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la Legge 833/1978

1.4 La misurazione della performance e l'accountability nei processi di riforma del settore pubblico

1.5 La riforma Brunetta: l'istituzionalizzazione del performance management con il D. Lgs. 150/2009

1.6 La riforma Madia e il D. Lgs. 74/2017: integrazione dell'utente nel ciclo della performance

1.7 Il sistema di misurazione e valutazione della performance

1.7.1 *Gli attori del ciclo della performance*

2. CAPITOLO: PERFORMANCE MANAGEMENT E CREAZIONE DI VALORE PUBBLICO IN SANITÀ: MODELLI TEORICI, SISTEMI DI MISURAZIONE E PROGRAMMAZIONE PER OBIETTIVI SMART

2.1 Il paradigma del Valore Pubblico: origini concettuali, evoluzione teorica e meccanismi di generazione

2.2 La specificità della performance in ambito sanitario: multidimensionalità, complessità organizzativa ed equilibrio tra efficienza e tutela della salute

2.3 La traduzione della strategia in operatività: la logica degli obiettivi SMART nella pubblica amministrazione

2.4 La declinazione degli obiettivi SMART nel contesto delle aziende sanitarie: KPI clinico-assistenziali, gestionali e di salute collettiva

2.5 L'integrazione tra ciclo della performance, pianificazione integrata (PIAO) e rendicontazione del Valore Pubblico in sanità

3. CAPITOLO: L'OPERAZIONALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI: IL METODO EPA-PA

3.1 Dalla norma alla prestazione: il problema dell'operazionalizzazione degli obiettivi

3.2 L'adattamento del framework EPA (Entrustable Professional Activities)

3.3 Metodologia di implementazione (roadmap operativa)

3.4 Applicazione pratica: tabella comparativa (caso di studio simulato)

3.5 Ciclo di feedback e responsabilizzazione

3.6 Verso un performance management della PA basato sull'evidenza

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, il processo di trasformazione della Pubblica Amministrazione ha progressivamente modificato il modo di concepire l'organizzazione, la gestione e la valutazione dell'azione amministrativa. Il tradizionale modello burocratico, fondato prevalentemente sul rispetto delle procedure, sulla gerarchia e sulla stabilità organizzativa, è stato progressivamente affiancato da logiche orientate ai risultati, alla qualità dei servizi, alla responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e alla capacità delle amministrazioni di generare effetti positivi per la collettività. In tale processo evolutivo, il tema della performance management ha assunto un ruolo centrale, diventando uno degli strumenti attraverso i quali le amministrazioni possono tradurre gli indirizzi strategici in obiettivi concreti, misurabili e verificabili.

Questa trasformazione assume una rilevanza ancora maggiore nel settore sanitario, caratterizzato da un elevato livello di complessità organizzativa, dalla presenza di molteplici professionalità, dall'impiego intensivo di risorse economiche e tecnologiche e, soprattutto, dalla necessità di garantire la tutela della salute quale diritto fondamentale della persona. In questo contesto, la valutazione della performance non può essere ricondotta alla sola dimensione economico-finanziaria o alla misurazione dell'efficienza interna, ma deve necessariamente considerare una pluralità di dimensioni, comprendenti la qualità dell'assistenza, l'appropriatezza delle prestazioni, l'accessibilità dei servizi, l'equità, la sicurezza e gli esiti prodotti sulla salute della popolazione.

La scelta di approfondire questo tema nasce, pertanto, dall'esigenza di analizzare il rapporto tra performance management, definizione degli obiettivi e creazione di Valore Pubblico all'interno delle aziende sanitarie. In particolare, l'interesse per l'argomento deriva dalla constatazione che la presenza di sistemi di misurazione sempre più articolati non garantisce,

di per sé, che gli obiettivi individuati dalle amministrazioni siano realmente in grado di orientare l'attività organizzativa verso risultati significativi per gli utenti e per la collettività. Il rischio è quello di trasformare la misurazione della performance in un esercizio prevalentemente formale o autoreferenziale, nel quale l'attenzione si concentra sulla produzione dell'indicatore piuttosto che sull'effettivo cambiamento prodotto.

Da questa considerazione deriva la necessità di interrogarsi non soltanto su che cosa misurare, ma anche su come trasformare gli obiettivi strategici in prestazioni concretamente realizzabili e valutabili. È proprio in questo spazio che si colloca il tema dell'operazionalizzazione degli obiettivi, che costituisce il punto di collegamento tra la programmazione strategica e l'attività quotidiana delle organizzazioni sanitarie. La tesi propone quindi di approfondire tale problematica attraverso l'adattamento del framework delle Entrustable Professional Activities (EPA) al contesto della Pubblica Amministrazione, sviluppando un metodo denominato EPA-PA.

L'obiettivo del lavoro è verificare se un approccio ispirato alle EPA, originariamente sviluppate nell'ambito della formazione e della valutazione delle professioni sanitarie, possa essere adattato alla gestione della performance pubblica per rendere gli obiettivi maggiormente concreti, osservabili, attribuibili e collegati alle effettive responsabilità organizzative. L'ipotesi alla base della ricerca è che la qualità di un sistema di performance management non dipenda esclusivamente dalla capacità di individuare indicatori appropriati, ma anche dalla possibilità di collegare in modo chiaro obiettivi, attività, responsabilità, competenze, risultati e meccanismi di feedback.

La scelta di utilizzare il contesto sanitario come ambito di riferimento non è casuale. Le aziende sanitarie rappresentano infatti un ambiente particolarmente significativo per studiare questi fenomeni, poiché al loro interno convivono esigenze di efficienza gestionale e

obiettivi di tutela della salute, competenze professionali altamente specialistiche e responsabilità nei confronti di una pluralità di stakeholder. La sanità costituisce quindi un contesto nel quale i limiti di una concezione meramente quantitativa della performance risultano particolarmente evidenti e nel quale appare necessario sviluppare sistemi capaci di collegare la misurazione dei risultati alla loro effettiva utilità sociale.

La tesi si articola in tre capitoli, tra loro progressivamente collegati.

Il primo capitolo ricostruisce l'evoluzione del rapporto tra Pubblica Amministrazione e performance management, partendo dalla crisi del paradigma burocratico e analizzando il processo di trasformazione che ha interessato il settore pubblico. Particolare attenzione viene dedicata all'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, dalla sua istituzione con la Legge 833/1978 al successivo processo di aziendalizzazione. Il capitolo esamina inoltre il ruolo assunto dalla misurazione della performance e dall'accountability nel processo di riforma della Pubblica Amministrazione, con specifico riferimento alla riforma Brunetta e al D. Lgs. 150/2009, alla successiva riforma Madia e al D. Lgs. 74/2017, fino ad arrivare al sistema di misurazione e valutazione della performance e agli attori coinvolti nel relativo ciclo.

Il secondo capitolo approfondisce il rapporto tra performance management e creazione di Valore Pubblico, concentrandosi sulle peculiarità del settore sanitario. Dopo aver ricostruito le principali origini teoriche del concetto di Valore Pubblico, il capitolo analizza la natura multidimensionale della performance sanitaria e la necessità di trovare un equilibrio tra efficienza, qualità, appropriatezza, equità e tutela della salute. In questa prospettiva viene affrontata anche la logica degli obiettivi SMART, considerati come strumento attraverso il quale tradurre la strategia in obiettivi operativi, nonché la loro applicazione nel contesto delle aziende sanitarie attraverso indicatori clinico-assistenziali, gestionali e di salute collettiva. Il

capitolo si conclude con l'analisi dell'integrazione tra ciclo della performance, Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e rendicontazione del Valore Pubblico.

Il terzo capitolo costituisce il nucleo propositivo della tesi e affronta il problema dell'operazionalizzazione degli obiettivi. Partendo dalla difficoltà di trasformare gli obiettivi definiti a livello strategico e normativo in prestazioni concretamente osservabili e attribuibili, viene analizzato il framework delle Entrustable Professional Activities, approfondendone le caratteristiche e le potenzialità di adattamento al contesto della Pubblica Amministrazione. Sulla base di tale impostazione viene presentato il metodo EPA-PA, articolato attraverso una specifica roadmap operativa. La proposta viene successivamente applicata mediante un caso di studio simulato, attraverso una tabella comparativa finalizzata a evidenziare le differenze tra una tradizionale formulazione degli obiettivi e una loro operazionalizzazione secondo il modello proposto. Il capitolo considera infine il ruolo del feedback e della responsabilizzazione e conclude con una riflessione sulle prospettive di un performance management della Pubblica Amministrazione maggiormente orientato all'evidenza.

Nel suo complesso, il lavoro intende quindi proporre una lettura della performance pubblica non come semplice processo di misurazione dei risultati, ma come sistema organizzativo finalizzato a orientare concretamente i comportamenti e le attività verso la produzione di risultati utili alla collettività. In questa prospettiva, il passaggio dalla "performance per la performance" alla performance utile rappresenta il filo conduttore dell'intera ricerca: misurare non dovrebbe costituire il fine ultimo dell'azione amministrativa, ma uno strumento attraverso il quale comprendere se le risorse impiegate, le attività realizzate e i risultati conseguiti contribuiscano effettivamente alla creazione di Valore Pubblico.

L'interesse per il metodo EPA-PA nasce, infine, proprio dalla volontà di affrontare questa problematica da una prospettiva operativa. Se gli strumenti di programmazione e misurazione consentono di definire cosa l'amministrazione intende conseguire, diventa necessario individuare modalità altrettanto efficaci per chiarire come, da chi e attraverso quali prestazioni tali risultati debbano essere concretamente realizzati. La proposta sviluppata nella tesi si inserisce quindi nel tentativo di costruire un ponte tra la dimensione strategica della performance e quella operativa, rafforzando il collegamento tra obiettivi, responsabilità professionali, attività e risultati.

In tale prospettiva, la ricerca non intende proporre una semplice trasposizione del modello EPA dal settore sanitario-formativo alla Pubblica Amministrazione, ma esplorarne criticamente le potenzialità come strumento di operazionalizzazione e responsabilizzazione, verificando come alcuni dei suoi principi possano contribuire a rendere il ciclo della performance maggiormente orientato all'azione, alla verifica dei risultati e, in ultima istanza, alla creazione di Valore Pubblico.

1. CAPITOLO: EVOLUZIONE DEL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

1.1 LA CRISI DEL PARADIGMA BUROCRATICO

Per comprendere quali sono le radici storiche, epistemologiche e gestionali dei nuovi processi di misurazione e valutazione della performance, si deve prima capire quali sono state le cause del processo di sgretolamento del modello burocratico tradizionale.

Per gran parte del Novecento, l'assetto organizzativo e il funzionamento delle istituzioni pubbliche nei contesti occidentali sono stati dominati dal paradigma burocratico di matrice legale-razionale, la cui teoria di riferimento risiede nell'opera di Max Weber (1922).

Secondo Weber, la burocrazia rappresentava la forma organizzativa più efficiente per esercitare l'autorità legale. Si basava su delle caratteristiche ben definite quali: alta specializzazione, una gerarchia rigida, selezione per concorso basata sul merito e procedure dettate dalle normative. Per questo, il valore dell'azione pubblica corrispondeva semplicemente al rispetto delle norme. Per Max Weber l'amministrazione trova la propria ragione d'essere nella conforme applicazione della norma di legge; l'efficienza non costituisce un oggetto di misurazione empirica basato sui risultati o sull'impatto generato nei confronti dell'utenza, ma viene assunta come un dato implicito, garantito *a priori* dalla regolarità procedurale e dalla prevedibilità dei comportamenti organizzativi.

Questa impostazione si è compromessa con l'espansione dello Stato sociale (*Welfare State*) e l'aumento della complessità socio-economica¹. Tra gli anni Settanta e Ottanta, l'impennata

¹ ROSSI P., *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Carocci Editore, Roma, 2025, p.180.

della spesa pubblica e l'accumulo dei deficit di bilancio hanno mostrato tutti i limiti di un sistema incapace di controllare i costi e garantire la tenuta economica.² Le riforme che ne sono seguite sono nate dalla spinta incrociata di fattori esterni, come la scarsità di risorse, i vincoli di bilancio e le pressioni macroeconomiche, e di dinamiche interne, tra cui una rinnovata volontà politica e la crescita di competenze manageriali tra i dirigenti pubblici.

I processi di riprogettazione e riforma degli assetti istituzionali sono stati alimentati dall'azione combinata di fattori esogeni, come la contrazione delle risorse finanziarie disponibili, i vincoli di bilancio e le pressioni macroeconomiche e fattori endogeni come la maturazione di una nuova volontà politica di cambiamento e lo sviluppo di competenze manageriali all'interno della dirigenza pubblica³.

Oltre alle pressanti esigenze di riequilibrio finanziario, l'azione pubblica si è trovata a dover fronteggiare patologie organizzative profonde⁴. Lo studioso classico di sociologia dell'organizzazione Merton già nel 1940 aveva individuato i limiti dell'impostazione weberiana, descrivendo il fenomeno della "*inversione tra mezzi e fini*": ovvero, per i dipendenti pubblici, il rispetto formale delle norme diventa più importante dei risultati, portando a rallentamenti e inefficienze.

La più recente letteratura di *public management* ha confermato come la crisi del modello burocratico tradizionale non sia stato un evento congiunturale, ma un declino strutturale accentuatosi nei primi decenni del Ventunesimo secolo⁵. La rigida architettura weberiana,

² *Ibidem*

³ MERTON, R.K., *Bureaucratic Structure and Personality*, Social Forces, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1940, pp. 560-568.

⁴ *Ibidem*

⁵ ONGARO, E., *Philosophy and Public Administration: An Introduction*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 2020, pp. 1-28.

concepita per garantire stabilità ed equità formale in contesti a bassa complessità, si è rivelata incapace di rispondere alle sfide poste dalla digitalizzazione, dalla globalizzazione e dalle recenti crisi sistemiche e sanitarie.⁶ Come evidenziato da Bouckaert (2023), l'eccesso di regolamentazione preventiva (*red tape*) e l'assenza di meccanismi di valutazione dell'impatto hanno generato una frattura profonda tra la conformità legale dell'atto e il valore reale percepito dai cittadini, spingendo la ricerca gestionale verso modelli ad alta flessibilità ed agilità organizzativa.

Per sbloccare la situazione, il confronto internazionale ha sostituito l'attenzione per il mero adempimento procedurale con la centralità dei risultati effettivi, trovando un richiamo sia nelle linee guida della Banca Mondiale (1992) sia nella letteratura contemporanea sul Valore Pubblico⁷. Amministrare il pubblico richiede oggi l'adozione di rigorosi sistemi di *budgeting*, di pianificazione strategica, di controllo di gestione e di valorizzazione del capitale umano, riorientando l'agire amministrativo ai principi dell'*accountability* e della trasparenza nei confronti degli *stakeholder*⁸.

Tra la letteratura anglosassone e la scuola italiana di Economia Aziendale emerge qui un parallelo chiaro. Nei contesti anglosassoni, la spinta al rinnovamento si è consolidata attorno al paradigma del New Public Management (NPM), orientato all'importazione di tecniche gestionali dal settore privato, alla concorrenza e alla creazione di quasi-mercati.

⁶ CAPANO, G.; HOWLETT, M.; RAMESH, M., *Bringing Governments Back In: Governance and Governing in a Digital Era*, Routledge, London, 2020, pp. 1-20.

⁷ WORLD BANK, *Governance and Development*, The World Bank, Washington, D.C., 1992, pp. 1-16.

⁸ CRISTOFOLI, D.; CUCCINIELLO, M.; MICACCHI, M.; TRIVELLATO, B.; TURRINI, A.; VALOTTI, G., *“One, none, and a hundred thousand” recipes for a robust response to turbulence*, Public Administration, Wiley, 2023, pp. 106-123

Parallelamente, in Italia, la dottrina dell'Economia Aziendale applicata alle Amministrazioni Pubbliche⁹ ha sviluppato un percorso innovativo. Avviene il passaggio dal modello burocratico incentrato sul "procedere" normativo a un modello manageriale integrato, fondato sulla cultura del "gestire", sulla misurazione dei risultati e sull'ottimizzazione del rapporto tra risorse impiegate ed impatto sulla collettività¹⁰.

Sebbene diversi studiosi vedano nel New Public Management una semplice rielaborazione di teorie già esistenti, la letteratura contemporanea concorda nel ritenere che il definitivo superamento del dogma burocratico sia il presupposto ineludibile per qualsiasi politica di ammodernamento delle istituzioni europee.¹¹ Questa transizione ha posto le basi concettuali e metodologiche indispensabili per la nascita dei moderni cicli della performance, volti a tradurre la missione delle pubbliche amministrazioni in obiettivi strategici ed operativi misurabili, secondo logiche di programmazione scientifica e gestione per obiettivi SMART.

1.2 L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LA LEGGE 833/1978

La promulgazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, con la quale è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ha rappresentato una svolta in Italia. Con questa riforma, il legislatore ha inteso dare diretta attuazione al principio sancito dall'articolo 32 della Costituzione, segnando il passaggio netto da un modello assistenziale frammentato a

⁹ ANESSI-PESSINA, E.; BARBERA, C.; LANGELLA, C.; MANES-ROSSI, F.; SANCINO, A.; SICILIA, M.F.; STECCOLINI, I., *Reconsidering public budgeting after the COVID-19 outbreak: key lessons and future challenges*, Journal of Public Budgeting, Accounting and Financial Management, Emerald Publishing, Bingley, 2020, pp. 957-965.

¹⁰ APANO, G.; HOWLETT, M.; RAMESH, M., *Bringing Governments Back In: Governance and Governing in a Digital Era*, Routledge, London, 2020, pp. 1-20.

¹¹ ONGARO, E.; GONG, T.; JING, Y., *Public administration, context and innovation: A framework of analysis*, Public Administration and Development, Wiley, 2021, pp. 4-11.

un sistema universalistico integrato. Il quadro previgente, strutturato su una pluralità di enti mutualistici (quali l'INAM, l'ENPAS e altre casse di categoria), condizionava il diritto alla tutela della salute alla posizione occupazionale del singolo e al versamento dei relativi contributi previdenziali. Tale impianto, tipico del modello bismarckiano, non solo escludeva ampie fasce della popolazione priva di regolare copertura assicurativa, ma generava marcate disparità territoriali e prestazionali, compromettendo l'equità d'accesso alle cure¹².

La Riforma del 1978 ha introdotto un modello di stampo Beveridge, fondato sul principio che la tutela della salute costituisce un bene pubblico primario e un diritto inalienabile spettante a ogni individuo in quanto cittadino, indipendentemente dalle sue condizioni economiche o dal suo stato occupazionale. La Legge 833/1978 si fonda su tre pilastri connessi tra di loro:

- l'universalità dei destinatari
- l'equità di accesso alle prestazioni
- la solidarietà del finanziamento.

Il finanziamento della sanità è stato così legato alle tasse generali, distribuendo il costo delle cure su tutti i cittadini in modo più equo e redistributivo. Allo stesso tempo, la legge ha superato la vecchia separazione tra prevenzione e cura, riconoscendo che la salute è un percorso unico e completo. Un percorso continuo che parte dalla prevenzione (a casa come sul lavoro), passa per la diagnosi e la terapia, fino ad arrivare alla riabilitazione psicofisica. In questa nuova visione, gli ospedali e i presidi pubblici non sono visti solo come erogatori di servizi ma enti indispensabili per un interesse di collettività generale.

¹² TARONI, F., *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2011, pp. 73-100.

La Legge 833/1978 ha articolato il modello di decentramento amministrativo fondato su tre livelli di responsabilità e governo (Repubblica Italiana, 1978):

- **Il livello statale**, con la funzione di indirizzo politico, di programmazione e di definizione del quadro normativo generale. Tale livello si esprimeva principalmente attraverso la predisposizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN) — documento di pianificazione strategica di durata pluriennale — e la quantificazione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), rappresentante il volume complessivo delle risorse finanziarie pubbliche destinate alla tutela della salute.
- **Il livello regionale**, investito di competenze di pianificazione intermedia e di allocazione delle risorse. Le Regioni, tramite l'adozione dei Piani Sanitari Regionali (PSR), erano chiamate a recepire le direttive statali provvedendo a distribuire il Fondo Sanitario Nazionale tra le strutture operative periferiche secondo criteri basati prevalentemente sulla quota capitaria corretta (Marinò, 2008).
- **Il livello locale**, incardinato nei Comuni, ai quali è stato affidato l'esercizio esecutivo della funzione sanitaria attraverso la creazione delle Unità Sanitarie Locali (USL). Le USL vennero concepite quali strutture operative di cui i Comuni, singoli o associati, si servivano per erogare l'assistenza sanitaria di base e ospedaliera all'interno dell'utenza territoriale di riferimento.

Nonostante l'elevato valore etico e sociale, l'implementazione pratica del modello delineato nel 1978 ha evidenziato profondi limiti sotto il profilo manageriale ed economico-aziendale, ponendo i presupposti per le successive riforme degli anni Novanta. Il principale fattore di debolezza strutturale è risieduto nella scelta di affidare la gestione delle USL a organi di governo diretti dalla politica locale, quali le Assemblee generali e i Comitati di Gestione presieduti dai Sindaci e composti da rappresentanti di nomina politica. Tale configurazione

ha determinato una pervasiva sovrapposizione tra la funzione di indirizzo politico e la gestione operativa quotidiana, privando le strutture sanitarie di una leadership manageriale autonoma, dotata di adeguate competenze tecnico-professionali e guidata da criteri di efficienza aziendale¹³.

Sotto il profilo economico-finanziario, l'assenza di personalità giuridica in capo alle USL e la mancanza di reali vincoli di bilancio hanno generato gravi distorsioni comportamentali. Il meccanismo di finanziamento operava di fatto "a piè di lista": le USL sostenevano spese senza la rigorosa necessità di rispettare ex ante i budget assegnati, nella certezza che eventuali disavanzi di gestione sarebbero stati periodicamente ripartiti e coperti dallo Stato centrale attraverso interventi di ripianamento ex post. Tale modalità operativa cancellava qualsiasi incentivo alla responsabilizzazione economica dei dirigenti e al controllo dei fattori produttivi, innescando una costante spirale inflazionistica della spesa sanitaria pubblica durante tutti gli anni Ottanta.

A complicare il quadro direzionale concorreva inoltre l'assetto dei sistemi informativi e contabili adottati. Le USL utilizzavano esclusivamente la contabilità finanziaria pubblica basata sulla registrazione di entrate e uscite di cassa, un modello strutturalmente inidoneo a rilevare l'effettivo costo delle prestazioni, il valore degli investimenti patrimoniali o l'efficienza nell'impiego delle risorse. L'assenza della contabilità economico-patrimoniale e di strumenti analitici per centri di costo impediva ai responsabili di disporre di indicatori oggettivi per valutare il rapporto tra risorse impiegate (*input*) e risultati ottenuti (*output* e *outcomes*). Di conseguenza, il controllo sulle strutture sanitarie manteneva un carattere

¹³ BORGONOVÌ, E., *Management per la salute. Scienza, diritti, responsabilità sociale, efficienza*, FrancoAngeli, Milano, 2021, pp. 127-180.

puramente formale e burocratico, concentrato sulla regolarità procedurale degli atti piuttosto che sulla misurazione della performance gestionale o della qualità dei servizi erogati.

L'esperienza maturata nel corso del primo decennio di applicazione della Legge 833/1978 ha così dimostrato come la garanzia teorica di un diritto universalistico non possa prescindere da meccanismi rigorosi di sostenibilità economica e da un'adeguata architettura organizzativa. Le inefficienze allocative, l'esplosione dei deficit di bilancio e la percepita disomogeneità qualitativa dell'assistenza sul territorio nazionale hanno reso evidente che la tutela della salute necessitava di un profondo ripensamento in chiave manageriale. Fu proprio la presa d'atto di queste criticità a spingere il legislatore, all'inizio degli anni Novanta, verso la stagione dell'aziendalizzazione e l'introduzione delle logiche del *New Public Management* nella sanità italiana.

1.3 L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: DALL'ISTITUZIONE AL PARADIGMA DELL'AZIENDALIZZAZIONE

Il percorso di strutturazione e progressiva trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) rappresenta uno dei casi più complessi ed emblematici di applicazione delle riforme amministrative e manageriali nel settore pubblico. L'impianto originario delineato con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 promosse il definitivo superamento del precedente sistema mutualistico, frammentato e categorizzante, per istituire un modello unico, universalistico ed equo, finanziato direttamente attraverso la fiscalità generale. Nel 1978, le Unità Sanitarie Locali (USL) nascono con l'obiettivo di essere strutture operative dei Comuni, prive di personalità giuridica propria e governate da Comitati di Gestione di impronta politica. Sebbene questa architettura abbia garantito l'universalità delle cure

rispettando ciò che è sancito dall'articolo 32 della Costituzione, la prassi operativa degli anni Ottanta fece emergere profondi limiti strutturali. Nella prassi dell'epoca, la scarsa distinzione tra indirizzo politico e amministrazione operativa finì per compromettere la tenuta economica del sistema, alimentando disavanzi incontrollati e forti disomogeneità nella qualità delle prestazioni offerte ai cittadini¹⁴.

Di fronte al progressivo sgretolamento della tenuta economico-finanziaria del sistema e sotto la spinta dei vincoli di finanza pubblica imposti dal Trattato di Maastricht, il legislatore intervenne nei primi anni Novanta per ristrutturare radicate logiche gestionali. Con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 — successivamente integrato dal D.Lgs. 517/1993 — prese avvio la stagione della prima "aziendalizzazione" della sanità pubblica. Le vecchie USL vennero soppresse e trasformate in Aziende Sanitarie Locali (ASL), istituzioni dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e gestionale. A esse si affiancarono le Aziende Ospedaliere (AO), create per incorporare i presidi ospedalieri di alta specializzazione dalle strutture territoriali. Il passaggio cruciale risiedeva nella netta separazione tra il livello della rappresentanza politica e la sfera della gestione manageriale: la guida dell'azienda sanitaria venne affidata al Direttore Generale, figura monocratica di vertice selezionata su basi fiduciarie ma tecnico-professionali, responsabile del raggiungimento degli obiettivi di salute e del rispetto del pareggio di bilancio¹⁵.

In linea con i principi del *New Public Management*, la riforma del 1992-1993 introdusse strumenti contabili e direzionali tipici del settore privato. La tradizionale contabilità

¹⁴ *Ibidem*

¹⁵ ANESSI PESSINA, E.; CANTÙ, E. (a cura di), *Rapporto OASI 2021. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, EGEA, Milano, 2021, pp. 19-44.

finanziaria per cassa, inidonea a rilevare la reale efficienza dei processi produttivi, venne sostituita dalla contabilità economico-patrimoniale e dal controllo di gestione basato sulla contabilità analitica per centri di costo. Al contempo, il sistema di finanziamento ex-post cede il passo a logiche di programmazione a quota capitaria per le ASL e a tariffe predeterminate per prestazione (sistema dei *Diagnosis Related Groups* - DRG) per il ricovero ospedaliero. L'introduzione di tali logiche aziendali intendeva stimolare un uso razionale delle risorse scarse, inducendo i dirigenti medici e amministrativi a valutare costantemente il rapporto tra i costi sostenuti e i volumi di attività erogati¹⁶.

L'eccessivo sbilanciamento verso meccanismi di quasi-mercato registrò una successiva ripermimetrazione con la cosiddetta "Terza Riforma Sanitaria", attuata mediante il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (nota come "Riforma Bindi"). Questa riforma nacque proprio per smussare le logiche di pura concorrenza, scommettendo di più sulla cooperazione tra le istituzioni. Pur confermando l'autonomia aziendale di ASL e Aziende Ospedaliere, la legge rimise al centro la pianificazione pubblica definendo i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), ossia l'insieme di prestazioni sanitarie che lo Stato deve assicurare a qualsiasi cittadino, a prescindere da dove viva, in modo del tutto gratuito o dietro ticket. Inoltre, disciplinò il sistema dell'accreditamento istituzionale delle strutture private e regolamentò l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (*intramoenia*), rimarcando il ruolo prioritario del Distretto sanitario quale snodo centrale per l'assistenza territoriale¹⁷.

L'evoluzione normativa descritta ha trasformato radicalmente le aziende sanitarie da strutture burocratiche di erogazione diretta a complessi sistemi aziendali chiamati a

¹⁶ BORGONOV, E., *Management per la salute. Scienza, diritti, responsabilità sociale, efficienza*, Franco Angeli, Milano, 2021, pp. 127-180.

¹⁷ ANESSI PESSINA, E.; CANTÙ, E. (a cura di), *Rapporto OASI 2021. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, op. cit.

contemperare la sostenibilità economica con il valore sociale della cura¹⁸. La creazione delle aziende sanitarie, la responsabilizzazione della dirigenza e l'adozione di sistemi informativi e contabili avanzati hanno rappresentato le precondizioni indispensabili per la successiva affermazione del *performance management*. Senza la perimetrazione dei centri di responsabilità, la definizione chiara delle sfere di autonomia manageriale e la disponibilità di indicatori analitici di costo e di processo, non sarebbe stato possibile passare dal mero controllo formale degli atti alla negoziazione di obiettivi specifici, misurabili e sfidanti per i dipartimenti e le unità operative.

1.4 LA MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE E L'ACCOUNTABILITY NEI PROCESSI DI RIFORMA DEL SETTORE PUBBLICO

L'evoluzione dei sistemi amministrativi europei tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta è stata segnata dal progressivo superamento del modello burocratico di matrice classica in favore dei principi del *New Public Management* (NPM). È un dato ormai consolidato nel dibattito sul public management che, in questa fase di transizione, la valutazione della performance sia diventata uno snodo strategico centrale, superando la logica del puro rispetto della norma per guidare la gestione pubblica secondo i principi aziendali di efficacia, efficienza ed economicità¹⁹. L'idea alla base del modello aziendale si fondava sul concetto che gli enti pubblici, pur continuando a perseguire il loro scopo

¹⁸ BORGONOVI, E.; FATTOR[E], G., *Il management delle aziende sanitarie*, EGEA, Milano, 2009, pp. 15-35.

¹⁹ REICHARD, C., *The Study of Public Management in Germany: A Review of the Literature*, in "International Journal of Public Sector Management", vol. 16, n. 1, Emerald, Bingley, 2003, pp. 28-39.

primario, ovvero la tutela dell'interesse generale pubblico, dovevano prendere in prestito dal settore privato metodi e strumenti per gestire il lavoro, misurare le prestazioni e responsabilizzare il personale sui risultati. Solo così si potevano rendere i servizi sostenibili nel tempo e creare un reale valore per la collettività.

In Italia, l'esigenza di misurare le prestazioni sanitarie è nata in un momento di profonda crisi dei conti pubblici. Negli anni Ottanta il debito statale continuava ad aumentare e, nel 1992, la firma del Trattato di Maastricht impose l'adeguamento ai rigidi parametri economici europei. Questo scenario costrinse lo Stato a riconsiderare e riorganizzare da cima a fondo il funzionamento delle Unità Sanitarie Locali. L'impianto originario della prima riforma sanitaria evidenziò infatti un nodo critico di fondo, in quanto la mancanza di figure dirigenziali tenute a rispondere dell'equilibrio finanziario, unitamente a un meccanismo di copertura delle spese a consuntivo, portò le realtà locali ad agire come se le risorse a disposizione fossero illimitate (Camera dei deputati, 1992). In mancanza di idonei strumenti informativi e di controllo direzionale capaci di rilevare i costi analitici e il rendimento delle attività, lo Stato centrale si trovò nell'impossibilità di governare i disavanzi gestionali, rimanendo costretto a interventi periodici di ripianamento ex post. Questa modalità operativa, oltre a minare l'equilibrio della finanza pubblica, provocò un progressivo deficit di legittimazione delle istituzioni sanitarie di fronte alla collettività.

Il processo di aziendalizzazione avviato negli anni Novanta ha dunque riarticolato la relazione tra autonomia gestionale e responsabilità direzionale²⁰. L'attribuzione di ampi margini di discrezionalità operativa alla guida delle aziende sanitarie ha reso indispensabile la parallela introduzione di idonei sistemi di monitoraggio, volti a verificare l'effettivo

²⁰ ANESSI PESSINA, E.; CANTÙ, E. (a cura di), *Rapporto OASI 2021. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, op. cit.

raggiungimento degli obiettivi e l'impatto prodotto dalle decisioni manageriali. In questo contesto, la valutazione delle prestazioni ha smesso di rappresentare una mera risposta formale agli obblighi di legge per trasformarsi nel presupposto della dimensione dell'*accountability*. Questo concetto esprime l'obbligo, etico, politico e manageriale, di rendicontare in modo trasparente l'uso delle risorse collettive e il livello di efficacia delle cure erogate. L'adozione di adeguati sistemi informativi e di reportistica assume così una duplice funzione: all'interno dell'organizzazione fornisce alla dirigenza gli elementi conoscitivi indispensabili per riorientare i processi decisionali e ottimizzare i fattori produttivi; verso l'esterno costituisce lo strumento primario per comunicare con i diversi portatori di interesse, ricostruendo il rapporto di fiducia con i cittadini e legittimando l'azione pubblica sul territorio.

1.5 LA RIFORMA BRUNETTA: L'ISTITUNALIZZAZIONE DEL *performance management* CON IL D. LGS 150/2009

A un decennio di distanza dal riordino dei controlli interni operato dal D.Lgs. 286/1999, la misurazione delle attività pubbliche è tornata al centro dei processi di riforma con l'approvazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15 e del successivo Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (noto come "Riforma Brunetta"). Tale intervento ha proceduto a una revisione organica del lavoro pubblico, della contrattazione collettiva e della responsabilità dirigenziale, introducendo per la prima volta nel quadro normativo italiano il concetto formale di *performance*. Attraverso questo costrutto, il legislatore ha inteso orientare l'operato delle amministrazioni verso elevati standard di efficienza e qualità, correlando i risultati conseguiti dalle strutture organizzative con i comportamenti e le prestazioni individuali del personale dipendente.

L'elemento di discontinuità rispetto al passato risiede nell'adozione della logica sistemica del *performance management* (D.lgs n. 150/2009). La riforma non si è limitata a prescrivere uno strumento valutativo isolato, ma ha strutturato un modello di governo aziendale destinato a guidare l'intero ciclo decisionale delle organizzazioni pubbliche. In questa prospettiva, l'articolazione concreta del sistema viene affidata alla singola amministrazione, la quale è tenuta a sviluppare metodologie valutative coerenti con i propri vincoli di bilancio e con la programmazione finanziaria pluriennale. La Riforma Brunetta ha così fissato un metodo generale di *governance* capace di essere utilizzata nei diversi contesti operativi facendo rispettare i criteri di efficacia, efficienza ed economicità tipici del NPM.

1.6 LA RIFORMA MADIA E IL D.LGS 74/2017: INTEGRAZIONE DELL'UTENTE NEL CICLO DELLA PERFORMANCE

A otto anni di distanza dall'introduzione della Riforma Brunetta, l'impianto normativo del *performance management* pubblico ha subito un importante processo di revisione con l'emanazione del Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, attuativo della delega contenuta nella Legge 7 agosto 2015, n. 124 (nota come Riforma Madia). Questa riforma è nata per superare i limiti pratici del Decreto Brunetta (D.Lgs. 150/2009). Quest'ultimo, infatti, pur avendo introdotto il principio di responsabilità sui risultati, nella pratica, ha reso la burocrazia ancora più marcata, trasformando la valutazione in un mero adempimento normativo (Annessi, Pessina et. al. 2019) Il D.Lgs. 74/2017 è intervenuto proprio per deburocratizzare il sistema, promuovendo la semplificazione dei documenti programmatici, la sincronizzazione dei controlli interni e una maggiore apertura alla trasparenza (Borgonovi et al., 2021). Con le nuove regole, la valutazione non è più una formalità: diventa un requisito obbligatorio non solo per ricevere i premi economici, ma anche per ottenere scatti di carriera,

progressioni e incarichi dirigenziali. Al tempo stesso, una valutazione negativa pesa direttamente sulla responsabilità del dirigente e può portare, nei casi previsti, all'avvio di procedimenti disciplinari.

Nel nuovo quadro normativo, il rispetto delle disposizioni in materia di valutazione smette di configurarsi come un semplice requisito formale, diventando condizione vincolante non solo per l'erogazione dei premi incentivo, ma anche per il riconoscimento delle progressioni economiche, l'assegnazione di posizioni di responsabilità e il conferimento degli incarichi dirigenziali. Contestualmente, la valutazione negativa della performance assume un peso diretto nell'accertamento della responsabilità manageriale e, in fattispecie determinate, nell'attivazione di procedimenti disciplinari (D.lgs n. 74/2017).

Tra i profili di maggiore discontinuità metodologica, il D.Lgs. 74/2017 ha introdotto una strutturazione multilivello della misurazione e valutazione della performance, articolata su tre dimensioni analitiche: l'amministrazione nel suo complesso, le singole unità organizzative o aree di responsabilità, e i singoli dipendenti o gruppi di lavoro (D.lgs n. 74/2017). Accanto agli obiettivi specifici declinati da ciascuna amministrazione in relazione al proprio contesto, il decreto ha istituito la categoria degli "obiettivi generali", volti a identificare le priorità strategiche dell'azione pubblica coerentemente con le politiche nazionali e con i comparti di contrattazione collettiva di appartenenza. Sul piano gestionale, il giudizio sul dirigente riflette direttamente l'operato dell'unità organizzativa di cui ha la responsabilità. L'obiettivo è evitare che la valutazione diventi un esercizio formale, legando l'efficacia della dirigenza al reale miglioramento dei servizi erogati e alla buona gestione del personale (Dipartimento della funzione pubblica, 2017).

Un ulteriore elemento qualificante della Riforma Madia riguarda il potenziamento del ruolo degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV). Agli OIV è stata affidata una funzione

attiva di monitoraggio in itinere, chiedendo loro di verificare l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante l'esercizio sulla base dei sistemi di controllo di gestione e di controllo strategico, in modo da segnalare tempestivamente alla direzione eventuali scostamenti e proporre interventi correttivi. A garanzia dell'indipendenza e dell'efficacia di tale funzione, il legislatore ha riconosciuto agli OIV poteri incisivi, tra cui l'esercizio di facoltà ispettive e il diritto di accesso diretto ai sistemi informatici e alla documentazione d'ufficio. Parallelamente, il D.Lgs. 74/2017 ha sancito l'apertura all'esterno dei processi valutativi, prevedendo per la prima volta un coinvolgimento diretto dei cittadini e degli utenti finali nella misurazione della performance organizzativa attraverso l'adozione di metodi di rilevazione come, ad esempio, la customer satisfaction. Sul fronte finanziario e programmatico, la riforma ha sincronizzato il Piano e la Relazione sulla Performance con il bilancio preventivo e consuntivo dell'ente, introducendo un regime sanzionatorio più rigido per chi non rispetta i tempi. Contestualmente, spetta alla contrattazione collettiva (CCNL) definire le quote di budget per i premi, assicurando che a un giudizio di merito corrisponda un effettivo riconoscimento economico accessorio (Anessi-Pessina et al., 2020).

L'evoluzione dei sistemi di governance e la progressiva managerializzazione delle Pubbliche Amministrazioni hanno posto al centro del dibattito economico-aziendale la necessità di superare la tradizionale visione burocratica, focalizzata sul rispetto formale della norma, in favore di una logica orientata ai risultati, al valore pubblico e all'efficienza gestionale (Hood, 1991). In questo contesto, l'articolo 4 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 definisce il ciclo della performance come un processo integrato e sistematico volto alla definizione degli obiettivi, all'allocazione delle risorse necessarie al loro raggiungimento, al monitoraggio in corso di gestione e alla finale valutazione e rendicontazione dei risultati

ottenuti, garantendo la piena coerenza con la programmazione finanziaria e il ciclo di bilancio dell'ente.

Sotto il profilo economico-manageriale, il ciclo di gestione della performance si configura come un percorso continuo destinato al perseguimento del miglioramento delle prestazioni e dei servizi pubblici, mutuando la logica operativa dal celebre modello di Deming 1950 basato sulle quattro fasi interconnesse di pianificazione (*plan*), esecuzione (*do*), verifica (*check*) e azione correttiva (*act*). La struttura del ciclo evidenzia la natura intrinsecamente sistemica e ciclica della valutazione, sottolineando l'esigenza imprescindibile di progettare un'architettura di misurazione e controllo perfettamente allineata con i complessivi sistemi di pianificazione strategica ed economico-finanziaria dell'organizzazione (Deming, 1986). L'articolazione normativa del ciclo di gestione della performance si struttura formalmente attraverso sei fasi sequenziali e interdipendenti²¹:

- A) Fase programmatica, incentrata sulla definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere, dei risultati attesi e dei relativi indicatori quantitativi e qualitativi;
- B) Fase di collegamento sistematico tra gli obiettivi programmati e l'allocazione delle risorse economico-finanziarie e strumentali;
- C) Fase di monitoraggio costante in corso di esercizio e tempestiva predisposizione di eventuali interventi correttivi;
- D) Fase di misurazione e valutazione multidimensionale della performance, distinta nelle sue componenti organizzativa e individuale;
- E) Fase di applicazione e gestione dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito e differenziazione dei contributi;

²¹ANESSI PESSINA, E.; CANTÙ, E. (a cura di), *Rapporto OASI 2021. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, op. cit.

- F) Fase di rendicontazione finale, interna ed esterna, dei risultati conseguiti rivolta agli organi di indirizzo e agli stakeholder istituzionali e sociali.

Analizzando nel dettaglio la fase programmatica, l'integrazione tra la funzione di misurazione e i sistemi di programmazione strategica emerge in tutta la sua rilevanza aziendale. La definizione degli obiettivi, programmati su base triennale, coinvolge direttamente gli organi di indirizzo politico-amministrativo, i quali agiscono di concerto con i vertici dell'amministrazione previa consultazione e coinvolgimento attivo dei dirigenti e dei responsabili delle singole unità organizzative. Sincronizzare il livello politico e quello gestionale consente di orientare gli indirizzi generali sulle effettive possibilità operative dell'amministrazione. In questo quadro, gli obiettivi di piano devono combaciare perfettamente con le risorse di bilancio, dato che dal loro raggiungimento dipende l'erogazione degli incentivi. Viene così valorizzato il legame inscindibile tra programmazione strategica, valutazione dei risultati e motivazione dei dipendenti (D.Lgs n. 150/2009).

Lo strumento cardine mediante il quale si concretizza la fase programmatica a livello strategico ed operativo è il Piano della Performance. Ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del D.Lgs. 150/2009, le amministrazioni pubbliche sono tenute a redigere e adottare annualmente, entro il 31 gennaio, un documento programmatico di durata triennale, stilato in perfetta armonia con i contenuti del ciclo di bilancio. Il Piano della Performance esplicita in modo analitico la catena del valore dell'ente pubblico, formalizzando le priorità di indirizzo politico del triennio, gli obiettivi strategici e strutturali con i relativi indicatori di

impatto, nonché gli obiettivi operativi annuali e i target di risultato sui quali si fonderanno la successiva misurazione, valutazione e rendicontazione delle prestazioni.²²

Affinché la programmazione non si riduca a un mero esercizio formale, gli obiettivi individuati nel Piano devono possedere precisi attributi qualitativi e gestionali. Nello specifico, l'articolo 4, comma 2, del D.Lgs. 150/2009 individua le seguenti caratteristiche essenziali:

- Rilevanza rispetto ai bisogni reali della collettività e alla missione istituzionale dell'amministrazione;
- Specificità e misurabilità tramite indicatori chiari ed espliciti;
- Riferibilità a un arco temporale determinato, di norma corrispondente all'anno gestionale;
- Significatività in termini di miglioramento e incremento della qualità dei servizi pubblici offerti;
- Confrontabilità con standard di riferimento esterni o parametri di *benchmarking*;
- Confrontabilità nel tempo e nello spazio, al fine di monitorare l'evoluzione storica e il posizionamento relativo dell'ente;
- Coerenza con la quantità e la qualità delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente disponibili.

Il secondo snodo critico del ciclo riguarda la fase di collegamento tra gli obiettivi definiti e l'allocazione delle risorse disponibili. In un'ottica squisitamente aziendale, un sistema di programmazione risulta efficace solo se sostenuto da un'adeguata dotazione di fattori produttivi²³. Ciò impone l'adozione di un rigoroso metodo budgetario, all'interno del quale

²² BORGONOV, E.; FATTOR[E], G., *Il management delle aziende sanitarie*, op. cit.

²³ ANESSI PESSINA, E.; CANTÙ, E. (a cura di), *Rapporto OASI 2021. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, op. cit.

ogni singolo obiettivo programmato viene valutato e pesato in tutte le sue implicazioni economico-patrimoniali, considerando gli investimenti in capitale fisso, i flussi di finanziamento, la gestione operativa e i necessari interventi di formazione ed efficientamento del personale²⁴.

L'esecuzione e la gestione operativa sono costantemente affiancate dalla fase di monitoraggio in corso di esercizio. Il controllo in itinere consente alla direzione di tracciare l'avanzamento delle attività, rilevare precocemente eventuali scostamenti tra i dati consuntivi e i target teorici e predisporre tempestivamente i necessari interventi correttivi²⁵. In tal modo, il controllo di gestione perde il suo carattere puramente ex-post per assumere una funzione guida di tipo *feed-forward*, capace di orientare le decisioni manageriali in tempo reale (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2017).

Nella fase consuntiva del ciclo, l'amministrazione procede alla misurazione e valutazione della performance, distinguendo analiticamente la dimensione organizzativa da quella individuale. Sul piano concettuale e metodologico, il legislatore evidenzia una chiara e fondamentale distinzione tra i concetti di "misurazione" e "valutazione". La misurazione costituisce una fase prevalentemente tecnica e quantitativa, basata sull'impiego continuo e sistematico di indicatori e metriche per rilevare l'effettivo grado di raggiungimento dei target stabiliti. La valutazione rappresenta invece il momento interpretativo e decisionale di livello superiore: partendo dalle rilevazioni numeriche della misurazione, il processo valutativo analizza il contesto, individua i punti di forza e le debolezze della gestione e formula un

²⁴ MASTROGIUSEPPE, P.; RUFFINI, R. (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico tra continuità e innovazione. Valutazione, trasparenza, premialità e ordinamento nella riforma Brunetta*, IPSOA, Milanofiori, Assago, 2010, pp. 45-75.

²⁵ BORGONOV, E.; FATTOR[E], G., *Il management delle aziende sanitarie*, op. cit.

giudizio di merito complesso, fortemente caratterizzato da responsabilità manageriale e capacità analitica (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2017).

L'esito del processo valutativo si riversa direttamente nella fase di utilizzo dei sistemi premianti. Il modello delineato intende ancorare l'erogazione degli incentivi retributivi e dei premi di produttività alla rigorosa misurazione dei risultati, introducendo meccanismi di selettività e meritocrazia idonei a superare la prassi dei finanziamenti a pioggia e a valorizzare le eccellenze aziendali.

A chiusura del ciclo di gestione della performance si colloca la fase di rendicontazione dei risultati, formalizzata attraverso l'adozione della Relazione sulla Performance (D.lgs. n. 150/2009). Questo documento consuntivo sintetizza e illustra i risultati a livello individuale e organizzativo raggiunti dall'ente rispetto agli obiettivi previsti e alle risorse assegnate, fornendo un'esplicita motivazione degli eventuali scostamenti registrati. Attraverso la Relazione sulla Performance si realizza il principio di *accountability* pubblica (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2018): le informazioni sulle prestazioni aziendali vengono diffuse in modo trasparente e destinate contemporaneamente agli organi politici, ai vertici amministrativi, agli organi di controllo interno ed esterno e, non da ultimo, ai cittadini e agli stakeholder del territorio, rialimentando il circuito programmatico per l'esercizio successivo.

1.7 IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Nell'ambito del ciclo di gestione della performance nelle amministrazioni pubbliche, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) si configura come il dispositivo metodologico e direzionale cardine attraverso cui l'ente traduce i principi generali di managerialità e trasparenza espressi dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.

150 in concrete architetture operative. L'obbligo formale prescritto dall'articolo 7 del testo normativo impone a ciascuna amministrazione l'adozione di un sistema idoneo a rilevare, valutare e valorizzare su base annuale sia le prestazioni dell'organizzazione nel suo complesso, sia il contributo individuale fornito dal personale. Sotto una prospettiva aziendale e pubblicistica, il SMVP trascende la dimensione del mero adempimento burocratico per assumere la veste di una vera e propria infrastruttura strategica di *governance*. In questo modo la direzione pubblica dispone di uno strumento per monitorare costantemente l'efficacia delle scelte strategiche, verificare il grado di soddisfacimento dei bisogni della collettività e valutare la capacità dell'ente di generare Valore Pubblico mediante un impiego razionale ed efficiente delle risorse disponibili.

La progettazione istituzionale del sistema delinea un'articolata mappa di competenze gestionali che vede la partecipazione di molteplici attori, definendo un modello di responsabilità condivisa ma chiaramente differenziata in base ai livelli di governo istituzionale (D.Lgs. 150/2009, art. 7, comma 2). In questo quadro, agli Organismi Indipendenti di Valutazione della performance (OIV) è affidato un ruolo di garanzia e di misurazione d'insieme, spettando a essi la valutazione della performance aziendale complessiva, la validazione della Relazione sulla Performance e la proposta motivata di valutazione dei dirigenti di vertice. All'organo di indirizzo politico-amministrativo pertiene invece la definizione delle priorità strategiche e la verifica *ex post* della rispondenza tra i risultati conseguiti e le linee programmatiche generali. Contestualmente, ai dirigenti di ciascuna unità organizzativa è assegnata la responsabilità diretta della misurazione delle prestazioni del proprio settore, unitamente al compito di valutare la performance individuale del personale assegnato, esercitando così la propria leva di leadership manageriale.

Sotto il profilo metodologico e concettuale, il modello normativo traccia una fondamentale distinzione tra i momenti della misurazione e della valutazione, intesi non come termini sinonimici, bensì come fasi sequenziali e complementari dell'analisi prestazionale (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2017). Mentre la misurazione appartiene al campo tecnico-quantitativo — limitandosi a raccogliere e confrontare oggettivamente i dati consuntivi con gli obiettivi fissati tramite i KPI —, la valutazione si posiziona su un livello logico più elevato. Non si limita infatti a contare i risultati, ma li interpreta attraverso un'analisi qualitativa essenziale per il processo decisionale. Partendo dalle evidenze metriche prodotte dalla misurazione, l'atto valutativo analizza il contesto operativo, pondera le variabili esogene, individua le cause degli scostamenti ed esamina criticamente le modalità comportamentali e gestionali attraverso cui i risultati sono stati perseguiti, argomentando il reale impatto dell'azione amministrativa sul perseguimento delle finalità istituzionali.

Oltre a ripartire i compiti e i metodi di misurazione, l'articolo 7 (comma 3) del D.Lgs. 150/2009 fissa le regole pratiche per il funzionamento del sistema. Il regolamento aziendale deve infatti indicare con precisione tempi, fasi, procedure e responsabilità, garantendo anche momenti di confronto e conciliazione per risolvere in modo rapido gli eventuali disaccordi tra chi valuta e chi viene valutato. Allo stesso tempo, il sistema non può funzionare in modo isolato: per essere davvero efficace deve integrarsi con i controlli interni già presenti nell'ente (da quello di gestione a quello strategico e contabile) e dialogare costantemente con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio. Questa unione consente all'organizzazione di superare la storica parcellizzazione degli strumenti direzionali, convergendo verso una logica di Public Performance Management integrata che coniuga l'equilibrio di bilancio con l'innalzamento della qualità dei servizi pubblici.

Nel merito degli oggetti di rilevazione, il legislatore assegna una matrice chiaramente multidimensionale sia alla performance organizzativa sia a quella individuale (D.lgs. n. 150/2009). Ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 150/2009, la valutazione dell'amministrazione intesa nella sua globalità o nelle sue articolazioni chiave comprende l'effettivo grado di attuazione dei piani e delle politiche pubbliche, il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini (*customer satisfaction*) rilevato anche mediante strumenti partecipativi e di dialogo sociale, il grado di ammodernamento e digitalizzazione delle strutture, il potenziamento delle competenze del capitale umano, l'efficienza nell'impiego delle risorse economico-finanziarie mediante il contenimento dei costi e l'ottimizzazione dei tempi procedurali, nonché la concreta promozione delle pari opportunità.

Allo stesso tempo, l'articolo 9 del D.Lgs. 150/2009 affronta la dimensione individuale partendo da una premessa di fondo: non si può valutare tutti con lo stesso metro, ma occorre adattare gli indicatori al ruolo e alle responsabilità concrete di ciascuno (Ruffini, 2013). Per questo motivo, la valutazione di dipendenti e dirigenti si regge su tre pilastri interconnessi. Il primo riguarda i risultati effettivi, ovvero il grado di raggiungimento dei target programmati. Il secondo analizza la qualità del contributo, guardando al valore quotidiano apportato alla struttura in termini di continuità, efficienza e risoluzione dei problemi. Il terzo considera la sfera delle competenze, dove contano tanto le abilità tecniche quanto i comportamenti relazionali ed etici espressi sul posto di lavoro.

Nel caso della dirigenza, tuttavia, l'impianto si arricchisce di una componente cruciale. Ai risultati gestionali si affianca infatti la valutazione della *leadership* (Ruffini, 2013): la capacità di guidare e motivare il personale assegnato, di gestire le risorse umane e, soprattutto, di assumersi la responsabilità di valutare i propri collaboratori in modo oggettivo, superando la storica tendenza al livellamento dei giudizi.

Con esclusivo riferimento alla dirigenza, il sistema pone quale ambito di valutazione primario ed ineludibile la capacità di direzione manageriale, intesa come attitudine all'organizzazione del lavoro, alla motivazione delle risorse umane e alla valutazione imparziale e meritocratica dei collaboratori²⁶, sanzionando espressamente i comportamenti rinunciatari o inclini all'appiattimento valutativo. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, quindi, si colloca come lo strumento portante del ciclo della performance, garantendo la transizione definitiva della Pubblica Amministrazione da un paradigma burocratico-legale a un modello manageriale orientato alla trasparenza, al merito e alla sistematica creazione di valore pubblico.

1.7.1 Gli Attori del Ciclo della Performance

L'efficacia operativa del ciclo di gestione della performance nelle amministrazioni pubbliche si fonda su un'articolata architettura di *governance* multilivello, definita dal D.Lgs. 150/2009 attraverso un'impostazione aziendale tesa a superare la frammentazione dei controlli tradizionali e a garantire la netta separazione tra funzione di indirizzo politico e gestione amministrativa²⁷. Questo modello organizzativo vede la convergenza sinergica di tre attori chiave: gli Organismi Indipendenti di Valutazione della performance (OIV), l'organo di indirizzo politico-amministrativo e la dirigenza pubblica. Gli OIV, costituiti obbligatoriamente da ciascuna amministrazione anche in forma associata senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica (art. 14, comma 1), sostituiscono i preesistenti nuclei interni di controllo e vengono nominati direttamente dall'organo politico previa consultazione dell'autorità nazionale competente. Tali soggetti operano quali organi terzi di

²⁶ BORGONOV, E.; FATTOR[E], G., *Il management delle aziende sanitarie*, op. cit.

²⁷ *Ibidem*

garanzia con il compito di presiedere alla funzionalità complessiva del sistema di valutazione, alla trasparenza e all'integrità dei controlli interni, elaborando una dettagliata relazione annuale sullo stato della *governance* dell'ente. L'OIV esercita una capillare funzione di monitoraggio circa la correttezza metodologica dei processi di misurazione e dei correlati sistemi premianti, con l'obbligo di segnalare tempestivamente le criticità riscontrate non solo agli organi interni, ma anche alla Corte dei Conti, alla Funzione Pubblica e alla Commissione Nazionale. Inoltre, spetta all'OIV affiancare il vertice istituzionale nel monitoraggio strategico, fornendo all'organo di indirizzo le proposte ufficiali per la valutazione dei dirigenti di livello superiore e per l'erogazione dei relativi premi di risultato (Anessi-Pessina et al., 2020). Parallelamente, l'organo di indirizzo politico-amministrativo mantiene il ruolo primario di promuovere la cultura del merito, della responsabilità e della trasparenza. Ai sensi dell'articolo 15 del medesimo decreto, a tale organo spetta l'emanazione delle direttive generali contenenti gli orientamenti strategici correlati alla missione istituzionale, l'adozione di concerto con la dirigenza del Piano e della Relazione sulla Performance, la definizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, nonché la verifica consuntiva dell'effettivo raggiungimento degli impatti programmati. In questo quadro, la dirigenza si attesta quale vero e proprio motore gestionale ed esecutivo del ciclo (Ruffini, 2013). I dirigenti svolgono una funzione centrale sia nella fase *ex ante* di co-definizione degli obiettivi operativi con la politica, sia nella fase di controllo *in itinere* (art. 6), analizzando gli andamenti prestazionali per attuare gli opportuni interventi correttivi in corso di esercizio. Essi sono altresì investiti della diretta responsabilità di misurare e valutare la performance individuale del personale assegnato, ponderando il raggiungimento dei target di struttura e la qualità del contributo professionale espresso dal singolo dipendente (art. 19, comma 2). Infine, il Titolo V del D.Lgs. 150/2009 riafferma il principio cardine della

distinzione tra la sfera di indirizzo-controllo e la sfera di gestione gestionale-amministrativa, incardinando l'esito dei processi valutativi della dirigenza quale presupposto vincolante per la conferma o la revoca degli incarichi di funzione, saldando in modo definitivo l'esercizio della delega gestionale alla responsabilità per i risultati conseguiti.

2. CAPITOLO: PERFORMANCE MANAGEMENT E CREAZIONE DI VALORE PUBBLICO IN SANITÀ: MODELLI TEORICI, SISTEMI DI MISURAZIONE E PROGRAMMAZIONE PER OBIETTIVI SMART.

2.1. IL PARADIGMA DEL VALORE PUBBLICO: ORIGINI CONCETTUALI, EVOLUZIONE TEORICA E MECCANISMI DI GENERAZIONE

Il concetto di Valore Pubblico rappresenta oggi uno dei principali riferimenti teorici attraverso cui interpretare l'evoluzione dei sistemi di *performance management* nelle Pubbliche Amministrazioni, poiché consente di spostare l'attenzione dalla semplice misurazione delle attività svolte alla verifica degli effetti che l'azione amministrativa produce sul benessere della collettività. Le sue origini teoriche possono essere ricondotte soprattutto al contributo di Mark H. Moore 1995, il quale, nel volume *Creating Public Value: Strategic Management in Government*, ha proposto di superare una concezione della gestione pubblica fondata esclusivamente sull'efficienza interna e sull'erogazione di servizi, introducendo una prospettiva nella quale il compito fondamentale del management pubblico consiste nella capacità di individuare, perseguire e rendere concreto ciò che assume valore per la società²⁸. In questa prospettiva, il Valore Pubblico non coincide semplicemente con la quantità o la qualità dei servizi prodotti da un'amministrazione, né può essere assimilato al solo risparmio di risorse: esso riguarda piuttosto il miglioramento delle condizioni di benessere individuale e collettivo prodotto dall'intervento pubblico, tenendo contemporaneamente conto delle risorse impiegate, della legittimazione dell'azione

²⁸ MOORE, M.H., *Creating Public Value: Strategic Management in Government*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1995, pp. 1-20.

amministrativa e della capacità organizzativa necessaria per conseguire i risultati programmati. Il passaggio teorico è particolarmente rilevante perché modifica la domanda fondamentale alla quale deve rispondere il *performance management*: non è sufficiente chiedersi se un'amministrazione abbia realizzato correttamente le proprie attività o se abbia raggiunto determinati obiettivi operativi, ma occorre verificare se tali risultati abbiano effettivamente contribuito alla produzione di effetti positivi per cittadini, utenti e altri stakeholder. Il modello elaborato da Moore può essere rappresentato attraverso il noto Strategic Triangle, fondato sull'interazione di tre elementi: la produzione di Valore Pubblico, la presenza di un ambiente autorizzativo e legittimante e la disponibilità di adeguate capacità operative e amministrative²⁹.

La strategia di un'organizzazione pubblica può infatti produrre valore soltanto quando ciò che viene perseguito è considerato socialmente desiderabile e politicamente sostenibile e, contemporaneamente, l'amministrazione dispone delle competenze, delle risorse e delle capacità organizzative necessarie per trasformare gli indirizzi strategici in risultati concreti³⁰. La successiva letteratura sul *public value* ha ulteriormente sviluppato questa impostazione, evidenziando come la creazione di valore nel settore pubblico sia il risultato di un processo dinamico nel quale interagiscono obiettivi istituzionali, aspettative degli stakeholder, capacità organizzativa e sistemi di misurazione e controllo.³¹ In tale evoluzione teorica si colloca il contributo della scuola italiana di studi sul Valore Pubblico e, in particolare, di Enrico Deidda Gagliardo 2002, che ha progressivamente collegato il concetto di valore ai

²⁹ *Ibidem*

³⁰ *Ibidem*

³¹ ALFORD, J.; O'FLYNN, J., *Making Sense of Public Value: Concepts, Critiques and Emergent Meanings*, International Journal of Public Administration, Routledge, London, 2009, pp. 171-191.

sistemi di programmazione, gestione, misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche. Secondo questa impostazione, la missione istituzionale della Pubblica Amministrazione può essere ricondotta alla capacità di generare Valore Pubblico attraverso una gestione razionale delle risorse economiche e la valorizzazione del patrimonio intangibile dell'organizzazione, orientandoli al soddisfacimento delle esigenze di cittadini, utenti e stakeholder³².

Il Valore Pubblico può pertanto essere inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, ambientale, culturale e sanitario prodotto dall'azione delle amministrazioni pubbliche, individualmente o attraverso reti e sistemi di collaborazione con altre organizzazioni pubbliche, private e non profit. Questa concezione è coerente anche con l'attuale quadro istituzionale italiano, nel quale il Dipartimento della Funzione Pubblica riconduce il Valore Pubblico al livello complessivo di benessere creato o co-creato dalle amministrazioni nei confronti di cittadini, imprese e altri stakeholder. Ne deriva una concezione del valore caratterizzata da una duplice dimensione³³: da un lato, quella esterna, relativa agli impatti prodotti sulla collettività e quindi al miglioramento delle condizioni economiche, sociali, ambientali e sanitarie dei destinatari delle politiche e dei servizi pubblici; dall'altro, quella interna, relativa alla capacità dell'amministrazione di preservare e sviluppare le risorse, le competenze, le tecnologie, le relazioni organizzative e le condizioni di funzionamento necessarie per produrre valore nel tempo. La creazione di Valore Pubblico, dunque, non può essere ridotta al solo “cosa” viene prodotto, ma deve necessariamente comprendere anche il “come” tale risultato viene perseguito, introducendo una prospettiva

³² DEIDDA GAGLIARDO, E., *Il Valore Pubblico. La nuova frontiera della performance*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2015, pp. 19-43.

³³ *Ibidem*

temporale di medio-lungo periodo. Un'amministrazione potrebbe, infatti, ottenere un miglioramento immediato di determinati indicatori attraverso un drastico contenimento della spesa, ma generare contemporaneamente una perdita di valore nel medio periodo qualora tale riduzione compromettesse la qualità dei servizi, le competenze professionali, l'innovazione tecnologica o la capacità futura dell'organizzazione. Analogamente, un incremento quantitativo delle prestazioni non rappresenterebbe necessariamente una forma di valore se fosse ottenuto attraverso un utilizzo inefficiente delle risorse o producesse effetti negativi sulla qualità, sull'equità o sulla sostenibilità dell'intervento pubblico. Il paradigma del Valore Pubblico introduce quindi una logica di equilibrio dinamico tra economicità e socialità, nella quale l'efficienza nell'impiego delle risorse costituisce una condizione necessaria, ma non sufficiente, per qualificare positivamente l'azione amministrativa³⁴. In questa prospettiva, il tradizionale concetto di *performance* assume un significato differente³⁵: la performance non rappresenta più il fine ultimo dell'azione amministrativa, ma diventa una leva attraverso la quale l'organizzazione può contribuire alla creazione di Valore Pubblico. È proprio questo passaggio a consentire di superare la cosiddetta “performance per la performance”, nella quale la misurazione rischia di trasformarsi in un esercizio autoreferenziale, per orientarsi verso una “performance utile”, finalizzata a produrre effetti concretamente rilevanti per la collettività. La relazione tra performance e Valore Pubblico può essere quindi interpretata come una vera e propria catena causale: la disponibilità e la cura delle risorse organizzative costituiscono la base per lo sviluppo delle performance individuali e organizzative; queste ultime contribuiscono alla realizzazione

³⁴ *Ibidem*

³⁵ BORGONOV, E.; FATTORI, G.; LONGO, F., *Management delle istituzioni pubbliche*, op. cit.

delle strategie e delle politiche pubbliche; le performance producono quindi determinati impatti sulla collettività, i quali, quando risultano positivi e coerenti con i bisogni sociali, si traducono in maggiore Valore Pubblico³⁶. Questa impostazione risulta particolarmente significativa perché introduce nel *performance management* una prospettiva orientata agli outcome, distinguendoli dagli output immediatamente prodotti dall'amministrazione³⁷.

L'erogazione di una prestazione sanitaria, ad esempio, rappresenta un output; il miglioramento dello stato di salute del paziente o della popolazione costituisce invece un outcome e, in una prospettiva ancora più ampia, il miglioramento del benessere complessivo della comunità può essere interpretato come una manifestazione del Valore Pubblico generato. Il concetto di valore assume così una natura necessariamente multidimensionale, perché non può essere catturato attraverso un singolo indicatore economico o finanziario, ma richiede l'integrazione di differenti prospettive di osservazione: economica, sociale, ambientale, sanitaria, organizzativa e istituzionale. Tale multidimensionalità rende necessario superare le tradizionali configurazioni organizzative caratterizzate da strutture verticali, frammentate e organizzate secondo logiche “a silos”, nelle quali ogni unità tende a perseguire obiettivi propri senza una sufficiente considerazione delle interdipendenze con le altre componenti dell'organizzazione.

La generazione di Valore Pubblico richiede invece una maggiore integrazione tra strutture, competenze e processi, poiché gli effetti prodotti dall'azione amministrativa raramente sono riconducibili all'operato di una singola unità organizzativa. In questo senso, l'affermazione della logica per processi costituisce un elemento essenziale del cambiamento organizzativo:

³⁶ PAPI, L.; BIGONI, M.; BRACCI, E.; DEIDDA GAGLIARDO, E., *Measuring Public Value: A Conceptual and Applied Contribution to the Debate*, Public Money & Management, Taylor & Francis, London, 2018, vol. 38, n. 7, pp. 503-510.

³⁷ DEIDDA GAGLIARDO, E., *Il Valore Pubblico. La nuova frontiera della performance*, op. cit.

la mappatura e la gestione dei processi consentono di ricostruire il percorso attraverso il quale risorse, competenze e attività vengono trasformate in servizi e, successivamente, in risultati e impatti per gli utenti e la collettività.

Il passaggio dalla logica del singolo procedimento alla logica del processo consente pertanto di osservare l'amministrazione in una prospettiva trasversale, mettendo in evidenza le interdipendenze tra strutture e responsabilità differenti e favorendo una maggiore integrazione tra programmazione, gestione, controllo e valutazione³⁸. La digitalizzazione ha ulteriormente accelerato questa trasformazione, rendendo possibile la raccolta, l'integrazione e l'elaborazione di quantità crescenti di dati relativi alle attività, alle risorse e ai risultati dell'amministrazione e favorendo, al contempo, nuove modalità di coordinamento organizzativo e di interazione con cittadini e stakeholder. La tecnologia, tuttavia, non costituisce di per sé una garanzia di creazione di valore: il suo contributo dipende dalla capacità dell'organizzazione di integrarla nei processi decisionali, sviluppando competenze, sistemi informativi e modelli di leadership coerenti con una gestione orientata ai risultati³⁹.

In questa prospettiva, il Valore Pubblico assume anche una funzione di criterio ordinatore dell'intero ciclo di gestione della performance⁴⁰: dovrebbe orientare la definizione delle priorità strategiche, la selezione degli obiettivi, l'allocazione delle risorse, la misurazione dei risultati, la valutazione delle performance e la successiva rendicontazione agli stakeholder. La programmazione non dovrebbe quindi partire esclusivamente dalle risorse disponibili o dalle attività che l'amministrazione è chiamata a svolgere, ma dovrebbe procedere a ritroso

³⁸ PAPI, L.; BIGONI, M.; BRACCI, E.; DEIDDA GAGLIARDO, E., *Measuring Public Value: A Conceptual and Applied Contribution to the Debate*, Public Money & Management, Taylor & Francis, op. cit.

³⁹ DEIDDA GAGLIARDO, E.; PAPI, L.; BIGONI, M.; BRACCI, E.; DUMAY, J., *Measuring public value: a systematic literature review*, Public Money & Management, Taylor & Francis, London, 2021, pp. 1-12.

⁴⁰ *Ibidem*

dagli impatti che si intendono produrre sulla collettività, individuando successivamente le strategie, gli obiettivi organizzativi e individuali e le risorse necessarie per conseguirli.

In questa logica, il Valore Pubblico diventa una sorta di orizzonte finale della performance, mentre gli indicatori di performance rappresentano strumenti intermedi necessari a verificare se l'organizzazione stia procedendo nella direzione programmata.

La letteratura italiana ha sviluppato ulteriormente questa relazione attraverso il concetto di Piramide del Valore Pubblico, nella quale le performance individuali e organizzative vengono considerate livelli intermedi attraverso cui l'amministrazione può raggiungere gli impatti desiderati e, conseguentemente, incrementare il benessere della collettività⁴¹. Ne consegue che la generazione di Valore Pubblico non può essere considerata un evento casuale o una conseguenza automatica dell'attività amministrativa, ma deve essere progettata, governata, misurata e rendicontata attraverso un sistema integrato di strumenti manageriali. Tale impostazione è particolarmente importante in un contesto caratterizzato da risorse pubbliche limitate e da bisogni sociali crescenti, nel quale la legittimazione dell'azione amministrativa dipende sempre più dalla capacità di dimostrare non soltanto quanto viene speso o quante attività vengono realizzate, ma quali benefici concreti vengono prodotti per la collettività.

Il paradigma del Valore Pubblico costituisce quindi il naturale punto di raccordo tra *performance management*, programmazione strategica, gestione delle risorse, controllo e accountability, ponendo le basi teoriche per comprendere come gli obiettivi dell'amministrazione possano essere tradotti in risultati concreti e misurabili. Tale impostazione assume una rilevanza ancora maggiore nel settore sanitario, nel quale la

⁴¹ *Ibidem*

produzione di valore non può essere separata dagli effetti sulla salute individuale e collettiva e nel quale l'equilibrio economico deve necessariamente essere perseguito insieme a qualità, appropriatezza, equità e accessibilità delle cure. Proprio per questa ragione, il paradigma del Valore Pubblico costituisce il presupposto teorico per affrontare, nei paragrafi successivi, la specificità della performance sanitaria, la costruzione degli indicatori e la definizione di obiettivi *SMART*, fino ad arrivare all'integrazione tra ciclo della performance, programmazione e rendicontazione del valore prodotto dalle Aziende Sanitarie.

2.2. LA SPECIFICITÀ DELLA PERFORMANCE IN AMBITO SANITARIO: MULTIMENSIONALITÀ, COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA ED EQUILIBRIO TRA EFFICIENZA E TUTELA DELLA SALUTE

La misurazione della performance in ambito sanitario presenta caratteristiche peculiari rispetto agli altri settori della Pubblica Amministrazione⁴², poiché l'obiettivo ultimo dell'organizzazione non consiste semplicemente nella produzione di servizi, ma nella tutela e nel miglioramento della salute individuale e collettiva. La performance sanitaria deve pertanto essere interpretata all'interno di un sistema caratterizzato dalla compresenza di molteplici obiettivi, tra loro strettamente interconnessi e, in alcuni casi, potenzialmente confliggenti: efficacia clinica, appropriatezza delle prestazioni, sicurezza delle cure, accessibilità, equità, tempestività, soddisfazione degli utenti, sostenibilità economico-finanziaria e capacità di risposta ai bisogni della popolazione. La letteratura internazionale ha progressivamente abbandonato una concezione unidimensionale della performance

⁴² PAPI, L.; BIGONI, M.; BRACCI, E.; DEIDDA GAGLIARDO, E., *Measuring Public Value: A Conceptual and Applied Contribution to the Debate*, Public Money & Management, Taylor & Francis, op. cit.

sanitaria, riconoscendo che il funzionamento di un sistema sanitario deve essere valutato considerando simultaneamente le risorse impiegate, i processi assistenziali, i risultati clinici e gli effetti prodotti sulla popolazione⁴³. In questa direzione si colloca il contributo pionieristico di Donabedian 1966, che ha proposto di analizzare la qualità dell'assistenza attraverso la relazione tra struttura, processo ed esito (*structure–process–outcome*), evidenziando come la valutazione della qualità richieda di considerare sia le caratteristiche organizzative e professionali del contesto nel quale l'assistenza viene erogata, sia le modalità attraverso cui essa viene concretamente prestata, sia infine gli effetti prodotti sulla salute dei pazienti⁴⁴.

Tale impostazione costituisce ancora oggi una delle principali basi concettuali per comprendere la complessità della performance sanitaria, poiché consente di distinguere ciò che l'organizzazione possiede e mette a disposizione, ciò che concretamente realizza e ciò che effettivamente riesce a produrre in termini di salute. La struttura comprende, ad esempio, il personale sanitario, le infrastrutture, le tecnologie, le risorse finanziarie, i sistemi informativi e gli assetti organizzativi; il processo riguarda invece le modalità attraverso le quali vengono erogate le prestazioni, comprendendo appropriatezza clinica, continuità assistenziale, aderenza alle linee guida e coordinamento tra professionisti e servizi; l'esito riguarda infine i risultati prodotti dall'assistenza, quali mortalità, morbilità, recupero funzionale, qualità della vita, complicanze, riammissioni ospedaliere e altri indicatori di salute. La distinzione è particolarmente importante perché un elevato livello di attività non coincide necessariamente con una buona performance: un'Azienda Sanitaria può, ad

⁴³ *Ibidem*

⁴⁴ DONABEDIAN, A., *The Quality of Care. How Can It Be Assessed?*, JAMA, American Medical Association, Chicago, 1988, vol. 260, n. 12, pp. 1743-1748.

esempio, aumentare il numero di prestazioni erogate senza determinare un corrispondente miglioramento degli esiti clinici o dell'esperienza del paziente. La performance deve quindi essere interpretata come la capacità dell'organizzazione di trasformare risorse e competenze in prestazioni appropriate e, soprattutto, in risultati di salute coerenti con i bisogni della popolazione. In questa prospettiva, il concetto di performance sanitaria assume una natura intrinsecamente multidimensionale. Il quadro elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'European Observatory on Health Systems and Policies 2022 individua, tra gli obiettivi fondamentali della valutazione dei sistemi sanitari, il miglioramento della salute, la centralità della persona, la protezione finanziaria, l'efficienza e l'equità, evidenziando la necessità di analizzare congiuntamente le funzioni del sistema — governance, finanziamento, produzione delle risorse ed erogazione dei servizi — e gli obiettivi finali perseguiti (World Health Organization [WHO] & European Observatory on Health Systems and Policies, 2022).

La multidimensionalità diventa ancora più evidente considerando che la qualità dell'assistenza non può essere ricondotta esclusivamente all'efficacia clinica⁴⁵. Un servizio sanitario di qualità deve essere contemporaneamente efficace, sicuro, tempestivo, integrato, accessibile e centrato sulla persona. L'Organizzazione Mondiale della Sanità 2020 considera infatti la qualità dell'assistenza come un costrutto articolato, nel quale rientrano dimensioni

⁴⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Health Systems Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2022.

differenti e complementari, tra cui efficacia, sicurezza ed esperienza dell'utente, alle quali si collegano trasversalmente efficienza ed equità⁴⁶.

Questo aspetto assume particolare rilevanza nel contesto delle Aziende Sanitarie, nelle quali il risultato organizzativo non è determinato dall'azione di una singola unità, ma dalla combinazione di numerosi processi interdipendenti. Il percorso di un paziente può infatti attraversare medicina generale, servizi territoriali, pronto soccorso, reparti ospedalieri, diagnostica, farmacia, riabilitazione e assistenza domiciliare, coinvolgendo contemporaneamente professionisti appartenenti a strutture organizzative differenti. Ne deriva che la performance complessiva non può essere valutata semplicemente sommando le prestazioni delle singole unità operative, poiché eventuali inefficienze o discontinuità in un segmento del percorso possono compromettere il risultato dell'intero processo assistenziale. La complessità organizzativa rappresenta quindi una delle principali caratteristiche distintive della performance sanitaria e rende necessario adottare sistemi di misurazione capaci di collegare la dimensione individuale, quella organizzativa e quella sistemica. La valutazione deve inoltre considerare la natura professionale delle organizzazioni sanitarie⁴⁷. Medici, infermieri, tecnici, farmacisti e altri professionisti operano infatti sulla base di competenze specialistiche e di margini di autonomia professionale che rendono particolarmente delicata l'applicazione di sistemi di controllo esclusivamente gerarchici.

⁴⁶ BUSSE, R.; KLAZINGA, N.; PANTELI, D.; QUENTIN, W. (a cura di), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019, pp. 1-15.

⁴⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Health Systems Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*, op. cit.

Il *performance management* sanitario deve pertanto riuscire a integrare responsabilità manageriale, autonomia professionale e appropriatezza clinica, evitando che la ricerca dell'efficienza economica si trasformi in una semplice compressione dei costi o che la misurazione quantitativa degli output finisca per incentivare comportamenti non coerenti con gli obiettivi di salute⁴⁸. La necessità di considerare simultaneamente dimensioni differenti emerge anche dall'evoluzione dei sistemi internazionali di *Health System Performance Assessment*.

Il framework più recente dell'OECD 2024 considera la salute della popolazione e le esigenze delle persone come elementi centrali della valutazione, affiancando alle dimensioni tradizionali nuove componenti quali *people-centredness*, resilienza e sostenibilità ambientale e sottolineando l'interdipendenza tra efficienza, equità, sostenibilità e capacità di risposta agli shock⁴⁹.

In tale prospettiva, l'efficienza non rappresenta un obiettivo autonomo e assoluto, ma deve essere interpretata in relazione agli altri risultati perseguiti dal sistema sanitario. L'efficienza può essere definita come la capacità di ottenere determinati output o outcome utilizzando la minore quantità possibile di risorse oppure, specularmente, di massimizzare i risultati ottenibili a parità di risorse disponibili⁵⁰. L'OECD (2024) distingue, in particolare, tra efficienza tecnica, relativa alla capacità di produrre il massimo livello di output o outcome con un determinato ammontare di input, ed efficienza allocativa, relativa alla capacità di

⁴⁸ BUSSE, R.; KLAZINGA, N.; PANTELI, D.; QUENTIN, W. (a cura di), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, op. cit.

⁴⁹ OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2023, pp. 13-26.

⁵⁰ BUSSE, R.; KLAZINGA, N.; PANTELI, D.; QUENTIN, W. (a cura di), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, op. cit.

distribuire le risorse verso gli interventi in grado di produrre i migliori risultati di salute al minor costo possibile (OECD, 2024).

Nel settore sanitario, tuttavia, l'efficienza non può essere perseguita isolatamente. Un contenimento della spesa ottenuto attraverso la riduzione indiscriminata delle prestazioni, del personale o degli investimenti potrebbe determinare un apparente miglioramento degli indicatori economici nel breve periodo, ma produrre contemporaneamente un peggioramento della qualità dell'assistenza, un aumento delle liste d'attesa, una riduzione dell'accessibilità o un incremento delle complicanze e dei ricoveri evitabili. L'efficienza deve quindi essere considerata come una componente della performance complessiva e non come un suo sostituto. L'European Observatory on Health Systems and Policies 2016 evidenzia infatti che un uso inefficiente delle risorse può tradursi direttamente in peggiori risultati di salute, poiché risorse utilizzate impropriamente possono sottrarre opportunità assistenziali a pazienti che potrebbero beneficiare di trattamenti più appropriati (European Observatory on Health Systems and Policies, 2016).

Da ciò deriva la necessità di ricercare un equilibrio tra sostenibilità economica e tutela della salute. Tale equilibrio costituisce una delle questioni centrali del *performance management* sanitario, soprattutto nei sistemi universalistici caratterizzati da una forte responsabilità pubblica nei confronti della popolazione⁵¹. Le Aziende Sanitarie devono infatti utilizzare risorse necessariamente limitate per rispondere a bisogni potenzialmente illimitati, mantenendo contemporaneamente i principi di universalità, equità e appropriatezza. La sostenibilità economica diventa quindi una condizione necessaria per garantire la continuità nel tempo della capacità assistenziale, ma non può essere identificata con la finalità ultima

⁵¹ *Ibidem*

dell'organizzazione. Il vero obiettivo consiste nel massimizzare il valore sanitario e sociale prodotto dalle risorse disponibili. Questa impostazione permette di collegare direttamente la performance sanitaria al paradigma del Valore Pubblico affrontato nel paragrafo precedente: l'efficienza nell'impiego delle risorse rappresenta una leva attraverso cui l'Azienda Sanitaria può aumentare la propria capacità di produrre risultati di salute, mentre efficacia, qualità, equità e accessibilità costituiscono dimensioni essenziali attraverso cui tale valore si manifesta nei confronti della popolazione. La valutazione della performance deve pertanto procedere lungo una catena logica che colleghi input, processi, output e outcome. Gli input comprendono risorse finanziarie, professionali, tecnologiche e infrastrutturali; i processi rappresentano le modalità organizzative e clinico-assistenziali attraverso cui tali risorse vengono utilizzate; gli output corrispondono alle prestazioni effettivamente erogate; gli outcome rappresentano invece gli effetti prodotti sulla salute e sul benessere degli individui e della collettività⁵². Il passaggio dagli output agli outcome è particolarmente importante perché consente di evitare una concezione meramente produttivistica della performance sanitaria.

La quantità di visite, interventi chirurgici, esami diagnostici o accessi ospedalieri costituisce infatti un'informazione utile, ma non sufficiente a stabilire se l'attività dell'organizzazione abbia prodotto un miglioramento effettivo delle condizioni di salute. I sistemi di valutazione devono quindi integrare indicatori di attività con indicatori di appropriatezza, qualità, sicurezza ed esito, introducendo anche dimensioni relative all'esperienza del paziente e all'equità nell'accesso alle cure⁵³.

⁵² OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2023, pp. 13-26.

⁵³ BUSSE, R.; KLAZINGA, N.; PANTELI, D.; QUENTIN, W. (a cura di), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, op. cit.

La dimensione dell'equità assume, in particolare, una rilevanza distintiva. Un sistema sanitario non può essere considerato pienamente performante se raggiunge buoni risultati medi ma produce contemporaneamente forti disuguaglianze tra gruppi sociali, aree territoriali o categorie di popolazione. La valutazione della performance deve quindi interrogarsi non soltanto su “quanto” il sistema riesca a migliorare la salute, ma anche su “per chi” tali miglioramenti si realizzino e sulla distribuzione dei risultati all'interno della popolazione.

L'equità riguarda infatti la distribuzione degli outcome e l'accesso alle opportunità di cura, rendendo necessario integrare nei sistemi di misurazione indicatori capaci di evidenziare eventuali differenze territoriali, socioeconomiche o demografiche. In questo quadro, anche la centralità della persona assume un ruolo crescente. Il paziente non deve essere considerato esclusivamente come destinatario passivo della prestazione, ma come soggetto portatore di bisogni, preferenze e aspettative che devono essere integrate nella progettazione e nella valutazione dei servizi. La *patient experience*, la soddisfazione degli utenti, la capacità di garantire continuità assistenziale e la partecipazione alle decisioni diventano pertanto dimensioni complementari agli indicatori strettamente clinici⁵⁴. La recente evoluzione dei sistemi di valutazione internazionali mostra proprio il progressivo rafforzamento della dimensione *people-centred*, considerata non soltanto un risultato del buon funzionamento del sistema, ma anche una condizione che contribuisce al raggiungimento di obiettivi più ampi quali equità e miglioramento della salute⁵⁵.

⁵⁴ DORAN, G.T., *There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives*, Management Review, AMA Forum, New York, 1981, vol. 70, n. 11, pp. 35-36.

⁵⁵ *Ibidem*

La complessità della performance sanitaria rende infine indispensabile disporre di sistemi informativi adeguati e di indicatori costruiti secondo criteri di validità, affidabilità, tempestività e comparabilità. La disponibilità di dati non costituisce tuttavia una condizione sufficiente: è necessario che gli indicatori siano selezionati in funzione degli obiettivi strategici dell'organizzazione e che siano effettivamente utilizzabili nei processi decisionali. Un indicatore mal progettato può infatti generare comportamenti opportunistici, incentivare la ricerca del risultato numerico a scapito della qualità o spostare l'attenzione dei professionisti verso attività facilmente misurabili ma non necessariamente prioritarie dal punto di vista clinico e sociale. La misurazione della performance deve quindi essere accompagnata da una fase interpretativa capace di contestualizzare i dati e di analizzare le relazioni causali tra risorse, processi e risultati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità 2022 sottolinea, a questo proposito, l'importanza di integrare dati quantitativi con informazioni qualitative e valutazioni più approfondite, così da trasformare la semplice misurazione in un vero processo di *performance assessment* utile alla programmazione, all'allocazione delle risorse, al miglioramento dell'equità e all'accountability.

2.3. LA TRDUZIONE DELLA STRATEGIA IN OPERATIVITÀ: LA LOGICA DEGLI OBIETTIVI SMART NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La definizione degli obiettivi rappresenta il momento nel quale la strategia dell'amministrazione viene trasformata in indirizzi operativi concretamente assegnabili, monitorabili e valutabili. Se nei paragrafi precedenti è stata evidenziata la necessità di orientare la performance verso risultati capaci di produrre valore per la collettività, il problema successivo riguarda quindi la modalità attraverso cui rendere tale orientamento

concretamente attuabile. Un obiettivo strategico, infatti, rischia di rimanere una dichiarazione di intenti se non viene tradotto in risultati attesi sufficientemente chiari, in indicatori appropriati, in valori-obiettivo e in una precisa scansione temporale.

Il sistema di performance management si colloca proprio in questo passaggio, trasformando le priorità strategiche in obiettivi operativi e creando un collegamento tra ciò che l'amministrazione intende realizzare e ciò che può effettivamente essere verificato attraverso dati e indicatori. Nel quadro italiano, questa impostazione è stata progressivamente consolidata dal D.Lgs. 150/2009 e dalle successive modifiche, che hanno attribuito agli obiettivi un ruolo centrale all'interno del ciclo della performance. Il Dipartimento della Funzione Pubblica distingue, in particolare, gli obiettivi specifici programmati su base triennale dagli obiettivi annuali, prevedendo che essi siano accompagnati da indicatori e target tali da renderne possibile la misurazione (Dipartimento della Funzione Pubblica, s.d.). La qualità della programmazione dipende quindi non soltanto dalla capacità di individuare le priorità corrette, ma anche dalla capacità di formularle in maniera sufficientemente precisa da permettere a dirigenti, responsabili e collaboratori di comprendere cosa debba essere realizzato, entro quale termine, con quali risorse e secondo quali criteri sarà valutato il risultato. È all'interno di questa esigenza che si colloca la metodologia degli obiettivi SMART, acronimo utilizzato per identificare cinque caratteristiche fondamentali degli obiettivi: Specific, Measurable, Achievable, Relevant e Time-bound, ossia specifici, misurabili, raggiungibili, rilevanti e temporalmente definiti.

La formulazione SMART non deve essere interpretata come un semplice esercizio linguistico o come una tecnica burocratica aggiuntiva, ma come uno strumento attraverso cui aumentare la qualità della relazione tra strategia, programmazione e valutazione. L'origine del modello viene comunemente ricondotta al contributo di George T. Doran, che

nel 1981 propose l'acronimo SMART come criterio per migliorare la formulazione degli obiettivi manageriali⁵⁶.

Nel tempo, il modello è stato ampiamente ripreso e adattato in differenti contesti organizzativi, compreso quello pubblico, assumendo tuttavia significati non completamente uniformi per quanto riguarda la definizione delle singole lettere. Il principio generale rimane però stabile: un obiettivo efficace deve essere sufficientemente preciso da indicare il risultato atteso, deve poter essere verificato mediante evidenze osservabili, deve risultare realisticamente conseguibile, deve essere coerente con le priorità dell'organizzazione e deve essere associato a una precisa dimensione temporale.

La prima caratteristica, quella della specificità, implica che l'obiettivo non venga formulato attraverso espressioni generiche quali “migliorare la qualità del servizio”, “aumentare l'efficienza” o “potenziare l'assistenza”, ma identifichi con maggiore precisione il cambiamento che l'organizzazione intende produrre. La specificità consente infatti di ridurre l'ambiguità interpretativa e di chiarire quale risultato debba essere perseguito, da quale struttura e rispetto a quale ambito di attività. Nella Pubblica Amministrazione questo elemento assume una particolare rilevanza, poiché la formulazione degli obiettivi deve spesso coordinare diversi livelli decisionali: indirizzo politico, vertice amministrativo, strutture organizzative e singoli responsabili. Un obiettivo formulato in modo eccessivamente generico può rendere difficile stabilire le responsabilità, compromettere il monitoraggio e lasciare spazio a interpretazioni differenti in sede di valutazione.

⁵⁶ DORAN, G.T., *There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives*, Management Review, AMA Forum, New York, 1981, vol. 70, n. 11, pp. 35-36.

La seconda caratteristica, la misurabilità, rappresenta il collegamento diretto tra obiettivo e sistema di indicatori. Un obiettivo è misurabile quando è possibile individuare una modalità sufficientemente affidabile per stabilire se e in quale misura il risultato atteso sia stato raggiunto. La misurabilità non implica necessariamente che ogni obiettivo debba essere espresso esclusivamente attraverso un indicatore quantitativo: anche dimensioni qualitative possono essere sottoposte a valutazione attraverso scale, standard, giudizi strutturati o indicatori compositi. Ciò che rileva è la possibilità di disporre di evidenze verificabili e di criteri di giudizio definiti preventivamente. Il Portale della Performance sottolinea infatti che gli obiettivi specifici devono essere corredati da indicatori e target che ne garantiscano la misurabilità, rafforzando il passaggio da una formulazione astratta degli obiettivi a una loro traduzione in risultati osservabili (Dipartimento della Funzione Pubblica, s.d.).

L'indicatore rappresenta, in questo senso, lo strumento attraverso cui una dimensione della performance viene resa osservabile, mentre il target individua il livello di risultato che l'amministrazione intende raggiungere entro il periodo programmato⁵⁷.

La distinzione tra indicatore e target è quindi fondamentale: l'indicatore stabilisce che cosa viene misurato, mentre il target stabilisce quale livello di prestazione viene considerato desiderabile. Ad esempio, “tempo medio di attesa per una prestazione” costituisce un indicatore, mentre “ridurre il tempo medio di attesa da 60 a 45 giorni entro il 31 dicembre” rappresenta una formulazione dotata di un vero valore-obiettivo.

Il terzo elemento della metodologia SMART riguarda la raggiungibilità (*Achievable*). Un obiettivo deve essere sufficientemente ambizioso da stimolare il miglioramento, ma non

⁵⁷ DORAN, G.T., *There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives*, op. cit.

deve essere costruito su presupposti irrealistici o su risorse che l'amministrazione non possiede.

La definizione del target deve pertanto considerare il punto di partenza, le risorse disponibili, le competenze professionali, i vincoli normativi, i tempi necessari e i fattori esterni che possono influenzare il risultato. L'esigenza di rendere gli obiettivi concretamente perseguibili è particolarmente importante nelle organizzazioni pubbliche, nelle quali il raggiungimento di un risultato può dipendere anche da variabili non direttamente controllabili dalla struttura responsabile. Le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica insistono proprio sulla necessità di collegare gli obiettivi alle effettive possibilità operative dell'amministrazione, evitando una mera assegnazione automatica di target che non tenga conto delle caratteristiche delle diverse strutture e dei processi attraverso cui il risultato dovrebbe essere conseguito (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2017).

L'obiettivo raggiungibile non deve però essere confuso con un obiettivo facile.

Un sistema efficace di performance management deve evitare sia il rischio di fissare target irrealisticamente elevati, che possono produrre demotivazione o comportamenti opportunistici, sia quello opposto di stabilire obiettivi eccessivamente prudenti, facilmente conseguibili e quindi privi di una reale capacità di stimolare il miglioramento. La qualità del target dipende dunque dalla capacità di individuare un livello di performance sfidante ma plausibile, eventualmente definito attraverso l'analisi dei risultati storici, il confronto con standard esterni o attività di benchmarking.

La quarta caratteristica, la rilevanza (*Relevant*), riguarda la coerenza dell'obiettivo con la strategia e con le finalità istituzionali dell'organizzazione. Un obiettivo può essere perfettamente specifico e misurabile e, allo stesso tempo, risultare poco utile se non contribuisce alle priorità strategiche dell'amministrazione. La rilevanza impedisce quindi che

il sistema di performance venga alimentato da una molteplicità di indicatori e target privi di una reale connessione con i risultati che l'organizzazione considera prioritari. Il criterio della rilevanza introduce una gerarchia tra gli obiettivi e consente di distinguere ciò che è semplicemente misurabile da ciò che è effettivamente significativo. Nel settore pubblico questo aspetto assume particolare importanza perché le amministrazioni sono caratterizzate da una pluralità di funzioni e finalità istituzionali e devono necessariamente selezionare le dimensioni sulle quali concentrare l'attenzione manageriale⁵⁸.

La programmazione deve quindi evitare la proliferazione degli obiettivi, privilegiando quelli capaci di rappresentare effettive priorità strategiche. La quinta caratteristica, infine, è la definizione temporale (*Time-bound*). Ogni obiettivo deve essere associato a un termine entro il quale il risultato deve essere conseguito oppure a una precisa sequenza temporale che consenta di verificarne progressivamente l'avanzamento.

La dimensione temporale è essenziale perché trasforma un'intenzione generale in un impegno gestionale concreto. Stabilire che un'amministrazione debba “ridurre i tempi di risposta” è diverso dal prevedere una riduzione determinata entro una specifica data. Il termine temporale permette inoltre di articolare il monitoraggio in momenti intermedi, rendendo possibile individuare eventuali scostamenti prima della conclusione dell'esercizio e adottare misure correttive.

La logica SMART assume quindi un valore particolarmente significativo quando viene inserita all'interno di un ciclo di gestione continuo e non utilizzata esclusivamente nella fase iniziale della programmazione. Il Dipartimento della Funzione Pubblica descrive infatti il

⁵⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Health Systems Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*, op. cit.

ciclo della performance come un processo che comprende definizione e assegnazione degli obiettivi, collegamento con le risorse, monitoraggio, eventuali interventi correttivi, misurazione e valutazione dei risultati e successiva rendicontazione (Dipartimento della Funzione Pubblica, s.d.).

In questa prospettiva, l'obiettivo SMART non rappresenta il punto di arrivo della programmazione, ma il punto di partenza di un processo di gestione nel quale la definizione iniziale del risultato deve essere accompagnata dalla verifica periodica del suo andamento. La possibilità di disporre di obiettivi specifici e misurabili consente infatti di costruire sistemi di monitoraggio più tempestivi, nei quali lo scostamento rispetto al target può essere rilevato durante lo svolgimento delle attività e non soltanto alla conclusione dell'esercizio. Ciò permette di trasformare il controllo da una funzione prevalentemente consuntiva a uno strumento di supporto alle decisioni, nel quale le informazioni prodotte dagli indicatori vengono utilizzate per correggere la gestione e riallineare le risorse e le attività rispetto ai risultati attesi.

La logica SMART assume inoltre una funzione di raccordo tra i differenti livelli della programmazione. L'obiettivo strategico definisce la direzione di medio-lungo periodo; gli obiettivi operativi ne rappresentano la traduzione concreta; gli indicatori consentono di osservare l'avanzamento; i target definiscono il livello di risultato desiderato; le responsabilità individuano i soggetti chiamati a contribuire al conseguimento del risultato.

La corretta costruzione di questi elementi consente di evitare una delle principali criticità dei sistemi di performance management: la separazione tra pianificazione strategica e gestione quotidiana. Un'amministrazione può infatti disporre di una strategia formalmente coerente senza che essa produca effetti concreti se gli obiettivi assegnati alle strutture operative non sono collegati alle priorità strategiche. Il sistema degli obiettivi deve quindi funzionare come

una vera e propria “catena” che collega i diversi livelli organizzativi, mantenendo coerenza verticale tra strategia e operatività e coerenza orizzontale tra obiettivi di strutture differenti. Questa esigenza è esplicitamente riconosciuta dal quadro italiano della performance, nel quale gli obiettivi specifici devono essere definiti in relazione alle priorità politiche e al contesto nel quale l'amministrazione opera e devono essere accompagnati dagli elementi necessari alla loro misurazione (Dipartimento della Funzione Pubblica, s.d.).

Un ulteriore elemento da considerare riguarda il rapporto tra obiettivi SMART e disponibilità delle risorse. La formulazione di un target non può essere separata dalla valutazione dei fattori produttivi necessari per raggiungerlo. Se, ad esempio, l'amministrazione stabilisce un obiettivo di riduzione dei tempi di risposta, deve verificare se siano disponibili personale, tecnologie, sistemi informativi e risorse finanziarie adeguati a sostenere il cambiamento. In caso contrario, il target rischia di essere soltanto formalmente misurabile ma sostanzialmente non raggiungibile. La programmazione per obiettivi richiede quindi un collegamento sistematico tra risultati attesi e risorse assegnate, principio che costituisce uno degli elementi strutturali del ciclo della performance previsto dal D.Lgs. 150/2009 (Dipartimento della Funzione Pubblica, s.d.).

La logica SMART deve inoltre essere utilizzata con cautela per evitare che la ricerca della misurabilità produca una eccessiva semplificazione della realtà organizzativa. Non tutto ciò che è importante è facilmente misurabile e, soprattutto nel settore pubblico, alcune finalità istituzionali possono manifestarsi attraverso risultati complessi, multidimensionali o osservabili soltanto nel medio-lungo periodo. La necessità di definire obiettivi misurabili non deve pertanto tradursi nella sostituzione degli obiettivi realmente importanti con quelli più semplici da quantificare.

Un sistema costruito esclusivamente intorno a indicatori facilmente misurabili può infatti incentivare il fenomeno noto come *gaming*, cioè l'adozione di comportamenti orientati al miglioramento dell'indicatore anziché al conseguimento del risultato sostanziale. Per questa ragione, la metodologia SMART deve essere accompagnata da una selezione ragionata degli indicatori, dalla presenza di più dimensioni di performance e da un'attività valutativa capace di interpretare i dati all'interno del contesto organizzativo. La misurazione deve quindi rimanere uno strumento e non trasformarsi nel fine ultimo dell'attività gestionale. La stessa evoluzione recente della Pubblica Amministrazione italiana mostra una crescente attenzione verso sistemi di performance maggiormente orientati ai risultati. Il Dipartimento della Funzione Pubblica, attraverso le iniziative più recenti legate al PNRR, ha posto tra gli obiettivi dell'intervento “Amministrazione pubblica orientata ai risultati” proprio il rafforzamento della capacità di programmazione strategica mediante KPI, la comparabilità delle performance e la digitalizzazione dei processi di programmazione e valutazione (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2026).

Questo sviluppo conferma che la qualità della programmazione dipende sempre più dalla capacità di costruire una relazione stabile tra obiettivi, indicatori, dati e decisioni. La metodologia SMART può dunque essere considerata una tecnica di supporto alla qualità della programmazione, ma la sua efficacia dipende dal sistema organizzativo nel quale viene inserita. Un obiettivo correttamente formulato non garantisce automaticamente una buona performance: è necessario che siano definite responsabilità chiare, che le risorse siano coerenti con i risultati attesi, che gli indicatori siano affidabili, che il monitoraggio sia tempestivo e che i risultati siano effettivamente utilizzati nei processi decisionali. In altre parole, la qualità dell'obiettivo costituisce una condizione necessaria, ma non sufficiente, per il buon funzionamento del *performance management*. Nel contesto della Pubblica

Amministrazione italiana, questo principio trova oggi una concreta applicazione anche nei sistemi di misurazione e valutazione adottati dalle singole amministrazioni, nei quali la formulazione SMART viene esplicitamente utilizzata come criterio per definire obiettivi verificabili e collegati a indicatori e target.

La rilevanza della metodologia emerge infine nella possibilità di creare un linguaggio comune tra diversi livelli organizzativi. Un obiettivo formulato secondo criteri condivisi permette infatti alla direzione di comunicare con maggiore precisione le proprie priorità, ai responsabili di struttura di comprendere le aspettative gestionali e ai sistemi di valutazione di verificare il livello di raggiungimento attraverso criteri precedentemente definiti⁵⁹. In tal modo, la programmazione per obiettivi contribuisce anche a rafforzare la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti, poiché rende più trasparente la relazione tra autonomia gestionale e risultati. Tale impostazione assume una rilevanza ancora maggiore nelle Aziende Sanitarie, dove la complessità dei processi e la pluralità degli attori rendono necessario tradurre le priorità strategiche in obiettivi differenziati ma coordinati. Un obiettivo sanitario, infatti, deve essere sufficientemente specifico da identificare il processo o il risultato interessato, misurabile attraverso indicatori clinici, assistenziali o gestionali appropriati, raggiungibile rispetto alle risorse e ai vincoli professionali, rilevante rispetto ai bisogni di salute e alle priorità aziendali e, infine, temporalmente definito. È proprio nella traduzione dei criteri SMART in obiettivi concretamente applicabili alle Aziende Sanitarie che emerge la necessità di distinguere tra indicatori clinico-assistenziali, indicatori gestionali e indicatori riferiti alla salute della popolazione. Tale passaggio sarà approfondito nel

⁵⁹ BRUNSSON, N.; SAHLIN-ANDERSSON, K. *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform*, SAGE Publications, London, 2000, pp. 721-746.

paragrafo successivo, nel quale la metodologia SMART verrà applicata alla specificità organizzativa e istituzionale delle Aziende Sanitarie, evidenziando come la corretta costruzione dei KPI possa collegare gli obiettivi aziendali ai risultati assistenziali e, più ampiamente, alla creazione di Valore Pubblico.

2.4. LA DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI SMART NEL CONTESTO DELLE AZIENDE SANITARIE: KPI CLINICO-ASSISTENZIALI, GESTIONALI E DI SALUTE COLLETTIVA

Nel contesto delle Aziende Sanitarie, la traduzione degli obiettivi strategici secondo la logica SMART assume caratteristiche particolarmente complesse, poiché la performance non può essere ricondotta alla sola capacità dell'organizzazione di produrre servizi nel rispetto delle risorse disponibili. L'attività sanitaria, infatti, deve contemporaneamente garantire appropriatezza clinica, sicurezza delle cure, accessibilità, equità, continuità assistenziale e sostenibilità economica, mantenendo il proprio orientamento verso il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione⁶⁰. Ne deriva che la costruzione degli obiettivi aziendali richiede un sistema di misurazione capace di rappresentare differenti dimensioni del funzionamento organizzativo e assistenziale, evitando che la ricerca dell'efficienza produttiva finisca per prevalere sulla qualità e sull'efficacia delle cure. La specificità sanitaria consiste quindi nella necessità di mettere in relazione risultati organizzativi e risultati di salute, considerando che l'incremento del numero di prestazioni erogate, la riduzione dei costi o la diminuzione dei tempi di attesa non costituiscono necessariamente, isolatamente considerati, indicatori di maggiore valore per il paziente o per la collettività.

⁶⁰ DORAN, G.T., *There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives*, Management Review, op. cit.

In questa prospettiva, il concetto di performance sanitaria deve essere interpretato come una costruzione multidimensionale nella quale gli indicatori rappresentano differenti aspetti del processo assistenziale e dei risultati prodotti⁶¹. Il modello elaborato da Donabedian 1966 costituisce uno dei riferimenti fondamentali per comprendere tale articolazione, distinguendo tra struttura, processo ed esito: la prima riguarda le risorse e le condizioni organizzative nelle quali l'assistenza viene erogata; il secondo concerne le modalità attraverso cui le attività assistenziali vengono concretamente realizzate; il terzo riguarda gli effetti prodotti sulla salute dei pazienti. Tale impostazione consente di evitare una lettura della performance limitata ai soli volumi di attività e di spostare l'attenzione verso la qualità complessiva del percorso assistenziale⁶².

Nelle Aziende Sanitarie, pertanto, la costruzione di obiettivi SMART dovrebbe partire dalla distinzione tra almeno tre grandi famiglie di KPI: indicatori clinico-assistenziali, indicatori gestionali e indicatori riferiti alla salute collettiva.

I primi sono orientati prevalentemente alla qualità, appropriatezza, sicurezza ed efficacia dell'assistenza; i secondi consentono di osservare il funzionamento economico-organizzativo dell'Azienda; i terzi permettono di valutare la capacità del sistema sanitario di incidere sui bisogni di salute della popolazione.

Questa articolazione non implica una separazione rigida tra le diverse categorie, poiché numerosi fenomeni sanitari possono essere adeguatamente interpretati soltanto attraverso la combinazione di più dimensioni⁶³. La riduzione dei tempi di attesa, ad esempio, costituisce contemporaneamente un risultato organizzativo, un elemento di accessibilità e un potenziale

⁶¹ DONABEDIAN, A., *The Quality of Care. How Can It Be Assessed?*, JAMA, American Medical Association, Chicago, 1988, vol. 260, n. 12, pp. 1743-1748.

⁶² *Ibidem*

⁶³ BRUNSSON, N.; SAHLIN-ANDERSSON, K. *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform*, op. cit.

determinante dell'efficacia del percorso assistenziale; allo stesso modo, la riduzione della durata della degenza può rappresentare un miglioramento dell'efficienza, ma soltanto se non si accompagna a un aumento delle riammissioni o a esiti clinici peggiori. Il primo ambito riguarda dunque i KPI clinico-assistenziali. In questa categoria rientrano gli indicatori finalizzati a verificare se le prestazioni erogate siano appropriate, tempestive, sicure ed efficaci rispetto ai bisogni del paziente.

La loro funzione non consiste semplicemente nel quantificare l'attività svolta, ma nel verificare la qualità del percorso attraverso il quale l'assistenza viene prodotta. Indicatori quali il tasso di riammissione ospedaliera, la mortalità a seguito di determinati interventi, l'incidenza di eventi avversi, l'aderenza a specifici percorsi diagnostico-terapeutici, la percentuale di pazienti sottoposti a determinate procedure entro gli standard previsti o il rispetto dei tempi clinicamente appropriati possono essere utilizzati per costruire obiettivi direttamente collegati alla qualità dell'assistenza⁶⁴. La rilevanza di questa dimensione è confermata anche dall'architettura del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto dal Decreto ministeriale 12 marzo 2019 e operativo dal 1° gennaio 2020, che utilizza indicatori riferiti alla prevenzione, all'assistenza distrettuale e all'assistenza ospedaliera e integra dimensioni quali efficacia, appropriatezza clinica, sicurezza delle cure ed efficienza organizzativa (Ministero della Salute, 2026).

Un esempio di corretta formulazione SMART potrebbe essere rappresentato dall'obiettivo di aumentare, entro un determinato periodo, la percentuale di pazienti affetti da una specifica patologia che completano il percorso diagnostico-terapeutico secondo le tempistiche e le procedure previste. In questo caso, la specificità deriva dall'individuazione della popolazione

⁶⁴ DONABEDIAN, A., *The Quality of Care. How Can It Be Assessed*, op. cit.

e del percorso interessato; la misurabilità è assicurata dalla percentuale di pazienti conformi allo standard; la dimensione temporale è definita dal periodo di riferimento; la rilevanza deriva dal collegamento con la qualità dell'assistenza.

La componente “raggiungibile” richiede invece una valutazione preliminare della situazione di partenza e delle risorse necessarie per migliorare il risultato. Particolarmente significativo, in questa prospettiva, è il ricorso agli indicatori relativi ai Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), che consentono di superare una lettura frammentata della prestazione e di osservare la capacità del sistema di garantire continuità e appropriatezza lungo l'intero percorso di presa in carico. Il NSG comprende infatti specifici indicatori destinati al monitoraggio e alla valutazione dei PDTA relativi, tra gli altri, a BPCO, scompenso cardiaco, diabete e alcune patologie oncologiche (Ministero della Salute, 2026).

Il secondo livello riguarda i KPI gestionali, che permettono di valutare la capacità dell'Azienda Sanitaria di utilizzare in maniera efficiente le risorse disponibili e di organizzare i processi interni in funzione degli obiettivi assistenziali⁶⁵. In questo ambito rientrano, ad esempio, gli indicatori relativi ai tempi di attesa, alla durata media della degenza, al tasso di occupazione dei posti letto, alla produttività delle strutture, al costo medio per prestazione, all'utilizzo delle sale operatorie, alla tempestività dei processi amministrativi, al consumo di risorse e alla capacità di rispettare gli stanziamenti di bilancio.

Tuttavia, anche in questo caso, l'interpretazione dell'indicatore deve essere collegata alla finalità istituzionale dell'organizzazione. Una riduzione del costo medio per prestazione, se ottenuta attraverso un peggioramento della qualità dell'assistenza o un incremento degli eventi avversi, non rappresenterebbe un autentico miglioramento della performance. Il KPI

⁶⁵ BRUNSSON, N.; SAHLIN-ANDERSSON, K. *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform*, op. cit.

gestionale deve quindi essere interpretato all'interno di una logica di equilibrio tra risorse impiegate e risultati prodotti. Questo principio risulta coerente con l'impostazione del NSG, nel quale l'efficienza e l'appropriatezza organizzativa vengono considerate insieme all'efficacia e all'appropriatezza clinica (Ministero della Salute, 2026).

La costruzione degli obiettivi gestionali dovrebbe pertanto evitare la definizione di target esclusivamente economici e privilegiare indicatori capaci di evidenziare il rapporto tra input, processi e risultati⁶⁶. Un esempio potrebbe essere rappresentato dalla riduzione della durata media della degenza di una determinata unità operativa entro un valore prestabilito, purché tale obiettivo venga affiancato da indicatori relativi alle riammissioni, agli esiti clinici e alla sicurezza del paziente. In questo modo, l'obiettivo non incentiva semplicemente la riduzione delle giornate di degenza, ma ricerca un miglioramento complessivo dell'organizzazione del percorso assistenziale. Analogamente, la riduzione dei tempi di attesa può essere valutata non soltanto attraverso il numero medio di giorni intercorrenti tra richiesta e prestazione, ma anche considerando l'appropriatezza delle prescrizioni, la capacità produttiva delle strutture, la distribuzione territoriale dell'offerta e l'effettivo accesso dei cittadini alle prestazioni.

Il terzo livello è costituito dagli indicatori di salute collettiva, che rappresentano probabilmente la dimensione più complessa da ricondurre alla logica SMART. In questo caso, infatti, l'obiettivo non consiste soltanto nel migliorare una singola prestazione o un processo organizzativo, ma nell'incidere sui livelli di salute della popolazione di riferimento⁶⁷.

⁶⁶ *Ibidem*

⁶⁷ BRUNSSON, N.; SAHLIN-ANDERSSON, K. *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform*, op. cit.

Gli indicatori possono riguardare, a seconda dell'ambito di intervento, la copertura vaccinale, l'adesione agli screening, il controllo delle malattie croniche, la prevenzione dei fattori di rischio, l'accesso ai servizi territoriali, la mortalità evitabile o altri fenomeni epidemiologici. Il principale elemento di complessità deriva dal fatto che il risultato di salute non dipende esclusivamente dall'azione dell'Azienda Sanitaria. Esso è influenzato da condizioni socioeconomiche, comportamenti individuali, caratteristiche ambientali, fattori demografici, condizioni di vita e disponibilità di servizi appartenenti anche ad altri settori. Ne consegue che l'obiettivo di salute collettiva deve essere formulato tenendo conto della possibilità effettiva dell'organizzazione di incidere sul risultato e distinguendo, quando necessario, tra indicatori di attività, indicatori intermedi e indicatori finali. Il sistema di monitoraggio dei LEA costituisce un esempio particolarmente significativo di questa impostazione multidimensionale. Il Nuovo Sistema di Garanzia comprende 88 indicatori distribuiti tra prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera, indicatori di contesto, equità sociale e percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Ministero della Salute, 2026).

Tale articolazione dimostra come la performance sanitaria non possa essere rappresentata attraverso un unico indicatore sintetico, poiché la garanzia dell'assistenza richiede la contemporanea osservazione di ambiti differenti. Il NSG prevede inoltre una valutazione distinta delle tre principali macro-aree assistenziali, evitando che una performance positiva in un ambito possa compensare una situazione insufficiente in un altro (Ministero della Salute, 2026).

Questo principio è particolarmente rilevante per la progettazione degli obiettivi aziendali, perché evidenzia la necessità di costruire sistemi di indicatori bilanciati. Una Azienda Sanitaria che raggiungesse eccellenti risultati economici ma presentasse criticità

significative nella sicurezza delle cure non potrebbe essere considerata complessivamente performante; allo stesso modo, un'organizzazione caratterizzata da elevati livelli qualitativi ma incapace di mantenere condizioni minime di sostenibilità economica rischierebbe di compromettere la propria capacità di erogare servizi nel tempo.

La valutazione della performance sanitaria richiede quindi una logica di bilanciamento, nella quale le differenti dimensioni non vengono considerate alternative ma interdipendenti. Da questo punto di vista, la costruzione dei KPI dovrebbe seguire una struttura gerarchica capace di collegare gli obiettivi strategici dell'Azienda ai risultati delle singole unità operative. Un obiettivo generale relativo al miglioramento della qualità dell'assistenza può essere tradotto, ad esempio, in obiettivi dipartimentali riguardanti la riduzione delle complicanze, il miglioramento dell'aderenza ai PDTA o la diminuzione dei tempi di presa in carico; questi possono a loro volta essere declinati in indicatori specifici assegnati alle singole strutture. Il risultato finale dipende quindi dalla coerenza tra i diversi livelli della catena degli obiettivi. È importante, inoltre, distinguere tra indicatori di volume e indicatori di risultato.

I primi descrivono la quantità di attività prodotta, come il numero di visite, ricoveri, interventi o prestazioni erogate; i secondi cercano invece di verificare gli effetti prodotti dall'attività⁶⁸. L'aumento del numero di prestazioni non costituisce necessariamente un miglioramento della performance se non corrisponde a una risposta appropriata ai bisogni della popolazione.

Per questa ragione, nelle Aziende Sanitarie gli indicatori di volume dovrebbero essere utilizzati prevalentemente come indicatori di processo o di capacità produttiva e integrati

⁶⁸ DONABEDIAN, A., *The Quality of Care. How Can It Be Assessed*, op. cit.

con indicatori di appropriatezza, qualità ed esito. La distinzione tra processo ed esito assume particolare rilievo perché consente di comprendere se il miglioramento organizzativo abbia effettivamente prodotto conseguenze positive per il paziente.

Un aumento della percentuale di pazienti presi in carico entro lo standard previsto costituisce un miglioramento di processo; la riduzione delle complicanze o il miglioramento degli esiti clinici costituisce invece un risultato più vicino all'obiettivo finale dell'assistenza. Il modello di Donabedian rimane utile proprio perché permette di collocare questi differenti indicatori lungo una sequenza logica che parte dalle condizioni strutturali, attraversa i processi assistenziali e arriva agli esiti. Un ulteriore aspetto riguarda l'equità⁶⁹. La performance di un'Azienda Sanitaria non può essere considerata pienamente positiva se il miglioramento medio dei risultati nasconde forti differenze tra gruppi di popolazione o aree territoriali. Per questo motivo, gli indicatori dovrebbero, quando possibile, essere disaggregati per caratteristiche demografiche, territoriali e socioeconomiche, così da individuare eventuali disparità nell'accesso o negli esiti. L'inclusione dell'equità all'interno del NSG rappresenta una conferma di questa prospettiva: il sistema comprende infatti uno specifico indicatore di equità sociale e considera la variabilità geografica nella lettura dei risultati (Ministero della Salute, 2026).

L'obiettivo SMART applicato alla sanità deve quindi essere “specifico” non soltanto rispetto all'attività da realizzare, ma anche rispetto alla popolazione alla quale il risultato si riferisce; “misurabile” attraverso dati affidabili; “raggiungibile” in rapporto alle risorse e alle responsabilità effettivamente attribuite all'Azienda; “rilevante” rispetto ai bisogni di salute e

⁶⁹ MINISTERO DELLA SALUTE, *Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Indicatori e metodologia per il monitoraggio dei LEA*, Ministero della Salute, Roma, 2026.

alle priorità strategiche; e “temporale” attraverso scadenze che consentano un monitoraggio progressivo. La sua formulazione dovrebbe inoltre essere accompagnata dall'individuazione della fonte informativa, della responsabilità organizzativa, della frequenza di rilevazione e della modalità di interpretazione del risultato. La disponibilità di sistemi informativi affidabili diventa quindi una condizione essenziale per il funzionamento dell'intero modello. La crescente digitalizzazione della sanità permette infatti di raccogliere e integrare dati provenienti da differenti fonti, rendendo possibile un monitoraggio più tempestivo dei processi e degli esiti. Il valore del dato, tuttavia, non dipende soltanto dalla sua disponibilità quantitativa, ma dalla qualità della sua definizione, dalla comparabilità nel tempo e nello spazio e dalla capacità dell'organizzazione di utilizzarlo nei processi decisionali.

Il sistema degli indicatori deve pertanto essere costruito evitando sia l'eccessiva semplificazione sia la proliferazione di KPI. Un numero troppo limitato di indicatori rischia di non rappresentare adeguatamente la complessità sanitaria; un numero eccessivo può invece produrre sovraccarico informativo e rendere difficile individuare le vere priorità.

La scelta degli indicatori deve quindi essere selettiva e orientata alla decisione.

In questa prospettiva, il KPI non è semplicemente uno strumento di controllo, ma diventa una tecnologia manageriale attraverso la quale l'organizzazione rende osservabile una determinata dimensione della propria attività e può intervenire sui processi quando il risultato si discosta dal valore atteso. La rilevanza dei sistemi di misurazione emerge anche dall'evoluzione degli strumenti nazionali di monitoraggio⁷⁰. Il Ministero della Salute definisce il NSG come uno strumento descrittivo, valutativo, di monitoraggio e verifica

⁷⁰ MINISTERO DELLA SALUTE, *Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Indicatori e metodologia per il monitoraggio dei LEA*, Ministero della Salute, Roma, 2026.

dell'attività sanitaria erogata, basato sull'integrazione delle informazioni disponibili attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) (Ministero della Salute, 2026).

La logica sottostante può quindi essere trasferita, con gli opportuni adattamenti, alla dimensione aziendale: dati, indicatori e target devono essere utilizzati per comprendere il funzionamento dell'organizzazione, individuare le criticità e orientare gli interventi di miglioramento.

La declinazione degli obiettivi SMART nelle Aziende Sanitarie richiede un passaggio ulteriore rispetto alla semplice applicazione della metodologia generale: l'obiettivo deve essere costruito in modo da mantenere contemporaneamente visibili la dimensione clinica, quella organizzativa e quella di salute pubblica. La vera qualità del sistema non risiede quindi nella quantità di KPI prodotti, ma nella loro capacità di rappresentare fenomeni rilevanti, orientare le decisioni e collegare l'impiego delle risorse ai risultati effettivamente prodotti per pazienti e cittadini. Ne deriva un modello nel quale gli indicatori gestionali non devono essere contrapposti a quelli clinici, così come gli obiettivi di efficienza non devono essere separati da quelli di efficacia e appropriatezza: la performance dell'Azienda Sanitaria emerge dall'equilibrio tra queste dimensioni. È proprio questo equilibrio che consente di trasformare la programmazione per obiettivi da semplice strumento di controllo interno a meccanismo attraverso il quale l'organizzazione può orientare le proprie risorse verso il miglioramento della salute e della qualità dei servizi. Tale impostazione prepara il passaggio al successivo livello di analisi, relativo all'integrazione tra il ciclo della performance, gli strumenti di pianificazione dell'amministrazione pubblica e il PIAO, nel quale gli obiettivi, gli indicatori e i risultati devono essere ricondotti a una visione unitaria della programmazione e della creazione di Valore Pubblico.

2.5. L'INTEGRAZIONE TRA CICLO DELLA PERFORMANCE, PIANIFICAZIONE INTEGRATA (PIAO) E RENDICONTAZIONE DEL VALORE PUBBLICO IN SANITÀ

L'evoluzione del sistema di performance management nella Pubblica Amministrazione ha progressivamente evidenziato la necessità di superare una concezione frammentata della programmazione, nella quale obiettivi strategici, gestione delle risorse, performance, organizzazione, prevenzione dei rischi e rendicontazione venivano elaborati attraverso strumenti distinti e spesso scarsamente coordinati⁷¹. In questa prospettiva si colloca l'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), previsto dall'articolo 6 del Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, con l'obiettivo di ricondurre all'interno di un unico quadro programmatico una serie di strumenti precedentemente separati. Il PIAO non costituisce quindi semplicemente un ulteriore documento da aggiungere al sistema di programmazione delle amministrazioni, ma rappresenta un tentativo di modificare la logica stessa attraverso cui le organizzazioni pubbliche definiscono priorità, risorse, obiettivi e strumenti di monitoraggio. La sua struttura prevede infatti specifiche sezioni dedicate alla creazione di Valore Pubblico, alla performance e all'anticorruzione, all'organizzazione e al capitale umano e al monitoraggio, creando un collegamento formale tra dimensioni che in precedenza tendevano a essere gestite separatamente (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2022).

Tale integrazione assume una rilevanza particolare nel settore sanitario, dove la molteplicità degli obiettivi e la complessità delle strutture organizzative rendono poco efficace una programmazione articolata esclusivamente per singoli piani o singoli indicatori. Un'Azienda

⁷¹ BRUNSSON, N.; SAHLIN-ANDERSSON, K. *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform*, op. cit.

Sanitaria, infatti, deve contemporaneamente programmare le attività assistenziali, gestire il personale, garantire la sostenibilità economico-finanziaria, presidiare i rischi, sviluppare le competenze professionali, promuovere la digitalizzazione e migliorare gli esiti di salute della popolazione.

L'integrazione prevista dal PIAO consente di ricondurre tali dimensioni all'interno di una medesima architettura, nella quale le diverse politiche organizzative vengono valutate anche in funzione del loro contributo alla realizzazione delle finalità istituzionali.

Il passaggio più significativo consiste nel rapporto gerarchico e causale che dovrebbe collegare Valore Pubblico, performance e organizzazione. Il Valore Pubblico rappresenta il livello più alto della catena, individuando il miglioramento del benessere degli utenti, dei cittadini e degli stakeholder come finalità ultima dell'azione amministrativa; la performance rappresenta invece il livello attraverso cui l'amministrazione traduce tale finalità in obiettivi organizzativi e risultati verificabili; l'organizzazione e il capitale umano costituiscono le condizioni abilitanti necessarie per rendere concretamente raggiungibili gli obiettivi programmati. Le recenti Linee guida PIAO approvate nel 2025 dal Dipartimento della Funzione Pubblica esplicitano proprio questa sequenza, articolando il processo di predisposizione del PIAO dall'analisi strategica e identificazione del Valore Pubblico fino alla definizione degli obiettivi di performance, all'integrazione con la programmazione economico-finanziaria e la gestione dei rischi, per arrivare al monitoraggio, alla rendicontazione e alla comunicazione (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2025).

Nelle Aziende Sanitarie tale impostazione permette di superare una possibile contrapposizione tra obiettivi di natura assistenziale e obiettivi di natura gestionale. La riduzione dei tempi di attesa, per esempio, può essere considerata un obiettivo di performance organizzativa, ma acquista pieno significato in relazione all'impatto prodotto

sull'accessibilità alle cure; allo stesso modo, il miglioramento dell'efficienza nell'utilizzo dei posti letto assume valore non in quanto semplice risultato economico, ma nella misura in cui contribuisce a garantire una maggiore capacità di risposta ai bisogni assistenziali senza compromettere appropriatezza e sicurezza.

In questa prospettiva, gli obiettivi di performance rappresentano gli strumenti attraverso i quali il Valore Pubblico viene perseguito, mentre gli indicatori di impatto permettono di verificare se i miglioramenti ottenuti sul piano organizzativo si siano effettivamente tradotti in benefici per la popolazione. Il collegamento tra performance e Valore Pubblico non deve tuttavia essere inteso come una relazione automatica. Il raggiungimento di un obiettivo organizzativo non coincide necessariamente con la creazione di valore per gli utenti. Un'Azienda può rispettare il target relativo alla produttività di una struttura senza produrre un miglioramento proporzionale della salute; può ridurre un costo senza aumentare la qualità dell'assistenza; può incrementare il numero delle prestazioni senza migliorare l'appropriatezza. Per questo motivo, la programmazione integrata richiede una lettura della performance articolata su più livelli, nella quale gli indicatori di processo e di risultato siano collegati, quando possibile, a indicatori di impatto.

Le Linee guida per la Relazione annuale sulla performance sottolineano espressamente la necessità di monitorare, oltre ai risultati degli obiettivi programmati, anche lo stato di avanzamento degli impatti attesi nella prospettiva della creazione di Valore Pubblico e del miglioramento del benessere degli utenti e degli stakeholder (Dipartimento della Funzione Pubblica, s.d.).

Questo passaggio è particolarmente importante in ambito sanitario perché molti risultati di salute non sono immediatamente osservabili e possono dipendere da una pluralità di fattori esterni all'organizzazione. La riduzione della mortalità, il miglioramento della gestione delle

patologie croniche o la diminuzione delle complicanze possono infatti manifestarsi nel medio-lungo periodo, mentre gli obiettivi organizzativi vengono generalmente programmati e monitorati su base annuale. Diventa quindi necessario costruire una catena logica che colleghi input, attività, output, outcome e impatto, evitando di attribuire direttamente all'Azienda risultati sui quali essa esercita soltanto un'influenza parziale.

Un sistema di programmazione maturo dovrebbe pertanto distinguere ciò che l'organizzazione produce direttamente da ciò che essa contribuisce a generare nella popolazione. Questa distinzione consente di attribuire correttamente le responsabilità e, contemporaneamente, di mantenere l'attenzione sulla finalità ultima dell'azione sanitaria. All'interno di tale architettura, il PIAO può assumere la funzione di raccordo tra la pianificazione strategica e il ciclo della performance. Gli obiettivi strategici individuati dall'Azienda devono essere tradotti in obiettivi organizzativi, a loro volta declinati nelle diverse articolazioni aziendali e collegati a indicatori, target, responsabilità e risorse.

La performance delle singole strutture non dovrebbe quindi essere considerata isolatamente, ma come componente di una catena più ampia nella quale il contributo di ciascuna unità concorre al perseguimento degli obiettivi aziendali e, attraverso questi, alla creazione di Valore Pubblico. Tale logica è già riscontrabile nelle esperienze di PIAO pubblicate sul Portale della Performance, dove la sezione dedicata a Valore Pubblico, performance e anticorruzione viene utilizzata per raccordare pianificazione strategica, obiettivi istituzionali e attività amministrativa (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2024).

La programmazione integrata richiede inoltre un collegamento più stretto tra performance e gestione delle risorse⁷². Non è infatti possibile considerare gli obiettivi come elementi

⁷² BORGONOVİ, E.; FATTORI, G.; LONGO, F., *Management delle istituzioni pubbliche*, op. cit.

indipendenti dalla disponibilità di personale, competenze, tecnologie e risorse finanziarie. Il raggiungimento di un obiettivo di miglioramento dell'assistenza può richiedere nuove professionalità, formazione, investimenti tecnologici o una diversa organizzazione dei processi. In questa prospettiva, il PIAO permette di mettere in relazione gli obiettivi di performance con la programmazione del fabbisogno di personale, lo sviluppo delle competenze e l'organizzazione del lavoro. La programmazione non riguarda quindi esclusivamente “cosa” l'Azienda vuole ottenere, ma anche “con quali condizioni organizzative” intende conseguirlo. Le nuove Linee guida PIAO del Dipartimento della Funzione Pubblica individuano infatti, accanto alla definizione degli obiettivi di Valore Pubblico e performance, una specifica fase relativa allo sviluppo organizzativo e professionale, evidenziando il rapporto tra risultati attesi e capacità interna dell'amministrazione di conseguirli (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2025).

Nel settore sanitario questo collegamento assume una particolare rilevanza per la gestione del capitale umano. La qualità dell'assistenza dipende infatti dalle competenze professionali, dalla disponibilità di personale adeguato, dalla capacità di coordinamento tra professionisti e dalla configurazione dei processi assistenziali. Un obiettivo relativo alla riduzione dei tempi di attesa, per esempio, non può essere valutato senza considerare la disponibilità di professionisti, gli orari di apertura, l'organizzazione delle agende, la distribuzione della domanda e la capacità dei sistemi informativi di supportare la gestione degli appuntamenti. La programmazione integrata permette quindi di evitare che la responsabilità per il risultato venga attribuita esclusivamente alla struttura operativa senza considerare le condizioni organizzative che ne determinano la capacità di agire. Un altro elemento essenziale è l'integrazione con la gestione dei rischi.

La creazione di Valore Pubblico può essere compromessa non soltanto dall'assenza di risultati positivi, ma anche dalla presenza di rischi organizzativi, corruttivi, informatici, reputazionali o legati alla sicurezza delle informazioni. Il PIAO mette in relazione la performance con la prevenzione della corruzione e la trasparenza proprio per evitare che tali dimensioni rimangano separate dal processo decisionale⁷³. La prospettiva è quindi quella di considerare la gestione del rischio non come un adempimento autonomo, ma come una componente della capacità dell'organizzazione di mantenere nel tempo le condizioni necessarie per produrre valore. Le esperienze di PIAO pubblicate sul Portale della Performance mostrano infatti una concezione del Valore Pubblico che comprende sia il miglioramento del benessere degli stakeholder sia la riduzione dei rischi e la tutela delle risorse dell'organizzazione (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2024).

Nel contesto sanitario, questa impostazione può essere applicata, ad esempio, alla sicurezza delle cure, alla protezione dei dati sanitari, alla continuità operativa dei sistemi digitali, alla prevenzione degli eventi avversi e alla gestione dei rischi clinici. La capacità di prevenire tali fenomeni non costituisce una dimensione estranea alla performance, ma una condizione necessaria per preservare il valore prodotto dall'organizzazione⁷⁴. Il ciclo della performance deve quindi essere concepito come un processo circolare nel quale programmazione, gestione, monitoraggio e rendicontazione si alimentano reciprocamente. La fase di programmazione definisce ciò che l'organizzazione intende conseguire; il monitoraggio verifica l'andamento dei risultati; la valutazione interpreta gli scostamenti e individua le

⁷³ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Linee guida per la compilazione*, Roma, 2022.

⁷⁴ DECRETO-LEGGE 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, *Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del PNRR*, G.U. n. 136 del 9 giugno 2021.

cause; la rendicontazione comunica quanto effettivamente realizzato; le informazioni prodotte a consuntivo vengono poi utilizzate per alimentare la programmazione successiva. La Relazione sulla Performance costituisce uno degli strumenti principali attraverso cui tale processo diventa leggibile all'esterno, poiché deve mettere a confronto risultati programmati e risultati conseguiti, evidenziando risorse utilizzate e scostamenti (Dipartimento della Funzione Pubblica, s.d.).

In ambito sanitario, tuttavia, la rendicontazione non dovrebbe limitarsi alla presentazione dei risultati interni dell'Azienda. La sua funzione più significativa consiste nel rendere comprensibile il contributo dell'organizzazione al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione e nell'esplicitare il rapporto tra risorse impiegate, attività realizzate e risultati ottenuti⁷⁵.

Una rendicontazione orientata al Valore Pubblico dovrebbe quindi rispondere a domande differenti rispetto alla semplice verifica del raggiungimento dei target: quali benefici sono stati prodotti per i cittadini? quali gruppi di popolazione ne hanno beneficiato? quali risorse sono state utilizzate? quali risultati sono stati effettivamente conseguiti? quali obiettivi non sono stati raggiunti e per quali motivi? quali condizioni organizzative devono essere modificate nel ciclo successivo? Questa impostazione rafforza la dimensione dell'*accountability*, intesa non soltanto come obbligo di rendere disponibili informazioni, ma come capacità dell'amministrazione di spiegare e motivare le proprie decisioni e i propri risultati agli stakeholder. La trasparenza diventa quindi parte integrante del processo di

⁷⁵ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Linee guida per la compilazione*, Roma, 2022.

creazione di valore, soprattutto in un settore come quello sanitario nel quale le decisioni sull'allocazione delle risorse incidono direttamente sui diritti e sui bisogni della popolazione. Il rapporto tra rendicontazione e Valore Pubblico assume inoltre una dimensione partecipativa. I cittadini e gli utenti non rappresentano esclusivamente i destinatari finali dei servizi, ma possono fornire informazioni utili per comprendere la qualità percepita, l'accessibilità e l'effettiva rispondenza dei servizi ai bisogni. Le recenti Linee guida nazionali sulla partecipazione pubblica sottolineano proprio il ruolo del PIAO come strumento capace di integrare partecipazione, programmazione e valutazione nella prospettiva della creazione di Valore Pubblico condiviso (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2026).

Nel settore sanitario ciò può tradursi nell'utilizzo sistematico di strumenti di ascolto e coinvolgimento degli utenti, quali indagini di soddisfazione, sistemi di raccolta dei reclami, consultazioni, strumenti di valutazione dell'esperienza del paziente e forme strutturate di partecipazione. Queste informazioni non dovrebbero essere considerate esclusivamente come elementi reputazionali, ma integrate nel sistema di programmazione quando evidenziano criticità rilevanti nell'accesso o nella qualità dei servizi. Il PIAO può dunque diventare una piattaforma di raccordo tra tre livelli distinti ma interdipendenti⁷⁶: il livello strategico, nel quale vengono individuate le priorità e i risultati di Valore Pubblico che l'Azienda intende perseguire; il livello gestionale, nel quale tali priorità vengono trasformate in obiettivi e indicatori assegnati alle strutture; e il livello rendicontativo, nel quale vengono misurati e comunicati i risultati conseguiti e il loro contributo agli impatti attesi. Questa struttura consente di costruire una vera e propria “filiera” della performance, nella quale

⁷⁶ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Linee guida per la compilazione*, Roma, 2022.

ciascun livello può essere ricondotto a quello superiore. Il Dipartimento della Funzione Pubblica sta inoltre rafforzando questa impostazione attraverso lo sviluppo di KPI comuni di performance organizzativa e Valore Pubblico destinati a essere utilizzati nella misurazione degli obiettivi inseriti nel PIAO, con l'obiettivo di aumentare la comparabilità dei risultati e la capacità delle amministrazioni di orientare la programmazione verso risultati verificabili (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2026).

Per le Aziende Sanitarie, una simile evoluzione apre la possibilità di costruire sistemi di rendicontazione maggiormente orientati agli *outcome*, nei quali gli indicatori economici e produttivi vengano letti insieme a quelli clinico-assistenziali e di salute della popolazione.

Un quadro di questo tipo potrebbe, ad esempio, collegare un obiettivo strategico di miglioramento della gestione delle patologie croniche a indicatori relativi alla presa in carico dei pazienti, all'aderenza ai percorsi assistenziali, agli accessi ospedalieri evitabili e agli esiti clinici, integrando tali risultati con le risorse impiegate e con le condizioni organizzative necessarie per sostenerli. In questo modo, la rendicontazione non si limiterebbe a comunicare quanti servizi sono stati prodotti, ma permetterebbe di ricostruire il rapporto tra attività, risorse e miglioramento effettivo delle condizioni di salute. L'integrazione tra ciclo della performance, PIAO e Valore Pubblico richiede infine un'evoluzione culturale della funzione manageriale⁷⁷. Non è sufficiente riunire all'interno dello stesso documento informazioni precedentemente distribuite in piani differenti: l'integrazione è effettiva soltanto quando le informazioni contenute nei diversi strumenti vengono utilizzate congiuntamente per assumere decisioni.

⁷⁷ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Linee guida per la compilazione*, Roma, 2022.

Il PIAO rischierebbe altrimenti di trasformarsi in un nuovo adempimento documentale, riproducendo proprio quella frammentazione che la sua introduzione intende superare.

Le Linee guida del 2025 insistono infatti sulla necessità di una programmazione integrata costruita attraverso un processo partecipato e basato sull'evidenza, nel quale identificazione del Valore Pubblico, definizione degli obiettivi, gestione delle risorse, monitoraggio e rendicontazione siano fasi collegate di un unico processo (Dipartimento della Funzione Pubblica, 2025).

Per una Azienda Sanitaria ciò significa utilizzare il PIAO non soltanto per formalizzare gli obiettivi, ma come strumento di governo attraverso il quale collegare le priorità di salute, la programmazione delle attività, l'organizzazione delle risorse umane, gli investimenti, la gestione dei rischi e la valutazione dei risultati⁷⁸. La qualità del sistema dipende, pertanto, dalla capacità di mantenere coerenti le diverse componenti lungo tutto il ciclo: gli obiettivi devono derivare dalle priorità strategiche, gli indicatori devono rappresentare effettivamente ciò che si intende migliorare, le risorse devono essere coerenti con i risultati attesi, il monitoraggio deve consentire interventi correttivi e la rendicontazione deve rendere visibile il contributo prodotto per cittadini e pazienti.

In questa prospettiva, il PIAO diventa il punto di connessione tra programmazione e accountability e consente di spostare l'attenzione dalla semplice verifica dell'attività amministrativa alla capacità dell'Azienda di dimostrare il valore generato attraverso l'impiego delle risorse pubbliche. Il risultato atteso è un sistema nel quale performance e Valore Pubblico non costituiscono due dimensioni separate, ma due livelli della medesima

⁷⁸ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Linee guida per la compilazione*, Roma, 2022.

logica di governo: la prima rende misurabile il funzionamento dell'organizzazione, mentre il secondo consente di verificare perché quel funzionamento sia rilevante per la collettività. In Sanità, questa connessione assume un significato particolarmente forte, perché il valore prodotto dall'organizzazione trova la propria espressione ultima nella capacità di migliorare la salute, garantire equità e accessibilità e mantenere nel tempo la sostenibilità del sistema.

3. CAPITOLO: L'OPERAZIONALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI: IL METODO

EPA-PA

3.1. DALLA NORMA ALLA PRESTAZIONE: IL PROBLEMA DELL'OPERAZIONALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI

L'evoluzione dei sistemi di amministrazione pubblica descritta nei precedenti capitoli ha progressivamente spostato l'attenzione dalla mera conformità dell'azione amministrativa alla capacità delle organizzazioni pubbliche di produrre risultati osservabili, misurabili e coerenti con gli obiettivi strategici perseguiti. Tale trasformazione ha interessato in modo significativo anche il settore sanitario, nel quale la crescente complessità organizzativa, la pluralità degli stakeholder e la necessità di garantire simultaneamente qualità dei servizi, appropriatezza, efficienza ed equità hanno reso sempre più rilevante la capacità di tradurre gli indirizzi istituzionali in risultati concretamente verificabili.

L'introduzione della logica della performance non deve tuttavia essere interpretata come una semplice sostituzione della tradizionale cultura dell'adempimento con una cultura fondata sulla misurazione quantitativa dei risultati. Il *performance management* costituisce, infatti, un sistema più ampio, nel quale la definizione degli obiettivi, la scelta degli indicatori, la raccolta delle informazioni, l'interpretazione dei risultati e il loro successivo utilizzo nei processi decisionali devono essere tra loro coerentemente integrati⁷⁹. La misurazione assume valore gestionale soltanto quando le informazioni prodotte vengono effettivamente utilizzate

⁷⁹ W. VAN DOOREN, G. BOUCKAERT, J. HALLIGAN, *Performance Management in the Public Sector*, Routledge, Abingdon-New York, 2015, pp. 1-15.

per orientare l'azione organizzativa, correggere eventuali scostamenti e sostenere processi di apprendimento e miglioramento⁸⁰.

In questa prospettiva, uno dei principali problemi dei sistemi di performance management riguarda il passaggio dall'obiettivo formalmente definito alla prestazione concretamente osservabile. La presenza di un obiettivo all'interno di un documento di programmazione non garantisce, di per sé, che esso sia sufficientemente chiaro, attribuibile, misurabile e traducibile in comportamenti e attività organizzative. Tra la formulazione dell'indirizzo strategico e la realizzazione della prestazione si colloca, infatti, una pluralità di passaggi intermedi che coinvolgono strutture organizzative, processi, responsabilità individuali, risorse, competenze e sistemi informativi.

Il problema può essere rappresentato attraverso una sequenza logica nella quale l'indirizzo strategico deve essere progressivamente tradotto in elementi operativi: indirizzo strategico → obiettivo → risultato atteso → attività/prestazione → responsabilità → evidenza → indicatore → valutazione. Quanto più tale catena risulta debole o incompleta, tanto maggiore è il rischio che l'obiettivo rimanga confinato al livello della programmazione formale, senza produrre un effettivo orientamento dell'azione amministrativa.

La letteratura sul performance management ha evidenziato, in tal senso, come la performance nel settore pubblico presenti caratteristiche differenti rispetto a quella delle organizzazioni private. La pluralità degli obiettivi pubblici, la difficoltà di individuare un unico criterio di successo, la presenza di risultati spesso differiti nel tempo e la rilevanza di valori quali equità, qualità, accessibilità e legittimità rendono particolarmente complessa la definizione di sistemi di misurazione capaci di rappresentare adeguatamente il valore

⁸⁰ *Ibidem*

prodotto dall'organizzazione.⁸¹ Ne consegue che la semplice individuazione di indicatori quantitativi non è sufficiente a garantire una corretta rappresentazione della performance: occorre comprendere che cosa debba essere realizzato, da chi, attraverso quali attività e sulla base di quali evidenze sia possibile stabilire che il risultato sia stato effettivamente conseguito.

Il tema dell'operazionalizzazione assume pertanto una rilevanza centrale. Per operazionalizzazione degli obiettivi si intende, in questa sede, il processo attraverso il quale una formulazione strategica o programmatica viene trasformata in una configurazione concreta di risultati attesi, attività, responsabilità, criteri di verifica e indicatori, rendendo l'obiettivo sufficientemente definito da poter essere effettivamente perseguito e successivamente valutato⁸². Non si tratta, dunque, di una mera attività tecnica di quantificazione, bensì di un processo organizzativo attraverso il quale viene stabilito il rapporto tra ciò che l'amministrazione intende conseguire e ciò che i singoli soggetti e le strutture sono chiamati concretamente a realizzare.

La stessa evoluzione della disciplina italiana della performance evidenzia l'esigenza di mantenere distinto il livello della performance organizzativa da quello della performance individuale. Le Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica sottolineano, infatti, che gli obiettivi della struttura e quelli attribuiti individualmente al dirigente o al dipendente costituiscono entità differenti: i primi identificano i traguardi che la struttura è chiamata a raggiungere nel suo complesso, mentre i secondi devono consentire di individuare il

⁸¹ H. DE BRYJIN, *Managing Performance in the Public Sector*, 2nd ed., Routledge, London-New York, 2007, pp. 1-18.

⁸² W. VAN DOOREN, G. BOUCKAERT, J. HALLIGAN, *Performance Management in the Public Sector*, op. cit.

contributo specifico del singolo al conseguimento dei risultati organizzativi⁸³. Tale distinzione è particolarmente importante perché impedisce di confondere il risultato complessivo dell'organizzazione con la prestazione del singolo attore e richiede, conseguentemente, una più accurata definizione delle responsabilità.

Il problema dell'operazionalizzazione emerge con particolare evidenza proprio nel momento in cui si tenta di tradurre gli obiettivi organizzativi in obiettivi individuali⁸⁴. Le Linee guida evidenziano il rischio che tale processo si trasformi in una scomposizione puramente formale e gerarchica degli obiettivi, nella quale il risultato dell'organizzazione viene semplicemente replicato ai diversi livelli della struttura senza individuare il contributo effettivamente richiesto ai singoli soggetti. Un simile approccio può produrre sistemi formalmente coerenti, ma debolmente collegati alla concreta organizzazione del lavoro⁸⁵.

Da questo punto di vista, la questione non consiste soltanto nel definire obiettivi "corretti" secondo criteri quali specificità, misurabilità, raggiungibilità, rilevanza e temporalità, ma nel rendere esplicito il contenuto prestazionale dell'obiettivo. Un obiettivo, anche quando presenta caratteristiche formalmente riconducibili alla logica SMART, può infatti rimanere ambiguo se non chiarisce quale attività o quale risultato concreto debba essere realizzato, quale soggetto sia chiamato a garantirne il conseguimento, quali siano i criteri attraverso i quali valutare la prestazione e quali evidenze debbano essere prodotte per dimostrare il raggiungimento del risultato.

La criticità diventa ancora più rilevante nelle organizzazioni sanitarie. In tali contesti, infatti, gli obiettivi possono riferirsi contemporaneamente a dimensioni differenti: qualità e

⁸³ DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 2019

⁸⁴ H. DE BRYJIN, *Managing Performance in the Public Sector*, 2nd ed., op. cit.

⁸⁵ DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 2019

sicurezza delle cure, appropriatezza clinico-assistenziale, tempi di erogazione dei servizi, efficienza nell'utilizzo delle risorse, digitalizzazione dei processi, esperienza dell'utente, integrazione tra professionisti e strutture, nonché risultati di salute della popolazione. La complessità di tali dimensioni rende difficile stabilire una relazione lineare tra obiettivo e risultato, poiché il conseguimento di un determinato *outcome* dipende spesso dall'interazione tra più soggetti, processi e livelli organizzativi.

Inoltre, non tutti i risultati possono essere attribuiti direttamente al singolo soggetto⁸⁶. Un indicatore di *outcome*, ad esempio, può risentire di fattori esterni o di condizioni sulle quali il valutato non possiede un controllo diretto. Le Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica sottolineano proprio l'esigenza di collegare la valutazione individuale a elementi sui quali il soggetto abbia effettivamente la possibilità di intervenire, evitando di fondare la valutazione su risultati completamente estranei alla sua sfera di controllo. Ciò rende necessario distinguere tra il risultato finale perseguito dall'organizzazione e il contributo specifico attraverso il quale il singolo o una determinata unità organizzativa concorrono al suo raggiungimento.

Il problema dell'operazionalizzazione può quindi essere ricondotto a una questione fondamentale: come trasformare un obiettivo organizzativo in una prestazione sufficientemente concreta da poter essere affidata, osservata, documentata e valutata? La domanda introduce una prospettiva ulteriore rispetto alla tradizionale definizione degli obiettivi e degli indicatori, poiché sposta l'attenzione dal solo "cosa misurare" al rapporto tra obiettivo, attività, responsabilità ed evidenza della prestazione.

⁸⁶ H. DE BRYJIN, *Managing Performance in the Public Sector*, 2nd ed., op. cit.

In questa prospettiva, il contributo fornito dal *performance management* non può esaurirsi nella costruzione di sistemi di indicatori. La disponibilità di informazioni sulla performance rappresenta infatti una condizione necessaria, ma non sufficiente, per il miglioramento organizzativo. Il valore del sistema dipende dalla capacità di collegare l'informazione prodotta alle decisioni, ai comportamenti e ai processi di apprendimento dell'organizzazione. La misurazione dovrebbe pertanto essere concepita come parte di un ciclo nel quale la definizione dell'obiettivo precede l'azione, l'azione produce evidenze, le evidenze consentono la valutazione e la valutazione alimenta successivi processi di apprendimento e miglioramento.⁸⁷

È proprio all'interno di questo spazio metodologico che si colloca la proposta EPA-PA sviluppata nei paragrafi successivi. Il framework delle Entrustable Professional Activities (EPA) nasce in ambito medico-formativo con l'obiettivo di individuare attività professionali che possano essere affidate a un soggetto quando egli abbia dimostrato di possedere le competenze necessarie per svolgerle in modo autonomo e responsabile.⁸⁸ Il suo interesse, ai fini del presente lavoro, non risiede quindi nella trasposizione automatica di un modello nato per la formazione dei professionisti sanitari, bensì nella possibilità di utilizzare alcuni suoi principi — in particolare la centralità dell'attività osservabile, l'attribuzione di responsabilità e la valutazione fondata su evidenze — per affrontare il problema della traduzione degli obiettivi in prestazioni concretamente verificabili.

L'ipotesi alla base del metodo EPA-PA è pertanto che il divario tra obiettivo formalmente definito e prestazione effettivamente osservabile possa essere ridotto attraverso una diversa

⁸⁷ W. VAN DOOREN, G. BOUCKAERT, J. HALLIGAN, *Performance Management in the Public Sector*, op. cit., pp. 103-122.

⁸⁸ O. TEN CATE, "Entrustability of professional activities and competency-based training", *Medical Education*, vol. 39, n. 12, Wiley-Blackwell, Oxford, 2005, pp. 1176-1177.

modalità di strutturazione dell'obiettivo stesso. In tale prospettiva, l'obiettivo non viene considerato esclusivamente come un risultato numerico da raggiungere, ma come il punto di partenza di un percorso che identifica una prestazione, ne chiarisce il contenuto, attribuisce una responsabilità, individua le evidenze necessarie alla verifica e definisce le condizioni attraverso cui il livello di realizzazione può essere valutato.

Il metodo proposto non intende quindi sostituire gli strumenti già previsti dai sistemi di misurazione e valutazione della performance, né tantomeno sovrapporsi alla logica degli obiettivi SMART o ai sistemi di KPI. Esso mira piuttosto a inserirsi a monte della misurazione, contribuendo a rendere più solido il passaggio dall'obiettivo alla prestazione sulla quale l'indicatore dovrà successivamente operare. In altri termini, mentre l'indicatore risponde prevalentemente alla domanda "come misurare il risultato?", l'approccio EPA-PA intende contribuire a rispondere alle domande preliminari: "che cosa deve essere concretamente realizzato?", "chi è responsabile della realizzazione?", "quali evidenze dimostrano che la prestazione è stata effettivamente svolta?" e "secondo quali criteri può essere considerata adeguatamente realizzata?".

Il passaggio dalla norma alla prestazione costituisce, dunque, il presupposto metodologico per la costruzione di un sistema di performance management maggiormente orientato alla concretezza, alla responsabilizzazione e all'utilizzo dell'evidenza.

La sfida non consiste semplicemente nel produrre un numero maggiore di indicatori, ma nel costruire una relazione logicamente coerente tra ciò che l'amministrazione dichiara di voler conseguire e ciò che gli attori organizzativi sono effettivamente chiamati a fare.

È precisamente su questo snodo che il successivo paragrafo analizzerà il framework EPA e le condizioni necessarie per il suo adattamento al contesto della Pubblica Amministrazione, dando origine al metodo EPA-PA.

3.2. L'ADATTAMENTO DEL FRAMEWORK EPA (ENTRUSTABLE PROFESSIONAL ACTIVITIES)

Il concetto di Entrustable Professional Activities (EPA) si colloca originariamente nell'ambito della formazione e della valutazione delle professioni sanitarie e nasce dall'esigenza di superare una concezione della competenza professionale fondata esclusivamente sull'accertamento di conoscenze e abilità astratte⁸⁹. Il concetto è stato introdotto da Olle ten Cate nel 2005 con l'obiettivo di collegare le competenze del professionista alle attività professionali che egli deve essere effettivamente in grado di svolgere in autonomia e che, sulla base delle evidenze disponibili, possono essere affidate alla sua responsabilità⁹⁰.

Il principio alla base delle EPA è particolarmente rilevante perché consente di spostare il focus dalla domanda “quali competenze possiede il soggetto?” alla domanda “quali attività professionali è possibile affidare al soggetto in modo autonomo e responsabile?”. La competenza, in questa prospettiva, non viene considerata come una caratteristica astratta del professionista, ma viene resa osservabile attraverso la sua capacità di svolgere attività concrete in condizioni operative reali. Ten Cate evidenzia infatti come le competenze possano essere rese maggiormente operative proprio attraverso il loro collegamento con attività professionali osservabili, consentendo a supervisori e organizzazioni di formulare

⁸⁹ TEN CATE, O., “Entrustability of Professional Activities and Competency-Based Training”, *Medical Education*, Vol. 39, No. 12, 2005, pp. 1176-1177.

⁹⁰ *Ibidem*

decisioni più strutturate circa il livello di autonomia che può essere riconosciuto al soggetto.⁹¹

L'EPA, pertanto, non coincide semplicemente con una competenza, con una mansione o con una singola abilità tecnica. Essa rappresenta un'unità di pratica professionale sufficientemente significativa da poter essere affidata a un soggetto una volta raggiunto un livello di competenza ritenuto adeguato. Il concetto di entrustment — ossia di affidamento — introduce così una dimensione decisionale e responsabilizzante che risulta centrale nel modello: il soggetto non viene valutato soltanto sulla base di ciò che sa o sa fare, ma sulla possibilità concreta di affidargli una determinata attività con un determinato grado di supervisione.

Tale impostazione ha favorito l'evoluzione dei sistemi di formazione basati sulle competenze, soprattutto nel settore medico e sanitario, nei quali la crescente attenzione verso la capacità di trasferire conoscenze e competenze nella pratica professionale ha evidenziato i limiti dei modelli fondati esclusivamente sulla valutazione teorica. Il framework EPA consente, infatti, di creare un ponte tra la dimensione delle competenze e quella della pratica, rendendo maggiormente visibile il passaggio dall'apprendimento alla prestazione⁹².

La caratteristica maggiormente rilevante del modello, ai fini del presente lavoro, è dunque rappresentata dalla centralità dell'attività osservabile. Un'attività professionale può essere descritta, osservata, affidata, sottoposta a supervisione e valutata sulla base di evidenze. Tale caratteristica permette di superare almeno in parte una delle criticità individuate nel

⁹¹ *Ibidem*

⁹² TEN CATE O., SCHEELE F., *Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice?*, Academic Medicine, Association of American Medical Colleges, Washington, 2007, vol. 82, n. 6, pp. 542-547.

paragrafo precedente, vale a dire la difficoltà di tradurre obiettivi generali e formulazioni programmatiche in prestazioni concretamente identificabili e attribuibili.

L'applicazione del framework EPA non implica, tuttavia, l'adozione di un unico livello di autonomia⁹³. Al contrario, l'affidamento può essere progressivo e articolarsi attraverso differenti livelli di supervisione. Il soggetto può inizialmente limitarsi all'osservazione dell'attività, per poi passare a forme di esecuzione sotto supervisione diretta o moderata, fino a raggiungere un livello nel quale l'attività può essere svolta con supervisione minima o, nei livelli più avanzati, essere a sua volta supervisionata o insegnata ad altri. Il livello di affidamento costituisce pertanto un indicatore sintetico del grado di autonomia raggiunto nella realizzazione dell'attività⁹⁴.

Questa caratteristica è stata ulteriormente valorizzata da recenti applicazioni del framework in ambito infermieristico. Particolarmente significativo, in questa prospettiva, è lo studio di Meng e colleghi del 2024, che ha sviluppato un framework composto da dodici EPA destinato agli infermieri neolaureati attraverso una procedura di revisione della letteratura, consultazione di esperti, focus group, utilizzo dell'EQual rubric e metodo Delphi. L'obiettivo dichiarato dello studio era quello di costruire uno strumento capace di colmare il divario tra preparazione teorica e pratica clinica, definendo attività professionali concrete e livelli di affidamento progressivi nel percorso di inserimento lavorativo.

Le dodici EPA individuate comprendono attività quali la gestione dell'ammissione e della dimissione del paziente, l'erogazione dell'assistenza infermieristica di base, la somministrazione dei farmaci, il monitoraggio delle condizioni del paziente, la gestione delle

⁹³ W. VAN DOOREN, G. BOUCKAERT, J. HALLIGAN, *Performance Management in the Public Sector*, op. cit., pp. 103-122.

⁹⁴ TEN CATE O., TAYLOR D.R., *The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140*, Medical Teacher, Taylor & Francis, London, 2021, vol. 43, n. 10, pp. 1106-1114.

emergenze, l'educazione sanitaria, la prevenzione e gestione degli eventi avversi, la documentazione dell'assistenza e l'utilizzo delle apparecchiature medicali. Lo studio prevede, inoltre, una progressione dei livelli di affidamento nel tempo, differenziando le aspettative relative all'inizio dell'attività professionale, ai sei mesi, al primo anno e al secondo anno⁹⁵.

Particolarmente interessante è il fatto che l'approccio proposto non consideri le EPA come semplici caselle da spuntare all'interno di una griglia valutativa. Gli autori sottolineano la necessità di integrarle nelle attività quotidiane e nei processi di apprendimento, attraverso osservazioni brevi per le attività routinarie, discussioni basate sui casi per quelle maggiormente complesse e un monitoraggio continuo dei livelli di affidamento. Il sistema prevede inoltre feedback regolari e la possibilità di modificare i percorsi individualizzati sulla base dei bisogni rilevati.

Questo aspetto assume particolare rilevanza per la presente ricerca. L'interesse verso il framework EPA, infatti, non deriva esclusivamente dalla sua capacità di classificare le attività, ma dalla possibilità di costruire attorno a esse un ciclo dinamico di osservazione, affidamento, valutazione e feedback. In questa prospettiva, l'EPA diviene una sorta di unità organizzativa minima attraverso la quale collegare responsabilità, attività e evidenze della prestazione.

Il contributo dello studio di Meng et al 2024, risulta inoltre significativo per un ulteriore motivo: gli autori evidenziano la necessità di adattare le EPA al contesto organizzativo nel quale vengono applicate. Un'attività può infatti assumere caratteristiche differenti in

⁹⁵ ENG Z., CHENG H., TIAN J., LU Q., QI X., WANG C., Development of entrustable professional activities for novice nurses: A modified Delphi study, *Nurse Education in Practice*, Elsevier, Amsterdam, 2024, vol. 81, art. 104181.

funzione delle risorse disponibili, delle dimensioni della struttura, delle competenze presenti e della tipologia di organizzazione. Gli autori sottolineano, ad esempio, che alcune attività possono richiedere una diversa formulazione nei contesti caratterizzati da risorse limitate e che alcune EPA, pur essendo rilevanti, possono presentare una bassa frequenza di osservazione nella pratica ordinaria⁹⁶.

Ne deriva un principio metodologico particolarmente importante: un framework basato sulle EPA non può essere trasferito in maniera automatica da un contesto a un altro, ma deve essere adattato alle caratteristiche dell'organizzazione e delle attività che si intendono rendere osservabili e affidabili. Tale principio costituisce il punto di partenza per l'adattamento proposto nel presente lavoro.

L'obiettivo della ricerca non è, infatti, trasferire il modello EPA dalla formazione sanitaria alla Pubblica Amministrazione nella sua configurazione originaria. Un simile trasferimento sarebbe metodologicamente problematico, poiché le EPA sono state sviluppate per rispondere a una specifica esigenza: valutare il livello di autonomia con cui un professionista sanitario può svolgere attività cliniche. Il contesto della performance pubblica presenta invece caratteristiche differenti, legate alla programmazione strategica, alla responsabilità organizzativa, alla misurazione dei risultati, all'accountability e alla creazione di valore pubblico.

L'adattamento proposto consiste pertanto nell'individuazione di alcuni principi trasferibili del framework EPA, mantenendo invece distinti gli obiettivi e le finalità dei due sistemi. In particolare, possono essere individuati almeno cinque elementi di interesse:

⁹⁶ *Ibidem*

1. la centralità dell'attività osservabile, attraverso la quale rendere concreto un obiettivo altrimenti formulato in termini astratti;
2. l'attribuzione della responsabilità, mediante l'identificazione del soggetto o dell'unità organizzativa cui l'attività può essere affidata;
3. la progressività dell'autonomia, attraverso la definizione di differenti livelli di supervisione o di affidamento;
4. la valutazione fondata sull'evidenza, mediante l'identificazione di elementi documentali, osservativi o quantitativi che consentano di verificare l'effettivo svolgimento della prestazione;
5. il feedback continuo, attraverso il quale i risultati della valutazione possono essere utilizzati per correggere, migliorare o ridefinire le modalità di realizzazione dell'obiettivo.

Questi elementi vengono reinterpretati nel presente lavoro in funzione delle esigenze del *performance management* pubblico. L'oggetto dell'affidamento non è quindi necessariamente una prestazione clinica, ma una attività organizzativa rilevante ai fini del conseguimento di un obiettivo di performance. L'EPA-PA può essere pertanto definita come una attività organizzativa sufficientemente delimitata, significativa e osservabile, la cui realizzazione può essere affidata a un soggetto o a un'unità organizzativa e verificata attraverso evidenze predefinite, indicatori e livelli di autonomia o supervisione.

Il passaggio dall'EPA all'EPA-PA implica, dunque, una trasformazione della logica originaria. Nel modello sanitario-formativo, la domanda centrale è sostanzialmente: “il professionista può essere considerato sufficientemente competente e affidabile per svolgere questa attività senza una determinata forma di supervisione?”. Nel modello proposto per la Pubblica Amministrazione, la domanda diviene: “il soggetto o l'unità organizzativa può

essere responsabilizzato per questa attività e quale livello di autonomia è coerente con le evidenze disponibili circa la sua capacità di realizzarla?”.

La differenza è rilevante perché consente di mantenere il concetto di entrustment senza ridurlo a una valutazione delle sole competenze individuali. Nel contesto della PA, l'affidamento deve infatti considerare anche la dimensione organizzativa: disponibilità di risorse, chiarezza dei processi, accesso alle informazioni, strumenti tecnologici, vincoli normativi, interdipendenze con altre unità e grado di controllo esercitabile dal soggetto sull'esito finale. In altri termini, la responsabilità attribuita deve essere proporzionata non soltanto alle capacità del soggetto, ma anche alle condizioni organizzative entro cui la prestazione viene realizzata.

Questa precisazione consente di evitare un rischio importante: attribuire al singolo soggetto la responsabilità di risultati che dipendono prevalentemente da fattori esterni alla sua sfera di controllo. Come già evidenziato nel paragrafo precedente, la performance pubblica è spesso il risultato dell'interazione tra più attori e livelli organizzativi. L'EPA-PA non deve pertanto essere utilizzata per frammentare artificialmente obiettivi complessi, bensì per identificare quei contributi specifici che possono essere ragionevolmente attribuiti e osservati all'interno del processo organizzativo.

In questa prospettiva, il modello può essere collocato tra la programmazione e la misurazione. L'obiettivo strategico definisce la direzione verso cui l'organizzazione deve muoversi; l'EPA-PA consente di identificare la prestazione organizzativa concreta attraverso la quale tale obiettivo viene perseguito; l'indicatore e il KPI consentono successivamente di misurare il livello di realizzazione; il sistema di valutazione utilizza le evidenze prodotte per

formulare un giudizio; il feedback consente infine di alimentare il ciclo successivo di programmazione e miglioramento.

Si può pertanto rappresentare il rapporto tra i diversi elementi attraverso la seguente sequenza:

Obiettivo strategico → EPA-PA → responsabilità → attività osservabile → evidenza → KPI/indicatore → livello di realizzazione → feedback.

Tale sequenza permette di chiarire anche il rapporto tra il metodo proposto e la logica degli obiettivi SMART analizzata nel Capitolo 2. EPA-PA non sostituisce il criterio SMART e non costituisce un'alternativa ai KPI. Piuttosto, può rappresentare uno strumento complementare per colmare lo spazio esistente tra la definizione dell'obiettivo e la sua concreta realizzazione. Un obiettivo può essere specifico e misurabile, ma rimanere scarsamente operativo se non sono individuati con sufficiente chiarezza la prestazione attesa, il soggetto responsabile, le evidenze attraverso cui verificarla e il livello di autonomia necessario per realizzarla.

In questo senso, il framework EPA-PA introduce una dimensione prestazionale che integra la tradizionale dimensione quantitativa degli indicatori. Il KPI risponde prevalentemente alla domanda relativa al livello del risultato conseguito; l'EPA-PA contribuisce invece a chiarire quale attività debba essere realizzata per concorrere al raggiungimento di quel risultato e a chi tale attività possa essere affidata. La distinzione non implica una contrapposizione, ma una complementarità tra due livelli differenti del *performance management*.

Un ulteriore elemento di interesse riguarda la possibilità di definire livelli progressivi di affidamento. Seguendo, con gli opportuni adattamenti, la logica utilizzata negli studi sulle EPA sanitarie, è possibile immaginare una scala nella quale l'attività passa progressivamente

dall'osservazione all'esecuzione sotto supervisione, fino all'autonomia e, nei livelli più avanzati, alla capacità di coordinare o supportare altri soggetti nella realizzazione della medesima attività. Nel contesto della PA, tali livelli non dovrebbero essere interpretati esclusivamente come livelli di competenza professionale, ma come livelli di autonomia organizzativa e responsabilità nella gestione della prestazione.

Un possibile schema adattato potrebbe quindi articolarsi come segue:

Livello 1 – Osservazione: il soggetto conosce l'attività ma non dispone ancora delle condizioni necessarie per assumere una responsabilità operativa autonoma;

Livello 2 – Esecuzione con supervisione diretta: l'attività viene svolta con un controllo costante da parte del responsabile;

Livello 3 – Esecuzione con supervisione moderata: il soggetto realizza l'attività autonomamente nelle situazioni ordinarie, ricorrendo al supporto del supervisore nei casi più complessi;

Livello 4 – Autonomia: l'attività può essere affidata al soggetto con supervisione minima o successiva verifica del risultato;

Livello 5 – Coordinamento e trasferimento: il soggetto, oltre a svolgere autonomamente l'attività, è in grado di supportare, coordinare o trasferire le conoscenze necessarie ad altri soggetti.

La scala non deve essere considerata un sistema rigido e universale. Al contrario, costituisce una struttura adattabile alla natura dell'obiettivo e al livello organizzativo coinvolto. Come evidenziato anche dalla recente letteratura sulle EPA, la definizione dei livelli di affidamento

deve essere accompagnata da criteri chiari e da evidenze sufficienti a sostenere le decisioni di affidamento⁹⁷.

La costruzione di un EPA-PA richiede pertanto che ciascuna attività sia descritta in maniera sufficientemente precisa da evitare ambiguità interpretative, ma non così dettagliata da trasformarsi in una mera lista di micro-attività. L'EPA deve conservare una propria significatività organizzativa: deve rappresentare un'attività che abbia senso considerare come unità di responsabilità e che contribuisca in maniera riconoscibile al raggiungimento dell'obiettivo.

A titolo esemplificativo, un obiettivo formulato come “migliorare la gestione dei tempi di attesa” risulta ancora troppo generale per essere direttamente affidato e valutato attraverso una logica EPA. Esso potrebbe essere articolato, a seconda del contesto, in attività quali il monitoraggio sistematico dei tempi, l'identificazione delle principali cause di scostamento, la gestione delle agende, la verifica periodica della capacità produttiva o l'attuazione di specifiche azioni correttive. Ciascuna di tali attività può essere associata a un responsabile, a evidenze verificabili e a indicatori coerenti con il risultato atteso.

In questo modo, l'EPA-PA non sostituisce l'obiettivo originario, ma ne costituisce una unità di operazionalizzazione. Il risultato strategico rimane il riferimento generale, mentre le EPA-PA rendono visibile il contributo organizzativo necessario per conseguirlo.

La trasferibilità del framework deve tuttavia essere accompagnata da una consapevolezza dei suoi limiti. Lo stesso studio di Meng et al. 2024 evidenzia che la costruzione delle EPA attraverso il metodo Delphi dipende inevitabilmente dal giudizio degli esperti e che il consenso raggiunto non deve essere interpretato come individuazione della soluzione

⁹⁷ TEN CATE O., TAYLOR D.R., The recommended description of an entrustable professional activity, op. cit., pp. 1106-1114.

oggettivamente migliore in assoluto. Inoltre, la validità del framework può essere condizionata dal contesto istituzionale e culturale nel quale viene sviluppato e dalla disponibilità di risorse necessarie alla sua applicazione. Gli autori sottolineano, infine, la necessità di successive attività di validazione e sperimentazione sul campo.⁹⁸

Questi limiti risultano particolarmente importanti nel passaggio verso la Pubblica Amministrazione. Un metodo come EPA-PA non può essere considerato valido esclusivamente perché logicamente coerente: la sua efficacia dovrà essere verificata attraverso l'applicazione a casi concreti, il confronto tra differenti tipologie di obiettivi e la valutazione della sua capacità di migliorare la chiarezza delle responsabilità, la qualità delle evidenze e l'utilizzabilità delle informazioni prodotte. L'adattamento proposto nel presente lavoro deve pertanto essere inteso come una proposta metodologica, la cui applicazione simulata costituisce un primo livello di verifica e non una dimostrazione definitiva della sua efficacia empirica.

In conclusione, il passaggio dal framework EPA al metodo EPA-PA può essere interpretato come un processo di trasferimento selettivo di principi, nel quale non viene importata nella Pubblica Amministrazione la struttura originaria delle EPA, ma viene recuperata la logica sottostante: collegare competenze, attività, responsabilità, osservazione, affidamento ed evidenza. Tale logica viene reinterpretata alla luce delle esigenze del *performance management* pubblico, con l'obiettivo di rendere più concreto il passaggio dall'obiettivo programmato alla prestazione effettivamente realizzata.

Il valore aggiunto dell'adattamento risiede quindi nella possibilità di integrare tre dimensioni che nei sistemi tradizionali possono rimanere separate: la dimensione strategica

⁹⁸ MENG Z., CHENG H., TIAN J., LU Q., QI X., WANG C., *Development of entrustable professional activities for novice nurses: A modified Delphi study*, op. cit.

dell'obiettivo, la dimensione operativa della prestazione e la dimensione valutativa dell'evidenza. È a partire da questa integrazione che, nel paragrafo successivo, sarà possibile definire una vera e propria roadmap operativa EPA-PA, attraverso la quale descrivere le fasi necessarie per trasformare un obiettivo di performance in una attività affidabile, osservabile, misurabile e sottoposta a un processo strutturato di feedback.

3.3. METODOLOGIA DI IMPLEMENTAZIONE (ROADMAP OPERATIVA)

L'adattamento del framework delle Entrustable Professional Activities al contesto della Pubblica Amministrazione, delineato nel paragrafo precedente, richiede la definizione di un percorso metodologico capace di tradurre i principi teorici del modello in una procedura concretamente applicabile ai sistemi di programmazione e misurazione della performance. La proposta EPA-PA assume, in questa prospettiva, la forma di una roadmap operativa, ossia di una sequenza ordinata di passaggi attraverso i quali un obiettivo di performance viene progressivamente trasformato in una prestazione organizzativa osservabile, attribuibile, documentabile e valutabile.

La necessità di definire una sequenza metodologica deriva dalla constatazione che la formulazione dell'obiettivo costituisce soltanto il punto di partenza del processo di performance management⁹⁹. Perché un obiettivo possa effettivamente orientare l'azione organizzativa, è necessario stabilire quali attività debbano essere realizzate, quali soggetti siano chiamati a svolgerle, quali risultati intermedi siano attesi, quali evidenze consentano di verificare l'avvenuta realizzazione e secondo quali criteri debba essere valutato il livello

⁹⁹ *Ibidem*

di raggiungimento. L'EPA-PA si inserisce precisamente in questo spazio, operando come elemento di raccordo tra la programmazione strategica e la concreta esecuzione della prestazione.

La roadmap proposta si articola in sette fasi consecutive ma interdipendenti:

1. identificazione dell'obiettivo strategico;
2. analisi e scomposizione dell'obiettivo;
3. definizione dell'EPA-PA;
4. attribuzione della responsabilità e definizione del livello di affidamento;
5. individuazione delle evidenze e degli indicatori;
6. valutazione della prestazione;
7. feedback, apprendimento e aggiornamento dell'obiettivo.

La sequenza non deve essere interpretata come un processo rigidamente lineare. Il modello è concepito secondo una logica circolare, nella quale gli esiti della valutazione e del feedback possono determinare la revisione dell'EPA-PA, degli indicatori, delle responsabilità o, più in generale, delle modalità attraverso le quali l'obiettivo viene perseguito. Tale impostazione è coerente con una concezione del performance management inteso non soltanto come sistema di controllo, ma come strumento di apprendimento organizzativo e miglioramento continuo.¹⁰⁰

La prima fase consiste nell'individuazione dell'obiettivo dal quale prende avvio il processo di operazionalizzazione. L'obiettivo deve essere coerente con la strategia dell'organizzazione e con gli strumenti di programmazione attraverso i quali essa viene formalizzata. Nel contesto delle amministrazioni pubbliche, ciò significa considerare il

¹⁰⁰ VAN DOOREN W., BOUCKAERT G., HALLIGAN J., *Performance Management in the Public Sector*, op. cit.

collegamento tra indirizzi strategici, obiettivi organizzativi e obiettivi individuali, evitando che l'EPA-PA venga costruita come elemento isolato rispetto al sistema di programmazione. L'obiettivo rappresenta quindi il punto di partenza strategico, ma non coincide ancora con la prestazione affidabile. Una formulazione come “ridurre i tempi di attesa”, “migliorare la qualità del servizio”, “incrementare la digitalizzazione dei processi” o “rafforzare l'appropriatezza organizzativa” indica una direzione di intervento, ma non identifica necessariamente l'attività concreta che un determinato soggetto deve realizzare.

In questa fase assume particolare importanza la verifica della qualità dell'obiettivo secondo la logica SMART. La specificità, misurabilità, raggiungibilità, rilevanza e temporalità dell'obiettivo costituiscono condizioni preliminari utili, ma non esauriscono il processo di operazionalizzazione. L'EPA-PA interviene proprio successivamente, con l'obiettivo di tradurre l'obiettivo SMART in una o più attività concretamente affidabili.

La seconda fase consiste nell'analisi dell'obiettivo al fine di identificare il processo organizzativo attraverso il quale esso dovrebbe essere raggiunto. In questa fase occorre rispondere a una serie di domande preliminari:

quale risultato si intende ottenere?

quale processo organizzativo contribuisce al conseguimento del risultato?

quali attività sono necessarie?

quali soggetti o unità organizzative intervengono nel processo?

quali elementi sono direttamente controllabili dagli attori coinvolti?

quali fattori, invece, dipendono da condizioni esterne o da altre unità organizzative?

La scomposizione non deve produrre una frammentazione eccessiva dell'obiettivo. L'EPA-PA non deve trasformarsi in un elenco di singole operazioni o micro-compiti, perché in tal caso perderebbe la caratteristica di attività significativa che contraddistingue il framework

originario delle EPA. L'attività individuata deve possedere una propria rilevanza organizzativa e contribuire in maniera riconoscibile al risultato complessivo.

Questa fase consente inoltre di distinguere tra output, outcome e attività. L'output rappresenta ciò che l'organizzazione produce direttamente; l'outcome identifica l'effetto generato dall'intervento; l'attività rappresenta invece ciò che gli attori organizzativi devono concretamente realizzare per contribuire al risultato. La distinzione è fondamentale perché il sistema di performance non dovrebbe attribuire automaticamente al singolo soggetto la responsabilità di un outcome che dipende da una molteplicità di fattori, ma dovrebbe identificare il contributo effettivamente esercitabile dal soggetto nell'ambito del processo.

Una volta individuata l'attività significativa, essa viene formalizzata attraverso una EPA-PA.

L'EPA-PA dovrebbe contenere almeno cinque elementi fondamentali:

- a) denominazione dell'attività;
- b) finalità dell'attività;
- c) risultato atteso;
- d) condizioni e vincoli di esecuzione;
- e) evidenze necessarie per dimostrare il corretto svolgimento.

La denominazione deve essere sintetica ma sufficientemente precisa da identificare inequivocabilmente l'attività. La finalità chiarisce il rapporto tra l'attività e l'obiettivo organizzativo. Il risultato atteso definisce ciò che deve essere prodotto o conseguito. Le condizioni di esecuzione delimitano il contesto nel quale l'attività viene realizzata, mentre le evidenze costituiscono gli elementi attraverso i quali sarà successivamente possibile verificare la prestazione.

La formulazione dell'EPA-PA dovrebbe pertanto evitare espressioni eccessivamente generiche quali “collaborare”, “supportare”, “migliorare” o “garantire”, quando tali termini

non siano accompagnati da una descrizione concreta della prestazione. Una formulazione adeguata dovrebbe identificare un'attività sufficientemente definita da consentire a un soggetto esterno al processo di comprendere che cosa debba essere effettivamente realizzato. L'EPA-PA diviene così una unità di traduzione dell'obiettivo: prende un indirizzo formulato a livello strategico e lo trasforma in un'attività concretamente affidabile.

La quarta fase riguarda l'attribuzione della responsabilità. L'identificazione del soggetto responsabile costituisce un elemento essenziale affinché l'obiettivo non rimanga privo di un effettivo titolare della prestazione.

La responsabilità, tuttavia, non deve essere interpretata in senso esclusivamente individuale. Alcune EPA-PA possono infatti essere affidate a un singolo soggetto, mentre altre possono richiedere il coinvolgimento di un'équipe, di un ufficio, di una struttura organizzativa o di più unità interdipendenti. In tali situazioni, occorre distinguere tra responsabilità primaria e contributi concorrenti, evitando che la complessità del processo determini una responsabilizzazione indistinta.

A questo livello viene introdotto il concetto di *entrustment*, adattato al contesto pubblico. L'affidamento identifica il livello di autonomia con cui il soggetto può essere chiamato a svolgere l'attività. La progressione proposta nel presente lavoro può essere rappresentata attraverso cinque livelli:

- 1 – Osservazione: L'attività non è ancora affidabile autonomamente. Il soggetto necessita di formazione e osservazione
- 2 – Supervisione diretta: L'attività è svolta con controllo costante. Il responsabile verifica direttamente le fasi principali
- 3 – Supervisione moderata: L'attività è svolta autonomamente nelle situazioni ordinarie. Il supervisore interviene nei casi complessi

4 – Autonomia: L'attività è pienamente affidabile. È sufficiente una verifica periodica dei risultati

5 – Coordinamento: Il soggetto può coordinare o supportare altri. È in grado di trasferire competenze e supervisionare l'attività

La scala rappresenta una trasposizione adattata della logica di affidamento progressivo propria delle EPA. Essa non deve essere utilizzata come strumento di classificazione gerarchica delle persone, ma come strumento di valutazione del grado di autonomia organizzativa necessario per lo svolgimento di una specifica attività.

È inoltre necessario distinguere il livello di affidamento dalla valutazione finale della performance. Un soggetto può infatti possedere un elevato livello di autonomia e, in una determinata circostanza, non conseguire il risultato atteso; viceversa, un soggetto inizialmente sottoposto a supervisione può raggiungere rapidamente un risultato positivo. L'affidamento rappresenta pertanto una condizione organizzativa della prestazione e non coincide automaticamente con il suo esito.

La quinta fase costituisce il collegamento diretto tra EPA-PA e sistema di misurazione della performance.

Per ogni attività devono essere individuate le evidenze attraverso le quali sia possibile verificare che la prestazione sia stata effettivamente realizzata. Le evidenze possono assumere natura quantitativa o qualitativa e possono comprendere documenti prodotti, registrazioni nei sistemi informativi, report, verbali, dati amministrativi, risultati di audit, tempi di processo, indicatori di qualità o altri elementi oggettivamente verificabili.

L'evidenza non deve essere confusa con l'indicatore. L'evidenza rappresenta ciò che consente di dimostrare che una determinata attività è stata svolta; l'indicatore consente invece di misurare una determinata dimensione della performance.

Si può pertanto stabilire una relazione del tipo:

EPA-PA → prestazione → evidenza → indicatore → risultato misurato.

Questa distinzione assume particolare importanza perché consente di evitare che la valutazione venga costruita esclusivamente sulla base di valori numerici privi di una chiara connessione con l'attività effettivamente realizzata.

In questa fase possono essere utilizzati KPI già presenti nei sistemi aziendali o essere definiti indicatori specifici per l'EPA-PA. Gli indicatori dovrebbero essere selezionati in funzione della loro capacità di rappresentare realmente la prestazione e non semplicemente in base alla facilità con cui possono essere raccolti. La ricerca sul performance management pubblico ha infatti evidenziato il rischio che la disponibilità di dati facilmente misurabili conduca a privilegiare dimensioni della performance che non necessariamente coincidono con quelle più rilevanti per la missione dell'organizzazione.¹⁰¹

La sesta fase consiste nella valutazione dell'attività realizzata sulla base delle evidenze raccolte.

La valutazione dovrebbe integrare almeno tre dimensioni:

1. risultato, inteso come grado di raggiungimento dell'obiettivo;
2. qualità della prestazione, intesa come conformità ai criteri stabiliti;
3. autonomia, intesa come livello di supervisione necessario per realizzare l'attività.

Questa impostazione permette di evitare una valutazione esclusivamente quantitativa. Due soggetti potrebbero, ad esempio, conseguire lo stesso risultato numerico, ma raggiungerlo attraverso livelli differenti di autonomia, qualità e capacità organizzativa. L'EPA-PA consente di rendere visibile questa differenza.

¹⁰¹ DE BRUIJN H., *Managing Performance in the Public Sector*, 2nd ed., Routledge, London-New York, 2007, pp. 1-18.

La valutazione deve inoltre essere fondata, per quanto possibile, su evidenze verificabili. L'obiettivo è ridurre la discrezionalità non strutturata del processo valutativo e favorire decisioni maggiormente trasparenti e comparabili.

Ciò non significa eliminare il giudizio professionale del valutatore. Come evidenziato dalla letteratura sulle EPA, la decisione di affidamento presenta inevitabilmente una componente di giudizio esperto. Il problema metodologico non consiste quindi nell'eliminare tale componente, ma nel renderla maggiormente strutturata attraverso criteri, osservazioni ed evidenze condivise.

L'ultima fase riguarda il feedback. Il processo di valutazione non dovrebbe concludersi con l'attribuzione di un punteggio, ma dovrebbe produrre informazioni utilizzabili per migliorare la prestazione successiva.

Il feedback consente di identificare eventuali scostamenti tra risultato atteso e risultato ottenuto, individuare le cause dello scostamento e stabilire eventuali azioni correttive. In questo senso, il feedback rappresenta il momento nel quale il sistema di misurazione della performance assume una funzione propriamente gestionale.

L'esito del feedback può produrre almeno quattro conseguenze:

1. conferma del livello di affidamento raggiunto;
2. incremento del livello di autonomia;
3. mantenimento o riduzione del livello di supervisione;
4. revisione dell'EPA-PA, dell'indicatore o dell'obiettivo.

Quest'ultimo elemento è particolarmente importante. Se un'attività risulta sistematicamente difficile da valutare, l'assenza di risultati potrebbe non dipendere esclusivamente dalla prestazione del soggetto, ma da una formulazione inadeguata dell'obiettivo, da indicatori poco significativi o da condizioni organizzative non sufficientemente considerate.

Il sistema EPA-PA deve pertanto essere concepito come un meccanismo adattivo. La qualità del metodo non dipende soltanto dalla precisione con cui viene costruita l'EPA iniziale, ma anche dalla capacità dell'organizzazione di modificarla sulla base dell'esperienza.

La roadmap può quindi essere rappresentata sinteticamente come segue:

OBIETTIVO SMART



ANALISI DEL PROCESSO



EPA-PA



RESPONSABILITÀ + LIVELLO DI AFFIDAMENTO



ATTIVITÀ OSSERVABILE



EVIDENZE + KPI



VALUTAZIONE DELLA PRESTAZIONE



FEEDBACK



REVISIONE / MIGLIORAMENTO

La logica circolare del modello consente di superare una concezione statica del sistema di performance. L'obiettivo non viene semplicemente assegnato, misurato e valutato alla fine del periodo di riferimento, ma viene inserito all'interno di un processo continuo nel quale la

qualità delle informazioni prodotte durante l'esecuzione può modificare le modalità di realizzazione della prestazione.

Questa impostazione risulta particolarmente coerente con le caratteristiche delle organizzazioni sanitarie e, più in generale, delle amministrazioni pubbliche complesse. Nei contesti caratterizzati da elevata interdipendenza tra attività e soggetti, la performance raramente può essere ricondotta a una singola variabile. Diventa pertanto necessario disporre di strumenti capaci di rappresentare non soltanto il risultato finale, ma anche i processi attraverso i quali tale risultato viene perseguito.

Il metodo EPA-PA propone in tal senso una lettura multilivello della performance. Al primo livello si colloca l'obiettivo strategico, che esprime la finalità dell'organizzazione; al secondo l'EPA-PA, che identifica l'attività significativa attraverso la quale l'obiettivo viene perseguito; al terzo la prestazione osservabile, che rende concretamente verificabile l'attività; al quarto le evidenze e gli indicatori, che consentono di misurarne il risultato; al quinto il feedback, che trasforma l'informazione prodotta dalla misurazione in apprendimento organizzativo.

È proprio questa struttura multilivello che distingue la proposta EPA-PA da una semplice scheda di obiettivi o da un sistema aggiuntivo di KPI. L'obiettivo del modello non è aumentare il numero degli strumenti di misurazione, ma rafforzare la relazione logica tra gli strumenti già esistenti, rendendo più trasparente il percorso che conduce dalla programmazione alla prestazione.

Un ulteriore vantaggio della roadmap consiste nella possibilità di adattare il livello di dettaglio alla natura dell'obiettivo. Un obiettivo semplice e direttamente attribuibile può richiedere una sola EPA-PA, mentre un obiettivo complesso può essere articolato in più EPA-PA collegate tra loro. In quest'ultimo caso, la somma delle singole prestazioni non deve

necessariamente coincidere meccanicamente con il risultato finale, ma deve rappresentare i principali contributi organizzativi necessari al suo conseguimento.

La roadmap deve infine essere utilizzata con cautela per evitare il rischio di burocratizzazione della misurazione. L'introduzione di ulteriori schede, livelli, indicatori ed evidenze potrebbe infatti produrre un effetto contrario rispetto a quello perseguito, aumentando il carico amministrativo senza migliorare la qualità delle decisioni. Tale rischio è particolarmente rilevante nei sistemi di performance pubblica, nei quali la proliferazione degli indicatori può determinare sovraccarico informativo e comportamenti orientati al rispetto formale del sistema anziché al miglioramento effettivo dei risultati¹⁰².

Per tale ragione, l'EPA-PA dovrebbe essere applicata secondo un principio di proporzionalità: maggiore è la complessità, strategicità o rilevanza dell'obiettivo, maggiore può essere il livello di articolazione richiesto; viceversa, per attività routinarie e facilmente verificabili, il modello dovrebbe rimanere essenziale. Anche le evidenze dovrebbero essere selezionate secondo il principio della sufficienza informativa, evitando di richiedere documentazione che non aggiunga effettivo valore alla valutazione.

La roadmap proposta costituisce, pertanto, un modello metodologico finalizzato a rendere operativo il passaggio dalla definizione dell'obiettivo alla valutazione della prestazione. La sua validità non risiede nella complessità della struttura, ma nella capacità di creare una relazione coerente tra obiettivo, attività, responsabilità, autonomia, evidenza, misurazione e feedback.

¹⁰² TEN CATE O., TAYLOR D.R., *The recommended description of an entrustable professional activity*, op. cit., pp. 1106-1114.

3.4. APPLICAZIONE PRATICA: TABELLA COMPARATIVA (CASE STUDI SIMULATO)

La traduzione operativa del framework EPA-PA può essere ulteriormente chiarita attraverso un caso di studio simulato, finalizzato a mostrare il passaggio da un obiettivo formulato in termini prevalentemente programmatici o normativi a un'attività professionale concretamente osservabile, valutabile e suscettibile di attribuzione di responsabilità. L'obiettivo dell'esempio non è, pertanto, quello di proporre un modello rigidamente precostituito, quanto piuttosto di evidenziare la logica attraverso cui il framework può essere utilizzato all'interno di un'organizzazione pubblica, con particolare riferimento al contesto sanitario.

Il punto di partenza è rappresentato da una criticità ricorrente nei sistemi di performance management: gli obiettivi contenuti nei documenti di programmazione sono frequentemente formulati a un livello di astrazione tale da rendere difficoltosa la loro traduzione in comportamenti, attività e risultati concretamente osservabili¹⁰³. Un obiettivo quale «migliorare la qualità dell'accoglienza dell'utenza» o «ridurre i tempi di presa in carico» esprime una direzione strategica condivisibile, ma non identifica con sufficiente precisione chi debba fare cosa, secondo quali modalità, entro quali condizioni e sulla base di quali evidenze sia possibile stabilire se la prestazione sia stata effettivamente realizzata.

È proprio in questo passaggio che il paradigma delle Entrustable Professional Activities può assumere una funzione metodologica rilevante. Le EPA sono state originariamente elaborate nell'ambito della formazione delle professioni sanitarie per superare alcune difficoltà proprie

¹⁰³ DE BRUIJN H., *Managing Performance in the Public Sector*, op. cit.

dei modelli basati esclusivamente sulle competenze. Una competenza descrive infatti una capacità posseduta dal professionista, mentre un'EPA identifica un'unità di attività professionale che integra diverse competenze e che può essere affidata a un soggetto quando questi abbia raggiunto un livello sufficiente di affidabilità per svolgerla con un determinato grado di autonomia.¹⁰⁴

Il valore del modello risiede, pertanto, nel suo carattere integrativo e operativo¹⁰⁵. L'EPA non coincide con un singolo indicatore, né con una generica competenza, ma rappresenta un'attività professionale complessa nella quale convergono conoscenze, capacità tecniche, capacità relazionali, autonomia decisionale e responsabilità. In questa prospettiva, l'adozione del framework EPA-PA nel performance management della pubblica amministrazione può consentire di introdurre un livello intermedio tra la formulazione dell'obiettivo strategico e la misurazione finale del risultato.

La logica può essere rappresentata attraverso la seguente sequenza:

obiettivo strategico → attività professionale affidabile → comportamento osservabile → evidenza → livello di autonomia → risultato → feedback.

Tale sequenza consente di ridurre la distanza tra la programmazione e l'effettiva prestazione organizzativa. L'obiettivo non viene più considerato esclusivamente come un risultato da raggiungere al termine del periodo di valutazione, ma come un insieme strutturato di attività attraverso cui il risultato stesso viene prodotto.

Un ulteriore elemento di interesse deriva dal lavoro di Hennis, Jarrett, Taylor e Ten Cate 2023, i quali individuano un processo articolato in quattro fasi per lo sviluppo delle EPA:

¹⁰⁴ TEN CATE, OLLE, *Entrustability of professional activities and competency-based training*, Medical Education, Wiley, Oxford, 2005, pp. 1176-1177.

¹⁰⁵ DE BRUIJN H., *Managing Performance in the Public Sector*, op. cit.

preparazione, elaborazione, controllo della qualità e allineamento con il curriculum. Il processo comprende, tra gli altri aspetti, la costituzione di un gruppo di lavoro, la definizione condivisa dello scopo, l'elaborazione delle attività, l'adozione di un sistema di supervisione, il controllo strutturato della qualità, il ricorso al metodo Delphi, la sperimentazione pilota e la successiva revisione.¹⁰⁶

Sebbene il modello sia stato elaborato nell'ambito dell'educazione delle professioni sanitarie, la sua logica processuale può essere adattata al contesto amministrativo, sostituendo progressivamente il concetto di «formazione» con quello di performance organizzativa e professionale.

Nel caso della pubblica amministrazione, infatti, l'elemento centrale non sarebbe necessariamente la certificazione della competenza di un professionista in formazione, bensì la possibilità di associare a ciascun obiettivo una o più attività concretamente affidabili a specifici ruoli organizzativi. L'entrustment diventerebbe quindi uno strumento per rappresentare il progressivo trasferimento di autonomia e responsabilità nell'esecuzione delle attività.

A titolo esemplificativo, si consideri un'azienda sanitaria che abbia inserito tra i propri obiettivi annuali la riduzione dei tempi di presa in carico dell'utente presso un servizio ambulatoriale. La formulazione originaria dell'obiettivo potrebbe essere sintetizzata come segue: «ridurre i tempi medi di presa in carico del 15% entro il 31 dicembre». Sebbene tale formulazione presenti una dimensione quantitativa e temporale, essa non consente ancora di individuare in maniera precisa le attività organizzative attraverso cui il risultato dovrebbe essere prodotto.

¹⁰⁶ HENNUS, M. P.; JARRETT, J. B.; TAYLOR, DAVID R.; TEN CATE, OLLE, *Twelve tips to develop entrustable professional activities*, Taylor & Francis, Londra, 2023, pp. 701-707.

Il framework EPA-PA permette di scomporre l'obiettivo in attività professionali affidabili e osservabili. La prima attività potrebbe essere formulata come: «Gestire il processo di presa in carico dell'utente secondo le procedure organizzative e gli standard di servizio definiti dall'azienda». Tale attività richiede l'integrazione di più competenze: conoscenza delle procedure, capacità di gestione delle informazioni, capacità comunicative, utilizzo dei sistemi informativi, capacità di individuazione delle criticità e rispetto degli standard temporali.

L'EPA, quindi, non coincide con il semplice «rispettare i tempi», che rappresenterebbe piuttosto un indicatore di risultato. Essa identifica invece il complesso delle azioni attraverso le quali il professionista contribuisce alla realizzazione dell'obiettivo.

Tabella 1. – Dal requisito strategico all'attività professionale osservabile

LIVELLO	FORMULAZIONE	FUNZIONE
Obiettivo strategico	Ridurre del 15% i tempi medi di presa in carico dell'utente	Orientare il processo verso maggiore tempestività ed efficienza
Obiettivo operativo	Standardizzare e rendere più efficiente il processo di presa in carico	Tradurre l'obiettivo strategico in modalità operative omogenee
EPA-PA	Gestire il processo di presa in carico dell'utente secondo gli standard aziendali	Integrare conoscenze, capacità e comportamenti nell'esecuzione autonoma dell'attività
Competenze integrate	Conoscenze procedurali, capacità organizzative, comunicazione, uso dei sistemi informativi, problem solving	Mobilizzare in modo integrato le risorse necessarie alla gestione del processo

Comportamenti osservabili	Verifica dei dati, corretta registrazione, rispetto della sequenza procedurale, gestione delle anomalie, comunicazione all'utente	Rendere concretamente osservabile la competenza professionale
Evidenze	Registrazioni nel sistema informativo, tempi rilevati, audit, report, osservazioni del responsabile	Documentare la qualità e l'efficacia della prestazione
KPI	Tempo medio di presa in carico; % pratiche completate entro lo standard; % anomalie risolte entro il termine previsto	Misurare il raggiungimento degli standard di processo
Livello di autonomia	Gestisce il processo in autonomia, applicando gli standard aziendali; interviene sulle anomalie ordinarie e richiede supporto per quelle non previste o di maggiore complessità	Definire il grado di responsabilità e di supervisione richiesto
Feedback	Restituzione periodica del responsabile sulla correttezza della procedura, sui tempi di gestione, sulla qualità delle registrazioni e sulla capacità di risolvere le anomalie	Favorire il miglioramento continuo della prestazione
Risultato finale	Presa in carico completa, corretta e tempestiva dell'utente, nel rispetto degli standard aziendali e con riduzione dei tempi medi di gestione	Verificare l'effettivo contributo dell'attività al raggiungimento dell'obiettivo operativo e strategico

Fonte: elaborazione propria sulla base del framework delle Entrustable Professional Activities e degli elementi di qualità individuati dalla letteratura sulle EPA.

La tabella evidenzia un aspetto fondamentale: l'indicatore non viene eliminato dal sistema di performance, ma viene collocato all'interno di una catena causale più ampia. Il KPI continua a misurare il risultato, ma viene affiancato dalla descrizione dell'attività professionale, delle competenze necessarie, dei comportamenti osservabili e delle evidenze utilizzabili per formulare il giudizio.

Questa impostazione consente inoltre di distinguere due dimensioni che nei sistemi tradizionali di performance management tendono a essere sovrapposte: la misurazione del risultato e la valutazione della capacità di produrre quel risultato¹⁰⁷. Un dipendente potrebbe, infatti, raggiungere temporaneamente un determinato target quantitativo senza che ciò implichi necessariamente un adeguato livello di autonomia, qualità o sostenibilità della prestazione. Al contrario, una prestazione caratterizzata da elevata affidabilità professionale potrebbe non tradursi immediatamente in un miglioramento dell'indicatore finale a causa di fattori organizzativi esterni.

Il modello EPA-PA consente quindi di introdurre una prospettiva maggiormente dinamica, nella quale la performance viene osservata lungo il processo di produzione del risultato e non esclusivamente nella sua manifestazione finale.

Tabella 2. – Confronto tra approccio tradizionale e approccio EPA-PA

DIMENSIONE	APPROCCIO TRADIZIONALE	APPROCCIO EPA-PA
Punto di partenza	Obiettivo / KPI	Obiettivo + attività professionale
Focus	Risultato finale	Attività, risultato e responsabilità

¹⁰⁷ HENNUS, M. P.; JARRETT, J. B.; TAYLOR, DAVID R.; TEN CATE, OLLE, *Twelve tips to develop entrustable professional activities*, op. cit.

DIMENSIONE	APPROCCIO TRADIZIONALE	APPROCCIO EPA-PA
Unità di analisi	Indicatore	Attività professionale affidabile
Competenze	Spesso valutate separatamente	Integrate nell'attività professionale
Osservabilità	Limitata	Centrale
Responsabilità	Collegata al raggiungimento del target	Collegata all'esecuzione dell'attività e al risultato
Autonomia	Generalmente non esplicitata	Esplicitamente graduata
Evidenze	Principalmente dati quantitativi	Dati quantitativi + osservazioni + documentazione + prodotti
Feedback	Spesso concentrato sulla valutazione finale	Continuo e collegato alla prestazione
Miglioramento	Successivo alla valutazione	Integrato nel ciclo di performance

L'utilità di questa impostazione è ulteriormente rafforzata dagli studi dedicati alla qualità delle EPA. Post et al 2018. hanno sviluppato e validato uno strumento, denominato QUEPA (Quality of Entrustable Professional Activities), finalizzato a valutare la qualità delle attività formulate per la valutazione dei professionisti. Lo studio ha individuato cinque dimensioni iniziali particolarmente rilevanti: focalizzazione dell'attività, osservabilità, realismo, generalizzabilità e integrazione di competenze multiple. L'analisi successiva ha evidenziato quattro fattori principali: focalizzazione, osservabilità, realismo/generalizzabilità e integrazione di competenze multiple.¹⁰⁸

Tali dimensioni risultano particolarmente utili anche nell'adattamento del modello alla pubblica amministrazione. Un'attività EPA-PA dovrebbe infatti essere sufficientemente specifica da rappresentare una singola unità di lavoro, sufficientemente osservabile da poter essere valutata, sufficientemente realistica da corrispondere alle effettive attività svolte

¹⁰⁸ POST, J. A.; WITTICH C. M.; DUPRAS, D. M.; HALVORSEN, A. J.; MANDREKAR J. N.; OXENTENKO, A. S.; BECKMAN, T. J., *Rating the Quality of Entrustable Professional Activities: Content Validation and Associations with the Clinical Context*, Springer, Cham, 2016, pp. 518-523

dall'organizzazione, sufficientemente generalizzabile da non dipendere esclusivamente da una situazione eccezionale e, soprattutto, capace di integrare più dimensioni della prestazione.

Questo ultimo requisito assume particolare importanza nel settore sanitario. Un'attività quale «gestire la presa in carico dell'utente» non può essere ricondotta esclusivamente alla velocità di esecuzione. Essa implica, infatti, il rispetto delle procedure, la correttezza delle informazioni, la capacità di interazione con l'utente, l'utilizzo appropriato dei sistemi informativi, la gestione delle anomalie e il rispetto dei requisiti di qualità e sicurezza. Ne deriva che una valutazione fondata su un unico KPI rischierebbe di rappresentare solo una parte della performance effettivamente prodotta.

L'adattamento del framework EPA alla pubblica amministrazione richiede tuttavia di evitare una trasposizione meramente meccanica del modello sanitario. L'entrustment, nel contesto originario, riguarda principalmente la decisione relativa al livello di autonomia con cui un professionista in formazione può svolgere un'attività. Nel contesto della PA, tale concetto dovrebbe essere reinterpretato come progressiva attribuzione di autonomia operativa e responsabilità organizzativa, mantenendo comunque un sistema di supervisione proporzionato alla complessità e al rischio dell'attività.

Si può quindi ipotizzare una scala EPA-PA articolata in cinque livelli:

Livello 1 – Osservazione: il soggetto conosce l'attività ma non è ancora autorizzato a svolgerla autonomamente.

Livello 2 – Esecuzione con supervisione diretta: l'attività può essere svolta dall'operatore, ma richiede un controllo frequente del responsabile.

Livello 3 – Esecuzione con supervisione moderata: l'operatore gestisce autonomamente le situazioni ordinarie e ricorre al supervisore per le situazioni più complesse.

Livello 4 – Esecuzione autonoma: l'attività viene svolta senza supervisione ordinaria, nel rispetto degli standard previsti e con capacità di gestione delle principali criticità.

Livello 5 – Supervisione di altri: il soggetto, oltre a svolgere autonomamente l'attività, possiede un livello di padronanza sufficiente per supportare o supervisionare altri operatori.

Una simile graduazione è coerente con la logica delle scale di supervisione utilizzate nella letteratura sulle EPA, nelle quali il passaggio da un livello all'altro rappresenta una decisione relativa all'autonomia che può essere affidata al soggetto.¹⁰⁹

Nel contesto della PA, tale progressione può essere utilizzata non tanto per costruire una graduatoria gerarchica dei dipendenti, quanto per documentare il progressivo consolidamento della capacità organizzativa e professionale.

Il modello presenta inoltre una potenziale utilità per il management pubblico. L'informazione relativa al livello di autonomia raggiunto può essere utilizzata per identificare fabbisogni formativi, distribuire le responsabilità, individuare eventuali colli di bottiglia organizzativi e orientare gli interventi di miglioramento. In questo senso, il sistema EPA-PA non si limita a rispondere alla domanda «quanto è stata raggiunta la performance?», ma consente di aggiungere una seconda domanda: «quanto l'organizzazione è in grado di produrre quella performance in modo autonomo, ripetibile e affidabile?»

Il caso simulato può essere ulteriormente esteso considerando tre attività collegate al medesimo obiettivo strategico.

Tabella 3 – Esempio di articolazione delle EPA-PA nel processo di presa in carico

¹⁰⁹ TEN CATE, OLLE; SCHWARTZ A., CHEN H. CARRIE, Assessing trainees and making entrustment decisions: on the nature and use of entrustment-supervision scales, Academic Medicine, Wolters Kluwer, Philadelphia, 2020, pp. 1662-1669.

EPA-PA	Attività	Evidenze principali	KPI	Livello
EPA-PA	Presa in carico utente	Sistema informativo, pratiche, osservazione	Tempo medio presa in carico	4
EPA-PA 1	Gestione anomalie e richieste complesse	Anomalie, report, reclami	% anomalie risolte entro standard	3-4
EPA-PA 2	Monitoraggio e miglioramento processo	Report, KPI, proposte	% azioni correttive implementate	4-5

La terza attività introduce un elemento particolarmente importante ai fini del performance management: la capacità di monitorare e migliorare il processo, e non soltanto di eseguirlo. In questo modo l'EPA-PA può collegarsi alla logica del miglioramento continuo e alla costruzione di una pubblica amministrazione maggiormente orientata all'evidenza.

La qualità dell'attività deve, tuttavia, essere sottoposta a una verifica preliminare. La letteratura suggerisce infatti che la costruzione di un'EPA efficace richieda un controllo strutturato e, ove possibile, il coinvolgimento di esperti e stakeholder attraverso procedure di consenso. Hennis et al 2023. propongono, in particolare, l'utilizzo di strumenti di controllo della qualità, il ricorso al metodo Delphi, la sperimentazione pilota e una successiva revisione delle attività sulla base delle evidenze raccolte durante l'implementazione.¹¹⁰

¹¹⁰ HENNUS, M. P.; JARRETT, J. B.; TAYLOR, DAVID R.; TEN CATE, OLLE, *Twelve tips to develop entrustable professional activities*, Taylor & Francis, Londra, 2023, pp. 701-707.

Nel caso della PA, questa logica potrebbe tradursi nella costituzione di un gruppo di lavoro composto da dirigenti, responsabili di servizio, professionisti coinvolti nei processi, esperti di organizzazione e, ove pertinente, rappresentanti degli utenti.

La fase pilota assume quindi una funzione essenziale. Prima di integrare stabilmente le EPA-PA nel ciclo della performance, sarebbe opportuno verificare se le attività individuate siano effettivamente rappresentative del lavoro svolto, se possano essere osservate e documentate senza generare un carico amministrativo eccessivo e se gli indicatori associati siano realmente informativi. Tale passaggio è particolarmente importante perché un'eccessiva proliferazione di EPA potrebbe produrre un effetto contrario rispetto a quello perseguito, trasformando lo strumento in un ulteriore adempimento burocratico.

In questa prospettiva, l'EPA-PA dovrebbe essere concepita come una unità minima significativa di responsabilità organizzativa, non come una nuova scheda burocratica da compilare. La sua funzione è quella di rendere visibile la relazione tra ciò che l'organizzazione intende conseguire e ciò che concretamente le persone devono essere in grado di fare per contribuire a quel risultato.

Il caso simulato evidenzia, dunque, come il framework possa fungere da ponte tra la dimensione strategica e quella operativa. L'obiettivo strategico stabilisce la direzione; l'EPA-PA identifica l'attività attraverso cui la direzione viene tradotta in pratica; gli indicatori misurano il risultato prodotto; le evidenze documentano la prestazione; il livello di autonomia esprime il grado di affidabilità raggiunto; il feedback alimenta il successivo ciclo di miglioramento.

Ne deriva una rappresentazione della performance non più esclusivamente fondata sulla relazione obiettivo–indicatore–risultato, ma su una catena più articolata:

obiettivo → EPA-PA → competenze → comportamento osservabile → evidenza → autonomia → KPI → risultato → feedback.

È proprio questa articolazione a rendere il modello potenzialmente coerente con l'evoluzione del *performance management* pubblico delineata nei capitoli precedenti. L'EPA-PA può infatti contribuire a colmare il divario tra la programmazione degli obiettivi e la loro effettiva attuazione, introducendo nel ciclo della performance una dimensione processuale, osservabile e responsabilizzante. La misurazione del risultato rimane centrale, ma viene integrata con informazioni relative alla capacità dell'organizzazione e dei suoi professionisti di produrre quel risultato in modo affidabile e replicabile.

In tal senso, l'applicazione simulata non deve essere interpretata come una proposta di sostituzione degli strumenti di performance già esistenti, bensì come una loro possibile integrazione metodologica. Il valore aggiunto dell'approccio EPA-PA risiede infatti nella possibilità di collegare gli obiettivi strategici, le attività operative e le evidenze di performance attraverso un linguaggio comune, rendendo più trasparente il rapporto tra responsabilità individuale, responsabilità organizzativa e valore prodotto per l'utente.

3.5. CICLO DI FEEDBACK E RESPONSABILIZZAZIONE

L'introduzione delle EPA-PA nel sistema di gestione della performance comporta un cambiamento significativo anche nel modo di intendere il feedback, la valutazione e la responsabilizzazione delle persone. In un modello tradizionale, il feedback tende a essere concentrato prevalentemente nei momenti formali di valutazione, nei quali il risultato raggiunto viene confrontato con gli obiettivi assegnati e con i relativi indicatori. In questa prospettiva, la valutazione assume prevalentemente una funzione consuntiva, poiché

interviene al termine del periodo di riferimento per rilevare ciò che è stato ottenuto e formulare un giudizio sulla prestazione.

L'approccio EPA-PA consente invece di collocare il feedback all'interno del processo di lavoro, collegandolo direttamente all'attività professionale osservabile. La prestazione non viene considerata esclusivamente in termini di risultato finale, ma viene analizzata attraverso l'integrazione tra risultati, comportamenti, evidenze e livello di autonomia. Il feedback diventa così uno strumento continuo di orientamento e miglioramento della prestazione, capace di mettere in relazione ciò che il professionista fa concretamente con gli standard attesi dall'organizzazione.¹¹¹

Il punto di partenza è rappresentato dalla definizione chiara dell'attività professionale e del risultato atteso. Affinché il feedback possa svolgere una funzione effettivamente utile, il professionista deve conoscere preventivamente ciò che gli viene richiesto, gli standard di riferimento, le responsabilità associate all'attività e il livello di autonomia atteso. La chiarezza degli obiettivi costituisce infatti una condizione essenziale per poter successivamente osservare e valutare la prestazione.¹¹²

Nel modello proposto, l'obiettivo organizzativo viene quindi tradotto in una specifica attività professionale, caratterizzata da comportamenti osservabili, evidenze verificabili e risultati misurabili. Tale passaggio permette di superare una concezione della performance esclusivamente legata al raggiungimento del KPI e consente di osservare anche il modo attraverso il quale il risultato viene prodotto.

¹¹¹ ARMSTRONG, M. *Armstrong's Handbook of Performance Management: An Evidence-Based Guide to Delivering High Performance*, Kogan Page, London, 2015, pp. 98-104.

¹¹² *Ivi*, pp. 77-97.

Durante lo svolgimento dell'attività vengono raccolte evidenze relative sia al risultato sia alle modalità di esecuzione. Nel caso del processo di presa in carico dell'utente, ad esempio, non è sufficiente rilevare il tempo medio necessario per completare la procedura. È necessario considerare anche la correttezza della registrazione dei dati, il rispetto della sequenza procedurale, la capacità di gestire eventuali anomalie e la qualità della comunicazione con l'utente. Il dato quantitativo assume quindi maggiore significato quando viene interpretato insieme alle evidenze qualitative e documentali.

Questa impostazione consente di evitare una lettura riduttiva della performance basata esclusivamente sul raggiungimento del target. Un risultato quantitativo positivo, infatti, non garantisce automaticamente che l'attività sia stata svolta in modo corretto, affidabile e coerente con gli standard professionali. Allo stesso modo, un eventuale scostamento dall'indicatore non deve essere interpretato automaticamente come una carenza individuale, ma deve essere analizzato considerando la complessità dell'attività, le condizioni organizzative, le risorse disponibili e le eventuali anomalie incontrate nel processo.

Il feedback assume pertanto una funzione interpretativa oltre che valutativa. Il suo obiettivo non consiste semplicemente nel comunicare al professionista se il risultato sia stato raggiunto o meno, ma nel consentire una comprensione più precisa della prestazione e delle condizioni che l'hanno determinata. La letteratura sul feedback evidenzia, infatti, che gli interventi di feedback non producono necessariamente effetti positivi in modo automatico: la loro efficacia dipende anche dal modo in cui il feedback orienta l'attenzione verso il compito e verso le modalità concrete di miglioramento.¹¹³

¹¹³ KLUGER, A.N.; DENISI, A. *The Effects of Feedback Interventions on Performance: A Historical Review, a Meta-Analysis, and a Preliminary Feedback Intervention Theory*, in «Psychological Bulletin», vol. 119, n. 2, American Psychological Association, Washington, 1996, pp. 254-284.

In questa prospettiva, il ruolo del responsabile assume particolare rilevanza. Il responsabile non svolge esclusivamente una funzione di controllo, ma diventa un interlocutore nel processo di sviluppo della prestazione. Attraverso l'osservazione sistematica e il confronto con il professionista, può fornire indicazioni puntuali sui comportamenti adottati, valorizzare le prestazioni efficaci e individuare le situazioni nelle quali è necessario intervenire. Il feedback risulta quindi maggiormente utile quando è specifico, tempestivo e collegato a evidenze concrete.

La responsabilizzazione del professionista costituisce il secondo elemento fondamentale del ciclo. Nell'approccio EPA-PA, essere responsabili non significa semplicemente essere chiamati a raggiungere un determinato risultato, ma assumere la responsabilità della corretta gestione dell'attività professionale affidata. Ciò implica la capacità di applicare le procedure, utilizzare correttamente gli strumenti disponibili, riconoscere le situazioni anomale, adottare decisioni appropriate e, quando necessario, richiedere supporto o attivare i livelli organizzativi competenti.

La responsabilizzazione è quindi strettamente collegata al livello di autonomia. L'autonomia non deve essere intesa come assenza di supervisione, ma come capacità crescente di gestire l'attività in modo affidabile. Il passaggio verso livelli superiori di autonomia implica una maggiore capacità di affrontare situazioni complesse, individuare e risolvere problemi, assumere decisioni appropriate e contribuire al miglioramento del processo. In questa prospettiva, la responsabilità individuale viene collegata non soltanto al risultato ottenuto, ma anche alla capacità di governare il processo attraverso il quale il risultato viene prodotto.⁴ Il concetto di responsabilizzazione assume particolare rilevanza anche rispetto alla gestione per obiettivi. L'obiettivo, infatti, non dovrebbe essere considerato come un semplice target imposto dall'organizzazione, ma come un riferimento che consente al professionista di

orientare la propria attività e di verificare autonomamente i risultati raggiunti. La logica della gestione per obiettivi è strettamente connessa, in questo senso, alla possibilità di sviluppare forme di autocontrollo e di maggiore consapevolezza rispetto alla propria prestazione.⁵

Questo aspetto risulta particolarmente importante nelle attività caratterizzate da variabilità e complessità. Nel processo di presa in carico possono emergere, ad esempio, dati incompleti, richieste non previste, problemi nell'utilizzo del sistema informativo o situazioni che richiedono il coinvolgimento di altri soggetti organizzativi. La competenza professionale si manifesta quindi non soltanto nella corretta esecuzione della procedura standard, ma anche nella capacità di riconoscere la situazione, gestirla secondo le proprie responsabilità e attivare tempestivamente il supporto necessario.

Il ciclo di feedback consente inoltre di trasformare gli eventuali errori o scostamenti in occasioni di apprendimento. Quando una prestazione non raggiunge lo standard previsto, l'analisi non dovrebbe limitarsi all'individuazione della responsabilità individuale, ma dovrebbe cercare di comprendere le cause dello scostamento. Queste possono riguardare le competenze possedute, le modalità operative, gli strumenti utilizzati, l'organizzazione del lavoro oppure la chiarezza delle procedure.

Da questa prospettiva, il feedback diventa parte di un processo di apprendimento continuo. Le informazioni raccolte attraverso l'osservazione della prestazione possono essere utilizzate per modificare comportamenti, rafforzare competenze, migliorare le modalità operative o intervenire sul processo. L'azione di miglioramento viene successivamente sottoposta a nuova verifica, creando un ciclo ricorrente nel quale la valutazione non rappresenta il punto conclusivo, ma costituisce l'input per una nuova fase di sviluppo.

Il ciclo può essere quindi rappresentato concettualmente come segue:

Prestazione → Osservazione → Evidenze → Feedback → Azione di miglioramento → Nuova prestazione → Nuova verifica.

All'interno di questo ciclo, il KPI mantiene una funzione importante, ma non costituisce più l'unico elemento di valutazione. L'indicatore segnala il risultato raggiunto; le evidenze consentono di comprendere come tale risultato sia stato prodotto; l'osservazione permette di valutare i comportamenti professionali; il feedback orienta il miglioramento; il livello di autonomia definisce il grado di responsabilità con cui l'attività viene gestita.

L'integrazione di questi elementi permette di costruire una valutazione maggiormente aderente alla realtà professionale. La performance non viene più considerata come un semplice risultato numerico, ma come la capacità di produrre un risultato affidabile attraverso un'attività svolta secondo standard definiti, con un adeguato livello di autonomia e responsabilità.

Il ciclo di feedback assume inoltre una funzione rilevante per l'organizzazione nel suo complesso. Le informazioni raccolte durante l'osservazione delle EPA-PA possono infatti evidenziare non soltanto esigenze di sviluppo individuale, ma anche criticità ricorrenti nei processi. Se più professionisti incontrano le stesse difficoltà, se determinate anomalie si ripetono oppure se un indicatore mostra sistematicamente risultati inferiori allo standard, il problema potrebbe non essere riconducibile esclusivamente alla singola prestazione. Potrebbe emergere, al contrario, la necessità di intervenire sulle procedure, sulla formazione, sugli strumenti informativi o sulla distribuzione delle responsabilità.

Il feedback diventa così un meccanismo di collegamento tra la dimensione individuale e quella organizzativa. Da un lato sostiene il professionista nel miglioramento della propria prestazione; dall'altro fornisce all'organizzazione informazioni utili per rendere i processi più efficaci e coerenti con gli obiettivi strategici. La gestione della performance assume

quindi una dimensione dinamica, nella quale la valutazione alimenta nuove decisioni e nuove azioni di miglioramento.

In conclusione, il ciclo di feedback e responsabilizzazione rappresenta uno degli elementi che consentono all'approccio EPA-PA di superare una logica di valutazione esclusivamente finale. La valutazione viene inserita nel processo di lavoro e diventa uno strumento attraverso il quale osservare la prestazione, riconoscere il livello di autonomia, sostenere lo sviluppo professionale e orientare il miglioramento organizzativo. La responsabilità del risultato viene quindi accompagnata dalla responsabilità dell'azione professionale, rendendo più evidente il contributo concreto della persona al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

3.6. VERSO UNA PERFORMANCE MANAGEMENT PA BASATA SULL'EVIDENZA

L'evoluzione dei sistemi di performance nella Pubblica Amministrazione richiede un progressivo superamento di una concezione della misurazione intesa prevalentemente come adempimento formale. La disponibilità di obiettivi, indicatori e target costituisce una condizione necessaria, ma non sufficiente, per costruire un sistema di gestione della performance realmente utile all'organizzazione. Il tema centrale diventa infatti quello dell'utilizzo delle informazioni prodotte dal sistema: non soltanto raccogliere dati sulla performance, ma trasformarli in conoscenza utile per comprendere i processi, assumere decisioni e orientare l'azione amministrativa.

In questa prospettiva si colloca il passaggio verso una performance management basata sull'evidenza, nella quale le decisioni relative alla gestione delle persone, dei processi e delle risorse vengono sostenute da informazioni verificabili e pertinenti. L'evidenza non deve essere intesa esclusivamente come dato numerico. Un dato quantitativo rappresenta una componente dell'evidenza, ma può essere integrato da documentazione, osservazioni, risultati di audit, informazioni provenienti dagli utenti, analisi dei processi e altri elementi utili a comprendere il fenomeno osservato.¹¹⁴

La differenza rispetto a una semplice logica di misurazione è sostanziale. Misurare significa attribuire un valore a una determinata dimensione della performance; gestire significa utilizzare quel valore per comprendere una situazione e decidere come intervenire. Un indicatore che segnala un aumento dei tempi di presa in carico, ad esempio, non costituisce di per sé una spiegazione del fenomeno. Esso evidenzia uno scostamento che richiede un'ulteriore attività di analisi finalizzata a individuare le cause, verificare la distribuzione del problema e comprendere quali interventi possano essere più efficaci.

La performance management basata sull'evidenza introduce pertanto una distinzione fondamentale tra dato, informazione e decisione. Il dato rappresenta l'elemento osservato; l'informazione deriva dalla sua organizzazione e interpretazione; la decisione costituisce l'utilizzo dell'informazione per orientare l'azione. Il valore del sistema di performance dipende quindi dalla capacità dell'organizzazione di collegare questi tre livelli.

¹¹⁴ BRUNSSON, N.; SAHLIN-ANDERSSON, K. Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform, op. cit.

Questa impostazione è particolarmente rilevante nella Pubblica Amministrazione, dove i risultati dipendono spesso dall'interazione di molteplici fattori¹¹⁵. La performance di un servizio non è necessariamente riconducibile alla sola attività del singolo operatore, ma può essere influenzata dall'organizzazione del lavoro, dalla disponibilità delle risorse, dai sistemi informativi, dalla distribuzione delle responsabilità, dalla complessità delle richieste e dalle caratteristiche dell'utenza. Una lettura esclusivamente quantitativa rischia quindi di attribuire al risultato una spiegazione eccessivamente semplice.

L'utilizzo dell'evidenza permette invece di sviluppare una lettura più articolata della performance. Il dato relativo al risultato può essere messo in relazione con le caratteristiche del processo e con le modalità attraverso cui l'attività viene concretamente realizzata. In questo senso, la performance non viene più osservata soltanto alla fine del processo, ma viene analizzata attraverso le condizioni che contribuiscono alla produzione del risultato.

È proprio in questo passaggio che le EPA-PA assumono una funzione strategica. L'attività professionale osservabile costituisce infatti un livello intermedio tra l'obiettivo organizzativo e il risultato misurato. Essa permette di comprendere quali azioni professionali contribuiscano alla realizzazione dell'obiettivo e quali evidenze possano essere utilizzate per verificarne la corretta esecuzione.

L'utilità delle EPA-PA, in questa prospettiva, non consiste semplicemente nell'aggiungere un ulteriore livello di classificazione delle attività. Esse consentono di costruire una traccia osservabile del contributo professionale. Se l'organizzazione si pone l'obiettivo di ridurre del 15% i tempi medi di presa in carico, l'indicatore misura il risultato complessivo, mentre

¹¹⁵ KLUGER, A.N.; DENISI, A. *The Effects of Feedback Interventions on Performance: A Historical Review, a Meta-Analysis, and a Preliminary Feedback Intervention Theory*, in «Psychological Bulletin», op. cit.

l'analisi delle attività professionali permette di comprendere quali comportamenti, procedure e decisioni incidano concretamente sulla capacità di raggiungere tale risultato.

Il sistema di evidenze diventa quindi uno strumento per collegare la dimensione strategica con quella operativa. L'obiettivo definisce la direzione, il KPI consente di verificare il risultato e l'EPA-PA permette di osservare il contributo professionale che si colloca tra i due livelli. Ne deriva una rappresentazione della performance maggiormente articolata rispetto a quella fondata esclusivamente sugli indicatori.

Un ulteriore aspetto riguarda la qualità dell'evidenza. Non tutte le informazioni disponibili possiedono lo stesso valore ai fini della gestione della performance. Un sistema efficace deve garantire che le evidenze siano pertinenti rispetto all'attività osservata, sufficientemente attendibili, aggiornate e utilizzabili nel processo decisionale. La quantità di dati raccolti non rappresenta quindi un indicatore della qualità del sistema. Al contrario, un numero eccessivo di indicatori può produrre complessità, sovraccarico informativo e difficoltà nell'individuazione delle informazioni realmente rilevanti.

La costruzione di un sistema basato sull'evidenza richiede quindi una selezione ragionata delle informazioni. Ogni indicatore dovrebbe rispondere a una precisa esigenza conoscitiva e gestionale: che cosa vogliamo conoscere? Per quale motivo? Quale decisione potrà essere assunta sulla base di questa informazione? Tale impostazione consente di evitare che il sistema di performance si trasformi in una raccolta indiscriminata di dati privi di una concreta funzione manageriale.

La qualità dell'evidenza dipende inoltre dalla qualità dei sistemi informativi. Una performance management realmente orientata all'evidenza necessita di dati coerenti, accessibili e confrontabili nel tempo. I sistemi informativi devono pertanto essere in grado

di accompagnare il processo amministrativo e di produrre informazioni utili non soltanto alla rendicontazione, ma anche all'analisi e alla gestione.

Questo elemento assume particolare rilevanza nei processi digitalizzati. La registrazione delle attività nei sistemi informativi permette infatti di costruire una base documentale della prestazione. Tempi, passaggi procedurali, anomalie, richieste e conclusioni delle pratiche possono diventare informazioni utili per analizzare il funzionamento del processo. Il sistema informativo non rappresenta quindi soltanto uno strumento operativo, ma può diventare una componente dell'infrastruttura conoscitiva dell'organizzazione.

Tuttavia, la disponibilità di dati non elimina la necessità di interpretazione. Un sistema di performance basato sull'evidenza richiede competenze analitiche capaci di distinguere correlazioni, cause e semplici coincidenze. Il dato deve essere contestualizzato e confrontato con le caratteristiche del processo prima di essere utilizzato per formulare valutazioni o assumere decisioni. In assenza di questa capacità interpretativa, anche un sistema informativo molto sofisticato può produrre decisioni non adeguatamente fondate.

Da questo punto di vista, l'evidence-based management non coincide con una gestione automatizzata attraverso i dati. Al contrario, richiede una combinazione tra informazioni quantitative, conoscenza professionale e capacità di interpretazione. La qualità della decisione dipende dalla capacità di integrare le diverse forme di conoscenza disponibili nell'organizzazione.¹¹⁶

Un sistema basato sull'evidenza può inoltre contribuire a rafforzare la trasparenza della valutazione. Quando il giudizio sulla performance è accompagnato da evidenze verificabili,

¹¹⁶ ROUSE, M.J. Evidence-Based Management: A Practical Guide to Making Better Decisions, Routledge, London, 2020, pp. 1-18.

diventa più semplice ricostruire le motivazioni che hanno condotto a una determinata valutazione. Questo non significa eliminare la discrezionalità del valutatore, che rimane necessaria in molte situazioni, ma rendere maggiormente esplicito il percorso attraverso il quale il giudizio viene formulato.

La trasparenza assume una particolare importanza nella Pubblica Amministrazione, nella quale la gestione della performance deve confrontarsi con esigenze di imparzialità, accountability e orientamento al miglioramento dei servizi. Un sistema fondato su evidenze adeguatamente selezionate può contribuire a rendere più comprensibili i criteri attraverso i quali vengono valutati risultati e prestazioni.

L'evidenza svolge inoltre una funzione importante nel processo di apprendimento organizzativo. Le informazioni generate dalla gestione quotidiana possono essere utilizzate per individuare problemi ricorrenti, confrontare differenti modalità operative e identificare pratiche maggiormente efficaci. La performance non viene quindi considerata esclusivamente come qualcosa da valutare, ma anche come una fonte di conoscenza attraverso la quale l'organizzazione può imparare.

Questo passaggio consente di spostare l'attenzione dalla domanda «chi ha raggiunto il risultato?» alla domanda «che cosa possiamo imparare dal modo in cui il risultato è stato raggiunto?». La seconda domanda amplia significativamente la funzione del sistema di performance, perché permette di trasformare le esperienze individuali e di processo in conoscenza organizzativa.

L'analisi delle evidenze può, ad esempio, mostrare che alcuni professionisti riescono a gestire determinate situazioni con maggiore efficacia. Invece di considerare esclusivamente la differenza tra le prestazioni individuali, l'organizzazione può utilizzare queste informazioni per individuare pratiche replicabili, modificare procedure o progettare

interventi formativi. La performance individuale diventa così una possibile fonte di innovazione organizzativa.

La stessa logica può essere applicata alla gestione delle anomalie. Se le registrazioni mostrano che determinate tipologie di problema si ripetono con frequenza, l'organizzazione può intervenire non soltanto sulle singole pratiche, ma sulle cause strutturali che producono l'anomalia. In questo modo, l'evidenza consente di passare da una gestione reattiva del problema a una gestione preventiva del processo.

La performance management basata sull'evidenza assume quindi una funzione di governo dei processi. Gli indicatori permettono di individuare gli scostamenti, mentre le evidenze consentono di comprendere dove e perché tali scostamenti si producono. L'organizzazione può così indirizzare le proprie risorse verso le aree nelle quali esiste un effettivo margine di miglioramento.

Questo approccio presenta anche una rilevante implicazione per la formazione. Se le evidenze mostrano che una determinata attività presenta criticità ricorrenti e che tali criticità sono associate a specifiche competenze, la formazione può essere progettata sulla base di un bisogno effettivamente osservato. Si passa quindi da una formazione definita prevalentemente attraverso cataloghi standardizzati a una formazione maggiormente collegata ai fabbisogni che emergono dalla prestazione reale.

Le EPA-PA possono contribuire in modo significativo a questo processo perché rendono più facilmente identificabile il rapporto tra attività, competenze e risultati. L'evidenza raccolta nello svolgimento dell'attività può infatti diventare una fonte per individuare gap professionali e orientare interventi di sviluppo mirati.

Si determina così un collegamento tra performance management, sviluppo delle competenze e miglioramento organizzativo. Il sistema non si limita a stabilire se un risultato sia stato

raggiunto, ma consente di comprendere quali condizioni professionali e organizzative favoriscano il raggiungimento del risultato e quali, invece, debbano essere rafforzate.

Un ulteriore elemento di maturità del sistema consiste nella capacità di utilizzare le evidenze in modo integrato ai diversi livelli dell'organizzazione. A livello individuale, esse permettono di osservare la prestazione professionale; a livello di processo, consentono di individuare inefficienze e criticità; a livello organizzativo, forniscono informazioni utili alla definizione delle priorità e all'allocazione delle risorse.

Si costruisce così una relazione verticale tra strategia, processi e attività professionali. L'obiettivo strategico definisce ciò che l'amministrazione intende ottenere; il processo rappresenta il modo attraverso cui tale obiettivo viene perseguito; l'attività professionale rende visibile il contributo concreto delle persone. Le evidenze permettono di collegare questi livelli e di verificare se la direzione strategica trova effettiva traduzione nelle pratiche operative.

In tale prospettiva, il valore delle EPA-PA risiede anche nella loro capacità di rendere maggiormente leggibile il contributo individuale senza isolare la persona dal contesto organizzativo. La prestazione professionale viene osservata all'interno del processo nel quale si realizza e viene collegata ai risultati ai quali contribuisce. Questo consente una lettura della performance più equilibrata, capace di considerare contemporaneamente responsabilità individuale e condizioni organizzative.

Il passaggio verso una performance management basata sull'evidenza richiede, infine, un cambiamento culturale. L'organizzazione deve considerare l'evidenza non come uno strumento finalizzato esclusivamente al controllo, ma come una risorsa per conoscere meglio il proprio funzionamento. La raccolta delle informazioni deve essere accompagnata da una cultura della trasparenza, dell'apprendimento e dell'utilizzo responsabile dei dati.

In questo quadro, il sistema di performance può essere interpretato come una vera e propria infrastruttura conoscitiva dell'amministrazione. Gli obiettivi definiscono le priorità, gli indicatori rendono misurabili i risultati, le EPA-PA rendono osservabile il contributo professionale e le evidenze consentono di comprendere il funzionamento dei processi. La combinazione di questi elementi permette di trasformare la misurazione in conoscenza e la conoscenza in capacità di intervento.

Il risultato atteso non è quindi semplicemente una maggiore quantità di dati, ma una maggiore capacità dell'organizzazione di utilizzare informazioni affidabili per prendere decisioni migliori. In questo senso, una performance management PA basata sull'evidenza rappresenta il passaggio da una logica prevalentemente rendicontativa a una logica di governo, apprendimento e miglioramento continuo.

Il contributo delle EPA-PA si inserisce precisamente in questa evoluzione. Rendendo osservabile l'attività professionale, esse permettono di costruire un collegamento più solido tra ciò che l'amministrazione vuole ottenere e ciò che le persone fanno concretamente per realizzarlo. L'evidenza diventa così il punto di connessione tra strategia e operatività, tra misurazione e conoscenza, tra valutazione e decisione.

In conclusione, una performance management PA basata sull'evidenza non coincide con la semplice presenza di KPI o con la digitalizzazione della raccolta dati. Essa richiede la capacità di selezionare evidenze pertinenti, interpretarle nel loro contesto, collegarle alle attività professionali e utilizzarle per assumere decisioni orientate al miglioramento. In questa prospettiva, le EPA-PA possono rappresentare uno strumento metodologico capace di rafforzare la qualità del sistema di performance, rendendo più visibile il contributo professionale e più solido il collegamento tra risultati, processi e obiettivi strategici.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro ha avuto l'obiettivo di analizzare l'evoluzione del performance management nella Pubblica Amministrazione, con particolare riferimento al settore sanitario, ponendo al centro della riflessione il rapporto tra misurazione della performance, definizione degli obiettivi e creazione di Valore Pubblico. L'analisi condotta ha evidenziato come il processo di trasformazione della Pubblica Amministrazione abbia progressivamente spostato l'attenzione dal rispetto formale delle procedure alla capacità delle organizzazioni di produrre risultati concreti, verificabili e rilevanti per la collettività.

Nel settore sanitario tale trasformazione assume una particolare complessità. La natura dei servizi erogati, la molteplicità degli stakeholder, l'elevato livello di specializzazione professionale e la necessità di conciliare sostenibilità economica e tutela della salute rendono infatti insufficiente una concezione della performance basata esclusivamente su indicatori finanziari o quantitativi. La performance di un'azienda sanitaria deve essere interpretata come un fenomeno multidimensionale, nel quale efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza, equità, sicurezza ed esiti di salute risultano strettamente interconnessi.

La ricostruzione normativa e teorica sviluppata nel primo capitolo ha mostrato come l'introduzione della logica della performance nella Pubblica Amministrazione italiana sia il risultato di un processo progressivo. Dalla crisi del paradigma burocratico si è giunti alla diffusione di modelli orientati alla responsabilizzazione, alla misurazione dei risultati e all'accountability. Le riforme intervenute nel tempo, dalla Legge 833/1978 al processo di aziendalizzazione sanitaria, dalla riforma Brunetta alla riforma Madia, hanno progressivamente rafforzato la necessità di collegare programmazione, gestione, misurazione e valutazione.

Tuttavia, l'esistenza di un sistema formalizzato di misurazione non implica automaticamente una maggiore capacità dell'organizzazione di produrre risultati. Uno dei principali elementi emersi dall'analisi riguarda infatti il rischio che la performance venga interpretata in maniera autoreferenziale, concentrando l'attenzione sulla produzione degli indicatori e sulla verifica formale del loro raggiungimento piuttosto che sugli effetti generati dall'azione amministrativa. Da questo punto di vista, il concetto di Valore Pubblico consente di ampliare la prospettiva, spostando l'attenzione dalla semplice produzione di output alla capacità dell'amministrazione di generare risultati che abbiano una concreta rilevanza economica, sociale e istituzionale per la collettività.

Il secondo capitolo ha evidenziato come tale prospettiva risulti particolarmente significativa in ambito sanitario. La creazione di Valore Pubblico non può essere identificata esclusivamente con l'incremento dell'efficienza o con il contenimento della spesa, ma deve essere ricondotta alla capacità dell'organizzazione sanitaria di migliorare la salute della popolazione, garantire qualità e appropriatezza delle cure, assicurare accessibilità ed equità e utilizzare in modo responsabile le risorse disponibili. Ne deriva la necessità di sistemi di performance management capaci di integrare differenti dimensioni e di collegare gli obiettivi strategici alle attività effettivamente svolte dalle strutture e dai professionisti.

In questo quadro assume particolare importanza la corretta formulazione degli obiettivi. La logica degli obiettivi SMART rappresenta un importante strumento per rendere gli obiettivi specifici, misurabili, raggiungibili, rilevanti e temporalmente definiti. Tuttavia, anche un obiettivo correttamente formulato sotto il profilo metodologico può rimanere astratto se non viene tradotto in attività, responsabilità e prestazioni concretamente osservabili. È proprio questo il principale punto critico individuato dalla ricerca: tra la definizione dell'obiettivo e

la sua effettiva realizzazione esiste uno spazio operativo che i tradizionali sistemi di performance management non sempre riescono a presidiare adeguatamente.

La terza parte della tesi si è concentrata pertanto sul problema dell'operazionalizzazione degli obiettivi e sulla possibilità di utilizzare, in tale prospettiva, il framework delle Entrustable Professional Activities. Nate nell'ambito della formazione delle professioni sanitarie, le EPA consentono di superare una concezione della competenza fondata esclusivamente sulla verifica astratta di conoscenze e abilità, concentrandosi invece sulla capacità del professionista di assumere responsabilmente un'attività professionale concreta. L'adattamento di questa logica al contesto della Pubblica Amministrazione ha portato alla formulazione del metodo EPA-PA, proposto in questa tesi come possibile strumento di collegamento tra obiettivi strategici e prestazioni operative. L'idea centrale è quella di trasformare l'obiettivo da una formulazione prevalentemente programmatica in una prestazione concreta, attribuibile a specifici soggetti o unità organizzative, associata a determinate responsabilità, competenze, condizioni operative e criteri di verifica.

Il valore potenziale del metodo EPA-PA risiede quindi nella possibilità di rendere più evidente il collegamento tra ciò che l'organizzazione dichiara di voler conseguire e ciò che i suoi componenti sono effettivamente chiamati a realizzare. In questa prospettiva, l'obiettivo non rappresenta più soltanto un valore da raggiungere attraverso un indicatore, ma diventa il punto di partenza per identificare una sequenza organizzativa composta da attività, responsabilità, risorse, competenze e risultati attesi.

L'applicazione simulata proposta nel terzo capitolo ha permesso di evidenziare come tale impostazione possa contribuire a rendere maggiormente leggibile la relazione tra obiettivo e prestazione. Il confronto tra una formulazione tradizionale dell'obiettivo e una sua declinazione secondo il metodo EPA-PA mostra infatti come la seconda possa favorire una

maggiore chiarezza nell'attribuzione delle responsabilità e una più immediata identificazione delle attività necessarie al raggiungimento del risultato.

Un ulteriore elemento di interesse riguarda il ruolo del feedback. Un sistema di performance efficace non può limitarsi alla valutazione finale del risultato, ma dovrebbe prevedere momenti continui di verifica, apprendimento e correzione. In tale prospettiva, il feedback diventa parte integrante del ciclo della performance e consente di trasformare la valutazione da strumento prevalentemente sanzionatorio o certificativo in meccanismo di apprendimento organizzativo. L'eventuale mancato raggiungimento dell'obiettivo può così essere analizzato non soltanto in termini di responsabilità individuale, ma anche considerando la disponibilità delle risorse, la qualità dei processi, le condizioni organizzative e gli eventuali vincoli esterni.

La proposta EPA-PA presenta, naturalmente, anche alcuni limiti. Il primo riguarda la necessità di adattare il modello alle differenti caratteristiche delle amministrazioni e dei diversi settori di attività. Non tutte le prestazioni pubbliche sono infatti riconducibili con la stessa facilità ad attività professionali affidabili e osservabili. Il secondo riguarda il rischio di un'eccessiva formalizzazione: l'introduzione di ulteriori strumenti di classificazione e valutazione potrebbe generare nuovi adempimenti se non accompagnata da una reale semplificazione e da una chiara finalizzazione al miglioramento organizzativo. Il terzo limite riguarda la necessità di verificare empiricamente l'efficacia del metodo attraverso applicazioni reali e longitudinali, superando quindi il carattere prevalentemente teorico e simulativo della proposta sviluppata nel presente lavoro.

Nonostante tali limiti, l'approccio proposto consente di individuare una possibile direzione di sviluppo del performance management nella Pubblica Amministrazione. Il passaggio più significativo non consiste infatti nell'introduzione di un ulteriore indicatore o di un nuovo

adempimento, ma nella possibilità di rafforzare il collegamento tra la programmazione strategica e l'azione concreta delle organizzazioni. In altri termini, la sfida non è soltanto misurare meglio la performance, ma fare in modo che la misurazione contribuisca effettivamente a orientare i comportamenti verso risultati di valore.

Da questa prospettiva, il concetto di “performance utile” assume un significato centrale. Una performance può essere considerata realmente positiva non semplicemente quando raggiunge il target stabilito, ma quando il risultato conseguito contribuisce alla realizzazione delle finalità istituzionali e alla produzione di Valore Pubblico. Nel settore sanitario ciò significa, in ultima analisi, verificare se il miglioramento della performance gestionale e professionale si traduca effettivamente in una maggiore qualità dell'assistenza, in una migliore accessibilità ai servizi, in una riduzione delle disuguaglianze e in migliori condizioni di salute della popolazione.

Il metodo EPA-PA si inserisce quindi in una prospettiva più ampia di evoluzione del performance management, nella quale la misurazione rappresenta uno strumento e non il fine dell'azione amministrativa. La vera efficacia del sistema dipende dalla capacità di creare un collegamento coerente tra strategia, obiettivi, attività, responsabilità, competenze, risorse, indicatori e risultati. Solo attraverso tale integrazione è possibile ridurre la distanza tra ciò che viene programmato a livello istituzionale e ciò che viene concretamente realizzato a livello operativo.

In conclusione, la ricerca evidenzia come il futuro del performance management nella Pubblica Amministrazione, e in particolare nelle aziende sanitarie, non possa essere affidato alla sola crescita quantitativa degli indicatori o alla moltiplicazione degli strumenti di programmazione e controllo. È necessario sviluppare sistemi capaci di comprendere la

complessità dell'azione pubblica e, al tempo stesso, di tradurre gli indirizzi strategici in responsabilità e prestazioni concrete.

La prospettiva proposta con il metodo EPA-PA rappresenta, in questo senso, un possibile contributo metodologico. Essa non pretende di sostituire gli strumenti esistenti, ma mira a integrarli attraverso una maggiore attenzione alla dimensione operativa della performance.

La sua principale finalità consiste nel rendere più chiaro il passaggio dall'obiettivo alla prestazione, rafforzando la responsabilizzazione degli attori e favorendo un processo continuo di feedback e miglioramento.

La direzione verso cui orientare l'evoluzione dei sistemi di performance management può pertanto essere sintetizzata nel passaggio dalla semplice domanda "quanto è stata raggiunta la performance?" alla più significativa domanda "quale valore ha prodotto la performance e attraverso quali prestazioni è stato possibile realizzarlo?". È in questo passaggio che la misurazione può trasformarsi da esercizio amministrativo in autentico strumento di governo, apprendimento e creazione di Valore Pubblico.

BIBLIOGRAFIA

ALFORD, J.; O'FLYNN, J., *Making Sense of Public Value: Concepts, Critiques and Emergent Meanings*, International Journal of Public Administration, Routledge, London, 2009.

ANESSI PESSINA, E.; BARBERA, C.; LANGELLA, C.; MANES-ROSSI, F.; SANCINO, A.; SICILIA, M. F.; STECCOLINI, I., *Reconsidering public budgeting after the COVID-19 outbreak: key lessons and future challenges*, Journal of Public Budgeting, Accounting and Financial Management, Emerald Publishing, Bingley, 2020.

ANESSI PESSINA, E.; CANTÙ, E. (a cura di), *Rapporto OASI 2021. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, EGEA, Milano, 2021.

ARMSTRONG, M., *Armstrong's Handbook of Performance Management: An Evidence-Based Guide to Delivering High Performance*, Kogan Page, London, 2015.

BORGONOV, E., *Management per la salute. Scienza, diritti, responsabilità sociale, efficienza*, FrancoAngeli, Milano, 2021.

BORGONOV, E.; FATTORI, G., *Il management delle aziende sanitarie*, EGEA, Milano, 2009.

BORGONOV, E.; FATTORI, G.; LONGO, F., *Management delle istituzioni pubbliche*, EGEA, Milano, 2015.

BRUNSSON, N.; SAHLIN-ANDERSSON, K., *Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform*, SAGE Publications, London, 2000.

BUSSE, R.; KLAZINGA, N.; PANTELI, D.; QUENTIN, W. (a cura di), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019.

CAPANO, G.; HOWLETT, M.; RAMESH, M., *Bringing Governments Back In: Governance and Governing in a Digital Era*, Routledge, London, 2020.

CRISTOFOLI, D.; CUCCINIELLO, M.; MICACCHI, M.; TRIVELLATO, B.; TURRINI, A.; VALOTTI, G., *“One, none, and a hundred thousand” recipes for a robust response to turbulence*, Public Administration, Wiley, 2023.

DE BRUIJN, H., *Managing Performance in the Public Sector*, 2nd ed., Routledge, London-New York, 2007.

DEIDDA GAGLIARDO, E., *Il Valore Pubblico. La nuova frontiera della performance*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2015.

DEIDDA GAGLIARDO, E.; PAPI, L.; BIGONI, M.; BRACCI, E.; DUMAY, J., *Measuring public value: a systematic literature review*, Public Money & Management, Taylor & Francis, London, 2021.

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 2019.

DONABEDIAN, A., *The Quality of Care. How Can It Be Assessed?*, JAMA, American Medical Association, Chicago, 1988.

DORAN, G. T., *There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives*, Management Review, AMA Forum, New York, 1981.

DECRETO-LEGGE 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, *Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del PNRR*, G.U. n. 136 del 9 giugno 2021.

ENG, Z.; CHENG, H.; TIAN, J.; LU, Q.; QI, X.; WANG, C., *Development of entrustable professional activities for novice nurses: A modified Delphi study*, Nurse Education in Practice, Elsevier, Amsterdam, 2024.

HENNUS, M. P.; JARRETT, J. B.; TAYLOR, D. R.; TEN CATE, O., *Twelve tips to develop entrustable professional activities*, Taylor & Francis, London, 2023.

KLUGER, A. N.; DENISI, A., *The Effects of Feedback Interventions on Performance: A Historical Review, a Meta-Analysis, and a Preliminary Feedback Intervention Theory*, Psychological Bulletin, American Psychological Association, Washington, 1996.

MASTROGIUSEPPE, P.; RUFFINI, R. (a cura di), *La riforma del lavoro pubblico tra continuità e innovazione. Valutazione, trasparenza, premialità e ordinamento nella riforma Brunetta*, IPSOA, Milanofiori, Assago, 2010.

MERTON, R. K., *Bureaucratic Structure and Personality*, Social Forces, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1940.

MINISTERO DELLA SALUTE, *Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Indicatori e metodologia per il monitoraggio dei LEA*, Ministero della Salute, Roma, 2026.

MOORE, M. H., *Creating Public Value: Strategic Management in Government*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1995.

OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2023.

ONGARO, E., *Philosophy and Public Administration: An Introduction*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 2020.

ONGARO, E.; GONG, T.; JING, Y., *Public administration, context and innovation: A framework of analysis*, Public Administration and Development, Wiley, 2021.

PAPI, L.; BIGONI, M.; BRACCI, E.; DEIDDA GAGLIARDO, E., *Measuring Public Value: A Conceptual and Applied Contribution to the Debate*, Public Money & Management, Taylor & Francis, London, 2018.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, *Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Linee guida per la compilazione*, Roma, 2022.

POST, J. A.; WITTICH, C. M.; DUPRAS, D. M.; HALVORSEN, A. J.; MANDREKAR, J. N.; OXENTENKO, A. S.; BECKMAN, T. J., *Rating the Quality of Entrustable Professional Activities: Content Validation and Associations with the Clinical Context*, Springer, Cham, 2016.

REICHARD, C., *The Study of Public Management in Germany: A Review of the Literature*, International Journal of Public Sector Management, Emerald, Bingley, 2003.

ROSSI, P., *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Carocci Editore, Roma, 2025.

ROUSE, M. J., *Evidence-Based Management: A Practical Guide to Making Better Decisions*, Routledge, London, 2020.

TARONI, F., *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2011.

TEN CATE, O., *Entrustability of Professional Activities and Competency-Based Training*, Medical Education, Wiley-Blackwell, Oxford, 2005.

TEN CATE, O.; SCHEELE, F., *Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice?*, Academic Medicine, Association of American Medical Colleges, Washington, 2007.

TEN CATE, O.; TAYLOR, D. R., *The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140*, Medical Teacher, Taylor & Francis, London, 2021.

TEN CATE, O.; SCHWARTZ, A.; CHEN, H. C., *Assessing trainees and making entrustment decisions: on the nature and use of entrustment-supervision scales*, Academic Medicine, Wolters Kluwer, Philadelphia, 2020.

VAN DOOREN, W.; BOUCKAERT, G.; HALLIGAN, J., *Performance Management in the Public Sector*, Routledge, Abingdon-New York, 2015.

WORLD BANK, *Governance and Development*, The World Bank, Washington, D.C., 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, *Health Systems Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2022.