

New Public Management e New Public Governance per l'innovazione organizzativa in sanità: il caso dell'Open Meeting Grandi Ospedali

Laura Franceschetti
Sapienza Università di Roma

Riassunto

I cambiamenti socioeconomici degli ultimi 40 anni hanno attivato nel settore sanitario, analogamente a quanto avvenuto in altri ambiti di policy, processi di innovazione amministrativa, prima ispirati al paradigma del New Public Management e successivamente alle logiche della New Public Governance, con il risultato della configurazione di forme ibride di organizzazione dei servizi, nei quali i discorsi e le pratiche di azione pubblica dei due modelli persistono in assetti variabili. È il caso della riorganizzazione del sistema ospedaliero in Italia che, dopo anni di interventi finalizzati a ridurre i costi chiudendo i piccoli ospedali di periferia, successivamente alla pandemia, ha dovuto misurarsi con le soluzioni organizzative disegnate dal PNRR che, coniugando territorializzazione e digitalizzazione dei servizi, sembrano riportare al centro i principi del paradigma della governance. In questi nuovi scenari, quali funzioni e ruoli si delineano per i cosiddetti Grandi Ospedali (GO), come luoghi di eccellenza di cura, assistenza e ricerca?

Parole chiave: new public management, governance, neoliberalismo, politiche per la salute

Abstract. *New Public Management and New Public Governance for organizational innovation in healthcare: the case of the Open Meeting of Large Hospitals*

The socio-economic changes of the last 40 years have activated processes of administrative innovation in the healthcare sector, similarly to what has happened in other policy areas. These processes were inspired first by the paradigm of New Public Management and subsequently by the logic of New Public Governance, with the result that it is possible to find hybrid forms of service organization, in which the discourses and practices of public action of the two models persist in variable arrangements. This is the case of the reorganization of the hospital system in Italy. For years, interventions aimed at reducing costs have been adopted by closing small suburban hospitals, but following the Sars Cov2 pandemic, the NHS had to move towards the organizational solutions designed by the PNRR which seem to bring the principles of the governance paradigm, combining territorialisation and digitalisation of services. In these new scenarios, what functions and roles can the so-called Large Hospitals (GOs) perform, as places of excellence in healthcare and research?

Keywords: new public management, governance, neoliberalism, healthcare

DOI: 10.32049/RTSA.2024.3.06

1. Introduzione: paradigmi amministrativi e reti di azione pubblica nelle politiche per la salute

Un settore nel quale, negli ultimi 40 anni le crisi socioeconomiche hanno sfidato processi e modelli di governo e di azione, dando vita a forti innovazioni nel sistema amministrativo, è quello sanitario.

Due sono le spinte riformatrici che, in Italia come in altri Paesi europei, hanno interessato gli assetti istituzionali, le forme di finanziamento e i modelli organizzativi di questo settore: la managerializzazione dei servizi da un lato e l'articolazione decentrata delle funzioni,

dall'altro.

Agli inizi degli anni Novanta¹, per arginare i crescenti livelli di spesa pubblica, una prima stagione di riforme—si è ispirata ai principi del paradigma del *New Public Management* (NPM) (Hood, 1991; Osborne e Gaebler, 1992), determinando lo spostamento da modelli gerarchici e integrati a modelli più aziendalistici e di chiara matrice economicistica (Toth, 2009). L'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali e degli ospedali di maggiori dimensioni e rilevanza clinica ha cambiato la natura dei rapporti tra questi enti, il governo centrale e le amministrazioni regionali, favorendo l'attivazione di meccanismi operativi di competizione amministrata: le aziende sanitarie e quelle ospedaliere sono diventate sempre più autonome nelle scelte di cura da erogare e direttamente responsabili delle proprie performance, mentre lo Stato e le regioni hanno acquisito ruoli di regolazione, programmazione e valutazione, funzionali alla garanzia del diritto alla tutela della salute. In questi anni, le risposte ai bisogni di salute della collettività sono state organizzate attraverso strumenti di mercato da applicare ai processi produttivi del sistema quali la managerializzazione dei vertici organizzativi, la misurazione dei risultati, il paradigma della qualità totale, il *management by objectives*, ecc.

Nella seconda metà degli anni Novanta² invece, con l'introduzione di un nuovo paradigma cognitivo basato sulla multidimensionalità del bene "salute"³ (Moini, 2001) si è assistito alla formulazione di programmi di intervento intersettoriali e integrati che hanno richiesto uno stile di azione pubblica orientato alla cosiddetta *managed-cooperation* (Light, 1997). Non solo veniva riconosciuta la pluralità dei soggetti erogatori dei servizi e delle prestazioni sanitarie (anche privati), ma si sottolineava la necessità di un nuovo ruolo giocato dalle istituzioni pubbliche: da regolatori esterni del buon funzionamento dei

¹ Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*); decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (*Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*).

² Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*).

³ Il ripensamento del concetto di salute si emancipa dalla sola dimensione biomedica per approdare ad una visione demedicalizzata che riconosce una maggiore influenza di fattori sociali, economici e culturali sullo stato di salute di un individuo.

meccanismi competitivi, queste passavano ad avere funzioni di coordinamento e controllo in reti di attori pubblici e privati. Si faceva strada così la logica della *New Public Governance* (NPG) (Osborne, 2009; Klijn, 2012; Chandra, Shang e Roy, 2021) nella quale diventa centrale come risorsa di integrazione la fiducia, anziché i soli interessi dei singoli attori coinvolti (d'Albergo, 2002; Rhodes, 1996).

In realtà, in questo come in altri settori, il passaggio dal NPM alla NPG non avviene in maniera radicale e sostitutiva. È invece possibile rintracciare forme ibride di organizzazione dei servizi (Crouch, 2011; Dickinson, 2016). In Italia si è determinato uno scenario in cui non solo a livello regionale è tuttora possibile individuare formulazioni diverse dello stesso principio di autonomia gestionale delle Regioni⁴ (Neri, 2009), ma si possono anche configurare specifici assetti organizzativi nei quali la retorica del nuovo paradigma predomina nel discorso pubblico, mentre nelle pratiche di azione si perseguono ancora i principi del paradigma egemone (Capano, 2002).

È il caso della riorganizzazione del sistema ospedaliero in Italia, scelto come oggetto di indagine in questo contributo.

2. Revisione della rete ospedaliera nazionale e territorializzazione dei servizi sanitari: un caso di resilienza del paradigma neoliberista?

Negli stessi anni nei quali le strutture sanitarie sono state trasformate in aziende, il legislatore ha prodotto anche diversi interventi normativi volti a riorganizzare i servizi ospedalieri, ispirati alla stessa logica “produttivistica” dell’aziendalizzazione (Neri, 2020). Tuttavia, mentre negli anni Ottanta del secolo scorso l’intento di ottimizzare il sistema ospedaliero puntando alla riduzione del tasso di posti letto per acuti per 1.000 abitanti,

⁴ Basti pensare ai due estremi rappresentati dal servizio sanitario regionale lombardo, che ha adottato il modello della concorrenza (attenuato comunque dal 2002 in poi), e dal servizio sanitario regionale Toscana oppure Emiliano, che si sono affidati invece ai meccanismi di programmazione negoziata. Le regioni del centro-sud, invece, incarnano il cosiddetto modello burocratico, in cui permangono gli strumenti del governo gerarchico che avevano caratterizzato le politiche sanitarie alla fine degli anni Ottanta (Bertin *et al.*, 2013; Boni, 2007; ISTAT, 2019; Tognetti e Ornaghi, 2010).

rispondeva unicamente ad esigenze di controllo della spesa pubblica, nei decenni successivi questi interventi sono stati rafforzati anche in conseguenza di una serie di cambiamenti sociodemografici e sanitari⁵ che hanno evidenziato la prevalenza di patologie croniche rispetto a quelle infettive, (OCSE, 2017) che hanno certificato *the end of the disease era* (Tinetti e Fried, 2004) come fulcro dell'assistenza medica.

La consapevolezza di questa transizione epidemiologica (Del Panta e Pozzi, 2004; Bonifazi, 2020), insieme all'adozione di una prospettiva più ampia al bene salute, come interazione tra fattori biologici, sociali, culturali ed economici del singolo individuo, ha ulteriormente spinto verso la chiusura delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni⁶, per recuperare in termini di appropriatezza, specializzazione e qualità delle cure quegli indici di casistica ed esito *evidenced-based* per determinate prestazioni che vedevano costantemente in coda questi piccoli presidi nella rete ospedaliera nazionale (Bobini, Furnari e Ricci, 2020).

La contrazione dei posti letto ospedalieri, avrebbe dovuto essere affiancata da una più efficace pianificazione di sistemi di cura basati sulle reti domiciliari e ambulatoriali, rese possibili sia dalle innovazioni tecnologiche sia da una nuova centralità riconosciuta alla medicina generale nei percorsi di cura e prevenzione. Tuttavia, nonostante gli interventi normativi disegnassero un nuovo assetto organizzativo di integrazione tra ospedale e territorio⁷, le pratiche di azione pubblica invece hanno determinato un rafforzamento degli ospedali maggiori (Bobini, Furnari e Ricci, 2020) nella convinzione – tutta manageriale – che questi potessero garantire una maggiore qualità delle prestazioni, senza prestare attenzione alla necessità di tracciare il profilo dei bisogni di salute della popolazione dei singoli territori (Florianello, 2013; Vicarelli e Neri, 2021).

Il risultato di questi dieci anni di tagli⁸ e di scarsa attenzione strategica al sistema delle

⁵ L'invecchiamento progressivo della popolazione con conseguente sviluppo delle cronicità e multicronicità; la crisi economica e sociale che induce lo sviluppo delle *fragilità* economiche, sociali, ambientali, psichiche, che spesso sono *proxy* di nuove patologie.

⁶ Con il decreto ministeriale n. 70/2015 (*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*) che punta a un'importante riduzione dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione.

⁷ Il decreto-legge n.158/2012 (*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*) istituisce nuove strutture per le cure primarie.

⁸ Secondo il dossier *Sanità: Allarme rosso. Gli effetti sul Servizio Sanitario Nazionale di dieci anni di tagli*,

cure di prossimità ha trovato una drammatica evidenza nella inadeguata gestione della crisi pandemica da Sars-Cov2, amplificando i deficit di un accentuato regionalismo sanitario che già caratterizzava il nostro SSN (Vicarelli e Giarelli, 2020). È emerso che le Regioni che avevano valorizzato la medicina generale e le cure primarie negli anni precedenti hanno potuto riorganizzare più agevolmente la rete di servizi sul territorio a contenimento dell'emergenza sanitaria, contrariamente ad altre Regioni che invece, dopo aver puntato per anni su un sistema fortemente ospedalocentrico e con alti indici di performance gestionale, hanno faticato non poco a riconvertire i servizi territoriali per fronteggiare la diffusione del contagio.

Oltre agli squilibri geografici e alla diffusa debolezza della sanità territoriale, l'emergenza sanitaria ha portato alla luce i limiti dell'offerta dei servizi ospedalieri (soprattutto nei pronto soccorso), la scarsità di alcune figure sanitarie (in particolare, medici di emergenza-urgenza e infermieri), la mancata attenzione alla prevenzione e lo scarso impegno pubblico nella ricerca, con la conseguenza che anche un'importante quota di pazienti non-Covid non ha potuto accedere e ricevere i trattamenti diagnostico-terapeutici e assistenziali di cui avrebbe avuto bisogno (Arlotti, Neri e Spina, 2020; Gabriele, 2022).

La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, interamente dedicata alla Salute⁹, sembra aver raccolto queste criticità, stanziando risorse che puntano da un lato all'aggiornamento tecnologico e digitale e all'innovazione e alla ricerca scientifica, dall'altro a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), al rilancio dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari (Openpolis, 2023).

Sembrerebbe decisamente avviato, pertanto, un ripensamento dei modelli assistenziali (Vicarelli e Giarelli, 2020; Vicarelli e Neri, 2021) che privilegia l'assetto di governance, con la promozione di soluzioni organizzative di prossimità, domiciliari e residenziali che,

pubblicato dal sindacato dei medici Federazione CIMO-FESMED (2022), tra il 2010 e il 2020, in Italia sono stati chiusi 111 ospedali e 113 Pronto soccorso, con il taglio di 37 mila posti letto.

⁹ In particolare, il correlato decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*).

coniugando territorializzazione e digitalizzazione dei servizi, saranno in grado di soddisfare una sempre più complessa domanda di salute.

Tale processo di innovazione, però, non ha un andamento lineare e predeterminato: si scontra con le medesime criticità di sistema che, nei decenni precedenti, hanno conosciuto le cicliche iniziative di riforma del più ampio sistema amministrativo italiano (Bassanini, 2018; Vecchi, 2019), del quale il SSN è un'articolazione settoriale. Così come nel passaggio tra i diversi paradigmi amministrativi è possibile rintracciare meccanismi di adattamento reattivo oppure di inerzia, finanche di resistenza, riconducibili alle *path dependency* teorizzate dall'analisi neo-istituzionalista (Giuliani, 1996; Skocpol e Pierson, 2002; Franceschetti, 2024), allo stesso modo nell'evoluzione più recente dell'assetto di governance in sanità è possibile evidenziare non una completa sostituzione, ma forme ibride di organizzazione dei servizi che spaziano dal NPM alla NPG, riconducibili alla persistenza di culture, di prospettive e di modalità di azione fortemente consolidate e istituzionalizzate in questo settore.

Nello specifico, diversi autori hanno affermato che la perdurante centralità degli ospedali si spiega in riferimento a precise logiche di competizione amministrata, che non sono facilmente perseguibili nei servizi distrettuali (Dirindin, 2020; Vicarelli e Neri, 2021). Gli interessi professionali, accademici ed economici di attori cardine del sistema sanitario, infatti, assumono una maggiore visibilità e rilievo nei contesti ospedalieri perché sono maggiormente considerati dagli interlocutori politici e dai media, rispetto a quanto non lo siano le strutture di assistenza territoriali.

Sofferarsi sulla resilienza del modello ospedalocentrico della sanità non solo nei processi di riforma del sistema delle cure che hanno preceduto la pandemia da Sars-Cov2, ma anche nelle misure disegnate dell'ambito del PNRR, pertanto, rende possibile approfondire un ambito di azione pubblica nel quale il paradigma del NPM persiste, adattandosi alle diverse stagioni politiche e alla discrepanza tra discorsi e pratiche (Schmidt e Thatcher, 2013) e favorendo processi di depoliticizzazione tipici dell'approccio neoliberista (Jessop, 2014; Moini, 2017; Franceschetti, 2019).

Mediante il modello analitico di Lascoumes e Le Galés¹⁰ (2012), nei successivi paragrafi di questo contributo verranno ricostruite le strategie di posizionamento e di rafforzamento adottate dai grandi ospedali italiani nell'ambito di uno specifico contest congressuale e formativo – *Open Meeting Grandi Ospedali* – al fine di evidenziare i valori, le idee e gli interessi che animano le relazioni tra attori pubblici e privati proprio in questi specifici ambiti di azione. Qui, infatti, dovrebbero innestarsi più efficacemente le innovazioni organizzative (di network territoriali e di *patient empowerment*¹¹) per il rilancio post-pandemia del SSN prospettate dal PNRR, che siano estensione del paradigma di NPG in sanità.

3. Un caso di studio: il contest Open Meeting Grandi Ospedali

L'*Open Meeting Grandi Ospedali* (<https://www.grandiospedali.it>, 30/01/2024) è un forum realizzato in 2 giorni da Koncept, un think tank con sede a Firenze, che offre soluzioni organizzative e gestionali ad attori e strutture sanitarie con l'obiettivo di disegnare la sanità del futuro. Può contare su una convenzione con FIASO, la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, e su un portfolio di prodotti che spaziano da *Grandi Ospedali* al Forum annuale *Sistema Salute*, alla convention *Donne Protagoniste in Sanità* e a giornate focus per promuovere reti di confronto tra professionisti di specifici ambiti clinici come l'oncologia, l'ematologia, ecc. Il soggetto promotore si presenta chiaramente come un player autorevole rispetto alle tematiche più sfidanti che attraversano la sanità italiana negli ultimi anni: dallo sviluppo sostenibile alle applicazioni avanzate basate su tecnologie di

¹⁰ Nello specifico, il modello interpretativo del pentagono dell'azione pubblica si articola in 5 variabili che vengono esplorate attraverso la ricostruzione degli attori, la scala di azione e le risorse messe in gioco; le rappresentazioni da questi fornite dei valori di riferimento, delle strategie di azione e dei destinatari; il quadro normativo di settore, le routines e le strutture istituzionali create ad hoc; le relazioni tra i diversi attori e i modelli di governance prevalenti; infine, gli output realizzati, gli outcomes ed eventuali effetti inattesi.

¹¹ L'empowerment è «il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita» (Wallerstein, 2006, p. 17). Ciascuno di questi livelli è strettamente interconnesso agli altri due: i processi di empowerment individuale, organizzativo, comunitario sono mutualmente interdipendenti e correlati in rapporti di causa-effetto (Banchieri, Franceschetti e Vannucci, 2023).

Intelligenza Artificiale e realtà immersiva.

Promosso come evento fondamentale nel panorama della sanità italiana, l'*Open Meeting Grandi Ospedali* è stato organizzato per la prima volta nel 2022 dopo la pubblicazione di un artefatto tipicamente *market driven*: il 4° rapporto annuale di Newsweek-Statista (2023) sui migliori ospedali del mondo. È una classifica che misura le performance dei più grandi ospedali a livello mondiale e valorizza la loro resilienza nel fornire, ai pazienti, cure della massima qualità e nel condurre ricerche mediche rilevanti, anche mentre si concentravano sulla lotta al COVID. Nella top 150 globale vengono rappresentati circa 20 Paesi, con la migliore posizione ricoperta dagli Stati Uniti (33 ospedali), seguiti dalla Germania con 14; Italia e Francia con 10 ospedali ciascuna¹².

Nato con l'obiettivo di essere un catalizzatore di cantieri progettuali attivati da singole aziende e uno spazio formativo permanente, grazie anche alla strutturazione ibrida tra laboratori in sede e piattaforma digitale, il contest Grandi Ospedali è annualmente organizzato in una prospettiva itinerante, grazie al supporto di alcune grandi aziende ospedaliere sul territorio, tutte considerate d'eccellenza nel rapporto di Newsweek-Statista:

- nel 2022 ha avuto luogo a Firenze, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi;
- nel 2023 si è svolto a Roma, in partnership con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea e la Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata;
- nel 2024 si terrà a Napoli presso l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli" di Napoli, in collaborazione con l'Università Federico II.

Analizzando gli attori che compongono quella che viene definita la *Governance di Progetto* e i discorsi e le rappresentazioni che descrivono non solo gli appuntamenti annuali ma anche le iniziative in itinere, Grandi Ospedali, pur presentandosi come «un'iniziativa dialogica e partecipativa» (GO 2022, p. 2), sembra mantenere dei decisi tratti manageriali riconducibili ad una logica di competizione amministrata. Nel *Board Strategico*, infatti, siedono innanzitutto i direttori generali o gli amministratori delegati delle aziende sanitarie italiane annoverate nella classifica Newsweek dell'ultimo anno, che essendo nominati

¹² La classifica di Newsweek ha incluso, nel 2023, 112 ospedali italiani.

secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 502/1992 incarnano perfettamente la logica manageriale dei disegni di riforma degli anni Novanta. A questi si affiancano i cosiddetti *Ambassador della Sanità Italiana*, ossia le personalità più innovative e aperte al dialogo e alla collaborazione nel settore, attivi nel promuoverne l'eccellenza. Troviamo poi la FIASO, come rappresentante delle strutture sanitarie e ospedaliere italiane che, come riportato nel sito dell'iniziativa, attraverso questo progetto intende aprire il dialogo e il confronto delle aziende associate «a una vasta gamma di attori, idee e iniziative che possono arricchire e migliorare le organizzazioni nella loro capacità di erogare eccellenti servizi di cura e assistenza, di promuovere e supportare la ricerca innovativa e aggiornare continuamente la formazione professionale e manageriale». Si tratta di una retorica dell'eccellenza che apre all'apporto dei cosiddetti “dettaglianti di conoscenze” (Jessop, 2014), ossia professionisti, esperti e think tank che offrono saperi, strumenti e tecniche per definire soluzioni efficaci allo specifico problema di policy (Diletti, 2011).

La struttura di governance del Progetto si completa poi con un *Board dei Partner*, composto da aziende farmaceutiche, tecnologiche, di prodotti biomedicali, di servizi e consulenza, ma anche stampa di settore, che sponsorizzano il progetto¹³, e un *Board della Continuità*, che dovrebbe occuparsi della continuazione dei lavori che scaturiscono dagli open labs¹⁴ e della conseguente disseminazione delle pratiche e dei risultati, proprio per consolidare quell'ecosistema di condivisione e confronto nel settore sanitario, descritto nell'homepage del progetto, che «attraverso la promozione della qualità delle prestazioni sanitarie e della ricerca, riduca le diseguaglianze geografiche e promuova le eccellenze cliniche italiane a livello globale».

Questo primo approfondimento tanto della rete di attori pubblici e privati che promuove l'evento annuale, quanto delle relazioni che traspaiono dalla descrizione delle funzioni attribuite ai diversi *board*, evidenzia il perdurare del paradigma manageriale in questo

¹³ L'elenco di questi partner viene riportato, per ogni edizione, con una scalarità funzionale all'impegno economico profuso a sostegno dell'organizzazione dell'evento (<https://www.grandiospedali.it/2023/12/06/grandi-ospedali-progetto-strategico-innovazione-e-collaborazione-trasformano-la-sanita-italiana>, 30/01/2024)

¹⁴ Vengono definiti OpenLabs e sono animati su una piattaforma digitale sulla quale la community degli innovatori della sanità italiana potranno interagire grazie a format diversificati, agevolati anche da soluzioni di AI (<https://www.grandiospedali.it/openlab>, 30/01/2024).

specifico contesto congressuale e formativo, finalizzato ad indirizzare l'organizzazione delle strutture ospedaliere di grandi dimensioni, non solo nella prospettiva gestionale interna, orientata legittimamente ad un auspicato efficientamento dei processi di cura e di ricerca clinica, ma anche nella rappresentazione esterna delle linee di azione strategica di queste strutture.

Nel paragrafo successivo si passerà a verificare il “modello in azione”, concentrando l'attenzione sulle due edizioni dell'Open Meeting GO – nel 2022 e nel 2023 – e assumendo come oggetto di analisi gli artefatti prodotti dalla *Governance del Progetto* sia in fase di promozione sia in fase di postproduzione¹⁵. Applicando a questi oggetti l'analisi critica del discorso (Fairclough, 1995; Mantovani, 2008), sarà possibile indagare il tema del potere in questo specifico contesto, per ipotizzare poi una traslazione di questi assetti nel più ampio sistema di azione pubblica orientato alla revisione della rete ospedaliera nazionale. Diversi studi sul discorso e sulla conversazione, infatti, approfondiscono il caso dei medici-manager come soggetti in una posizione di frontiera tra due universi culturali – quello clinico e quello organizzativo-gestionale – che provano a connettere questi due mondi proprio attraverso specifiche pratiche discorsive quotidiane (Iedema *et al.*, 2004). Con questo stesso approccio, e in particolare con l'articolazione dello stesso nell'analisi non solo del testo e della specifica pratica discorsiva, ma anche della pratica sociale, qui rappresentata dalle dinamiche di relazione agite nei diversi laboratori dell'evento, sarà possibile rispondere ai seguenti interrogativi di ricerca: nelle due edizioni dell'Open Meeting GO sono rintracciabili le rappresentazioni e l'articolazione degli attori partecipanti già rilevata nella *Governance del Progetto*, tanto da confermare l'ipotesi di una resilienza del paradigma del NPM e del sistema di potere ad esso riferito? oppure si configurano geometrie variabili di questi assetti gestionali che lasciano presagire nuovi disegni di azione pubblica nel settore delle politiche sanitarie, non ancora istituzionalizzati?

¹⁵ Per ogni edizione sono stati presi in esame i seguenti prodotti editoriali: il Book di presentazione, il Dossier sui lavori dei singoli Laboratori, il Report di Post-produzione (disponibili online sul sito dell'iniziativa).

4. Attori, idee e relazioni per la ridefinizione del ruolo dei Grandi Ospedali nel processo di territorializzazione dei servizi sanitari

Le due edizioni dell'Open Meeting GO sono caratterizzate entrambe dalla numerosità degli attori coinvolti: più di 30 patrocini e quasi 40 aziende sponsor per ogni edizione; 1000 visitatori in presenza e più di 4000 in collegamento da remoto. A rappresentare la portata dell'evento sono soprattutto i 280 esperti, tecnici, amministratori e politici, esponenti del volontariato e del Terzo settore nel 2022, e circa 400 nel 2023, che hanno partecipato ai laboratori come relatori, partecipanti, moderatori e facilitatori professionisti, per confrontarsi su tematiche specifiche riguardanti «la gestione dell'innovazione dirompente che rivoluziona l'organizzazione e il lavoro, le tecnologie digitali di ultima generazione, lo sviluppo e motivazione del personale, valorizzazione dei talenti, eliminazione delle diseguaglianze e gender gap, l'introduzione di nuove competenze, l'impatto della medicina di genere e personalizzata» (AOU Sant'Andrea, 2023).

Proprio su questi Labs, concepiti dagli organizzatori come fucina di confronto e scambio di esperienze innovative, si è concentrata la presente ricerca. Si è cercato di evidenziare la tematizzazione delle principali *issues* di cambiamento affrontate nell'Open Meeting, nonché le reti di azione pubblica ad esse sottese¹⁶, attraverso l'analisi testuale del titolo dei laboratori e della descrizione dei rispettivi obiettivi contenuta nel materiale promozionale così come nei dossier elaborati successivamente all'evento annuale. Quest'ultimo artefatto è di particolare rilevanza perché viene redatto dai moderatori dei singoli Laboratori, e contiene una breve restituzione del confronto e delle proposte che hanno animato le riunioni, secondo lo schema *Scenario di riferimento, Le azioni proposte e le azioni prioritarie, Considerazioni integrative, Elenco dei partecipanti*, corredato dalle foto dei metaplan prodotti nell'interazione di gruppo. L'obiettivo del prodotto, come riportato nell'introduzione, è quello di «capitalizzare quanto emerso dai laboratori e dall'evento, per

¹⁶ È stata osservata la ricorsività di determinate parole-chiave nei diversi Labs con riferimento agli attori (pubblici vs privati; strutture ospedaliere vs operatori sanitari o sociosanitari; esperti esterni e partner industriali; utenti/pazienti), alle relazioni (se di tipo cooperativo oppure competitivo), agli interessi in gioco (materiali oppure simbolici).

renderlo fruibile al management sanitario ed offrire quindi suggestioni, indicazioni e chiavi di lettura utili per i direttori delle Aziende [...] i managers coinvolti possono offrire una lettura critica degli esiti dei laboratori e orientare i propri colleghi verso scelte o riflessioni strategiche. [...] i Partners possono contribuire ad arricchire la lettura e lo sviluppo delle tematiche proposte, fino ad arrivare alla stesura di un Dossier finale».

Si evidenzia fin da subito una forte impronta manageriale dell'iniziativa, confermata anche nell'articolazione tematica dell'edizione 2022: le macroaree dei Laboratori attivati¹⁷ si soffermano su linee di innovazione strategica negli ospedali di grandi dimensioni che sembrano rispondere a driver di cambiamento derivanti dalle recenti scoperte in ambito clinico o tecnologico ma anche dalle possibili emergenze di scenario. Di fronte a questi si suggerisce ai GO di mettere in campo strategie di integrazione (funzionale e delle competenze) e di cooperazione (interprofessionale, con approcci di co-management e con reti interaziendali) finalizzati però a logiche fortemente competitive: «capitalizzare le occasioni di miglioramento», «facendo emergere il valore aggiunto dell'innovazione e l'opportunità di avere interessi condivisi tra paziente, medico e payer».

Gli attori menzionati in queste reti sono prevalentemente le aziende ospedaliere (con riferimento specifico al management) e i professionisti sanitari, rispetto ai quali si propongono nuove cornici di senso e relative nuove pratiche organizzative che, seppur improntate alla cooperazione, tendono a privilegiare l'esercizio della stessa in una dimensione intraorganizzativa oppure settoriale, di specialità clinica. I benefici auspicati di queste scelte di management, di conseguenza, vengono sostanzialmente ricondotti a obiettivi di performance dell'azienda stessa: cooperare per competere meglio.

Tra i beneficiari di questo potenziale miglioramento organizzativo dei Grandi Ospedali c'è sicuramente il paziente, che viene citato più volte nei diversi Labs, anche se con un'accezione prevalentemente passiva del suo ruolo di destinatario dei processi di cura. Al tema *Progettare con i cittadini*, infatti, viene dedicata una sezione specifica di 3 Laboratori e questa scelta sembra essere in linea con i principi del *framework* della *governance*

¹⁷ Dal titolo: 1.La ricerca; 2.La gestione delle competenze; 3.La cooperazione inter-organizzativa; 4.L'innovazione organizzativa; 5.L'innovazione clinica e tecnologica; 6.Progettare con i pazienti; 7.L'adattamento a scenari ad impatto rapido in un Grande Ospedale; 8.Il management aziendale; 9.Orientamento al futuro.

applicati all'ambito sanitario che, partendo dal concetto di cittadino invece che di paziente, ne "politicizza" la condizione ponendola su un piano di diritti attivi di cittadinanza e di partecipazione al *decision-making* (Tallacchini, 2006). In particolare, nella definizione dei titoli e nei summary descrittivi¹⁸ viene dato spazio ad una concezione del paziente come soggetto esperto, consapevole e partecipe delle proprie scelte di salute, ma anche *empowered* e attivo nell'individuare obiettivi e interventi di gestione rispetto a specifiche *policy* di salute.

Tuttavia, l'approfondimento degli outputs di queste assemblee attraverso l'analisi del dossier di postproduzione, mette in luce una prospettiva diversa e una frattura tra le retoriche dell'evento. Nei resoconti dei Laboratori si rimanda, infatti, alla possibilità di disegnare spazi organizzativi di ascolto e di *empowerment* dei pazienti, in cui viene dato maggiore risalto alla necessità di creare network professionali e territoriali in grado di recuperare una visione olistica del paziente e la centralità della persona – anche attraverso il ricorso a soluzioni tecnologiche personalizzate – piuttosto che all'attivazione di specifici processi di inclusione dei pazienti, dei familiari e dei loro caregiver nei processi decisionali per la co-progettazione.

Interessante elemento di raccordo tra l'edizione 2022 dell'Open Meeting GO e l'edizione 2023 è l'insieme di Laboratori dedicati all'*Orientamento al futuro*. In questi, infatti, non solo sono più ricorrenti i riferimenti ai soggetti privati - nello specifico alle industrie sanitarie (case farmaceutiche, produttori di soluzioni e/o tecnologie informatiche, etc.) - ma anche il linguaggio si specializza con acronimi e sintagmi tipici di una retorica manageriale propria del settore privato: vengono auspicate partnership con soggetti privati per condividere e co-progettare innovazioni sui progetti di PNRR; si pone come obiettivo strategico un «cambio di *mindset*» per valorizzare opportunità di innovazione diagnostica e terapeutica tra «ricercatori medici e tecnologici, startup, industria sanitaria, BigTech, finanza e assicurazioni e restanti attori della Sanità»; si ipotizza una funzione di «comunicazione» omnicanale per promuovere «il brand e le eccellenze, controllare e gestire

¹⁸ I cui titoli sono: 6.1 La risposta di un ospedale universitario ai bisogni di salute delle persone fragili e vulnerabili, 6.2 La co-promozione della salute, 6.3 La co-gestione della transitional care.

la reputazione».

La necessità di una partnership (o collaborazione, o sinergia) «tra ospedali, aziende sanitarie e partner industrial» viene ribadita in più della metà dei Laboratori dell'edizione 2023¹⁹. Tuttavia sorprende che sia richiamata non solo nei gruppi di lavoro dedicati a temi nei quali l'apporto del sapere esperto dall'esterno è normalmente auspicabile – come nel caso della ricerca clinica o della digitalizzazione – ma anche in Labs più focalizzati sull'adozione di soluzioni organizzative di qualità per il paziente, che mirano a sviluppare service design, strategie per una maggiore consapevolezza delle cure oppure comunicazione etica senza menzionare quasi mai il paziente/utente e citando invece, nella descrizione di ogni laboratorio, le imprese partner o i partner industriali.

L'edizione 2023 si caratterizza, inoltre, per aver proposto una diversa articolazione delle *issues*, meno centrata sulla prospettiva prettamente organizzativo-gestionale degli ospedali di grandi dimensioni – come era stata invece l'edizione 2022 – e più attenta a recepire le opportunità politiche da un lato e le sensibilità dell'opinione pubblica dall'altro: nel primo caso facciamo riferimento alla macroarea dei Labs dedicati all'ospedale senza muri, che sulla spinta delle soluzioni proposte dal PNRR orienta sempre più la sanità verso una medicina del territorio; nel secondo, l'interesse è per la medicina di genere e la riduzione del gender gap. A queste si aggiunge anche il tentativo, significativo per un approccio analitico interessato alle rappresentazioni valoriali, quale è quello adottato in questa ricerca, di introdurre nell'agenda di settore il tema della sostenibilità e del rispetto dell'ambiente. Si ricorre alla metafora dell'ospedale come un organismo vivente: flessibile, smart, umano e green, capace di adattarsi ed evolvere in modo accogliente e intelligente.

Ricorrente in tutti i Laboratori è, come si è visto, il tema della digitalizzazione sia per sottolineare il bisogno di maggiori competenze che possano far evolvere le professioni sanitarie e cliniche di fronte alle sfide e alle opportunità offerte dagli scenari in

¹⁹ Le macroaree si concentrano su: 1.Creazione di un ambiente favorevole alla ricerca: nuove normative e opportunità per le aziende; 2.Digitalizzazione e innovazione nel Grande Ospedale; 3.Adattamento a scenari di impatto rapido e sicuro in un Grande Ospedale; 4.Ospedale senza muri; 5.Co-progettazione con i pazienti: comunicazione interna ed esterna nei Grandi Ospedali e informazione per la salute; 6.Competenze, motivazione e comunicazione interna nella tecnostuttura del Grande Ospedale; 7.Le politiche del Grande Ospedale per la medicina di genere e la riduzione del gender gap; 8.Le eccellenze patrimonio dei Grandi Ospedali.

cambiamento, sia per promuovere la possibilità di esplorare il “potenziale delle tecnologie dirompenti (AI, VR, AR, Metaverso, Avatar, Blockchain, NFT²⁰) nel migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria”, sia per favorire la diffusione della Digital Health e della telemedicina, anche attraverso un’efficace gestione dei dati. Si tratta di ambiti di applicazione nei quali le aspettative di risultato dichiarate rimandano più all’efficienza dei processi che non all’efficacia.

5. Conclusioni

Secondo la ricostruzione fin qui compiuta, *l’Open Meeting Grandi Ospedali* è un’iniziativa finalizzata a veicolare idee e significati all’interno del più ampio processo di ripensamento della funzione degli ospedali. In un contesto sanitario in transizione verso una maggiore territorializzazione dei servizi, il confronto tra i professionisti, il management e le imprese di beni e servizi ha voluto delimitare uno spazio per riflettere sulle strategie attraverso le quali i moderni ospedali possono partecipare alla creazione di «ecosistemi di cura e assistenza dei cittadini, assumendo il ruolo di piattaforme d’innovazione, ricerca, scienza e alta formazione di livello globale».

L’analisi degli attori, delle relazioni e delle rappresentazioni che hanno animato le due edizioni dell’evento ci restituisce un paradigma di azione pubblica fortemente improntato ad una logica manageriale, con l’ibridazione di principi di governance soprattutto nella dimensione discorsiva: cooperare per competere nel campo della ricerca e dell’assistenza sanitaria.

Si tratta di un paradigma maturato in network territoriali portatori di sapere esperto, che ha incontrato ben presto l’interesse dell’attore istituzionale centrale, delineando così la concreta possibilità di una legittimazione non solo nel discorso pubblico ma soprattutto nelle competenti sedi decisionali. Nell’intenzione dei promotori, infatti, i destinatari degli esiti di questo *contest* non sono solo le direzioni aziendali ma, fin dalla prima edizione,

²⁰ AI (intelligenza artificiale), AR (realtà aumentata), VR (realtà virtuale), NFT (non-fungible token).

hanno individuato come interlocutore istituzionale il Ministro della Salute. Al meeting del 2022 quest'ultimo non partecipa ma l'anno successivo, sulla scia della portata numerica dell'anno precedente, concede all'evento non solo il patrocinio del Ministero ma decide anche di aprire i lavori della giornata introduttiva con un discorso che, partendo dalla necessità di garantire il diritto alla salute per tutti a prescindere dal reddito o dal luogo in cui si risiede, poi annovera come leve per «efficientare il Sistema Sanitario Nazionale», nell'ordine, la digitalizzazione²¹, un modello virtuoso di incontro tra pubblico e privato e infine un investimento forte sul personale sanitario. È una sinergia e una condivisione di valori e obiettivi che trova conferma anche nei lavori preparatori per l'edizione 2024 dell'*Open Meeting*²².

Si delinea così un'arena di *policy* fortemente caratterizzata dalla presenza istituzionale e dei portatori di interessi privati, mentre ancora una volta i cittadini, che da più parti vengono menzionati come il centro del SSN, vengono collocati discorsivamente al margine del processo, come le strutture sanitarie territoriali e i medici di medicina generale: semplici spettatori di un'attività di riorganizzazione e di innovazione del sistema delle cure che restano ancora fortemente ospedalocentriche.

Bibliografia

AOU Sant'Andrea (2023). *Grandi Ospedali al Sant'Andrea*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.ospedalesantandrea.it/index.php/sezione-utenti/avvisi-e-news-dal-santandrea/2839-grandi-ospedali-al-sant-andrea> (30/01/2024).

²¹ Nell'intervento il Ministro ha affermato: «Su questa stiamo puntando con determinazione attraverso i progetti del Pnrr: digitalizzazione e ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero per rendere i nostri ospedali più sicuri e sostenibili, diffusione della telemedicina, potenziamento del fascicolo sanitario elettronico, rafforzamento degli strumenti di data analysis del Ministero della Salute» (Sanità33, 2023).

²² Il 20 febbraio il programma degli Open Meetings 2024 sarà presentato al ministro della Salute, con la consegna del dossier finale 2023.

- Arlotti M., Neri S., Spina E. (2020). Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute. In Vicarelli G., Giarelli G., a cura di, *Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte*. Milano: FrancoAngeli.
- Banchieri G., Franceschetti L., Vannucci A. (2023). *La partecipazione dei pazienti e il ruolo delle comunità nella promozione della salute*. Quotidiano Sanità, 3 luglio. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115166 (10/04/2024).
- Bassanini F. (2018). L'amministrazione pubblica in Italia: riforma fallita, riforma tradita, riforma incompiuta? *Astrid Rassegna*, 16: 0. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.bassanini.it/wp-content/uploads/2019/05/b75c94d821ea301384b9fd138ccca99.pdf> (30/01/2024).
- Bertin G., Menegazzi E., Caracci G., Angelastro A., (2013). Cure Primarie: esperienze regionali a confronto. *Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, XII, 33: 109. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9994598.pdf> (24/09/2024).
- Bobini M., Furnari A., Ricci A. (2020). Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive nella rete ospedaliera nazionale. In CERGAS – Bocconi, a cura di, *Rapporto OASI 2020. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*. Milano: Egea. Testo disponibile all'indirizzo web: https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/9_OASI2020.pdf (24/09/2024).
- Bonifazi C. (2020). Popolazioni, epidemie e pandemia. In Bonifazi C., Cadeddu M.E., Marras C., *Migrazioni di virus. Numeri e linguaggi*. Roma: Edizioni Consiglio Nazionale delle Ricerche. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.cnr.it/sites/default/files/public/media/attivita/editoria/collana_plurimi/PLURIMI%20202020%20DEF%2024_3_21.pdf (24/09/2024).
- Capano G. (2002). Le riforme degli anni Novanta: l'adattamento reattivo del paradigma egemonico. In Battistelli F., a cura di, *La cultura delle amministrazioni tra retorica e innovazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Chandra Y., Shang L., Roy M.J. (2022). Understanding Healthcare Social Enterprises: A

New Public Governance Perspective. *Journal of Social Policy*, 51, 4: 834. DOI: 10.1017/S0047279421000222.

CIMO-FESMED (2022). *Sanità: allarme rosso. Gli effetti sul Servizio Sanitario Nazionale di dieci anni di tagli*. Roma: CIMO-FESMED. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.sfogliami.it/fl/259786/f9es994svvrpdqsdndm2451kfue8n> (30/01/2024).

Crouch C. (2011). *The Strange Non-death of Neoliberalism*. Cambridge: Polity Press.

d'Albergo E. (2002). Modelli di governance e cambiamento culturale: le politiche pubbliche fra mercato e comunità. In Battistelli F., a cura di, *La cultura delle amministrazioni tra retorica e innovazione*. Milano: FrancoAngeli.

Del Panta L., Pozzi L. (2004). La seconda rivoluzione scientifica: scienze biologiche e medicina. Transizione epidemiologica e transizione sanitaria. *Storia della Scienza Treccani* (2004). Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.treccani.it/enciclopedia/la-seconda-rivoluzione-scientifica-scienze-biologiche-e-medicina-transizione-epidemiologica-e-transizione-sanitaria_%28Storia-della-Scienza%29 (10/04/2024).

Dickinson H. (2016). From New Public Management to New Public Governance: The Implications for a 'new public service'. In Butcher J., Gilchrist D., a cura di, *The Three Sector Solution: Delivering Public Policy in Collaboration with Not-For-Profits and Business*. Canberra: The Australian National University Press. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://press.anu.edu.au/downloads/press/n1949/pdf/ch03.pdf> (10/04/2024).

Diletti M. (2011). I think tank al confine tra conoscenza, valori e interessi. Il caso italiano. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2: 345. DOI: 10.1483/35123.

Dirindin N. (2020). La sanità italiana tra crisi ed eccellenza. *il Mulino, Rivista trimestrale di cultura e di politica*, 3: 408. DOI: 10.1402/97486.

Fairclough N. (1995). *Critical Discourse Analysis*. London: Longman.

Florianello F. (2013). Piccoli ospedali. Chiusi per ragioni economiche più che per modificare l'offerta assistenziale. *Quotidiano Sanità*, 17 maggio. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?>

articolo_id=14966 (30/01/2024).

- Boni S., a cura di (2007). *I sistemi di governance nei servizi sanitari regionali*. Quaderni del Formez, n. 57 Roma: Formez. Testo disponibile all'indirizzo web: http://sanita.formez.it/sites/all/files/pdf_quaderno_57.pdf (30/01/2024).
- Franceschetti L. (2019). Depoliticizzazione: il caso delle nuove tecnologie nelle amministrazioni pubbliche italiane. In d'Albergo E., Moini G., a cura di, *Politica e azione pubblica nell'epoca della depoliticizzazione Attori, pratiche e istituzioni*. Roma: Sapienza Università Editrice. DOI: 10.13133/9788893771238.
- Franceschetti L. (2024). Le amministrazioni pubbliche contemporanee. In d'Albergo E., Moini G., a cura di, *Sociologia della politica contemporanea*. Roma: Carocci.
- Gabriele S., a cura di (2022). *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti*. Ufficio Parlamentare di Bilancio - Focus, 4. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-4-2022-il-pnrr-e-la-sanita-finalita-risorse-e-primi-traguardi-raggiunti> (30/01/2024).
- Giuliani M. (1996). Path dependency. In Capano G., Giuliani M., a cura di, *Dizionario di politiche pubbliche*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Grandi Ospedali - GO (2022). *1° Open Meeting. Dossier v.1*. Firenze: Konzept. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.grandiospedali.it/wp-content/uploads/2023/01/GO2022_Dossier.pdf (30/01/2024).
- Grandi Ospedali - GO (2023). *2° Open Meeting. Dossier*. Firenze: Konzept. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.grandiospedali.it/wp-content/uploads/2024/01/GO2023_Dossier.pdf (30/01/2024).
- Hood C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69, 1: 3. DOI: 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x.
- Iedema R., Degeling P., Braithwaite J., White L. (2004). 'It's an Interesting Conversation I'm Hearing': The Doctor as Manager. *Organization Studies*, 25, 1: 15. DOI: 10.1177/0170840604038174.
- ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (2019). *La salute nelle regioni italiane – Bilancio di un decennio (2005-2015)*. Roma: ISTAT. Testo disponibile all'indirizzo web:

<https://www.istat.it/it/archivio/233561> (30/01/2024).

- Jessop B. (2014). Repoliticising Depoliticisation: Theoretical Preliminaries on some Responses to the American Fiscal and Eurozone Debt Crises. *Policy&Politics*, 42, 2: 207. DOI: 10.1332/030557312X655864.
- Klijn, E.H. (2012). Public Management and Governance: a comparison of two paradigms to deal with modern complex problems. In Levi Faur D., a cura di, *The handbook of governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Lascoumes P., Le Gales P. (2012). *Sociologie de l'action publique*. Paris: Armand Colin.
- Light D. W. (1997). From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience. *Milbank Quarterly*, 75, 3: 297. DOI: 10.1111/1468-0009.00058.
- Mantovani G. (2008). *Analisi del discorso e contesto sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Moini G. (2001). *Welfare e salute. Verso nuove forme di regolazione pubblica*. Roma: Edizioni SEAM.
- Moini G. (2017). New Public Management e neoliberismo. Un intreccio storico. *Economia & Lavoro. Rivista di politica sindacale, sociologia e relazioni industriali*, 2: 71. DOI: 10.7384/89264.
- Neri S. (2009). Convergenza e divergenza nell'evoluzione recente dei servizi sanitari nazionali. Un confronto tra Regno Unito e Italia. *Stato e Mercato*, 87: 357. DOI: 10.1425/30841
- Neri S. (2020). Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera. In Vicarelli G., Giarelli G., a cura di, *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*. Milano: FrancoAngeli.
- Newsweek-Statista (2023). *World's Best Hospitals 2023*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-hospitals-2023> (30/01/2024).
- OCSE - Organizzazione per la cooperazione e per lo sviluppo economico (2017). *Preventing Ageing Unequally*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.oecd.org/social/preventing-ageing-unequally-9789264279087-en.htm> (30/01/2024).

- Openpolis (2023). *Il Pnrr e la sanità territoriale*. Roma: Openpolis. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.openpolis.it/wp-content/uploads/2023/05/Pnrr_sanita_territoriale_mappe_regionali_.pdf (24/04/2024).
- Osborne D., Gaebler T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York: Addison-Wesley.
- Osborne S.P., a cura di (2009). *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the Theory and Practice of Public Governance*. London: Routledge.
- Rhodes R.A.W. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44: 652. DOI: 10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x.
- Sanità33 (2023). Grandi ospedali, Schillaci: nella digitalizzazione la vera trasformazione del Ssn. *Sanità33*, 25 maggio. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.sanita33.it/ospedali/1145/grandi-ospedali-schillaci-nella-digitalizzazione-la-vera-trasformazione-del-ssn.html> (24/09/2024).
- Schmidt V., Thatcher M. (2013). *Resilient Liberalism in Europe's Political Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Skocpol T., Pierson P. (2002). Historical Institutionalism in Contemporary Political Science. In Katznelson I., Milner HV, a cura di, *Political Science: State of the Discipline*. New York: W.W. Norton.
- Tallacchini M.C. (2006). Democrazia come terapia: la governance tra medicina e società. *Politeia*, XXII, 81: 15.
- Tinetti M.E, Fried T. (2004). The end of the disease era. *The American Journal of Medicine*, 116, 3: 179. DOI: 10.1016/j.amjmed.2003.09.031.
- Tognetti M., Ornaghi A. (2010). *La regionalizzazione dei sistemi sanitari fra pubblico e privato*. Relazione al convegno *Senza welfare? Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo*, Napoli, 30 settembre.
- Toth F. (2009). Le riforme sanitarie in Europa: tra continuità e cambiamento. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2: 69. DOI: 10.1483/30028.
- Vecchi G. (2019). Progettare il passato? I disegni di riforma amministrativa in Italia negli ultimi decenni: dalle idee di modernizzazione all'incrementalismo senza strategia. *Rivista*

italiana di Politiche Pubbliche. 3: 383. DOI: 10.1483/95210.

Vicarelli G., Giarelli G., a cura di, (2020). *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*. Milano: FrancoAngeli.

Vicarelli G., Neri S. (2021). Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19. *Politiche Sociali/Social Policies*. 2: 233. DOI: 10.7389/101679.

Wallerstein N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364209/9789289056861-eng.pdf> (24/09/2024).