

Prefazione

L'introduzione di strumenti di performance management rappresenta uno degli aspetti essenziali del processo di "aziendalizzazione" della gestione dei servizi sanitari, avviato nel nostro Paese a partire dagli anni Novanta. In questo quadro i servizi di prevenzione presentano – nell'ambito del più ampio settore della sanità pubblica – caratteri del tutto peculiari rispetto ad altre attività, in ragione della loro natura collettiva e dei loro esiti, proiettati solitamente nel lungo termine e spesso scarsamente identificabili, ancorché cruciali nel perseguimento degli obiettivi di salute a livello di comunità. Questi servizi, peraltro, operano in un ambiente caratterizzato da una significativa incertezza scientifica e da una costante evoluzione dei bisogni sanitari. Per tale motivo, ancora oggi, a causa della complessità – o *wickedness* – che caratterizza il contesto dei servizi di salute pubblica, gli strumenti manageriali impiegati per affrontare questa sfida risultano essere scarsamente sviluppati.

Nell'ambito della letteratura economico-aziendale, il controllo manageriale e la misurazione della performance hanno sempre rappresentato temi di cruciale importanza. Come detto, tuttavia, il grado di avanzamento dei contributi e delle prassi non può considerarsi omogeneo, laddove si assumano a riferimento ambiti settoriali ed applicativi specifici. Questo volume, focalizzato sulla gestione e valutazione della performance nel settore sanitario, affronta nello specifico una delle aree più complesse e meno esplorate in letteratura, ovvero i servizi di prevenzione e tutela della salute. Il testo, in particolare, si propone di analizzare come i paradigmi teorici e le tecniche sviluppate possano essere adattati e implementati efficacemente per affrontare la complessità dei servizi di prevenzione. Con una dettagliata analisi teorica e numerosi richiami empirici, il saggio fornisce un interessante contributo alla letteratura attuale, offrendo spunti innovativi e soluzioni pratiche.

Lo sviluppo di nuovi e specifici approcci al controllo manageriale è reso necessario, in questo settore, dalla sua unicità e rilevanza sociale. Il tema risulta di particolare rilievo ed attualità, anche alla luce delle recenti tendenze evolutive del nostro servizio sanitario nazionale. Da diversi anni, infatti, a livello strategico si è cercato di spostare l'attenzione delle politiche sanitarie verso il c.d. "territorio" e verso i servizi di prevenzione – vedi ad esempio il DM 77/2022 – tentando di andare oltre la visione "ospedale-centrica" che ancora oggi permea i modelli organizzativi e, frequentemente, la cultura professionale di chi opera nel settore salute.

Attraverso una strutturata proposta metodologica, che attinge alla teoria del controllo manageriale ed ai paradigmi della governance collaborativa, della co-produzione e della logica dei servizi pubblici, il testo si pone come uno strumento utile per i professionisti e i decision-makers che operano nel campo della sanità pubblica. L'Autore non solo delinea il panorama attuale e le sfide del settore, ma propone anche un modello per una gestione più efficace e consapevole dei servizi di prevenzione, con un'attenzione particolare ai profili di equità e sostenibilità a lungo termine del servizio sanitario.

Questo volume, pertanto, non rappresenta solo una lettura utile solo per chi opera nel settore della sanità, ma offre anche spunti di riflessione per chiunque sia interessato a comprendere come i principi di economia aziendale e management pubblico possano essere applicati per migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi pubblici in contesti complessi e variabili – qui definiti *wicked*. Con un approccio olistico e multidisciplinare, il testo offre un contributo importante per comprendere e affrontare le sfide contemporanee nella gestione della sanità pubblica.

Gustavo Barresi

Introduzione

La misurazione, la valutazione e la gestione della performance e, più in generale, il controllo manageriale, sono stati oggetto di grande attenzione da parte degli studiosi di Economia Aziendale sin dalla nascita della disciplina¹ e dai precedenti studi di Ragioneria, quella che Fabio Besta² definì, appunto, come scienza del controllo economico.

Le aziende sanitarie sono state terreno fertile per la realizzazione di molteplici studi volti a sviluppare paradigmi teorici, tecniche e strumenti finalizzati al controllo manageriale delle operazioni aziendali³. Si osserva inoltre come, tra i diversi settori pubblici, quello sanitario è stato tra i primi ad affrontare il processo di “aziendalizzazione” avviato in Italia con le riforme del c.d. *New Public Management* all’inizio degli anni ’90⁴. Questa serie di riforme ha introdotto nelle aziende sanitarie l’obbligo di adottare strumenti di performance management che, a partire da quegli anni, hanno vissuto una continua evoluzione⁵.

¹ G. Zappa (1927), *Tendenze nuove negli studi di ragioneria*, Annuario del Regio Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali di Venezia per gli Anni Accademici 1925-1926 e 1926-1927, pp. 29-62.

² F. Besta (1880), *La Ragioneria*, prolusione letta nella solenne apertura degli studi per l’anno scolastico 1880-1881 alla Regia Scuola superiore di commercio in Venezia dal prof. Fabio Besta (Vol. 1). Tipografia dell’istituto Coletti.

³ Si vedano tra gli altri E. Borgonovi (1996), *Gli indicatori di efficacia e di efficienza nella sanità*, Rivista trimestrale di Scienza dell’Amministrazione, n. 2; G. Barresi (2004), *La misurazione della performance nelle aziende ospedaliere*, Giappichelli, Torino; F. Lega (2020), *Economia e Management Sanitario*, EGEA, Milano.

⁴ C. Hood (1991), *A public management for all seasons?*, Public Administration, Vol. 69, n. 1, pp. 3-19; L. Anselmi (1995), *Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione: Il “percorso aziendale”*, Giappichelli, Torino.

⁵ Si vedano tra gli altri F. Lega, E. Vendramini (2008), *Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS): assessment and constructive criticism*, Journal of Health Organization and Management, Vol. 22, n. 1, pp. 11-22; C. Cuccurullo, E. Cinque (2017), *Il controllo di gestione in sanità: ieri, oggi e domani*, in M. Triassi, R. Delfino (a cura di), *Controllo di gestione, contabilità analitica e valutazione della performance*, Idelson-Gnocchi, Napoli; S. Nuti, G. Noto, F. Vola, M. Vainieri (2018), *Let’s play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare*, Management Decision, Vol. 56, n. 10, pp. 2252-2272.

L'introduzione di sistemi di performance management in sanità è stata possibilmente facilitata, rispetto ad altri settori pubblici, dal fatto che molteplici servizi sanitari rispondono a bisogni individuali e sono dunque erogati direttamente all'utente finale. Tale circostanza rende il processo di erogazione dei servizi e i risultati ottenuti apprezzabili nell'immediato, o quasi. È da considerare, tuttavia, che alcuni servizi sanitari – ovvero i servizi di prevenzione e tutela della salute – sono invece orientati al soddisfacimento di un bisogno collettivo. Ciò rende particolarmente complesse la misurazione e valutazione dei risultati (e dunque della performance), tenuto conto che gli esiti finali (i c.d. *outcome*) delle attività di prevenzione sono misurabili solo nel medio-lungo termine⁶ e spesso sono collegati al non verificarsi di un evento, come ad esempio un'epidemia⁷. Inoltre, nei casi in cui è possibile procedere ad una misurazione, non è facile determinare ed isolare il contributo dell'attività dell'azienda sanitaria indirizzata al raggiungimento di un risultato, poiché quest'ultimo, solitamente, è influenzato anche da fattori che sono al di fuori del suo controllo diretto (ad esempio, caratteristiche epidemiologiche, stili di vita, pandemie, ecc.).

Tale insieme di fattori hanno fatto sì che lo studio e le esperienze empiriche relative ai sistemi di performance management dei servizi di prevenzione e tutela della salute risultino meno sviluppati rispetto a quelli relativi ad altri ambiti come quello ospedaliero o ambulatoriale⁸. Tuttavia, il dibattito politico relativo ai servizi di prevenzione è al centro dell'agenda politica nazionale e internazionale ormai da diversi anni⁹.

Il presente saggio intende contribuire a colmare questo divario della letteratura ragionando, a livello teorico ed empirico, sulle soluzioni che possono favorire il governo consapevole delle attività di prevenzione e tutela della salute da parte delle aziende e dei professionisti che vi lavorano.

Il contributo è riassunto in una proposta metodologica costruita sulla teoria del controllo manageriale¹⁰ nell'ambito dei *wicked problem*¹¹ e che attinge da diversi

⁶ L. Cinquini, C. Campanale, M. Vainieri (2014), *Measuring Efficiency in Public Health: the case of the final product system*, International Journal of Management Accounting Research, Vol. 4, n. 2, pp. 183-199; G. Noto, L. Coletta, S. Zuccarino, M. Vainieri (2021), *Il controllo e la gestione della performance delle attività di prevenzione in contesti inter-organizzativi: il caso dei controlli frontaliari sugli alimenti*, Mecosan, Vol. 117, n. 1, pp. 59-75.

⁷ G. Ferri, F. Fucilli, G. De Sandoli, S. Guizzardi, C. Campagnoli, R. Marabelli (2022), *Il performance management nell'area della sanità pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti*, Mecosan, Vol. 121, pp. 123-155.

⁸ M. Del Vecchio, A. Prentini, V. Rappini (2015), *I livelli di integrazione dei dipartimenti di prevenzione*, in E. Borgonovi, R. Tarricone (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, EGEA, Milano, pp. 441-477; L. Cinquini, C. Campanale, F. Del Bianco, C. Oppi (2021), *Un modello di performance management per mitigare il problema dell'ambiguità nell'organizzazione della prevenzione collettiva: il caso della Regione Friuli-Venezia Giulia*, Mecosan, Vol. 117, pp. 77-109.

⁹ Si veda ad esempio il recente D.M. n. 77/2022 ed il lungo percorso che ha portato alla sua definizione.

¹⁰ R.N. Anthony (1965), *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis*, Harvard Uni-

approcci teorici propri del management pubblico, i.e., governance collaborativa¹², co-produzione¹³, *public service logic*¹⁴ e *dynamic performance governance*¹⁵.

Il primo capitolo ha come obiettivo quello di fornire al lettore informazioni relative alla specificità del contesto analizzato, ovvero i sistemi di prevenzione e tutela della salute. Si procederà, in particolare, ad inquadrare il ruolo della prevenzione all'interno del sistema sanitario e nel sistema socioeconomico, a descrivere l'articolazione organizzativa del sistema di prevenzione e tutela della salute italiano e, in ultimo, a presentare le caratteristiche che descrivono la complessità delle attività di prevenzione facendo riferimento alla più recente letteratura in tema di *wicked problem*.

Il secondo capitolo è volto ad analizzare lo stato dell'arte della letteratura e della pratica su performance management delle aziende e dei sistemi sanitari. Dopo aver introdotto il concetto di performance management, si farà riferimento ai più recenti studi relativi al controllo manageriale in sanità, fornendo diversi esempi rispetto a come i sistemi di valutazione della performance esistenti si sono evoluti seguendo le diverse riforme che hanno caratterizzato il settore pubblico. Successivamente verrà trattata, in modo specifico, la valutazione della performance dei servizi di prevenzione e verranno approfonditi, attraverso esempi provenienti dalle pratiche adottate a livello nazionale ed aziendale, i limiti e le relative sfide che i *controller* sono chiamati ad affrontare. Queste, secondo quanto suggerito dalla letteratura sui *wicked problem*, sono relative al fronteggiamento del pluralismo sociale, della frammentazione istituzionale e dell'incertezza scientifica che permeano i sistemi di prevenzione e tutela della salute.

Il terzo capitolo si concentra sulla prima delle sfide individuate nel capitolo precedente, ovvero far fronte al pluralismo sociale. Pertanto, verrà analizzato il contributo che la teoria economico-aziendale può fornire per affrontare il pluralismo sociale nel disegno dei sistemi di performance management dei servizi di prevenzio-

versity, Boston; A. Ferreira, D. Otley (2009), *The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis*, Management Accounting Research, Vol. 20, n. 4, pp. 263-282.

¹¹ È possibile definire i *wicked problem* come problemi difficili da definire e gestire a causa della loro intrinseca complessità. Si vedano sull'argomento i lavori di H.W. Rittel, M.M. Webber (1973), *Dilemmas in a general theory of planning*, Policy Sciences, Vol. 4, n. 2, pp. 155-169; B.W. Head, J. Alford (2015), *Wicked problems: Implications for public policy and management*, Administration & Society, Vol. 47, n. 6, pp. 711-739.

¹² C. Ansell, A. Gash (2008), *Collaborative governance in theory and practice*, Journal of Public Administration Research and Theory, Vol. 18, n. 4, pp. 543-571.

¹³ T. Nabatchi, T. Steen, M. Sicilia, D. Brand (2016), *Understanding the diversity of coproduction: Introduction to the IJPA special issue*, International Journal of Public Administration, Vol. 39, n. 13, pp. 1001-1005; D. Sorrentino (2021), *Performance e coproduzione dei servizi pubblici*, CEDAM, Padova.

¹⁴ S.P. Osborne (2021), *Public service logic: creating value for public service users, citizens, and society through public service delivery*, Routledge, New York.

¹⁵ C. Bianchi (2016), *Dynamic Performance Management*, Springer, Berlin.

ne. Richiamando alcuni casi di studio, verranno approfonditi il legame tra gli studi di performance management e la teoria degli stakeholder applicata in ambito pubblico e il legame con la teoria della co-produzione. Entrambe le teorie contribuiscono in modo significativo a tenere in considerazione e ad allineare, nel disegno di strumenti di controllo manageriale, gli interessi delle diverse categorie di portatori di interesse e degli utenti dei servizi pubblici.

Il quarto capitolo si concentra sulla seconda sfida individuata, ovvero affrontare la frammentazione istituzionale che caratterizza il settore pubblico. Tale concetto è stato ampiamente dibattuto dalla letteratura c.d. *post-New Public Management*, che ha suggerito la collaborazione come possibile soluzione agli effetti indesiderati derivanti dalla frammentazione istituzionale. Nel capitolo, pertanto, verranno richiamate le modalità secondo cui la governance collaborativa e la teoria relativa al controllo manageriale (e ai c.d. “pacchetti di controllo”) possono combinarsi nel disegno di sistemi aziendali volti a governare la performance dei servizi di prevenzione e tutela della salute.

L’ultima sfida viene discussa e approfondita nel quinto capitolo del volume. L’incertezza scientifica – ovvero la presenza di lacune nella conoscenza disponibile in un dato momento – relativa ai risultati delle attività di prevenzione è probabilmente una delle sfide più complesse e al contempo meno affrontate dalla letteratura aziendale. Questa incertezza deriva dai ritardi temporali che intercorrono tra l’erogazione dei servizi di prevenzione e i relativi *outcome*, e dal fatto che quest’ultimi sono influenzati da molteplici fattori di contesto esterni al presidio diretto delle aziende sanitarie. Si farà specifico riferimento al contributo che gli strumenti e le tecniche di simulazione (come, ad esempio, la *System Dynamics*) possono offrire ai sistemi di performance management per supportare le scelte dei decisori attraverso meccanismi di c.d. *feed forward*.

Le considerazioni conclusive nutrono l’ambizione di combinare le diverse teorie e i concetti riportati nel corso del volume in un’unica proposta metodologica.

Il presente volume è il frutto di diversi anni di studio e ricerca sul tema trattato, resi possibili grazie al supporto, alla collaborazione e alla guida di numerosi colleghi. Per questo motivo sono riconoscente nei confronti di molte persone che, a vario titolo, hanno segnato il mio percorso accademico. Un ringraziamento speciale va al prof. Gustavo Barresi, autore della prefazione di questo libro, per la sua stima ed amicizia. Ringrazio anche tutti i colleghi dei diversi gruppi di studio e ricerca con cui condivido quotidianamente la passione per l’accademia.

Sono inoltre riconoscente nei confronti del team editoriale e, in particolare, della prof.ssa Antonella Paolini e dei revisori anonimi, che mi hanno offerto importanti spunti di riflessione sul lavoro.

Messina, 2024

Guido Noto

Capitolo 1

La complessità dei sistemi e dei servizi di prevenzione

SOMMARIO: 1.1. L'importanza della prevenzione. – 1.2. La struttura del sistema di prevenzione della salute in Italia. – 1.3. La prevenzione collettiva come *wicked problem*.

1.1. L'importanza della prevenzione

I sistemi sanitari moderni offrono generalmente un'articolata gamma di servizi di salute organizzati per ambiti di cura. Tra questi troviamo le cure primarie, i servizi ospedalieri, quelli ambulatoriali, riabilitativi, di lungodegenza e la prevenzione collettiva. Nonostante la prevenzione collettiva sia molto rilevante nel perseguimento degli obiettivi di salute di un sistema sanitario, la letteratura relativa alla gestione dei relativi servizi risulta scarsa (in termini quantitativi) rispetto a quella esistente e relativi agli altri setting¹. I motivi sono molteplici, ma tutti riconducibili alla complessità intrinseca della prevenzione.

I servizi di prevenzione e tutela della salute possono essere definiti come un insieme di attività orientate alla prevenzione delle malattie, all'allungamento della vita media e degli anni in buona salute e, più in generale, volte al soddisfacimento dei bisogni collettivi di salute². Negli ultimi anni, anche sotto la spinta della pandemia da Covid-19, i sistemi di prevenzione stanno progressivamente abbracciando il paradigma del *One Health*. Quest'ultimo è “un approccio integrato che mira a bilanciare e sviluppare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute degli esseri umani, degli animali domestici e selvatici,

¹ Cinquini, Campanale, Del Bianco, Oppi (2021), *Un modello di performance management ...*, cit.

² WHO (2011), *Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: A Framework for Action First meeting of the European Health Policy*, Forum for High-Level Government Officials, Andorra la Vella; Del Vecchio, Prenestini, Rappini (2015), *I livelli di integrazione dei dipartimenti di prevenzione*, cit.

delle piante e dell'ambiente in generale (compresi gli ecosistemi) è strettamente legata e interdipendente”³. Pertanto, l'approccio *One Health*, richiede multidisciplinarietà ed il coordinamento tra diversi stakeholder per affrontare i rischi correnti e potenziali che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animale-ecosistemi. La salute della popolazione umana non può dunque essere tutelata e perseguita senza il raggiungimento della buona salute della popolazione animale e la difesa della biodiversità e dell'ambiente dal cambiamento climatico⁴. I sistemi di prevenzione e tutela della salute possono dunque essere definiti come degli insiemi di soggetti, risorse e attività che perseguono la salute collettiva di tutte le popolazioni umane, animali e vegetali in nell'ottica della sostenibilità. Questa prospettiva olistica e multidisciplinare è stata ripresa a livello normativo anche dal D.M. n. 77/2022⁵ che richiama e collega tra loro la prevenzione in ambito sanitario e quella in ambito ambientale e climatico facendo riferimento ad un approccio sistemico “avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia One health e con particolare attenzione al rapporto salute-ambiente”.

Ciascun sistema sanitario moderno dedica un variabile ammontare di risorse alle attività di prevenzione e tutela della salute, ovvero al soddisfacimento dei c.d. bisogni collettivi. Variabile perché le somme destinate alla prevenzione variano sulla base della tipologia e dello schema di finanziamento di un sistema sanitario (ad esempio Beveridge o Bismark⁶), delle risorse disponibili, della cultura e delle scelte politiche che avvengono ai vari livelli istituzionali.

In Italia, nel 2021, la spesa dedicata alla prevenzione ammontava al 9% circa della spesa sanitaria totale. La situazione degli altri paesi dell'OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) non è particolarmente differente e varia dal 4% della Norvegia al 14% dell'Austria. Dall'altro lato, la spesa per i servizi ospedalieri e ambulatoriali in Italia assorbe circa il 52% del totale della spesa sanitaria nazionale⁷.

Dal confronto tra i dati di spesa relativi ai diversi ambiti assistenziali, emerge chiaramente come i servizi di prevenzione assorbono generalmente poche risorse.

³ One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP) (2022), *One Health: A new definition for a sustainable and healthy future*, PLoS Pathogens, Vol. 18(6), n. e1010537, pp. 1-4.

⁴ J. Zinsstag, E. Schelling, D. Waltner-Toews, M. Tanner (2011), *From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being*, Preventive Veterinary Medicine, Vol. 101, n. 3-4, pp. 148-156; Ministero della Salute (2020), *Piano Nazionale della Prevenzione*.

⁵ Decreto recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

⁶ Il Modello Beveridge (adottato in Italia) si fonda sul principio che la salute è un bene di interesse pubblico e deve essere prevalentemente garantita da un soggetto pubblico sia per il finanziamento che per l'erogazione. È finanziato dalla fiscalità generale. Il Modello Bismark si fonda sul principio che è meritevole obbligare la trasformazione del rischio individuale in rischio collettivo. I contributi alle mutue sono solitamente ritenuti alla fonte dallo stipendio del lavoratore o pagati dal datore di lavoro.

⁷ OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Parigi.

Quello che non emerge immediatamente tuttavia è che gli stessi sono tra i principali determinanti della salute di un territorio e che dalla loro efficacia dipende significativamente la spesa degli altri setting (ospedaliero *in primis*).

Per spiegare questa affermazione basta presentare pochi semplici esempi.

Una delle attività di prevenzione più rilevante ed efficace è la vaccinazione. In Italia, e in altri paesi, i bambini nei primi due anni di vita sono sottoposti a diverse vaccinazioni obbligatorie. L'obiettivo che si pone il sistema sanitario è quello di coprire almeno il 95% dei bambini per ogni coorte. Questo target permette alla popolazione di raggiungere la c.d. immunità di gregge – ovvero quella soglia di copertura vaccinale che permette di scongiurare il verificarsi di un'epidemia perché, anche nel caso in cui un individuo si dovesse infettare, questo non riuscirebbe a contagiare i suoi contatti prossimi in quanto coperti da anticorpi vaccinali. Nel caso in cui non si dovesse raggiungere il suddetto target, l'eventualità del verificarsi di un'infezione potrebbe portare al propagarsi di un'epidemia con importanti riflessi in termini di salute – per alcune malattie anche il decesso – e di costi che emergerebbero per erogare le cure ai malati – pensiamo ad esempio alle ospedalizzazioni. Un simile esempio è possibile immaginarlo nel contesto pandemico che abbiamo recentemente vissuto.

Un altro esempio altamente esplicativo è relativo alle campagne di screening oncologico. Questo tipo di attività è volto all'identificazione dei tumori maligni. Identificare una patologia oncologica nei primi stadi del suo sviluppo comporta un significativo impatto positivo in termini di esito del trattamento – ovvero in termini di sopravvivenza alla patologia – e in termini di risorse impiegate, in quanto la tipologia di trattamento e la conseguente terapia dipendono dalla fase di avanzamento della malattia.

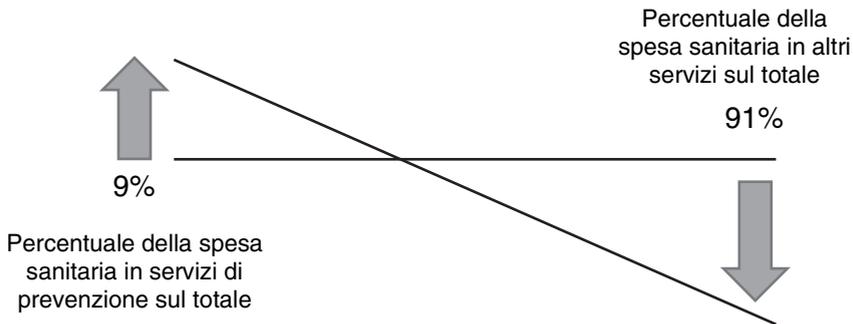
Si potrebbero fare numerosi ulteriori esempi, come nel campo dei controlli frontaliere sugli alimenti o sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, ma già da queste due fattispecie si evince chiaramente come l'efficacia delle attività di prevenzione sia una delle determinanti principali della salute pubblica di un territorio e della spesa sanitaria complessiva – ed ospedaliera in particolare. Infatti, malattie gravi diffuse (ad esempio alcune malattie cardiache, gli ictus, il diabete di tipo 2, alcuni tipi di tumori e di demenze) si possono in parte prevenire adottando cambiamenti negli stili di vita degli individui, diagnosi precoci, campagne vaccinali e agendo sul contrasto alle disuguaglianze.

Seguendo il ragionamento fin qui delineato, appare dunque evidente che, quantomeno a livello teorico, la spesa in prevenzione può avere un effetto leva nella riduzione della spesa sanitaria complessiva. Questo avviene perché un euro speso bene in prevenzione oggi, equivale a uno (o più) euro risparmiati domani in termini di servizi per malati acuti. Questo concetto viene riportato graficamente e “provocatoriamente” in Figura 1.

La leva della prevenzione può essere definita dunque come l'effetto secondo cui allocare risorse in attività di prevenzione efficaci, genera una riduzione della spesa sanitaria negli altri setting di cura. Proprio intorno a questo concetto, sebbene spes-

so sviluppato e argomentato in modo diverso, i sistemi sanitari di numerosi paesi, tra cui l'Italia, da più di un decennio stanno cercando di implementare una serie di riforme volte a spostare il focus dal setting ospedaliero a quello territoriale⁸; passando dunque da un atteggiamento reattivo (intervenire quando i bisogni di cure sono manifesti), ad uno proattivo (cercare di anticipare i bisogni prima che si manifestino e prevenirli).

Figura 1 – La leva della prevenzione



Fonte: elaborazione propria.

Il limite della leva è di natura temporale, poiché gli effetti sopra richiamati avvengono prevalentemente nel medio-lungo termine. Pertanto, decisori politici chiamati a ridurre i costi della sanità, possono cadere nella tentazione di effettuare tagli lineari alla spesa – spesso inefficaci⁹ – invece di investire in prevenzione e qualità. Al contrario, perseguire la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario nel lungo termine richiede investimenti nel breve termine volti a migliorare lo stato di salute attraverso una prevenzione efficace e cure di qualità.

I decisori politici si trovano dunque ad affrontare il paradosso di dover aumentare la spesa sanitaria nel breve termine per assistere ad una riduzione della stessa in futuro. Questa decisione richiede una certa dose di coraggio in quanto l'incertezza sui risultati di lungo termine è forte, e politici e manager sono spesso chiamati a rispondere delle loro decisioni prima ancora che gli effetti di lungo termine delle loro politiche possano essere apprezzati. Appare dunque evidente come a livello politico e manageriale occorre dotarsi di strumenti di misurazione, valutazione e gestione della performance che siano efficaci al fine di supportare i processi decisionali. Tuttavia, la complessità che caratterizza le attività di prevenzione e tutela del-

⁸ Si vedano, nel caso italiano, i D.M. n. 70/2015 e n. 77/2022.

⁹ Si veda ad esempio quanto riportato nel lavoro di G. Noto, P. Belardi, M. Vainieri (2020), *Unintended consequences of expenditure targets on resource allocation in health systems*, Health Policy, Vol. 124, n. 4, pp. 462-469.

la salute, e che verrà affrontata nel prosieguo del volume, rende il governo della relativa performance particolarmente sfidante. Questo testo, dunque, vuole fornire un contributo allo sviluppo di strumenti manageriali a supporto delle politiche e delle strategie di prevenzione e tutela della salute.

1.2. La struttura del sistema di prevenzione della salute in Italia

In Italia, il sistema di prevenzione della salute è articolato su molteplici livelli di governance a loro volta partecipati da diversi soggetti che collaborano orizzontalmente.

A livello nazionale, il Ministero della Salute svolge un'importante funzione di indirizzo strategico attraverso la redazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Questo documento individua i macro-obiettivi che gli enti coinvolti nel sistema di prevenzione devono perseguire. I macro-obiettivi sono sotto-articolati in obiettivi strategici e linee strategiche di intervento. Nel quadro logico centrale del PNP sono inoltre individuati i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)¹⁰ di riferimento e gli indicatori degli obiettivi strategici utilizzati ai fini del monitoraggio dell'implementazione del piano e della relativa valutazione. Il Ministero svolge anche un ruolo operativo attraverso i suoi uffici territoriali in tema di controlli frontaliери.

Le regioni ed i relativi sistemi sanitari hanno il compito di declinare gli obiettivi del PNP nel loro territorio attraverso la predisposizione e il monitoraggio dei Piani Regionali della Prevenzione” (PRP). A livello regionale viene inoltre stabilita la governance della prevenzione sul territorio e la conseguente articolazione delle responsabilità.

A livello aziendale, le aziende sanitarie locali (ASP, ULSS, AUSL, ASM, ATS, ma di seguito per semplicità ASL) sono responsabili della salute di una specifica area del territorio regionale. Pertanto, oltre a provvedere ai bisogni di salute individuali dei residenti attraverso l'erogazione e/o l'acquisto di prestazioni sanitarie in senso stretto (visite, trattamenti, diagnosi, ecc.), hanno la responsabilità di declinare ulteriormente gli obiettivi di prevenzione della salute nel loro territorio. Per fare ciò, le ASL si articolano al loro interno in un dipartimento di prevenzione e unità operative dedicate (ad esempio, prevenzione sui luoghi di lavoro, salute animale, di igiene degli alimenti, ecc.) con un significativo grado di eterogeneità che dipende da quelle che sono le sensibilità regionali e locali¹¹.

¹⁰ I LEA sono le prestazioni e i servizi che il sistema sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (art. 1, comma 7 del D.Lgs. n. 502/1992).

¹¹ Del Vecchio, Prenestini, Rappini (2015), *I livelli di integrazione dei dipartimenti di prevenzione*, cit.

Il dipartimento di prevenzione dell'ASL, “garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita” (D.Lgs. n. 299/1999). Questo è chiamato a svolgere le seguenti funzioni¹²:

- (i) sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie;
- (ii) tutela della collettività dai rischi sanitari;
- (iii) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari nei luoghi di lavoro;
- (iv) sanità pubblica veterinaria;
- (v) sicurezza alimentare;
- (vi) promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali;
- (vii) attività medico legali per finalità pubbliche.

Secondo il D.M. n. 77/2022, il dipartimento di prevenzione è, inoltre, parte della rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima e, in quanto tale, garantisce il supporto “al raggiungimento dell’obiettivo “salute” nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell’Ambiente con l’obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e gli ecosistemi” (allegato 1, D.M. n. 77/2022).

Nel perseguimento degli obiettivi di prevenzione, e nello svolgimento delle relative attività, le ASL sono coadiuvate da numerosi altri soggetti del sistema sanitario e no.

I soggetti del sistema sanitario che partecipano all'erogazione dei servizi di prevenzione sono: gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IIZZSS) che svolgono importanti attività diagnostiche nel campo della salute animale e dell'igiene degli alimenti; le aziende ospedaliere e medici di medicina generale (MMG) che adottano linee guida e riportano all'ASL episodi di infezioni e altri casi a supporto delle indagini epidemiologiche.

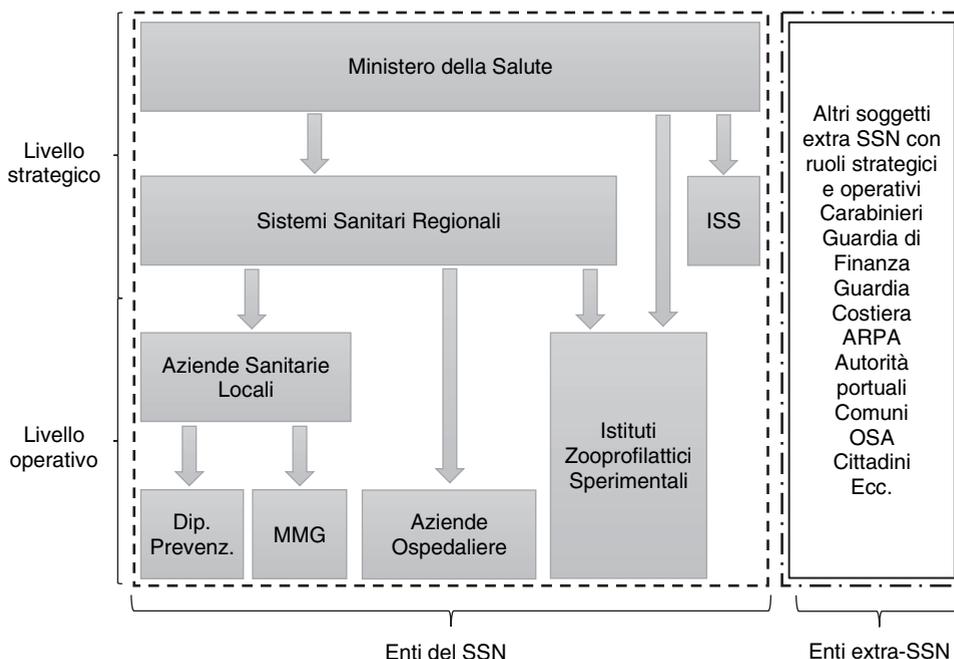
I soggetti non sanitari che partecipano all'erogazione dei servizi di prevenzione sono: i Carabinieri e la Guardia di Finanza per quanto attiene alle ispezioni delle attività economiche sul territorio e a controllo sulle frodi; l'Ispettorato Nazionale del Lavoro (INL) e l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) con riferimento alle attività di prevenzione della salute nei luoghi di lavoro; i comuni attraverso attività ispettive e di formazione; l'Agenzia delle Dogane, le Autorità Portuali e le aziende di gestione degli aeroporti che intervengono nei processi di controllo frontaliero; le Agenzie nazionali e regionali (ad

¹² M. Cavazza, M. Del Vecchio, L.M. Preti, V. Rappini (2021), *Dipartimenti di Prevenzione durante la pandemia tra le criticità strutturali e l'emergenza*, in E. Borgonovi, A. Torbica (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, EGEA, Milano, pp. 603-625.

esempio l'ARPA) e gli altri soggetti (cittadini inclusi) che, a vario titolo, partecipano e alla produzione dei servizi.

In Figura 2 si riporta un'illustrazione sintetica della governance del sistema di prevenzione della salute italiano. Emerge chiaramente la complessità istituzionale in termini di frammentazione amministrativa che caratterizza il sistema di prevenzione e tutela della salute in Italia.

Figura 2 – Il sistema di prevenzione e tutela della salute italiano



Fonte: elaborazione propria.

I servizi di prevenzione della salute possono essere raggruppati in tre macrocategorie: formazione e comunicazione; controlli; servizi sanitari.

I servizi afferenti all'area formazione e comunicazione riguardano tutte le attività svolte da soggetti pubblici volti a sensibilizzare i cittadini rispetto all'adozione di corretti stili di vita e a formare specifiche categorie di soggetti – come, ad esempio, gli Operatori del Settore Alimentare (OSA), o i dipendenti – rispetto alle procedure da seguire per evitare il rischio sanitario collegato all'erogazione di una prestazione lavorativa o di un servizio.

I servizi rientranti nella categoria dei controlli, invece, fanno riferimento alle ispezioni condotte dalle autorità sanitarie e/o dalle forze dell'ordine per verificare che determinati soggetti – ad esempio di OSA o i datori di lavoro – siano adem-

pienti rispetto alle procedure da seguire nello svolgimento delle attività aziendali volte a ridurre il rischio sanitario.

Infine, tra i servizi sanitari in senso stretto rientrano diverse attività sanitarie, tra cui le vaccinazioni, le indagini epidemiologiche, gli screening, ecc.

1.3. La prevenzione collettiva come *wicked problem*

Nel corso degli ultimi anni studi e ricerche relativi al settore pubblico sono stati caratterizzati da un crescente e rinnovato interesse nell'explorare i c.d. problemi *wicked*¹³. I problemi *wicked* sono stati concettualizzati come problemi difficili da definire e gestire a causa della loro intrinseca complessità¹⁴. Questi problemi sono persistenti e spesso portano a risultati controintuitivi e inattesi nonostante i notevoli sforzi per risolverli¹⁵.

Per definire i problemi *wicked*, Rittel e Webber¹⁶ hanno individuato dieci caratteristiche che li contraddistinguono e li differenziano dai problemi non-*wicked* (altrimenti detti *tame*).

1. Non esiste una formulazione definitiva: il processo di definizione del problema è il problema stesso. Questo accade perché le informazioni di cui abbiamo bisogno per comprendere i problemi *wicked* dipendono dal modo in cui intendiamo risolverli e dai nostri pregiudizi nell'affrontarli.
2. Non ci sono soluzioni di continuità: ovvero, non c'è fine alle catene causali che collegano le fasi raggiunte nel processo di comprensione dei problemi.
3. Le soluzioni non sono vere o false, ma buone o cattive: il processo di valutazione delle soluzioni fornite per affrontare i problemi *wicked* è influenzato dagli interessi e dai valori di chi le valuta.
4. Non è possibile testare empiricamente una soluzione: se implementiamo una soluzione per un problema *wicked*, essa genererà una serie di conseguenze che non ci permetteranno di isolarne gli effetti.
5. Non c'è la possibilità di imparare per tentativi (*trial and error*): quando si affrontano problemi *wicked*, ogni soluzione implementata è consequenziale e irreversibile.
6. Non hanno un insieme enumerabile di soluzioni potenziali: quando i problemi

¹³ La traduzione letterale dall'inglese di *wicked* sarebbe malvagi o perfidi; tuttavia, questa traduzione mal si addice – ad opinione dell'autore – alla descrizione di quello che effettivamente caratterizza questa tipologia di problemi. Per questo motivo si è scelto di utilizzare il termine originale in lingua inglese.

¹⁴ Rittel, Webber (1973), *Dilemmas in a general theory of planning*, cit.

¹⁵ E.M. Van Bueren, E.H. Klijn, J.F. Koppenjan (2003), *Dealing with wicked problems in networks: Analyzing an environmental debate from a network perspective*, Journal of Public Administration Research and Theory, Vol. 13, n. 2, pp. 193-212.

¹⁶ Rittel, Webber (1973), *Dilemmas in a general theory of planning*, cit.

sono mal definiti, l'insieme delle soluzioni potenziali si basa su un giudizio realistico e sulla credibilità e fattibilità delle azioni proposte.

7. Ogni problema è essenzialmente unico: anche se alcuni problemi possono sembrare simili, non possiamo mai essere sicuri che le particolarità di un problema non prevalgano sui suoi punti in comune con altri problemi già affrontati.
8. Ogni problema può essere considerato un sintomo di un altro problema: rimuovendo la causa di un problema si pone un altro problema di cui il primo era il sintomo. Il nuovo problema può, a sua volta, essere considerato il sintomo di un altro problema di “livello superiore”, e così via. Cercare di curare i sintomi può complicare la risoluzione del problema alla radice, perché “ogni tentativo conta” (vedi proposizione n. 5).
9. L'esistenza di una discrepanza nella rappresentazione e comprensione di un problema *wicked* può essere spiegata in molti modi. La scelta della spiegazione determina la natura della risoluzione del problema: nell'affrontare i problemi *wicked* non possiamo affidarci a modalità di ragionamento lineari e sottoporre un'ipotesi a un test a causa della loro unicità (vedi proposizione n. 7) e della mancanza di opportunità di sperimentazione empirica (vedi proposizione n. 5). Le persone tendono a scegliere le spiegazioni in modo arbitrario – ovvero, quelle che sono plausibili e si adattano meglio alle loro intenzioni.
10. I decisori non hanno il diritto di sbagliare: non c'è tolleranza per gli esperimenti che falliscono. I decisori sono resi responsabili delle conseguenze delle azioni che generano. Inoltre, le soluzioni proposte sono confuse da un'ulteriore serie di dilemmi sollevati dal crescente pluralismo di interessi.

A causa delle caratteristiche sopra descritte, possiamo contrapporre i problemi *wicked* a quelli *tame* o “addomesticati”¹⁷. Quest'ultimi possono essere facilmente definiti e formulati perché sono caratterizzati da un basso livello di complessità e sono affrontabili con soluzioni standard o di routine.

I problemi *tame* e quelli *wicked* sono solo gli estremi di un ampio spettro di tipi di problemi. Pertanto, possiamo affermare che esistono diversi gradi di *wickedness*. Questi cambiano sulla base di alcuni fattori. Head e Alford¹⁸, riprendendo il lavoro di Roberts¹⁹, individuano i seguenti: pluralismo sociale, frammentazione istituzionale e incertezza scientifica.

Il pluralismo sociale è legato alla presenza e coesistenza di molteplici interessi e valori degli stakeholder che non sempre possono essere riconciliati tra loro. Il pluralismo sociale è emerso con vigore negli ultimi decenni in virtù un cambiamento cul-

¹⁷ N. Roberts (2000), *Wicked problems and network approaches to resolution*, International Public Management Review, Vol. 1, n. 1, pp. 1-19; E.P. Weber, A.M. Khademan (2008), *Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings*, Public Administration Review, Vol. 68, n. 2, pp. 334-349; Head, Alford (2015), *Wicked problems: Implications for ...*, cit.

¹⁸ Head, Alford (2015), *Wicked problems: Implications for ...*, cit.

¹⁹ Roberts (2000), *Wicked problems ...*, cit.

turale che ha visto il sorgere di molteplici identità politiche basate ad esempio sul genere, le disabilità, gli stili di vita, ecc.²⁰ e che ha spinto verso un processo di democratizzazione secondo il quale gli individui di una collettività ricercano un dialogo costante con le amministrazioni sulle diverse questioni di interesse pubblico²¹.

La frammentazione istituzionale si riferisce alla suddivisione orizzontale in unità e/o dipartimenti e alla governance multilivello che caratterizza la pubblica amministrazione. Quest'ultima, sin dalla costituzione degli Stati moderni, fino ad arrivare agli anni '80 del secolo scorso, ha adottato un modello organizzativo di tipo burocratico²² caratterizzato dalla tendenza a favorire la specializzazione, facendo di ogni dipartimento o unità organizzativa una fortezza culturale e, dunque, creando dei "silos" organizzativi. Questa criticità non è stata risolta dall'introduzione delle riforme del c.d. New Public Management (NPM) introdotte a partire dagli ultimi decenni del XX secolo²³ che, al contrario, hanno avuto l'effetto di rafforzare la frammentazione organizzativa ed istituzionale della pubblica amministrazione²⁴.

L'incertezza è un fenomeno che fa parte dell'esistenza stessa, e la gestione delle aziende pubbliche implica necessariamente la consapevolezza della sua presenza e la relativa gestione²⁵. Esistono diverse fonti e tipologie di incertezza. Per quanto riguarda l'incertezza scientifica, questa può essere definita come la presenza di lacune nella conoscenza a disposizione²⁶.

Dalla definizione dei fattori di complessità appena descritti, si evince come la prevenzione assuma tutti i caratteri dei contesti *wicked*. Si pensi ad esempio alla recente campagna vaccinale contro il Covid-19. In primo luogo, le campagne di vaccinazione abbracciano molteplici interessi e valori (pluralismo sociale); ad esempio, questa pandemia ha posto i decisori pubblici di fronte al delicato *trade-off* tra la salute pubblica e la competitività delle attività economiche collegata alle chiusure e alle limitazioni e restrizioni imposte: i lockdown e la definizione delle

²⁰ M.W. Spicer (2001), *Value pluralism and its implications for American public administration*, *Administrative Theory & Praxis*, Vol. 23, n. 4, pp. 507-528.

²¹ J.M. Bryson, B.C. Crosby, L. Bloomberg (2014), *Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the new public management*, *Public Administration Review*, Vol. 74, n. 4, pp. 445-456.

²² M. Weber (1922), *Wirtschaft und Gesellschaft*, J.C.B. Mohr, Tubingen.

²³ Hood (1991), *A public management for all seasons?*, cit.; J. O'Flynn (2007), *From new public management to public value: Paradigmatic change and managerial implications*, *Australian Journal of Public Administration*, Vol. 66, n. 3, pp. 353-366.

²⁴ T. Christensen, P. Lægreid (2007), *The whole-of-government approach to public sector reform*, *Public Administration Review*, Vol. 67, n. 6, pp. 1059-1066.

²⁵ J.A. Weber (1999), *A response to public administration's lack of a general theory of uncertainty: A theoretical vision of uncertainty*, *Public Administration Quarterly*, pp. 18-45; P. Cairney, K. Oliver, A. Wellstead (2016), *To bridge the divide between evidence and policy: reduce ambiguity as much as uncertainty*, *Public Administration Review*, Vol. 76, n. 3, pp. 399-402.

²⁶ K.H. Reckhow (1994), *Importance of scientific uncertainty in decision making*, *Environmental Management*, Vol. 18, pp. 161-166; Head, Alford (2015), *Wicked problems: Implications for ...*, cit.

priorità di vaccinazione per le categorie di popolazione hanno sicuramente avuto un effetto sulla continuità di molte attività produttive. In secondo luogo, i servizi di prevenzione sanitaria sono erogati attraverso la collaborazione di più organizzazioni pubbliche e private (frammentazione istituzionale). Ad esempio, i vaccini contro il Covid-19 sono stati prodotti, distribuiti e somministrati attraverso la collaborazione di istituzioni sovranazionali (ad esempio, la Commissione Europea), agenzie di regolamentazione (ad esempio, Food and Drug Administration, European Medicine Agency, agenzie di regolamentazione nazionali), governi nazionali e regionali, autorità sanitarie locali, ospedali, fornitori di servizi sanitari privati, medici di base, esercito, aziende farmaceutiche, ecc. Infine, i risultati della prevenzione sanitaria non sono sempre interamente e direttamente attribuibili alle attività svolte e, solitamente, si ottengono nel lungo termine (incertezza scientifica). Pertanto, risulta quasi impossibile valutare in anticipo l'efficacia di misure specifiche (ad esempio, la politica di vaccinazione), poiché essa dipende dal comportamento degli altri attori (virus e varianti inclusi).

Come anticipato, la definizione di *wicked* è stata concettualizzata nel 1973. Tuttavia, è solo dai primi anni duemila con l'articolo di Roberts che la letteratura aziendale si è concentrata sul tema e sulle possibili soluzioni dei *wicked problems*.

Le tre sfide per affrontare la *wickedness* – pluralismo sociale, frammentazione istituzionale e incertezza scientifica – sono state affrontate con enfasi e paradigmi teorici diversi dagli studiosi economico-aziendali.

Al fine di affrontare la sfida collegata al pluralismo sociale, alcuni autori hanno suggerito l'adozione della teoria degli stakeholder²⁷. Altri autori hanno invece fatto riferimento ad un tema fortemente emergente nella letteratura delle aziende pubbliche che è la co-produzione²⁸.

Con riferimento alla sfida relativa al fronteggiamento della frammentazione istituzionale, la letteratura ha prevalentemente adottato e suggerito l'adozione di approcci collaborativi²⁹ come la *Collaborative Governance*³⁰.

²⁷ D. Dentoni, V. Bitzer (2015), *The role (s) of universities in dealing with global wicked problems through multi-stakeholder initiatives*, Journal of Cleaner Production, Vol. 106, pp. 68-78; G. Salvia, N. Zimmermann, C. Willan, J. Hale, H. Gitau, K. Muindi, E. Gichana, M. Davies (2021), *The wicked problem of waste management: An attention-based analysis of stakeholder behaviours*, Journal of Cleaner Production, Vol. 326, pp. 129-200.

²⁸ C. Bianchi, T. Bovaird, E. Loeffler (2017), *Applying a dynamic performance management framework to wicked issues: How coproduction helps to transform young people's services in Surrey County Council, UK*, International Journal of Public Administration, Vol. 40, n. 10, pp. 833-846.

²⁹ Weber, Khademian (2008), *Wicked problems, knowledge challenges, and ...*, cit.; Head, Alford (2015), *Wicked problems: Implications for ...*, cit.; D. Cristofoli, M. Meneguzzo, N. Riccucci (2017), *Collaborative administration: the management of successful networks*, Public Management Review, Vol. 19, n. 3, pp. 275-283; C. Vermiglio, G. Noto, V. Zarone (2021), *Analisi delle determinanti della resilienza urbana al COVID-19: il caso del Comune di Milano*, Azienda Pubblica, Vol. 4, pp. 387-412.

³⁰ Ansell, Gash (2008), *Collaborative governance in theory and practice*, cit.