

CAPITOLO 3  
FIDUCIA E TRASPARENZA  
NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

*Sabina Nuti\**

Il tema della fiducia dei cittadini nei confronti della pubblica amministrazione ed in particolare del sistema sanitario pubblico, è oggetto di numerose riflessioni.

Non vi è dubbio che negli ultimi anni la relazione tra cittadino e soggetto pubblico si sia profondamente modificata e che, sempre di più, si voglia rafforzare la posizione dell'utente nei confronti del soggetto erogatore di servizi di pubblica utilità.

Vari strumenti introdotti nella nostra legislazione, quale la carta dei servizi, volevano appunto sancire il diritto del cittadino a ricevere il servizio con modalità chiare e trasparenti, capaci di tenere conto non dell'interesse dell'organizzazione pubblica ma dei bisogni del cittadino. In realtà questo, come altri meccanismi, si sono rivelati dei veri e propri fallimenti (Mussari, 1997). La carta dei servizi che doveva essere un "contratto" tra erogatore e utente che chiariva gli impegni del primo e i diritti che poteva vantare il secondo, si è trasformata in un elenco di numeri telefonici (spesso sbagliati) combinata con la rappresentazione dell'organigramma dell'ente pubblico che poco interessa l'utente.

L'orientamento normativo, avviato a suo tempo con la legge Bassanini (Amato, 2008), ha cercato di ovviare al disagio del cittadino nei confronti dei servizi pubblici, spesso malati di autoreferenzialità, organizzati secondo le esigenze dei dipendenti pubblici più che degli utenti. Gli esempi sono infiniti: gli orari scolastici organizzati in base alle esigenze dei docenti e non alle capaci-

\* Sabina Nuti, Direttore del Laboratorio Management e Sanità, è Professore associato di Economia e gestione delle imprese della Scuola Superiore Sant'Anna.

tà di apprendimento degli allievi, l'organizzazione dei servizi ospedalieri, fatta per facilitare i turni degli operatori e non la qualità di vita del paziente, costretto per esempio a mangiare ad orari inusuali o a riposare con i tempi imposti dall'organizzazione.

Nella realtà delle istituzioni che erogano servizi di pubblica utilità, che nella maggior parte dei casi operano in situazione di monopolio, le possibilità di scelta del cliente/utente sono estremamente limitate e sicuramente scarsamente facilitate dall'operatore pubblico. Questo limita il potere del cittadino che inoltre si trova in molti casi in situazione di "asimmetria informativa" ossia in possesso di informazioni, conoscenze e competenze assai minori rispetto al soggetto erogatore e quindi incapace di dare un giudizio consapevole sulla qualità del servizio ricevuto. Un allievo in formazione può valutare la qualità di un percorso formativo e del contenuto di una lezione ricevuta? Un paziente non medico può giudicare la qualità della diagnosi ricevuta e del trattamento terapeutico a cui è stato sottoposto? In entrambi i casi l'utente del servizio solo a distanza di tempo potrà esprimere un giudizio corretto sul servizio ricevuto considerando l'utilità di quanto appreso o lo stato della sua salute. Nel breve sarà portato ad esprimere un giudizio solo su ciò che è in grado di presidiare, che spesso risulta essere gli aspetti accessori e non centrali del servizio stesso.

La scarsa possibilità di esprimere i propri pareri e giudizi e, quali "azionisti" dei servizi pubblici, di orientare le scelte strategiche della pubblica amministrazione a favore degli utenti stessi, insieme alla crescita di fenomeni di privilegio per alcune categorie di dipendenti pubblici rispetto a quelli del settore privato, ha determinato un clima di scarsa fiducia e di richiesta di maggiore responsabilità e capacità di risposta.

In particolare, nel contesto sanitario, alcuni autori ritengono che la crisi di legittimazione che è in corso, è stata determinata dagli episodi di errori clinici (Alaszewski, 2002), amplificati dai mezzi di comunicazione di massa, dal diverso modo in cui i professionisti sono percepiti (Calnan e Rowe, 2008) e dalla consapevolezza dell'incertezza della medicina (Alaszewski e Brown,

2007), percepita non più come una scienza “certa” ma come un ambito dove due pareri sono sempre meglio di uno solo.

In Italia, da una recente indagine richiesta dall'ANAAO alla società SWG (ANAAO - Assomed, 2009), emerge che poco più della metà dei 1.000 intervistati (54%) ha molta o abbastanza fiducia nel Servizio sanitario Nazionale pur registrando delle differenze notevoli fra Nord - Centro - Sud e Isole.

Lei ha molta, abbastanza, poca o nessuna fiducia nel Servizio Sanitario Nazionale?				
	Dato medio	Nord	Centro	Sud e Isole
molta	5	5	7	3
abbastanza	49	61	39	38
<b>Σ molta+abbastanza</b>	<b>54</b>	<b>66</b>	<b>46</b>	<b>41</b>
poca	40	31	48	51
nessuna	6	3	6	8

Fonte: indagine ANAAO - Assomed, Indagine 2009.

Il livello di fiducia nel SSN italiano quindi non si discosta da quello espresso dai cittadini britannici nei confronti dei manager del NHS.

### 3.1. *Il ruolo dei sistemi di valutazione*

Per rispondere alla crisi di legittimazione dei sistemi sanitari pubblici, che non è una criticità solo italiana, già dalla metà degli anni 90 sono stati oggetto di approfondimento gli strumenti del New Public Management (tra gli altri cfr. Boyne et al., 2006) con l'intento di rendere espliciti i livelli di performance e responsabilizzazione.

Sulla necessità di introdurre meccanismi tipicamente manageriali nel conteso pubblico sono d'accordo i sette portatori di interesse intervistati sul tema della fiducia dei cittadini nei confronti della sanità pubblica. Infatti alla domanda “Quali sono gli strumenti che potrebbero utilizzare i sistemi per alimentare la fiducia dei cittadini nei sistemi di sanità pubblica?”

i sette portatori di interesse intervistati hanno condiviso la necessità di rafforzare gli strumenti di controllo e vigilanza ed in generale degli strumenti di valutazione, sottolineando l'importanza della trasparenza (vedi Petrangolini) e della comunicazione ai cittadini delle decisioni prese e delle loro motivazioni (vedi Rasi).

Non sempre il cittadino è in grado di capire i numeri e gli indicatori attraverso cui può essere fatta la valutazione dei risultati ma ciò che interessa è che qualcuno a suo nome la effettui e che questa sia resa pubblica. Questo processo è già un deterrente a fenomeni di abuso di potere o utilizzo inappropriato di risorse. Il cittadino spesso si rende conto di non avere gli strumenti culturali per poter valutare la competenza professionale degli operatori sanitari, ma chiede al soggetto pubblico, garante dei suoi diritti soprattutto quando sono presenti contesti di asimmetria, di svolgere un controllo sistematico di come i servizi vengono erogati e della capacità complessiva del sistema pubblico di rispondere alla sua missione. Questo ruolo appare ancora oggi complessivamente insufficiente. I sistemi di valutazione adottati dalle regioni vanno sicuramente migliorati sia per rispondere alle esigenze di trasparenza<sup>1</sup> e sia per essere davvero strumenti utili per impostare processi decisionali basati sulle evidenze. In proposito è significativo pensare ad uno degli aspetti ritenuti essenziali anche dai cittadini quale l'equità nell'accesso ("se non conosci nessuno non sei figlio di nessuno"): si tratta di un ambito assai trattato in sede di pianificazione strategica regionale ma assente nei meccanismi gestionali.

Ad oggi nessun direttore generale di Asl viene premiato, mediante il sistema di incentivazione, per la capacità di ridurre le disuguaglianze semplicemente perché mancano ancora i numeri per determinare il fenomeno all'origine. L'equità risulta infatti poco monitorata in termini gestionali anche in quelle regioni o

<sup>1</sup> Si ricorda in proposito che ad oggi solo la Regione Toscana pubblica sistematicamente da tre anni i risultati del sistema di valutazione anche su WEB ([valutazione-sanita-toscana.ssup.it](http://valutazione-sanita-toscana.ssup.it))

province autonome che hanno sistemi di misurazione della performance più robusti ed avanzati.

La trasparenza come leva per l'accountability è legata anche alla pubblicazione dei dati e quindi ad un ritorno informativo sia al sistema sanitario ed ai suoi professionisti e sia ai cittadini.

Il confronto di sistemi di misurazione e valutazione della performance di tre regioni in Gran Bretagna che hanno attuato scelte differenti sulla pubblicazione dei risultati, Hibbard (2003) evidenzia come la pubblicazione dei risultati ha avuto un impatto positivo sulla performance. La regione che ha scelto di pubblicare i risultati, infatti, è riuscita a orientare i comportamenti e migliorare il sistema sanitario con maggior vigore rispetto alle altre due regioni che avevano optato per strategie più "soft", escludendo comunque la pubblicazione dei dati.

Quindi la pubblicazione e comunicazione dei risultati è una delle leve per assicurare da un lato la trasparenza e dall'altro lato l'orientamento del sistema.

### *3.2. Pubblicazione dei dati ed il ruolo dei media*

Periodicamente la sanità è sotto i riflettori dei telegiornali e quotidiani per i casi di malasanità e per i casi di spreco delle risorse pubbliche.

In particolare per quanto riguarda i casi di "spreco" e scarso controllo nell'impiego delle risorse pubbliche è stata oggetto di riflessione in questo periodo la triste storia dell'ospedale dell'Aquila ed il suo crollo nel recente terremoto.

Non è l'unico caso. Numerose sono le segnalazioni di strutture sanitarie terminate ma mai utilizzate o di macchinari ad elevata tecnologia, acquistati e conservati (magari ancora imballati) nei sottoscala o ripostigli degli ospedali. A questa situazione di fatto si ribellano non solo i cittadini ma spesso gli stessi operatori del sistema che ancora credono e lavorano per il bene pubblico e reclamano meccanismi di controllo e valutazione sul modo in cui vengono impiegate le risorse pubbliche.

Valutare e comunicare i risultati di performance significa in primo luogo recuperare un rapporto di fiducia con i propri dipendenti. Dall'altro lato la pubblicazione dei risultati può servire anche a modificare i rapporti con i media puntando non soltanto su fenomeni scandalistici ma anche sulle buone pratiche come è accaduto anche in Canada (Brown, 2008)

Nel dibattito nazionale in corso relativo alle modalità con cui dovrà essere introdotta anche in sanità con il federalismo fiscale la logica dei costi standard, le ipotesi di calcolo e i presupposti metodologici sono accompagnati da richiami all'etica ed alla responsabilizzazione nell'utilizzo del denaro pubblico, segnale che la comunità scientifica e dei professionisti è pronta ad accettare anche sistemi di finanziamento legati alla buona performance, in cui non vengano premiati, a piè di lista, i sistemi che hanno una resa inadeguata in termini di qualità e appropriatezza dei servizi erogati e che hanno mal utilizzato le risorse pubbliche.

### *3.3. Le sfide e gli ostacoli da superare*

Se a livello normativo l'Italia ha da tempo inserito richiami ad adottare sistemi di valutazione e misurazione della performance sia per le aziende che relativamente all'operato dei direttori generali, a livello sostanziale poche sono le regioni e province autonome che hanno adottato questi come strumenti di governo.

Una volta introdotti tali sistemi quali meccanismi sistematici di governance, sarà importante tener conto degli errori di chi ha già applicato sistemi della valutazione della performance come il NHS inglese. Molti autori ritengono che il sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dal NHS inglese ha generato una serie di "storture" nel sistema sanitario legate sia ai fenomeni di gaming ed in generale all'approccio "carrots and stick" di tipo burocratico/organizzativo (Bevan e Hood, 2006; Brown, 2008).

Probabilmente l'approccio concertativo italiano nel prendere le decisioni, indicato dal 48% dei rispondenti all'indagine del

Censis sugli stili decisionali (Censis, 2008), può essere una leva per evitare azioni “distorte”. La condivisione del processo e la partecipazione degli stessi operatori alla definizione degli indicatori è infatti l’approccio distintivo tenuto dalla regione Toscana che si contrappone alle modalità “command and control” adottate dal sistema inglese.

Un’altra leva che in Inghilterra è stata utilizzata solo parzialmente è quella della reputazione. La leva della reputazione, soprattutto in contesti ad elevata professionalità è fondamentale per innescare processi di “peer review” che modificano il sistema dall’interno attivando meccanismi di controllo sociale. Il sistema del “naming shaming” inglese era orientato ad individuare i peggiori additando coloro che ottenevano performance scarse. L’orientamento ad individuare chi fa male ha innescato reazioni difensive che hanno limitato il meccanismo virtuoso della leva della reputazione e controllo fra pari. La reputazione rimane certamente un fattore di grande impatto sulla motivazione dei professionisti, ma, per evitare fenomeni di “gaming”, è opportuno puntare sulla valutazione dei risultati come un meccanismo oggettivo per valorizzare le best practices e non per punire i peggiori.

In organizzazioni complesse come quelle sanitarie sono infatti necessarie più forme e strumenti gestionali per il governo del sistema; oltre al “diagnostic control systems” e “boundary systems”, date le caratteristiche di elevata autonomia professionale, un ruolo strategico è giocato anche dai “belief systems” e da “interactive control systems” (Simons, 1994), ossia da quell’insieme di relazioni e di valori condivisi che permette all’organizzazione ad elevata professionalità di funzionare, spesso oltre, e certamente a latere, dei meccanismi organizzativi formali.