

ACCOUNTABILITY

Il termine **'accountability'** fa riferimento ad una relazione in cui qualcuno si trova (o si sente) nella condizione di dover spiegare, giustificare, motivare la propria condotta nei confronti di qualcun altro¹. In estrema sintesi potremmo dire che *l'accountability* è l'inevitabile implicazione dell'attribuzione, da parte di qualcuno nei confronti di qualcun altro, di una responsabilità.

Facilmente quindi si applica, sia pure con forme e modalità concrete distinte, ad una varietà di soggetti ai diversi livelli nell'ambito delle Aziende Sanitarie e nel contesto in cui queste ultime si trovano ad operare. Decisori politici ed amministratori, manager, professionisti, si trovano di fatto tutti nella condizione di dover 'rendicontare' delle proprie decisioni e del proprio operato, gli uni verso gli altri e, alcuni, nei confronti dei cittadini, destinatari ultimi dei servizi che le organizzazioni sanitarie hanno la responsabilità di assicurare. Questo contesto di relazioni impone quindi che l'operato di chi lavora nelle Aziende Sanitarie sia trasparente e quindi esaminabile. Mettere a disposizione elementi che documentino cosa è stato fatto, come è stato fatto e quali risultati siano stati raggiunti, implica anche che il soggetto al quale rendiamo disponibili le informazioni sia nella condizione di prendere delle decisioni conseguenti di ricompensa o punizione.

L'effetto della concreta applicazione di questi principi generali si è tradotto da una parte nell'espansione delle tecnostutture finalizzate a sostenere, con una sempre più ricca quantità di informazioni (espresse in indicatori quantitativi), le varie dimensioni della *accountability* interna ai sistemi sanitari ed alle loro organizzazioni², dall'altra nella sempre più diffusa tendenza a fare della *accountability* pubblica la sfera in cui un novero crescente delle stesse informazioni viene diffuso ai cittadini³.

Ciò avviene, tuttavia, in contesti che finiscono spesso per rendere poco riconoscibile l'effettiva presenza dei tre elementi cardine che dovrebbero tipicamente sostenere una

relazione di effettiva *accountability*: un principale che esprime un mandato, un agente cui viene attribuita la responsabilità di eseguirlo e di rendicontarne e una valutazione da parte del principale di tale rendicontazione ai fini di una risposta conseguente (di *reward* o *punishment*) del primo sul secondo.

Nel rapporto tra servizi sanitari e cittadini *l'accountability* diventa piuttosto un concetto che veicola altri significati ed altre finalità (indirizzare le scelte dei cittadini, introdurre elementi di competitività tra i servizi, orientare i comportamenti dei professionisti con logica del *namings and shaming*) e si trova totalmente assimilata alla trasparenza, e quest'ultima anziché essere presupposto e condizione necessaria della prima, finisce per esaurirne di fatto l'intero significato.

Alcuni problemi

L'espansione e la pervasività della sfera della *public accountability*, in generale e per le organizzazioni sanitarie in particolare, non è priva di alcuni aspetti problematici. Certamente uno degli effetti collaterali più evidenti dei processi di rafforzamento, secondo le direttrici sopra richiamate, delle forme di *accountability* è stato l'indurre una spiccata tendenza ad affidarsi a indicatori di performance, come mezzo per rendere sempre più trasparenti (e quindi scrutinabili e controllabili) le azioni intraprese dai servizi ed i risultati eventualmente ottenuti. Una rendicontazione esclusivamente basata su indicatori espone però al rischio di una ridondanza informativa che non si traduce necessariamente in maggiori conoscenze⁴. Al contrario, l'effetto possibile di un eccesso di rendicontazione basata su indicatori può essere semplicemente quello di aumentare la confusione, piuttosto che la chiarezza, come è bene illustrato da alcuni esempi derivati dalla realtà inglese, quella che, forse più di altre, ha fatto un ricorso particolarmente intensivo a strumenti di verifica e monitoraggio quantitativo delle performance dei propri servizi sanitari. Uno stesso ospedale, sottoposto a sistemi di valutazione diversi, pur attinenti alle stesse dimensioni della qualità dei servizi, può finire per vedersi attribuito un giudizio diverso (positivo o negativo)

Pubblichiamo in queste pagine un'anticipazione del capitolo sull'*accountability* del libro **Bilancio di missione. La sperimentazione in Emilia-Romagna tra il 2004 e il 2008** a cura di Marco Biocca e di prossima pubblicazione da parte della nostra casa editrice.

semplicemente a seconda dei parametri utilizzati⁵. Inoltre si tratta di strumenti particolarmente sofisticati ed articolati, che implicano una capacità interpretativa che a sua volta presuppone specifiche competenze tecniche per poter esprimere una scelta (*choice*). Il problema nasce quindi proprio quando l'*accountability* individua come interlocutori i singoli cittadini, che nella loro veste di consumatori sono quanto mai deboli nella loro concreta possibilità di esprimere con una qualche coerenza una risposta diretta (di ricompensa o sanzione) nei confronti del rendicontante.

Piuttosto la capacità premiante o sanzionatoria dei cittadini si manifesta attraverso le forme della politica, ad esempio quando questi assumono la veste di elettori ed esprimono una valutazione sulla qualità del modo in cui la cosa pubblica è stata amministrata e un, più o meno esplicito, mandato per la sua amministrazione futura. Tuttavia questo sarebbe più appropriatamente il tema della *accountability* politica, la cui rendicontazione non necessita di informazioni comparative sui singoli servizi sanitari, ma piuttosto di informazioni sulla qualità complessiva che un sistema sanitario è stato in grado di assicurare, e questo tipo di rendicontazione riguarda i decisori politici e non tanto i responsabili di una organizzazione sanitaria.

Il punto è quindi se la finalità di rendicontare per rendere possibile un giudizio di verifica su un mandato ricevuto (direttamente consequenziale, nel senso di portare a decisioni conseguenti di premio o sanzione) sia davvero del tutto analoga, dal punto di vista della qualità e quantità delle informazioni necessarie e della forma concreta della loro

disponibilità, alla finalità di indirizzo delle scelte dei consumatori. Questa riflessione è di particolare rilievo per i servizi sanitari, ambito in cui, non casualmente forse, le politiche di pubblicizzazione hanno finito con il dare risultati diversi ed in generale inferiori a quelli osservati in altri contesti. Indirizzare scelte può presupporre informazioni che possono essere diverse (per contenuto e per forma) da quelle necessarie a sostenere una formale relazione di *accountability*. Quello che consente a queste politiche di pubblicizzazione dei risultati e della qualità dei servizi di tenere insieme (sia pure in modo non privo di ambiguità) *accountability* e *choice* è l'essere entrambe queste dimensioni ancorate alla trasparenza, altro concetto di per sé evocativo di elementi sempre e comunque positivi, ma forse anch'esso non privo di problemi. Anche in questo caso l'analisi degli effetti delle politiche di pubblicizzazione è particolarmente utile. Gli effetti collaterali negativi indotti sull'attività dei servizi da intensive pratiche di pubblicizzazione delle loro performance sono stati documentati in termini sia di adozione di comportamenti opportunisti motivati dall'evitare la pubblica compromissione della propria reputazione, sia in termini di demotivazione e decadimento del morale degli operatori^{6,7}. Anche se la pubblicizzazione dei risultati ha avuto un qualche effetto nell'indurre all'interno delle organizzazioni sanitarie una maggiore attenzione nei confronti della qualità dei processi assistenziali e dei loro esiti^{8,9}, è d'altro canto anche ben nota la tensione esistente tra il principio della trasparenza assunta a valore assoluto e la possibilità di far penetrare entro le organizzazioni sanitarie efficaci sistemi di monitoraggio e



miglioramento della qualità: si pensi a questo proposito al tema degli errori medici¹⁰⁻¹². Si tratta di valutare in sostanza se la generale aspirazione ad una sempre maggiore trasparenza non vada in pratica a confliggere con l'esigenza di mantenere la fiducia come collante fondamentale delle relazioni che si costruiscono entro le organizzazioni sanitarie e tra queste ultime e il loro contesto di riferimento¹³. L'enfasi sulla rendicontazione pubblica e sulla trasparenza porta con sé sul piano formale un rafforzamento degli strumenti di verifica e controllo esterni ed implica una sostanziale modifica nella natura delle relazioni, progressivamente sostituendo alla fiducia (*trust*), la *confidence*^{13,14}, che è un concetto di più difficile traduzione in italiano, il cui significato si avvicina piuttosto a sicurezza o affidabilità. Se la fiducia è un attributo proprio delle relazioni tra individui e assume incertezza e vulnerabilità rispetto al rischio di vedere disattese le nostre attese sul comportamento altrui, la *confidence* è attributo delle relazioni tra individui e sistemi complessi, che mediante regole, norme, competenze, professionalità, ci inducono ad assumere con relativa sicurezza che il loro funzionamento sarà coerente con le nostre aspettative e otterrà gli obiettivi desiderati. *Confidence* presuppone la necessità di documentare, quantificare, misurare, di nuovo basandosi su indicatori di performance e su batterie di sofisticati tecnicismi statistici ed epidemiologici, con lo scopo di ridurre, o al limite addirittura eliminare, il rischio dell'incertezza sugli esiti di una relazione con i cittadini. Il punto è quanto sia realisticamente possibile raggiungere questa 'sicurezza' in contesti che trovano nella incertezza (sui risultati raggiungibili, su comportamenti professionali inevitabilmente discrezionali) una parte fondamentale della propria specifica natura e che, quindi, hanno la necessità di non poter fare a meno della dimensione fiduciaria delle relazioni.

Conclusioni

Gli ultimi decenni hanno conosciuto un progressivo rafforzamento della *public accountability*, dei meccanismi e delle procedure mediante le quali le organizzazioni sanitarie sono chiamate a rendicontare pubblicamente del proprio operato. In sostanza si è ritenuto, implicitamente o esplicitamente, che le responsabilità di governo ed amministrazione dei sistemi sanitari potessero ritrovare in

questo processo una rinnovata legittimazione e una accresciuta autorevolezza e credibilità nei confronti dei cittadini. Questo percorso ha degli evidenti aspetti positivi, almeno nella misura in cui rappresenta un rafforzamento della responsabilizzazione da parte delle organizzazioni sanitarie come titolari di importanti e fondamentali funzioni a tutela della salute di una comunità e dei suoi cittadini. Tuttavia, gli esiti positivi di questo processo non possono essere dati per scontati in un contesto che trova il tema della *accountability* accompagnato da finalità ed obiettivi distinti e vede progressivamente oscurarsi i confini tra l'*accountability* interna alle organizzazioni sanitarie e quella pubblica, trasformando anche gli strumenti tipici della prima (come gli indicatori di performance) in mezzi finalizzati a consentire una valutazione ed un controllo esercitato dall'esterno. Queste riflessioni certamente non esaustive della ricchezza di implicazioni del tema affrontato, portano a concludere che, se è vero che l'*accountability* è una dimensione importante delle relazioni che attraversano le organizzazioni sanitarie, non è però l'unica rilevante. Al contrario, essa si presenta come fortemente intrecciata ad altri aspetti relazionali e la sua natura dovrebbe essere considerata anche alla luce dei suoi possibili effetti su questi ultimi.

La ricchezza e le potenzialità della rendicontazione stanno anche nella sua capacità di alimentare e sostenere altre dimensioni relazionali. Da questo punto di vista è utile portare l'attenzione al tema della fiducia come elemento fondante delle relazioni che si instaurano in tutti gli ambiti della vita sociale, e in particolare in ambito sanitario. La fiducia innanzitutto come risultato di una condivisione di valori, di obiettivi generali e di conoscenze. Il presupposto affinché tutti questi elementi possano avere un sufficiente grado di coesione sta nel creare dei sistemi di relazione e di governance più o meno formalmente definiti che consentano ampi margini di partecipazione, quali ad esempio la dimensione fiduciaria.

La capacità della *accountability* di sostenere questa dimensione fiduciaria e partecipativa non è scontata. Dipende largamente dalle modalità concrete con cui si realizza la rendicontazione, dal tipo di informazioni di cui si alimenta e dalle modalità in cui vengono condivise.

Roberto Grilli

Agenzia Sanitaria e Sociale
Regione Emilia Romagna

BIBLIOGRAFIA

1. Day P, Klein R
Accountabilities: five public services
London: Tavistock, 1987
2. Smith PC
Performance measurement in health care: history, challenges and prospects
Public Money & Management 2005; 25 (4): 213-220
3. Marshall M, Shekelle P, Brook R, Leatherman S
Dying to know: public release of information about quality of health care
London (UK): Nuffield Trust and RAND, 2000
4. Tsoukas H
The tyranny of light. The temptations and the paradoxes of the information society
Futures 1997; 29 (9): 827-843
5. Appleby J, Devlin N, Harrison A, Deering C
A critical appraisal of NHS system of performance measurement. Paper prepared for the Commission for Health Improvement, 2002
London (UK), King's Fund
6. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH
The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence
JAMA 2000; 283: 1866-1874
7. Clarke S, Oakley J
Informed consent and clinician accountability. The ethics of report cards on surgeon performance
Cambridge: Cambridge University Press, 2007
8. Smith P
On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector
Int J Pub Admin 1995; 18 (2/3): 277-310
9. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG
Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care
Ann Intern Med 2008; 148: 111-123
10. Mello MM, Kelly CN, Brennan TA
Fostering rational regulation of patient safety
J Health Polit Pol Law 2005; 30 (3), 375-426
11. Wachter RM, Pronovost PJ
Balancing 'no blame' with accountability in patient safety
NEJM 2009; 361: 1401-1406
12. Weissman JS, Annas CL, Epstein AM, Schneider EC, Clarridge B, Kirle L, Gastonis C, Feibelmann S, Ridley N
Error reporting and disclosure systems: views from hospital leaders
JAMA 2005; 293: 1359-1366
13. Checkland K, Marshall M, Harrison S
Re-thinking accountability: trust versus confidence in medical practice
Qual Saf Health Care 2004; 13: 130-135
14. Smith C
Trust and confidence: possibilities for social work in 'high modernity'
Br J Soc Work 2001; 31: 287-305



LA SALUTE È UN DIRITTO DI TUTTI

Un **blog** sulla salute internazionale con Gavino Maciocco
Maurizio Marceca, Enrico Materia
Sabina Nuti, Walter Ricciardi

L'importanza di approfondire
Il piacere di condividere

www.saluteinternazionale.info