



# **Accountability e performance del Servizio Sanitario Nazionale italiano: misurazione, valutazione e rendicontazione**

di Giorgia Marini, Diletta Chiarito, Maira Mele

---

P 1/2025  
febbraio 2025

**I Paper dell'Osservatorio**

P 1/2025 ISSN 2280-8698

© 2025, Osservatorio AIR, Roma

## Accountability e performance del Servizio Sanitario Nazionale italiano: misurazione, valutazione e rendicontazione

di Giorgia Marini<sup>i</sup>, Diletta Chiarito,<sup>ii</sup> Maira Mele<sup>iii</sup>

### 1. Introduzione

Nel settore pubblico l'accountability riguarda la responsabilità di un soggetto pubblico (policy maker) nei confronti di cittadini, imprese e istituzioni e funge da contrappeso al potere decisionale che deriva dalle cariche di cui il policy maker è titolare (Metcalf et al., 2021).

Tale forma di responsabilità viene solitamente valutata attraverso strumenti di policy evaluation per prevedere ex ante, valutare in itinere e infine verificare ex post gli effetti che una politica potrebbe avere (valutazione ex ante e in itinere) e ha avuto (valutazione ex post) sui suoi destinatari diretti e indiretti (OECD, 2020a e 2020b).

La valutazione della responsabilità del soggetto pubblico consente inoltre di valutare la congruità delle sue azioni con le finalità della politica pubblica, per rafforzare non solo la responsabilità e la credibilità del soggetto pubblico rispetto agli affidatari dell'incarico, ma anche la legittimità del suo operato e, in ultima analisi, per rendere più trasparente il settore pubblico (OECD, 2020a).

Ne consegue che il processo valutativo delle politiche pubbliche come principio di valutazione dell'operato del soggetto pubblico è inevitabilmente e indissolubilmente legato alla responsabilità (accountability) della Pubblica Amministrazione.

Quest'ultima, per essere *accountable* (responsabile), nell'analizzare e valutare la politica pubblica che intende perseguire, deve tener conto e dare seguito al ciclo di valutazione della politica stessa, attraverso gli strumenti di analisi ex ante, in itinere ed ex post, da applicare a ciascuna fase del policy cycle (ciclo di vita di una politica pubblica)<sup>1</sup>.

---

<sup>i</sup> Sapienza Università di Roma

<sup>ii</sup> Sapienza Università di Roma

<sup>iii</sup> Sapienza Università di Roma

How to cite: G. Marini, D. Chiarito, M. Mele, *Accountability e performance del Servizio Sanitario Nazionale italiano: misurazione, valutazione e rendicontazione*, «I paper dell'Osservatorio», Osservatorio AIR [www.osservatorioair.it](http://www.osservatorioair.it), febbraio 2025, P 1/2025. ISSN 2280-8698.

<sup>1</sup> Uno dei primi tentativi di categorizzazione del ciclo di vita di una politica pubblica è dovuto a Harold Lasswell, un pioniere della scienza politica. Lasswell (1956) ha diviso il ciclo di vita di una politica pubblica in sette fasi diverse, ognuna con una specifica funzione: raccolta di informazioni (*intelligence*), raccomandazione (*recommendation*), prescrizione (*prescription*), invocazione (*invocation*), applicazione (*application*), valutazione (*appraisal*) e terminazione (*termination*). Partendo dal primordiale tentativo di Lasswell, studiosi successivi hanno sviluppato modelli nuovi e più accurati dal punto di vista empirico (ad esempio Jones, 1970; Anderson, 1975; Brewer e deLeon, 1983), fino a quello che viene oggi definito come il *textbook approach* (Nakamura, 1987). Questo approccio al ciclo delle politiche pubbliche si basa ampiamente sulle funzioni che Lasswell (1956) riteneva che la formulazione delle politiche pubbliche dovesse svolgere per identificare cinque (a volte sei) fasi del processo politico: (1) definizione dell'agenda

Il monitoraggio dell'avanzamento e dei risultati delle politiche pubbliche non solo riduce l'arbitrarietà delle scelte del soggetto pubblico, proteggendo i destinatari delle politiche pubbliche (stakeholders)<sup>2</sup>, ma consente anche di coinvolgere attivamente questi ultimi nel processo di valutazione e attuazione delle politiche pubbliche, grazie alla rendicontazione informativa resa pubblica dal policy maker.

Pertanto, entrambi, policy maker e stakeholders, sono identificati come gli attori principali del ciclo della responsabilità (*accountability cycle*), che si fonda su due principi di legittimazione dell'agire sociale: quello della fiducia (Etzioni, 2007) e quello dell'etica (Lonsdale and Bemelmans-Videc, 2007).

L'*accountability*, quindi, impone al policy maker di dare conto dell'efficienza e dell'efficacia della politica attuata, evidenziando il proprio ruolo di mediatore tra gli stakeholders e l'organo di indirizzo politico, lo Stato (D'Adamo et al., 2019), attraverso la redazione e la pubblicazione di appositi documenti che relazionano in merito a decisioni prese, attività svolte, risorse impiegate e risultati ottenuti con l'attuazione delle politiche pubbliche (D'Ambrosi e Giardina, 2006).

Questo processo non si limita alla sola fase finale (il raggiungimento di un prodotto finale o output), ma interessa tutte le fasi del ciclo di vita della policy attraverso il costante controllo e monitoraggio per il raggiungimento del risultato desiderato o outcome, al fine di minimizzare eventuali danni preventivabili o, in assenza di un tempestivo intervento correttivo, di individuare soluzioni utili a fronteggiare gli esiti negativi verificatisi, al fine di massimizzare la performance della politica pubblica (Jacob, 2023).

Sebbene l'intero settore pubblico italiano sia caratterizzato da una forte interconnessione tra *accountability* e performance (Ippolito, 2023), in questo lavoro ci concentriamo specificatamente sugli effetti che tale interconnessione ha sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano (Ricciardi e Tarricone, 2021).

Sebbene il SSN operi infatti attraverso tre livelli di governo con proprie competenze (Stato, Regioni e Aziende Sanitarie Locali), risulta fondamentale garantire la cooperazione e l'integrazione delle attività svolte da questi tre livelli di governo attraverso la cosiddetta rendicontazione interistituzionale o orizzontale (Reginato, 2016; Donini, 2024).

Mentre l'*accountability* politica o verticale si concentra infatti sulla relazione tra aziende sanitarie e ospedaliere che offrono servizi sanitari e utenti che beneficiano di tali servizi, l'*accountability* interistituzionale o orizzontale individua i rapporti di controllo o sussidiarietà tra le aziende sanitarie e ospedaliere e gli enti preposti al loro controllo e finanziamento (Donini, 2024).

Data la struttura multilivello del SSN, la nostra analisi non sarà pertanto limitata solo alla rendicontazione del SSN nei confronti degli stakeholders, ma anche nei confronti delle altre istituzioni di livello superiore

---

(*agenda setting*), fase in cui si riconosce il problema; (2) formulazione della politica (*policy formulation*), fase in cui viene proposta una soluzione; (3) decisione (*decision-making*) fase in cui la soluzione viene scelta e legittimata; (4) implementazione (*implementation*) fase in cui la soluzione viene messa in atto; (5) valutazione (*evaluation*) fase in cui vengono monitorati i risultati; e in alcuni casi (6) la scelta di mantenere, sostituire o terminare la politica.

<sup>2</sup> Con il termine stakeholders vengono in letteratura identificati gli interlocutori sociali con cui un'impresa si relaziona nel suo ambiente di riferimento, le loro attese e i loro contributi alla gestione aziendale (Freeman, 1984). Nel caso della Pubblica Amministrazione, e del settore pubblico in generale, gli stakeholders sono i cittadini, i media, gli *special interests groups*, le *lobbies*, i *suppliers*, le *local community organizations* etc.

rispetto a quella che offre il servizio (es. azienda ospedaliera rispetto ad Aziende Sanitarie Locali oppure Aziende Sanitarie Locali rispetto a Regione).

Il resto del lavoro è strutturato nel modo seguente. Nel secondo paragrafo analizziamo il ruolo che l'accountability ha nel SSN italiano e la sua evoluzione in relazione al processo di riforma del SSN, dall'istituzione ad oggi. Nel terzo paragrafo analizziamo il tema della misurazione e valutazione della performance del SSN sia per migliorare il funzionamento del servizio che per valutare il fabbisogno degli utenti. Nel quarto paragrafo passiamo ad analizzare la rendicontazione sociale, di cui verrà descritto il bilancio sociale e la pratica del public reporting, espressione del superamento del modello incentrato sulla figura professionale del medico, sostituito da un modello in cui la centralità è riservata alla figura del paziente. Il paragrafo cinque conclude.

## **2. L'accountability nel Servizio Sanitario Nazionale**

### **2.1. Nascita del Servizio Sanitario Nazionale**

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) viene istituito nel 1978 con legge n. 833/1978 al fine di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di eguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. In tal senso, il SSN viene quindi definito come un'assicurazione sociale di tipo universalistico, finalizzata non solo a promuovere la salute della popolazione, ma anche ad assicurare i cittadini contro l'insorgere degli oneri economici derivanti dalla malattia (D'Angela, 2014, p. 285).

Il servizio è di fatto articolato in una serie di livelli di governo (da quello statale fino a quello comunale) fra loro integrati, ognuno dei quali rimane autonomo dagli altri, nei rispettivi ambiti di competenza.

Nel SSN il ciclo di accountability nasce proprio dalle interazioni tra i livelli di governo attraverso la definizione dell'ambito di responsabilità di ciascun livello di governo e dei relativi risultati che ciascun livello di governo deve raggiungere. Di tale ciclo di accountability chiaramente orizzontale è possibile analizzare l'evoluzione contestualmente al processo di riforma che ha interessato l'intero SSN, dall'istituzione al processo di decentramento, passando per il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione (Neri, 2020; Ippoliti, 2023).

### **2.2 Il ciclo di accountability: prima fase (1978-1991)**

Nella prima fase, indicativamente collocabile nell'intervallo tra il 1978 e il 1991, è lo Stato ad essere titolare della funzione di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività sanitarie, attraverso la redazione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), un documento strategico triennale, con il quale vengono individuati gli obiettivi principali del SSN sulla base delle risorse finanziarie messe a disposizione dal governo e dal Parlamento per la sanità e la salute (Taroni, 2011). Redigere il PSN significa pertanto garantire la rilevazione e la gestione dei flussi informativi tra i vari livelli di governo, creatori del sistema informativo sanitario (SIS), avente l'obiettivo di fornire informazioni su dati contabili ed extracontabili in grado di verificare quali obiettivi siano stati realizzati, le attività conseguite e le risorse impiegate (Ricciardi e Tarricone, 2021).

Alle Regioni spetta la funzione legislativa per l'assistenza sanitaria e la programmazione, attraverso la redazione del Piano Sanitario Regionale (PSR), in cui vengono tradotti in termini finanziari gli obiettivi

regionali, integrati con gli obiettivi e i programmi indicati nel PSN (Taroni, 2011). Il PSR rappresenta lo strumento di guida per il bilancio pluriennale delle Unità Sanitarie Locali (USL), strutture operative deputate all'erogazione di servizi sanitari e assistenziali di prevenzione, diagnosi e terapia in un determinato territorio provinciale o comunale e sotto la diretta responsabilità dell'Ente Locale di riferimento (Comune o Provincia).

Tra questi livelli di governo si instaura un rapporto finanziario di tipo derivato, in quanto è lo Stato che si occupa di versare l'apposito capitolo inserito nel bilancio statale (Fondo Sanitario Nazionale, FSN) alle Regioni secondo la quota capitaria corretta (unità di misura con cui si determinava il fabbisogno regionale del SSN e la quantificazione del FSN), che a loro volta destinano, sulla base del Fondo Sanitario Regionale (FSR), le risorse alle USL secondo il criterio della spesa storica (si riconosceva un ammontare di fondi pari alla spesa sostenuta nel passato) (France et al., 2005).

Emergono presto i limiti di questo modello verticalmente integrato, specialmente in riferimento alle USL alle quali non veniva riconosciuta personalità giuridica propria in quanto strutture operative del Comune di riferimento e pertanto caratterizzate da grande eterogeneità operativa ed amministrativa a seconda della realtà comunale di riferimento. Le difficoltà sorgevano soprattutto in relazione alla forte ingerenza politica cui spettava la nomina degli organi di gestione, facendo venir meno l'autonomia gestionale ed amministrativa loro conferita. Inoltre, il porre la responsabilità del finanziamento in capo allo Stato e la funzione di spesa in capo alle USL aveva comportato una generale deresponsabilizzazione di queste ultime con conseguente incontrollabilità dei costi. In mancanza di un bilancio da gestire e di rigorosi vincoli di spesa da rispettare, le USL superano regolarmente la soglia delle risorse assegnate, rendendo necessario l'intervento dello Stato per colmare i deficit creati (France et al., 2005; Taroni, 2011).

Alla totale irresponsabilità economica delle USL, si deve anche aggiungere la mancata redazione del PSN e la mancata quantificazione del FSN, con conseguente impossibilità di avviare la programmazione centrale e regionale.

Tutti questi fattori hanno inevitabilmente determinato uno scontento generale rispetto al funzionamento del SSN e un deterioramento della qualità dei servizi erogati, che hanno indotto il legislatore ad intervenire avviando un processo di aziendalizzazione delle USL.

### **2.3 Il ciclo di accountability: seconda fase (1992-1999)**

Nella seconda fase, indicativamente posta nel periodo tra il 1992 e il 1999, viene avviato il processo di aziendalizzazione delle USL e di ampliamento delle responsabilità delle Regioni, innescando la cosiddetta regionalizzazione, attraverso i decreti legislativi nn. 502/1992, 517/1993 e 229/1999. Un processo avviato con l'intento di responsabilizzare le USL trasformandole in Aziende Sanitarie Locali (ASL), cioè aziende con personalità giuridica pubblica, dotate di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile nonché centri di imputazione di autonomia imprenditoriale (processo di aziendalizzazione), e di decentrare il SSN conferendo alle Regioni maggior potere nell'amministrazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari in cambio dell'accettazione di vincoli di bilancio più stringenti sulla spesa sanitaria (processo di regionalizzazione), pur continuando ad assicurare al livello nazionale la garanzia della tutela del diritto alla salute (Ugolini, 2004; Neri, 2008; Taroni, 2011).

In questo nuovo assetto, viene riformulato l'iter di redazione del PSN, determinando il passaggio da una pianificazione meramente formale (accountability di tipo contabile) ad una strategica e specifica dei

contenuti rappresentativi delle aree di intervento, delle azioni da realizzare e della logica finanziaria seguita, in modo tale che siano disponibili le risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi prefissati (accountability di tipo manageriale/professionale). A verifica dello stato di attuazione del piano è prevista, dal decreto legislativo n. 502/1992, la redazione della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP), predisposta annualmente dal Ministro della Salute, che illustra il livello di attuazione degli obiettivi indicati dal PSN sul territorio, dando conto dei risultati raggiunti dalle singole Regioni (Taroni, 2011; Maino e Neri, 2006).

Alle Regioni viene attribuita la competenza a definire i criteri di finanziamento delle ASL nell'ambito dei PSR che costituiscono lo strumento di governo strategico del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Inoltre, viene alla Regione affidata la responsabilità del rispetto del proprio vincolo di bilancio e l'autonomia finanziaria per la copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) superiori ai minimi definiti e dei disavanzi delle Aziende Sanitarie (France, 2003; Taroni, 2011).<sup>3</sup>

Le risorse vengono assegnate non più in base al criterio della spesa storica, ma in base al bisogno di assistenza (quota capitaria) e al valore delle effettive prestazioni erogate (sistema tariffario). Dalle ASL verranno poi scorporati i presidi ospedalieri trasformati in Aziende Ospedaliere (AO), a cui vengono richieste l'elaborazione di documenti strategici tenendo conto dei vincoli disposti nel PSR e la redazione di un bilancio pluriennale di previsione che traduce i progetti indicati nel piano strategico aziendale delle ASL e delle AO (France et al., 2005; Maino e Neri, 2006; Neri, 2008).

L'aziendalizzazione e il passaggio ad una contabilità di tipo economico-finanziario ha inoltre fatto emergere l'esigenza di dare conto (o rendicontare) della qualità dei servizi erogati alla collettività. Si procede così alla redazione della Carta dei Servizi (decreto-legge n. 163/1995; decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 19 maggio 1995; PCM-DFP 2013), strumento attraverso il quale ogni ente erogatore di servizi assume una serie di impegni nei confronti della propria utenza riguardo i propri servizi, le modalità di erogazione di questi servizi, gli standard di qualità e con cui informa l'utente sulle modalità di tutela previste. Il garantire la qualità dei servizi ha come presupposto il poter acquisire le valutazioni della stessa da parte degli utenti al fine di superare le asimmetrie informative che caratterizzano maggiormente il servizio sanitario ed assicurare la massima trasparenza dell'operato pubblico (Ugolini, 2004).

Tuttavia, lo scarso coinvolgimento del personale nel processo di redazione della Carta percepita come mero adempimento normativo, nonché la scarsa diffusione tra gli utenti e la difficile comprensione della stessa hanno impattato negativamente sul decollo di questo importante strumento di rendicontazione della qualità (Taroni, 2011).

---

<sup>3</sup> I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) individuano tutte quelle prestazioni che il SSN garantisce a livello gratuito o con forme di partecipazione alla spesa, prevedendo il pagamento di un ticket, in maniera uniforme per tutto il territorio. In tal senso rappresentano uno standard minimo ma anche una garanzia di equità per la cittadinanza in termini di accesso al servizio sanitario. In questo senso ricoprono un ruolo fondamentale nella determinazione del sistema di finanziamento della sanità pubblica italiana. Introdotti con decreto legislativo n. 502/1992, definiti per la prima volta a livello normativo nel DPCM 29 novembre 2001 e attualmente disciplinati dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, i LEA, comprendono le prestazioni di assistenza collettiva sanitaria in prevenzione collettiva e sanità pubblica, le prestazioni di assistenza distrettuale (medicina di base, specialistica, farmaceutica, ambientale ed ospedaliera) e le prestazioni di assistenza ospedaliera.

Infine, per accrescere la trasparenza della Pubblica Amministrazione, viene introdotto con il decreto legislativo n. 286/1999 un sistema di controlli interni ed esterni che in sanità si introduce in un controllo di regolarità amministrativo-contabile, di competenza del collegio sindacale dell'ASL (controllo interno), e il controllo di gestione, attribuito al Direttore generale (DG) dell'ASL (controllo esterno). Ne deriva che il ruolo del sistema dei controlli interni è fondamentale nel verificare le capacità dell'ASL di determinare, attraverso la programmazione degli obiettivi della gestione, la scelta di metodi di acquisizione ed elaborazione dei dati e l'individuazione di criteri idonei di valutazione, di correggere, sulla base delle informazioni di ritorno, l'andamento della gestione in corso (Cortellesi, 2018).

Nonostante la maggiore attenzione posta nell'attività del controllo, non è ancora possibile rilevare un livello di accountability adeguato, a causa della mancanza di un sistema sanzionatorio/premiante adeguato alla finalità perseguita, trattandosi quest'ultimo, di un sistema funzionale al corretto adempimento del controllo e quindi del processo di misurazione e valutazione della performance sanitaria (Reginato, 2016; Ippolito, 2023).

## **2.4 Il ciclo di accountability: terza fase (anni 2000)**

Nella terza fase (anni 2000) è stato rafforzato e consolidato il livello di responsabilità delle Regioni, attraverso la ridefinizione del rapporto tra Governo centrale e Regioni e del sistema di finanziamento della spesa sanitaria regionale, soprattutto in seguito all'emanazione della Legge Costituzionale 3 del 2001 inerente la riforma del Titolo V della Costituzione, con la quale riforma si intendeva abolire il FSN per sostituirlo con forme di compartecipazione regionale al gettito di tributi erariali e con il vincolo di destinazione delle risorse assegnate dallo Stato per finanziare i LEA (Viceconte, 2012; Neri, 2020).

In pratica, quanto stabilito nei successivi provvedimenti normativi introdotti per accrescere la responsabilità regionale, è stato poi sostituito da un sistema concertativo che, attraverso la conferenza Stato-Regioni a cadenza annuale, fissa il quantitativo di risorse da trasferire alle Regioni per finanziare i LEA<sup>4</sup>. In particolare, l'Accordo Stato-Regioni del 2001 stabilisce che i LEA non vengano più indicati nel PSN ma in un DPCM e che alle Regioni venga imposta una serie di obblighi e adempimenti (obbligo di mantenere l'equilibrio di bilancio del SSR, obbligo di coprire gli eventuali disavanzi di gestione e di erogare le prestazioni ricomprese nei LEA in modo appropriato ed efficiente e secondo le risorse programmate nel SSN) con una quantificazione esplicita delle relative sanzioni in caso di mancata realizzazione.

In caso di mancato rispetto dell'equilibrio di bilancio del SSR e di non adozione dei provvedimenti volti alla totale o parziale copertura, si prevede per la Regione interessata l'innalzamento delle aliquote fiscali di alcune imposte e soprattutto il divieto di poter fare spese non obbligatorie, nonché la possibilità di adottare un piano di rientro economico-finanziario triennale che vincola la Regione indebitata con interventi di natura strutturale di breve e medio-lungo periodo, interventi di sistema e interventi di cambiamento (tra gli altri, il blocco del turnover del personale; l'efficientamento nel modello di acquisizione di beni e servizi, in particolare prodotti farmaceutici e altri beni sanitari; rideterminazione

---

<sup>4</sup> In particolare, si distribuisce circa il 97% delle risorse e la parte restante viene indicata come "quota premiale", assegnata solo dopo aver ottenuto risultati positivi a livello economico-finanziario e assistenziale.

dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti; il potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza; la riorganizzazione della rete ospedaliera) (Cirulli et al., 2022).

In virtù di queste nuove condizioni si pone la necessità di migliorare anche gli strumenti di accountability manageriale e professionale vigenti. A livello centrale, oltre la redazione annuale della R SSP, si prevede un'ulteriore relazione triennale e un documento dedicato a singole tematiche. Inoltre, dal 2010 si procede a pubblicare i "Quaderni del Ministero della Salute", testi monografici dedicati alla messa a disposizione di informazioni in merito ad una patologia e a dare conto del livello di appropriatezza del SSN.

Sempre nel 2001 nasce il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per superare le criticità dovute alla disomogeneità e all'incompletezza delle informazioni fornite dal precedente sistema informativo. Nel garantire la comunicabilità dei risultati all'utenza, sono stati anche introdotti il Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del SSN, i cui risultati sono pubblicati annualmente (<https://pne.agenas.it/home>), e il Portale della Trasparenza dei servizi della salute, prodotto e sperimentato nel 2013, per rendere accessibili le informazioni sui servizi regionali e la relativa qualità anche ai non addetti ai lavori (<https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/>)<sup>5</sup>.

Entrambi questi strumenti risultano rappresentativi degli strumenti di accountability professionale a livello esterno e degli strumenti di controllo da un punto di vista interno, a colmare una quasi assente crescita degli strumenti di misurazione e valutazione della performance e di monitoraggio dei risultati rispetto agli obiettivi prefissati (Ministero della Salute, 2014).

In tale fase la novità che di più ha segnato un cambiamento di passo nel SSN è sicuramente la maggiore attenzione rivolta alla rendicontazione sociale, strumento di accountability con cui si mettono a conoscenza tutti gli stakeholders (interni ed esterni) di tutte le informazioni che il bilancio d'esercizio non è in grado di presentare, nella ricerca contestuale del miglioramento dell'immagine aziendale e della crescita della relativa legittimazione sociale. In particolare, il bilancio di esercizio "fornisce i conti" dell'azienda, ma non consente di "rendere conto" ai cittadini delle scelte fatte, delle azioni realizzate e dei risultati conseguiti in termini di qualità della salute dei cittadini, ragion d'essere della stessa struttura sanitaria (Frittoli e Tanese, 2004, p. 284).

In relazione a ciò, il Ministero della Salute nel 2005 ha condotto un'indagine per verificare quale fosse il grado di utilizzo della Carta dei Servizi e in generale per constatare il livello di attenzione riposta sulla tematica. I risultati ottenuti sono stati classificati come sufficienti, ma richiedenti un miglioramento in ottica di trasparenza con la cittadinanza. In relazione a quest'ultimo aspetto sono stati successivamente

---

<sup>5</sup> L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è un ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto-legge n. 266/1993, e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. AGENAS assicura, inoltre, la propria collaborazione tecnico-operativa alle Regioni e alle singole aziende sanitarie in ambito organizzativo, gestionale, economico, finanziario e contabile, in tema di efficacia degli interventi sanitari, nonché di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure.

elaborati diversi report volti a rispondere al crescente fabbisogno informativo in merito all'attuazione delle politiche sanitarie e di conseguenza all'ampliamento dell'accountability interistituzionale, allo scopo di palesare la responsabilità sociale di cui risulta titolare ciascun livello di governo in virtù della finalità istituzionale protesa alla tutela del diritto primordiale dell'uomo qual è il diritto alla salute, non solo ai diretti interessati, ma anche tra gli operatori del settore. Tra i report redigibili si individuano il bilancio sociale, il bilancio di mandato e il bilancio di missione, rispettivamente volti a: (1) rendicontare il valore prodotto dall'azienda nell'arco dell'anno, in termini di capacità soddisfattiva delle aspettative degli stakeholder; (2) verificare l'attuazione degli indirizzi provenienti dalla Regione, per tutto l'incarico dirigenziale; (3) rendere conto dei risultati ottenuti in riferimento alla mission istituzionale che caratterizza la singola azienda. In particolare, per la redazione del bilancio sociale sono seguiti gli standard nazionali del Gruppo di studio per il Bilancio Sociale (GBS) e le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), che oltre a fornire informazioni sull'identità aziendale e sul tipo di servizi svolti, rende conto delle risorse utilizzate e delle attività svolte (PCM-DFP, 2004, 2006 e 2019).

Sebbene sulla carta sia ampiamente riconosciuta e documentata l'importanza di adottare strumenti di rendicontazione, nei fatti la rendicontazione relativa a efficacia, efficienza e appropriatezza dei servizi sanitari è ancora insufficiente e non adeguatamente condivisa con gli stakeholders, poco coinvolti e poco partecipativi anche a causa della difficile lettura di documenti redatti ai non addetti ai lavori. Queste criticità non fanno altro che confermare che tali strumenti di rendicontazione non sono in grado di ottemperare adeguatamente al bisogno di comunicazione sociale, che risulta così essere meramente unidirezionale.

### **3. La performance del Servizio Sanitario Nazionale**

L'esigenza di misurare e valutare la performance del SSN è dettata dall'ingente ammontare di risorse pubbliche destinate ogni anno alla sanità per rispondere alla crescente domanda di prestazioni e cure mediche (MEF-RGS, 2022).

In ambito sanitario la performance viene generalmente misurata attraverso l'efficacia e l'efficienza. L'efficacia è la capacità di raggiungere degli obiettivi programmati (outcome), che migliorano lo stato di salute della popolazione. L'efficienza ha invece a che fare con la capacità di utilizzare al meglio le risorse disponibili in ragione degli obiettivi da raggiungere e assicurando la sostenibilità economico-finanziaria del sistema (Donabedian, 1988).

Così come assistiamo ad una transizione da un'accountability di tipo finanziario ad un'accountability di tipo manageriale (Denis, 2014), allo stesso modo assistiamo per la misurazione e valutazione della performance al passaggio da un approccio meramente finanziario ad uno multidimensionale che tiene conto non solo della dimensione economico-finanziaria dei servizi sanitari, ma anche dell'efficienza, dell'efficacia, dell'appropriatezza, dell'equità, dell'accessibilità e della sicurezza e che pertanto restituisce al paziente un ruolo centrale (Arah et al, 2003; Nuti, 2008 e 2009).

A livello di Governo centrale, il punto di riferimento per la misurazione e la valutazione della performance è rappresentato dal monitoraggio dei LEA attraverso un set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. "Griglia LEA") applicato a tutte le Regioni primariamente per verificare l'eventuale mancata erogazione di un servizio o di una prestazione e in seconda istanza per definire il finanziamento regionale tramite trasferimento a carico dello Stato (Ministero della Salute, 2004-2021).

A tale strumento, se ne sono aggiunti nel tempo anche altri di natura finanziaria, tra i quali ricordiamo qui il Patto per la salute, un accordo finanziario e programmatico (di durata triennale) tra il Governo e le Regioni in merito alla spesa e alla programmazione del SSN (Ministero della Salute, 2001-2024). In particolare, il Patto per la salute 2010-2012 introduce un vincolo alla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali rispetto alle Regioni “benchmark” o di riferimento, allo scopo di migliorare la qualità dei servizi offerti e di promuovere l’adeguatezza delle prestazioni garantendo l’unitarietà del sistema. Il Patto per la salute 2014-2016, invece, non solo rafforza la programmazione della spesa sanitaria con l’obiettivo di razionalizzarla, ma demanda ad AGENAS la realizzazione di uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell’andamento dei singoli SSR, rilevando preventivamente, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle ASL e dei SSR in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati (Ministero della Salute, 2001-2024).

A livello regionale si evidenzia di contro una certa eterogeneità nei sistemi di misurazione e valutazione della performance. Alcune Regioni adottano sistemi di valutazione multidimensionali, altre sistemi a supporto di uno o più livelli di assistenza o dimensioni della qualità, altre ancora sistemi collegati con i Piani di Rientro (Nuti et al., 2021).

A livello di singola ASL o AO invece forme di misurazione e valutazione della performance più diffuse sono il controllo di gestione e l’audit clinico e il controllo e la valutazione della dirigenza pubblica e del personale, rientranti nell’attività di controllo interno. Introdotto con il decreto legislativo n. 502/1992 e rinnovato con il decreto legislativo n. 150/2009, il Sistema di Controllo Interno (SCI) consiste nell’insieme di strumenti ed attività (per esempio, il controllo strategico, il controllo sulla qualità dei servizi offerti, la valutazione del personale) attraverso cui il SSN controlla e verifica che ciascun livello di governo sia in grado di raggiungere i propri obiettivi e di rendere conto agli stakeholders. In altri termini, lo SCI è un processo formato da un insieme di meccanismi, procedure e strumenti, finalizzato ad assicurare una ragionevole garanzia nel conseguimento dei seguenti obiettivi: efficacia ed efficienza delle attività operative (controllo di gestione); adeguatezza informativa (controllo amministrativo-contabile); conformità alle leggi ed ai regolamenti in vigore (compliance) (Peta, 2016).

Il framework di riferimento per lo SCI è rappresentato dal Public Internal Financial Control (PIFC), appositamente elaborato dalla Commissione Europea per le PPAA (European Commission, 2006) e fondato su controllo interno (*internal control*) e revisione interna (*internal audit*). Il controllo interno è un’attività svolta dalla dirigenza e dal personale per verificare con sicurezza che siano raggiunti gli obiettivi generali tra cui svolgere l’attività secondo i principi etici e legislativi, soddisfare gli obblighi di accountability ed evitare utilizzi impropri delle risorse disponibili, mentre la revisione interna consiste in un’attività indipendente volta al miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dei processi contabili e di gestione, svolta da un organo interno quale il collegio sindacale (Reginato, 2016).

Sulla base del PIFC, è possibile identificare le cinque componenti costitutive dello SCI: ambiente di controllo, valutazione del rischio, attività di controllo, informazione e comunicazione e monitoraggio (Peta, 2016).

L’ambiente di controllo (*control environment*) disciplina la condotta dei singoli operatori attraverso i codici di comportamento, i codici disciplinari e i codici etici. In tal senso vengono adottati il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità (PTTI) e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), al fine di improntare l’agire pubblico ai canoni della lealtà, della diligenza e dell’imparzialità. Come per l’intero settore pubblico, secondo quanto indicato dalla Legge 190/2012, è prevista la nomina di un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e l’inserimento del fenomeno della temporizzazione del

ruolo per ridurre il rischio dei fenomeni corruttivi, oltre che prevedere la tutela dei dipendenti che segnalino eventuali illeciti (whistleblower).

La valutazione del rischio (*risk assessment*) identifica e valuta i rischi associati ai danni ai pazienti ed operatori e i rischi di perdita economica e di immagine per l'ente. In particolare, si fa riferimento al rischio clinico e al rischio di corruzione. Il rischio clinico è direttamente legato alla mission istituzionale dell'azienda, ovvero alla fornitura di prestazioni efficaci, efficienti e sicure che garantiscono la qualità assoluta del sistema e in virtù della quale si rende necessario adottare dei sistemi di clinical risk management (attività volte a ridurre il livello di rischio in ambito clinico), mentre il rischio di corruzione si riferisce ai condizionamenti illeciti soprattutto in considerazione degli ingenti flussi di denaro che caratterizzano le decisioni amministrative relative all'attività sanitaria.

L'attività di controllo (*control activities*) consiste nelle procedure e nelle azioni intraprese per ridurre i rischi, sia in un'ottica preventiva che ispettiva. A livello preventivo si evidenziano la procedura di separazione dei compiti, volta a garantire la stabilità dei bilanci e dei dati aziendali, e le misure di prevenzione di corruzione. A livello ispettivo si evidenziano invece la procedura di controllo della regolarità amministrativo-contabile, la procedura di controllo sulle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT), il monitoraggio dei LEA, l'attività di audit clinico e il controllo di gestione.

Per quanto riguarda l'elemento informazione e comunicazione (*information & communication*), l'NSIS diventa lo strumento di riferimento che riunisce e rende disponibile l'informazione (dati, regole, metodologie) per misurare la qualità, l'efficienza, l'appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), per favorire il buon governo e il monitoraggio dei LEA e della spesa sanitaria.

Infine, il costante monitoraggio (monitoring) del sistema di controllo consente di individuare eventuali anomalie tempestivamente superate attraverso appositi interventi.

Il decreto legislativo n. 150/2009 attribuisce la funzione di monitoraggio del sistema di controllo Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), soggetto nominato in ogni amministrazione pubblica dall'organo di indirizzo politico-amministrativo, il quale monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi (Peta, 2016).

#### **4. Accountability, rendicontazione sociale e public reporting nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nell'ambito del SSN, lo Stato, attraverso il Ministero della Salute, è titolare dell'attività di coordinamento e di distribuzione delle risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Inoltre, lo Stato garantisce l'efficiente utilizzo di tali risorse per un'appropriata erogazione dei LEA attraverso la pianificazione sanitaria, che si concretizza nella redazione del PSN, e attraverso l'NSIS (Ministero della Salute, 2001-2024).

Alle Regioni sono attribuite responsabilità in termini di pianificazione e programmazione, che ottemperano attraverso la redazione dei PSR con cui si esplicitano: (1) le modalità di erogazione dei servizi sanitari sulla base di quanto indicato nel PSN; (2) l'articolazione del territorio in ASL, a loro volta suddivise in distretti; (3) la costituzione di AO autonome; (4) il finanziamento delle ASL, che dovranno valutare, oltre che nominarne il DG. Le Regioni sono rese responsabili dell'attuazione concreta dei LEA

nel rispetto dei vincoli di bilancio programmati, ponendo in loro carico qualsiasi servizio che intendano garantire e che superi il livello minimo disposto. Le Regioni ottemperano alle responsabilità loro assegnate attraverso l'opera delle ASL, delle AO, dei presidi delle ASL (strutture operanti nell'ambito delle ASL che però non hanno ottenuto il riconoscimento istituzionale di azienda avente propria autonomia giuridica), delle AO Universitarie aventi finalità di ricerca e didattica e dei soggetti accreditati (AGENAS, 2006-2020).

La normativa riconosce in capo alle ASL e alle AO la personalità giuridica di diritto pubblico e anche una forma di autonomia imprenditoriale che prende forma nell'atto aziendale di diritto privato che il DG, nominato dalla Regione tra gli iscritti ad un apposito elenco, è competente a redigere per disciplinare l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda sanitaria (come fosse una sorta di statuto aziendale), la cui conformità alle linee guida disposte nel piano regionale viene verificata proprio dalla Regione (Taroni, 2011).

Al DG vengono assegnati i poteri di gestione, in quanto responsabile di orientare l'organizzazione a raggiungere gli obiettivi indicati nel PSR, nel rispetto del vincolo di bilancio, e in mancanza del quale si collega la sua decadenza, ma anche di assicurare, in generale, il buon andamento e l'imparzialità dell'agire pubblico. Al DG vengono affiancati un direttore amministrativo ed uno sanitario, da lui stesso nominati, responsabili dei propri ambiti di competenza e in grado di partecipare alla direzione dell'azienda (Taroni, 2011).

Insieme al DG, i direttori di distretto, di dipartimento e dei presidi costituiscono il collegio di direzione, il quale collabora allo sviluppo della governance aziendale (Taroni, 2011).

Anche a livello comunale si accresce il grado di responsabilità richiesto al fine di assicurare un corretto funzionamento del SSN. A dispetto delle forti limitazioni delle competenze comunali previste dal decreto legislativo n. 502/1992, la riforma del '99 ripone in capo ai Comuni nuove funzioni fondamentali, tra cui la possibilità di definire i livelli aggiuntivi di assistenza, che essi stessi dovranno finanziare; la partecipazione, con il Sindaco, alla Conferenza per la programmazione sociosanitaria e la partecipazione ai provvedimenti di valutazione e revoca dei DG delle Aziende Sanitarie operanti nel Comune.

Di fondamentale importanza a livello istituzionale si pone il collegio sindacale quale organo di controllo dell'amministrazione aziendale, del rispetto della Legge e della contabilità, di cui è chiamato a rendere conto nella relazione che elabora con cadenza almeno semestrale.

Affinché venga garantita l'integrazione delle attività svolte dalle singole unità operative in modo efficace ed efficiente, il legislatore ha previsto anche l'introduzione della struttura organizzativa dipartimentale con l'obiettivo di coordinare i settori di specializzazione presenti nelle singole unità operative, aggregate in singoli dipartimenti funzionali o strutturali, attraverso la condivisione delle risorse umane e del know-how professionale nella finalità di raggiungere tutte le operazioni programmate.

Poiché ogni livello di governo definisce in modo autonomo le modalità per perseguire l'obiettivo, costituzionalmente riconosciuto, di tutela del diritto alla salute, è fondamentale attivare un sistema di controllo reciproco tra i diversi livelli di governo coinvolti. Solo attraverso la convergenza delle finalità perseguite da ciascun soggetto istituzionale nell'ambito delle proprie azioni, sarà possibile garantire un SSN efficiente, efficace e, soprattutto, equo.

Mentre l'accountability attraverso il bilancio sociale fornisce al cittadino uno strumento di controllo dell'operato dell'ente, il *public reporting* (o rendicontazione pubblica) rendendo informazioni

normalmente private o difficilmente accessibili pienamente fruibili al pubblico fornisce al cittadino uno strumento di scelta (Pelone e Ricciardi, 2013).

Il *public reporting* consiste nella diffusione al pubblico di informazioni sulle performance ospedaliere di erogatori “non anonimi”, organizzate secondo criteri comparativi. È una strategia che mira a promuovere la trasparenza, supportare scelte informate da parte dei cittadini e stimolare il miglioramento della qualità assistenziale, aumentando la responsabilità degli erogatori nei confronti della loro offerta. La rendicontazione pubblica rende accessibili informazioni solitamente riservate o di difficile reperibilità, garantendo una fruizione chiara e responsabile (Azzolini e Montanari, 2016)<sup>6</sup>.

Il *public reporting* consente, sia dal lato della domanda (pazienti, medici di base, ed assicurazioni sanitarie), che dell’offerta (erogatori di servizi sanitari), una conoscenza dei fatti tale da avviare dei percorsi di miglioramento dell’assistenza sanitaria (Berwick et al., 2013).

In particolare, dal lato della domanda il *public reporting* attiva un percorso di scelta informata attraverso l’individuazione dei dati di performance rilevanti rispetto al proprio problema di salute e il confronto delle strutture sanitarie disponibili che, in termini qualitativi, risultano garantire stabilità ed affidabilità. Tale percorso di scelta interessa tanto i pazienti nello scegliere la struttura sanitaria cui rivolgersi per soddisfare il proprio bisogno di salute, quanto le assicurazioni sanitarie nel ricercare la struttura da inserire nell’offerta dei servizi sanitari (con i meccanismi di accreditamento e di competizione amministrata), che i medici di base, i quali, essendo il filtro della domanda sanitaria individuale, hanno tutto l’interesse a conoscere i dati riguardanti le performance delle strutture sanitarie specialistiche (Azzolini e Montanari, 2016).

Dal lato dell’offerta il *public reporting* dà origine ad un percorso di cambiamento, sia di natura organizzativa che clinica, prendendo come punto di riferimento (o benchmark) le strutture sanitarie più efficienti, innesca forme di concorrenza tra providers e incentiva i providers stessi ad adottare dei meccanismi per migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti, attraverso l’adozione di strumenti di *quality control*, *quality improvement* e *quality design* (Juran, 1988; Azzolini e Montanari, 2016).

Ammesso che le organizzazioni sanitarie siano propense alla diffusione di dati (la cui elaborazione è costosa) e informazioni (che possono essere sensibili) utili orientare le scelte, uno dei risvolti negativi del *public reporting* sta nel fatto che questo strumento potrebbe condurre ad una segmentazione del mercato, tra un’offerta di alta qualità (strutture sanitarie più efficienti e performanti) e una di bassa qualità (tutti gli altri erogatori di servizi), invece che essere uno stimolo per migliorare tutti i servizi offerti, indipendentemente dalla struttura che li offre (Hirschman, 1970). Diventa quindi cruciale il ruolo degli utenti dei servizi sanitari.

Parafrasando lo stesso Hirschman (1970), quando i pazienti percepiscono che la qualità dei servizi loro offerti sta peggiorando o che i benefici che traggono dai servizi medici e sanitari si stanno riducendo,

---

<sup>6</sup> Azzolini e Montanari (2016) analizzano il sito [doveecomemicuro.it](http://doveecomemicuro.it) quale esempio concreto di applicazione pratica del *public reporting* nel contesto sociale e sanitario italiano. Questo sito è stato concepito per fornire un supporto informativo ai cittadini e ai pazienti, per aiutarli a orientarsi nella scelta delle strutture sanitarie attualmente accreditate. L’obiettivo è rafforzare il principio di responsabilità sociale nel Servizio Sanitario Nazionale, principio che impone a decisori e organizzazioni sanitarie di assumersi la responsabilità delle proprie azioni nei confronti dei cittadini, garantendo trasparenza a livello comportamentale, amministrativo, gestionale, strategico ed economico.

hanno essenzialmente due possibili risposte: possono uscire (*exit*, rivolgersi ad un altro provider); oppure, possono dare voce (*voice*, tentare di riparare o migliorare il servizio attraverso la comunicazione del reclamo, della lamentela o della proposta di cambiamento). Ciascun utente, pertanto, attraverso le proprie scelte e la condivisione delle proprie esperienze, rappresenta potenzialmente uno stimolo per l'adozione di misure di miglioramento dei servizi. In tale ottica è necessario far sì che vengano condivise realtà quanto più oggettive possibili per evitare che si proceda ad una semplice emulazione del comportamento altrui (in mancanza di un'adeguata informazione) (Hirschman, 1970).

In sintesi, il *public reporting* favorisce la diffusione di indicatori che misurano la qualità assistenziale, ovvero l'efficacia, la competenza, l'appropriatezza, la sicurezza, etc., di una struttura sanitaria rispetto ad un benchmarking (es. la media nazionale) di riferimento al fine di orientare le scelte (lato della domanda) e migliorare le prestazioni (lato dell'offerta)<sup>7</sup>.

## 5. Conclusioni

L'accountability in sanità rappresenta un elemento cruciale per garantire trasparenza e risposte efficaci agli obiettivi fondamentali del SSN, attraverso gli strumenti di rendicontazione sociale e di *public reporting* che evidenziano le modalità di raggiungimento di tali obiettivi.

Tuttavia, la pluralità di obiettivi spesso conflittuali che caratterizzano la sanità (accesso, qualità, contenimento dei costi, centralità del paziente, sicurezza e soddisfazione) e l'intempestività e l'eterogeneità dei processi di miglioramento e cambiamento hanno inevitabilmente rallentato sia la

---

<sup>7</sup> In questo senso possiamo dire che sia il PNE di AGENAS che il Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali del Laboratorio MeS-Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna svolgono esattamente questa funzione: condividere informazioni per migliorare le scelte. In particolare, il PNE analizza l'efficacia pratica, l'appropriatezza clinico-organizzativa, la sicurezza e l'equità di accesso alle cure, attraverso lo studio della variabilità (analisi comparativa) dei processi e degli esiti dell'assistenza sanitaria garantita dal SSN nei LEA e promuove programmi di audit clinico-organizzativo per migliorare la qualità e l'equità delle cure nel SSN. Sulla base di un certo numero di indicatori (205 per il 2024, di cui 180 relativi all'assistenza ospedaliera e 25 relativi all'assistenza territoriale) il PNE studia la variabilità di processi ed esiti assistenziali tra erogatori (ospedali, unità operative, operatori) e gruppi di popolazione; analizza le ospedalizzazioni evitabili o inappropriate per area geografica; monitora i trend temporali di indicatori (volume, processo, esito) per erogatori e residenti; indaga le disuguaglianze legate a genere, cittadinanza e condizioni socio-economiche; produce evidenze epidemiologiche su relazioni tra organizzazione, volumi, modalità di erogazione e efficacia delle cure; supporta sistemi regionali nel monitoraggio della qualità assistenziale e degli adempimenti LEA (AGENAS, 2024). Il Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali invece è un sistema multidimensionale di valutazione della performance dei servizi sanitari. Gli indicatori coprono una pluralità di dimensioni di valutazione, quali lo stato di salute della popolazione, l'efficienza e la sostenibilità, la comunicazione e i processi, le strategie sanitarie regionali, la valutazione interna (dei dipendenti), la valutazione esterna (dell'utenza), la valutazione clinico-assistenziale. Gli indicatori sono valutati in benchmarking attraverso il ricorso a 5 fasce di valutazione a cui sono associati colori che intuitivamente comunicano se la situazione sia positiva o negativa. Le fasce di valutazione si riassumono come segue: (1) molto scarsa, a cui si associa un colore rosso, (2) scarsa, con colore arancione, (3) media, con colore giallo, (4) buona, con colore verde e (5) ottima, con colore verde scuro (Laboratorio MeS-Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna, <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>).

standardizzazione delle pratiche di accountability, rendicontazione e responsabilità sociale sul territorio nazionale, che il superamento delle note eterogeneità esistenti a livello inter e intra-regionale in Italia.

Per questo, nel rispetto e nella garanzia delle competenze dei tre livelli di governo (Stato, Regioni e Aziende Sanitarie Locali) attraverso cui opera il SSN, risulta fondamentale non solo favorire e garantire la cooperazione e l'integrazione delle attività svolte da questi tre livelli di governo, ma anche ampliare il più possibile la rete di accountability incentivando il più possibile l'applicazione degli strumenti di rendicontazione sociale e di *public reporting*.

Quanto più estesa e articolata è la rete di accountability, tanto maggiore è la condivisione dei risultati ottenuti. Solo un'integrazione strutturata e coordinata degli esiti raggiunti dai diversi attori del sistema sanitario può infatti soddisfare efficacemente il fabbisogno informativo del settore. Questo approccio consente di migliorare la performance del SSN nel suo complesso riducendo così in modo significativo le disuguaglianze e le eterogeneità che ancora lo caratterizzano.

## Bibliografia

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). *Programma Nazionale Esiti*. <https://pne.agenas.it/> [Ultimo accesso: 07/07/2023].

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) (2024), *Programma Nazionale Esiti Edizione 2024*, Roma.

J.E. Anderson (1975), *Public Policymaking*, New York, NY: Praeger.

O.A. Arah, N.S. Klazinga, D.M. Delnoij, A.H. ten Asbroek, T. Custers (2003), *Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement*. *Int J Qual Health Care*. 2003 Oct;15(5):377-98. doi: 10.1093/intqhc/mzg049. Erratum in: *Int J Qual Health Care*. 2004 Apr;16(2):189. PMID: 14527982.

E. Azzolini, C. Montanari (2016), *Public Reporting dell'assistenza ospedaliera: uno strumento per migliorare la qualità delle strutture sanitarie in Italia*, *Quaderni dell'italian Journal of Public Health* 5(1), pp. 1-15.

D.M. Berwick, B. James, M.J. Coye (2003), *Connections between Quality Measurement and Improvement*, *Medical Care*; 41(1), pp. 30-38.

G. Brewer, P. deLeon (1983), *The Foundations of Policy Analysis*, Monterey, CA: Brooks, Cole.

V. Cirulli, F. Giardini, G. Marini (2022), *Piani di Rientro: a che punto siamo?*, *Politiche Sanitarie* 23 (2): 66-80. doi: 10.1706/3852.38357.

E. Cortellesi (2018), *Evoluzione legislativa dei controlli nelle amministrazioni pubbliche*, 2018-03-29. <https://www.diritto.it/>.

A. D'Adamo, C. Lombardi, A. Rosa (2019), *Manuale per la gestione della performance nelle Pubbliche Amministrazioni*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.

L. D'Ambrosi, M.V. Giardina (2006), *Amministrazione pubblica e partecipazione*, Carocci Editore, Roma.

D. D'Angela (2014), *La valutazione delle Performance: l'impatto equitativo della crisi*, in F. Spandonaro (a cura di), *X Rapporto CEIS Sanità*, Università di Roma Tor Vergata.

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 maggio 1995 Schema generale di riferimento della "Carta dei Servizi pubblici sanitari".

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

DECRETO-LEGGE 12 maggio 1995, n. 163. Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 11 luglio 1995, n. 273.

DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 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'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

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.

DECRETO LEGISLATIVO 30 luglio 1999, n. 286. Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59.

DECRETO LEGISLATIVO 27 ottobre 2009, n. 150. Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

J.L. Denis (2014), *Accountability in healthcare organizations and systems*, Healthcare Policy Sep;10 (Spec issue): 8-11. PMID: 25305384; PMCID: PMC4255571.

Department of Health (1998), *A first class service: Quality in the new NHS*.

A. Donabedian (1988), *The quality of care. How can it be assessed?* JAMA, Sep 23-30;260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743. PMID: 3045356.

V.M. Donini (2024), *La simbiosi tra accountability e whistleblowing nel quadro del governo aperto: un'analisi delle dinamiche e delle interazioni*, Osservatorio Trasparenza, 10 luglio 2024, federalismi.it - ISSN 1826-3534, n. 16/2024.

P. Dunleavy, C. Hood (1994). *From old public administration to new public management*, Public Money & Management, 14:3, 9-16, doi: 10.1080/09540969409387823.

- A. Etzioni (2007), *Foreword*, in M.L. Bemelmans-Videc, J. Lonsdale, B. Perrin (a cura di), *Making accountability work: dilemmas for evaluation and for audit*, New York, Routledge.
- European Commission (2006), *Welcome to the world of PIFC Public Internal Financial Control*.
- F. Fontana (2005), *Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*, Milano, FrancoAngeli.
- G. France (2003), *I livelli essenziali di assistenza: un caso italiano di policy innovation*, in G. Fiorentini (a cura di), *I Servizi Sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003; 73–104.
- G. France, F. Taroni, A. Donatini (2005), *The Italian health-care system*, *Health Economics*, 14: S187-S202. <https://doi.org/10.1002/hec.1035>.
- E.R. Freeman (1984), *Strategic management: a stakeholder approach*, Pitman, Boston.
- G. Frittoli, A. Tanese (2004), *Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie*, in V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro (a cura di), *Il Rapporto CEIS Sanità*, Università di Roma Tor Vergata.
- L. Garattini, A. Padula (2017), *Clinical Governance in Italy: 'Made in England' for Import?*. *Appl Health Econ Health Policy* 15, 541–544. <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0328-8>.
- A.O. Hirschman (1970), *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ISPE (2014), *Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, ISPE SANITÀ, Roma.
- A. Ippolito (2023), *Il performance management come strumento di accountability nel settore pubblico*, Milano, FrancoAngeli, Italy.
- S. Jacob (2023), *Evaluation and policy evaluation*, in M. van Gerven, A.C. Rothmayr, K. Schubert (a cura di) *Encyclopedia of Public Policy*, Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-90434-0\\_15-1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-90434-0_15-1)
- C. Jones (1970), *An Introduction to the Study of Political Life. 3rd edition*, Berkeley, CA: Duxbury Press.
- J.M. Juran (1988), *Juran's Quality Control Handbook*, New York, McGraw-Hill, 6th edition.
- A. La Spina (2020), *Politiche Pubbliche. Analisi e valutazione*, Bologna, Il Mulino Manuali.
- J. Lonsdale, M.L. Bemelmans-Videc (2007), *Introduction Foreword*, in M.L. Bemelmans-Videc, J. Lonsdale, B. Perrin (a cura di), *Making accountability work: dilemmas for evaluation and for audit*, New York, Routledge.
- H.D. Lasswell (1956), *The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis*, College Park, MD: University of Maryland Press.
- LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale.
- LEGGE 6 novembre 2012, n. 190. Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.
- LEGGE COSTITUZIONALE 18 ottobre 2001, n. 3. Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione.
- A. Lippi (2007), *La valutazione delle politiche pubbliche*, Bologna, Il Mulino.

- F. Maino, S. Neri (2006), *La politica sanitaria ai tempi della "devolution"*, Rivista trimestrale di cultura e di politica, 1/2006, pp. 133-142
- J. Metcalf, E. Moss, E.A. Watkins, R. Singh, M.C. Elish (2021), *Algorithmic Impact Assessments and Accountability: The Co-Construction of Impacts*, Proceedings of the 2021 ACM Conference on Fairness, Accountability, and Transparency (FAccT '21), pp. 735-746, <https://doi.org/10.1145/3442188.3445935>.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ragioneria Generale dello Stato (2022), *Il monitoraggio spesa sanitaria. Rapporto n. 9*, [https://www.rgs.mef.gov.it/\\_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2022/IMDSS-RS2022.pdf](https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2022/IMDSS-RS2022.pdf).
- Ministero della Salute (1995), *Quaderni della Carta dei Servizi pubblici sanitari: "Norme e indirizzi di riferimento". N. 1*, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_602\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_602_allegato.pdf) [ultimo accesso: 05/07/2023].
- Ministero della Salute (2001-2024), *Programmazione e finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, Patto per la salute*.
- Ministero della Salute (2001-2024), *Cosa sono i LEA*.
- Ministero della Salute (2004-2021), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*.
- Ministero della Salute (2009), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008*, Roma.
- Ministero della Salute (2014), *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013*, Roma.
- G. Moro (2005), *La valutazione delle politiche pubbliche*, Roma, Carocci editore.
- R.T. Nakamura (1987), *The Textbook Policy Process and Implementation Research*, Policy Studies Review, 7, 142-154.
- S. Neri (2008), *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, La Rivista delle Politiche Sociali, 3/2008, pp. 97-114.
- S. Neri (2020), *Più Stato e più Regioni. L'evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia*, Autonomie locali e servizi sociali 2, 239-255. <https://doi.org/10.1447/98719>.
- S. Nuti (2008), *La valutazione della performance in sanità*, Bologna, Il Mulino.
- S. Nuti (2009), *La valutazione multidimensionale della performance in sanità*, ItalianiEuropei.it, I Quaderni 2/2009 - La Sanità.
- S. Nuti, A. Vinci, F. Vola (2021), *Stato e Regioni: le performance dei Sistemi sanitari regionali*, La Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy, 2/2021, pp. 99-124.
- OECD (2020a), *How can governments leverage policy evaluation to improve evidence informed policy making? Highlights from an OECD comparative study*, OECD Publishing, Paris, <https://www.oecd.org/gov/policy-evaluation-comparative-study-highlights.pdf>.
- OECD (2020b), *Improving governance with policy evaluation: Lessons from country experiences*, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/89b1577d-en>.
- F. Pelone, W. Ricciardi (2013), *Il Public reporting in sanità: Riflessioni e proposta di un nuovo strumento operativo*, Quaderni dell'Italian Journal of Public Health, Volume 2, Numero 10. <https://www.ijph.it/public-reporting-sanita> [Ultimo accesso: 05/07/2023].

A. Peta (2016), *I controlli interni della Pubblica amministrazione: criticità e prospettive evolutive*, Questioni di Economia e Finanza (Occasional Papers), n. 312/2016, Rom, Banca d'Italia.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA. 2004. *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*. [http://focus.formez.it/sites/all/files/Rendere\\_conto.pdf](http://focus.formez.it/sites/all/files/Rendere_conto.pdf) [Ultimo accesso: 06/07/2023].

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA. 2013. *Carta dei Servizi*. <http://qualitapa.gov.it/sitoarcheologico/relazioni-con-i-cittadini/utilizzare-gli-strumenti/carta-dei-servizi/> [Ultimo accesso: 06/07/2023].

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA. 2016. *Guida pratica per una Pubblica Amministrazione di qualità. Versione sintetica*. Disponibile su: <http://jmceurel.unipg.it/wp-content/uploads/2019/05/guida-ue-buona-amministrazione.pdf> [Ultimo accesso: 06/07/2023].

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA. 2019. *Quarto Piano d'azione nazionale per l'open government 2019-2021. Bozza in consultazione*. [http://open.gov.it/wp-content/uploads/2019/03/Quarto\\_Piano\\_Azione\\_Nazionale\\_OGP\\_03.2019.pdf](http://open.gov.it/wp-content/uploads/2019/03/Quarto_Piano_Azione_Nazionale_OGP_03.2019.pdf) [Ultimo accesso: 06/07/2023].

E. Reginato (2016), *Accountability e controlli in sanità*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.

W. Ricciardi, R. Tarricone (2021), *The evolution of the Italian National Health Service*, *The Lancet*, 398 (10317), pp. 2193-2206, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01733-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01733-5).

F. Taroni (2011), *Politiche sanitarie in Italia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

C. Ugolini (2004), *Verso una rilettura del modello di concorrenza amministrata?*, *La Rivista delle Politiche Sociali*, 4/2004, pp. 197-212.

N. Viceconte (2012), *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, *Italian Papers on Federalism*, n. 1-2-3/2012, [www.ipof.it](http://www.ipof.it) - ISSN: 2281-9339.

J. Wilson (1998), *Clinical governance*, *Br J Nurs.* 7(16), pp. 987-8. <https://doi.org/10.12968/bjon.1998.7.16.5615>.