

## STEWARDSHIP UN NUOVO MODELLO DI GOVERNANCE

La decentralizzazione<sup>1,2</sup> è una riforma istituzionale, cioè una macro-riorganizzazione complessa del quadro istituzionale, che si concretizza mediante un processo continuo e intersettoriale. È introdotta in funzione del miglioramento di: equità, efficacia ed efficienza, qualità dei servizi, solidità finanziaria, autodeterminazione e controllo a livello locale.

Ci sono diversi tipi di decentralizzazione. Probabilmente la più nota è quella politica, chiamata *devolution*, che consiste nel trasferimento del potere decisionale, per un numero più o meno grande di materie, ad un governo sub-centrale (Regioni); spesso si rafforza e si completa con una decentralizzazione fiscale, cioè il trasferimento, soprattutto, della riscossione delle imposte, ma evidentemente anche delle decisioni sulla spesa pubblica. Entrambe, per divenire effettive, devono accompagnarsi ad una decentralizzazione amministrativa.

In Italia il processo della decentralizzazione è stato avviato per ragioni innanzitutto politiche, poi fiscali. Si è giunti, infine, a una decentralizzazione amministrativa. L'ambito che qui interessa è quello della decentralizzazione in campo sanitario, che si è progressivamente definita mediante diversi

passaggi legislativi fondamentali, dalla legge 833 del 1978 ai decreti legislativi del 2000, fino alla modifica del Titolo V della Costituzione.

Quindi, la decentralizzazione del Servizio sanitario nazionale italiano è parte di un processo ampio, recente, ma ancora incompleto. Sono state conferite nuove autonomie locali, che dovrebbero procedere di pari passo con una maggiore responsabilità; tuttavia, gli attori in gioco (Ministero, Regioni, ASL) non sono sempre attrezzati per gestire questa nuova situazione dettata dalla politica, che ha vantaggi e svantaggi. In particolare, i diversi livelli di governo si trovano ad avere molteplici interlocutori forti, che spesso non sono allineati su di una posizione comune, ed è, d'altra parte, sempre più evidente come gli obiettivi di salute siano determinati dal concorso non solo dei livelli di governo istituzionale (centrale, regionale, locale), ma anche da industrie, *media*, raggruppamenti sociali, etc., in una parola da un insieme di 'portatori di interessi' (*stakeholders*), che devono inevitabilmente essere coinvolti per un governo effettivo del sistema sanitario (e non solo).

In questo scenario risultano marcatamente insufficienti le

### CARATTERISTICHE DELLA DECENTRALIZZAZIONE

Forme	Definizioni
Politica ( <i>devolution</i> )	Trasferimento del potere decisionale a un governo sub-centrale (regionale, provinciale, etc.)
Amministrativa	Distribuzione gerarchica e funzionale di poteri e funzioni tra lo Stato centrale e i governi sub-centrali
Fiscale	Trasferimento delle entrate (o della facoltà di raccogliere le imposte) e delle decisioni sulla spesa pubblica ai governi sub-centrali
Di mercato	Forma più completa di decentralizzazione; suppone la privatizzazione e la deregolamentazione, o uno spostamento dal settore pubblico a quello privato

### LE PRINCIPALI TAPPE DELLA DECENTRALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

Nel 1978 la decentralizzazione diventa uno dei temi più importanti dello sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/1978)

Nel 1992-93 avviene la definizione esplicita e formale della *devolution* del potere politico e dell'autorità fiscale alle Regioni (Decreti legislativi 502/1992 e 517/1993)

Nel 1997-2000 si attua un'ulteriore promozione della *devolution* del potere politico alle Regioni e del processo di transizione verso una riforma federale con federalismo fiscale (Decreti legislativi 58/1997, 446/1997, 229/1999 e 56/2000)

Nel 2001 il Titolo V della Costituzione italiana è modificato, assicurando alle Regioni maggiori poteri (Legge Costituzionale No. 3, 18 ottobre 2001)

precedenti 'regole' dei rapporti tra istituzioni, cioè la prassi di rapporti 'verticali' basati su gerarchie, e si rende sempre più evidente la necessità di un nuovo stile di governo sia a livello centrale che a livello regionale (una nuova *governance*\*). L'esigenza di un nuovo e più adeguato 'modo di governare' nasce quindi sostanzialmente da un'esigenza di una sua maggiore 'efficienza' ed 'efficacia'.

### I modelli di governance

A livello operativo la *governance*, come strategia di governo, si può definire come "...il modo in cui funzionari e istituzioni pubbliche assumono ed esercitano l'autorità di formulare e regolare le politiche pubbliche e di fornire beni e servizi"<sup>3</sup>. Altre definizioni ne mettono in luce ulteriori aspetti; per esempio, Stocker<sup>4</sup> evidenzia come la *governance* sia definibile "dall'insieme di attori che all'interno di un sistema interagiscono e contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi del progetto".

Ci sono due modelli principali di *governance* in letteratura:

- il modello del **mandato** (*agency*, in inglese): si tratta del modo in cui è stato gestito il sistema sanitario fino a pochi anni fa, il modo a cui eravamo abituati e che ci è familiare. Per esempio, nel modello del mandato descriviamo il Ministero come mandante e le Regioni come mandatari o esecutori;

\*Nella lingua inglese questo termine esprime la gestione di processi di consultazione e concertazione che, per raggiungere gli obiettivi, non ricorrono all'esercizio dell'autorità e all'applicazione di sanzioni.

- il modello della **stewardship**: è una strategia di gestione del sistema sanitario che molti Paesi europei stanno adottando e che viene proposta con forza dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Per esempio, in questo modello il Ministero svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento, ma anche di interlocutore con le Regioni. Le Regioni possono assumere lo stesso ruolo – quello di *steward* – nei confronti delle ASL.

Questi due modelli (benché, come vedremo, possano in qualche misura coesistere) hanno rilevanti differenze<sup>5</sup>, come è riassunto nel riquadro in basso.

Secondo la situazione istituzionale e storica in cui ci si trova, è opportuno scegliere di utilizzare l'uno o l'altro dei modelli descritti, oppure elementi di entrambi.

Vi sono due gruppi di fattori che influiscono su questa 'scelta':

- la distribuzione e le differenze di potere tra gli attori;
- la filosofia di management.

Per quel che riguarda la distribuzione del potere fra gli attori, si tende ad utilizzare il modello del mandato quando vi è molta differenza di potere, come in organizzazioni centralizzate e con grandi differenze di autorità, finanziarie e di privilegi.

Al contrario, si preferisce ricorrere al modello di *stewardship* quando ci si trova a gestire organizzazioni decentralizzate, con minori differenze di potere, di autorità, finanziarie e di privilegi, in cui il processo decisionale è caratterizzato da più consultazioni.

Per quanto riguarda, invece, la filosofia di management adottata: l'obiettivo (o il desiderio) di mantenere uno stretto controllo sulla periferia rimanda naturalmente al modello del mandato; mentre per promuovere un maggiore coinvolgimento, il modello migliore è quello della *stewardship*.

#### PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI DUE MODELLI DI GOVERNANCE

Il modello del mandato	Il modello della stewardship
I mandatari hanno diversi obiettivi e migliori informazioni sulle condizioni locali del mandante	Lo <i>steward</i> ha un comportamento orientato alla promozione della collettività
Il mandante cerca di massimizzare il proprio vantaggio con il minimo costo	Adotta comportamenti cooperativi piuttosto che individualisti e utilitaristi
Dopo aver delegato, il mandante controlla per minimizzare gli abusi potenziali	Usa una struttura organizzativa che favorisce la crescita degli interlocutori
Usa una struttura organizzativa finalizzata al monitoraggio e al controllo	Mette in grado gli altri attori di agire in autonomia, piuttosto che direttamente
Fa largo uso di incentivi finanziari, di revisioni contabili e di valutazioni	

**Le differenze tra i due modelli**

Quindi, i due approcci nel ‘management’ differiscono significativamente per varie caratteristiche, riassunte nel riquadro. Essenzialmente, il modello del mandante porta a controllare il rischio, con risultati a breve termine, soprattutto in termini di controllo dei costi. Richiede, per poter funzionare, di un contesto politico e istituzionale stabile. La *stewardship*, invece, necessita di una maggiore fiducia verso i propri interlocutori; i risultati, in termini di miglioramento di operato, richiedono tempi più lunghi, ma il maggior investimento sulle relazioni e sulle persone la rende efficace anche in contesti instabili. La filosofia del management è influenzata da come si concretizzano nelle specifiche realtà le sue caratteristiche principali; per esempio, un forte mandato di controllo dei costi o la necessità di ottenere obiettivi in tempi brevi inevitabilmente condizionano l’utilizzo di una filosofia di management orientata al controllo, e quindi l’adozione di un modello del ‘mandato’.

Quando ci si trova a scegliere a quale dei due modelli di *governance* ispirarsi, è cruciale aver compreso le differenze rispetto a tre aspetti che li caratterizzano profondamente: i bisogni che ciascun modello soddisfa maggiormente; l’impegno richiesto agli interlocutori; il diverso approccio rispetto all’autorità (autorità versus autorevolezza) (vedi riquadro in basso).

I due modelli, quindi, si caratterizzano per aspetti marcatamente differenti. Per esempio, nel modello del mandato il Ministero concepisce i propri interlocutori come controparti; queste accettano, ma non si identificano con gli obiettivi proposti, delegano la risoluzione dei problemi al Ministero stesso e cooperano nella misura in cui vengono

direttamente incentivati. Il Ministero (ma anche qualsiasi autorità centrale: per esempio, la Regione nei confronti delle ASL) si concentra sulla propria autorità istituzionale, che gli conferisce un potere coercitivo.

Viceversa, la *stewardship* guarda ai propri interlocutori come controparti attive, che si identificano con gli obiettivi concordati, si responsabilizzano per i risultati e cooperano in modo sinergico con il Ministero. In questo modello l’influenza sugli interlocutori si ottiene soprattutto mediante il riconoscimento delle loro competenze e sulla base delle capacità dimostrate dal Ministero nel tempo. Questo comporta un forte impegno, da parte di chi opera come *steward* nel Ministero, verso l’eccellenza e la professionalità.

Sono queste caratteristiche che chiamano in causa la *vision* che si ha dell’intero sistema sanitario e le strategie scelte: in altri termini, la scelta del modello non è neutra rispetto agli obiettivi di governo e il modello scelto determina che gli obiettivi siano conseguibili o meno.

Il fatto che la conoscenza teorica dei due modelli non sia sufficiente, che essi siano così influenzati dal patrimonio storico di relazioni e ruoli, che l’esigenza per sé di un modello sia collegata al panorama della *devolution*, esso stesso in continuo divenire, spiega perché si possano verificare varie opzioni nella ‘pratica’ del modello e come queste possano essere di tipo misto o compromissorio.

**Interazioni tra le scelte dei modelli da parte degli attori istituzionali**

Usando la relazione Ministero-Regioni come esempio (ma, come abbiamo detto, si potrebbe considerare la relazione Regione-ASL), è possibile pensare che il modello della

LA FILOSOFIA DI MANAGEMENT		
Caratteristiche	Approccio	
	orientato al controllo (le decisioni e il controllo sul lavoro sono divisi dal fare)	orientato al coinvolgimento (decisioni, controllo e fare sul lavoro non sono divisi, bensì condivisi: autocontrollo e automanagement)
Atteggiamento verso il rischio	Meccanismi di controllo	Fiducia negli interlocutori
Cornice temporale ideale	A breve termine	A lungo termine
Obiettivo raggiungibile	Controllo di costi	Miglioramento della performance
Stabilità del contesto	Necessità di contesto stabile	Funziona in contesto instabile

Figura 1 - Adozione dei modelli: possibili interazioni tra le scelte degli attori istituzionali.

**La possibile scelta del Ministero**

		Mandante	Steward
La possibile scelta delle Regioni	Mandatario	Entrambi cercano di ridurre i propri costi  Si crea equilibrio basato sugli opposti interessi	Il mandatario si comporta opportunisticamente  Lo steward si sente tradito
	Cliente	Il mandante si comporta opportunisticamente  Il mandatario si sente tradito	Entrambi cercano di ottimizzare la performance  Si crea un equilibrio basato sulla collaborazione

stewardship sia difficile da applicare, o solo ideale; questo soprattutto dopo i primi tentativi, quando la risposta delle Regioni verso il Ministero non è quella attesa di collaborazione e riconoscimento di autorità (o viceversa). In effetti, si possono creare quattro diverse situazioni, secondo la scelta del Ministero e delle Regioni: il Ministero può scegliere se adottare una strategia di mandato o di stewardship, ma anche le Regioni possono collocarsi in uno schema relazionale collaborativo, oppure subordinato. Nel primo quadrante dello schema della Figura 1 osserviamo come entrambi adottino il modello del mandato, mentre nel quarto quadrante quello della stewardship.

Nel secondo quadrante vediamo la situazione prima descritta: il Ministero cerca di creare una sinergia, ma le Regioni sono ancora prigioniere del vecchio schema di contrapposizioni. Nel terzo quadrante invece le Regioni si attendono una relazione più interlocutoria con il Ministero, che si arrocca nella sua posizione di comando.

La situazione di *devolution* del Servizio Sanitario Nazionale

spinge verso una nuova *governance* per il fatto stesso che pone scenari nuovi e sfide nuove, cui è necessario rispondere con strumenti adeguati. Tuttavia, non è solo un problema di dover innovare gli strumenti di governo; i principi e le caratteristiche di merito della *devolution* indirizzano verso uno specifico modello (modello di stewardship) come più coerente anche nei contenuti. Questa esigenza ‘preliminare’ è stata individuata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità come comune prospettiva per parecchi Paesi e ha portato alla pubblicazione di documenti ad hoc<sup>6,7</sup>.

#### Punti di forza e criticità della stewardship

La stewardship è un tipo di *governance* (del sistema sanitario nel nostro caso) che usa poco gli strumenti ‘verticali’ (imposizioni normative dall’alto) e fa maggior ricorso alla ‘leadership’ (capacità di persuasione e creazione di collaborazioni attive con la periferia); dovrebbe inoltre portare

**DIFFERENZE DEI DUE MODELLI RISPETTO A TRE CARATTERISTICHE PRINCIPALI**

	Modello del mandato	Modello dello steward
<b>Bisogni maggiormente soddisfatti</b>	<p><b>Motivazione estrinseca</b> Incentivi tangibili e materiali, che hanno un valore di 'mercato' misurabile (quantificabile). Per esempio: si concentra sui bisogni economici come il pagamento dei servizi, gli incentivi straordinari, le sanzioni*.</p>	<p><b>Motivazione più intrinseca</b> Opportunità di crescita, soddisfazione (per ciò che si è compiuto), senso di appartenenza e autorealizzazione. Possibilità di sviluppare il proprio potenziale (meno quantificabile). Per esempio, si concentra sui bisogni psicologici: esperienze lavorative significative, responsabilità per i risultati, coscienza dei risultati raggiunti.</p>
<b>Impegno chiesto agli interlocutori</b>	<p><b>Ruolo di controparte</b> Accettazione, ma non identificazione con gli obiettivi del Ministero e con la missione concordata. La risoluzione dei problemi viene spesso delegata al mandante. La cooperazione viene accompagnata da una retribuzione.</p>	<p><b>Ruolo di collaboratore</b> Identificazione con gli obiettivi e la missione concordati. Co-responsabilità riconosciuta per i successi e i fallimenti dell'organizzazione. La cooperazione diviene spontanea e volontaria, sinergica col Ministero.</p>
<b>Autorità e autorevolezza</b>	<p><b>Autorità istituzionale</b> Potere legittimo, coercitivo o di compenso. Potere assegnato al mandante in virtù del posto preso dentro l'organizzazione. L'autorità diviene il fondamento dell'influenza esercitata nel contesto del modello di agenzia.</p>	<p><b>Autorevolezza riconosciuta</b> Potere riconosciuto in modo spontaneo dagli interlocutori. Potere riconosciuto per l'esperienza o le capacità dimostrate, acquisito nel tempo. L'autorevolezza diviene il fondamento dell'influenza esercitata nel contesto del modello stewardship.</p>

\*Maslow AH, *Motivation and personality*. Harper and Row: New York, 1970.

a un processo decisionale efficiente, basato sulla fiducia reciproca e tendenzialmente più etico.

Le funzioni principali che concretizzano la stewardship sono riassunte nella Figura 2 e non sono ulteriormente trattate in questa sede per ragioni di brevità.

Naturalmente esistono potenziali punti di forza e criticità nella prospettiva di applicazione della stewardship.

**Punti di forza della stewardship**

- Elimina i doppi standard e promuove la fiducia nel governo;
- Rende trasparente l'allocazione delle risorse e i sistemi incentivanti;
- Aumenta la accountability (trasparenza);
- Fornisce formazione e sviluppo delle competenze;
- Monitora la performance del sistema sanitario;
- Comunica e condivide le migliori pratiche.

**Probabili difficoltà**

- Vi sono responsabilità condivise, che aumentano la

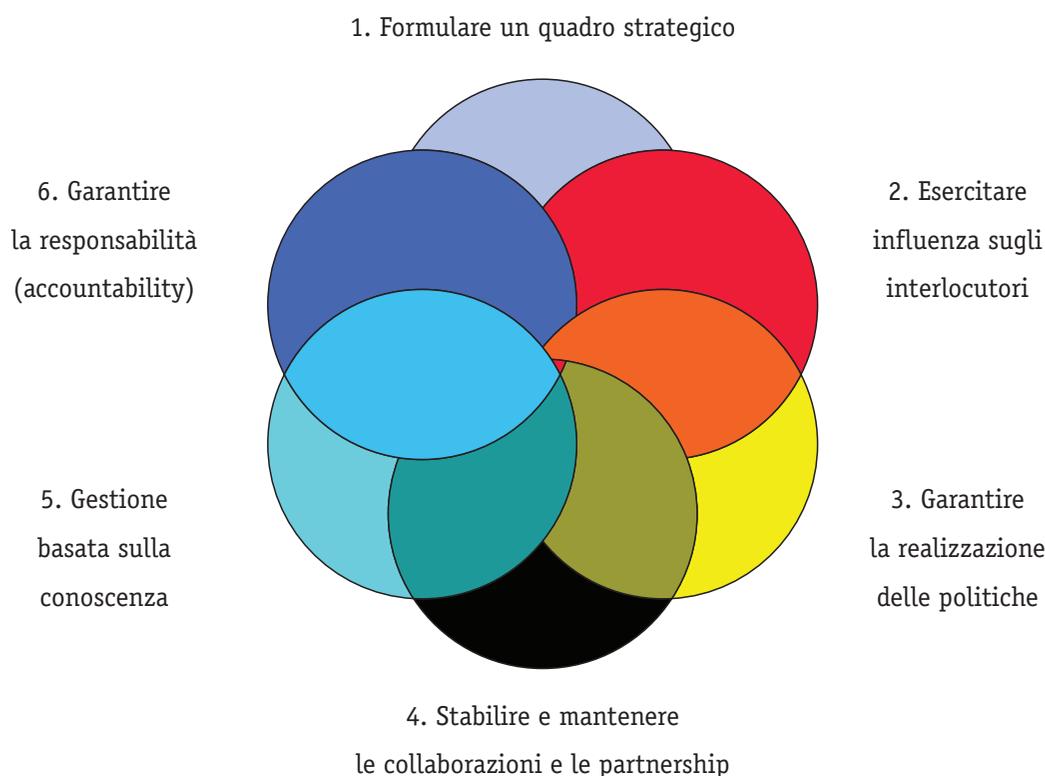
complessità e possono creare tensioni tra i livelli di governo.

- Vi sono più livelli (nazionale, regionale, locale) che rendono la stewardship di più difficile applicazione.
- I fattori esterni cambiano spesso e obbligano a una rinegoziazione frequente tra i livelli di governo.
- Può richiedere un nuovo assetto normativo, per garantire che i ruoli dei diversi livelli del governo possano essere svolti adeguatamente.

I vantaggi che l'approccio della stewardship può offrire riguardano aspetti già attuali nel panorama italiano e potrebbero essere:

- raggiungere un equilibrio tra i diversi livelli di governo;
- trovare un miglior equilibrio tra le iniziative promosse centralmente e quelle intraprese autonomamente in periferia;
- garantire l'esistenza di incentivi e di un quadro normativo che creino fiducia;

Figura 2 - Le funzioni principali dello steward.



- fornire a dirigenti e tecnici le necessarie competenze per realizzare le strategie identificate.

È indubbio che l'utilizzo di tale modello nella pratica sarà (eventualmente) frutto di un processo di crescita, a volte inevitabilmente contraddittorio, sicuramente faticoso e che riguarderà una dimensione empirica, ma anche una dimensione cognitivo/semantica. In questo caso (come in altri importanti ambiti: efficacy, effectiveness, screening, etc) la lingua italiana non ha ancora maturato una verbalizzazione adeguata: è per questo motivo che non viene qui proposta una traduzione in italiano (benché per altri versi molto urgente) della parola 'Stewardship'.

**Christina M. Novinsky**

*London School of Economics and Political Science*

**Antonio Federici**

*Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali*

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup>Rondinelli DA, Nellis JR, Shabbir Cheema G

*Decentralization in developing countries: a review of recent experience*  
Washington, DC, World Bank, 1984

<sup>2</sup>Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I

*Health system decentralization: concepts, issues and country experience*  
Geneva, World Health Organization, 1990

<sup>3</sup>World Bank

*Strengthening World Bank Group engagement on governance and anticorruption, 2007*

Disponibile online al seguente indirizzo

<http://www.worldbank.org/html/extdr/comments/governancefeedback/gacpaper-03212007.pdf>. Ultima consultazione dicembre 2008

<sup>4</sup>Stoker G

*Governance as theory: five propositions*

*Int Soc Sci J* 1998; 155: 17-28

<sup>5</sup>Davis JH, Schoorman FD, Donaldson L

*Toward a stewardship theory management*

*Acad Manage Rev* 1997; 22: 1, 20-47

<sup>6</sup>Saltman RB, Ferroussier-Davis O

*The concept of stewardship in health policy*

*WHO Bulletin* 2000; 78 (6): 733-739

<sup>7</sup>Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A

*Towards better stewardship: concepts and critical issues 25*

In: Murray CJL, Evans DB (Eds), *Health systems performance assessment debates. Methods and empiricism*. Geneva WHO, 2000