

3.2 La rendicontazione sociale nelle Aziende Sanitarie

Tanese A.¹, Di Filippo E.²

3.2.1 Lo sviluppo del bilancio sociale in sanità. Stato dell'arte

Nel Rapporto CEIS Sanità 2004 avevamo già analizzato l'ingresso di logiche e strumenti di rendicontazione sociale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, come tentativi di dar conto dei risultati realizzati andando oltre il solo bilancio economico-finanziario³. Entrando nei meccanismi della rendicontazione sociale, avevamo evidenziato come le diverse forme assunte dai *report* finali (bilancio sociale, bilancio di missione, bilancio di mandato) avessero in comune alcuni elementi:

- la volontarietà del processo, per il momento non riconducibile ad un nuovo adempimento normativo;
- la "resa del conto" degli impegni presi, delle attività e dei risultati raggiunti, in un'ottica di trasparenza e di restituzione alla comunità del valore prodotto dall'Azienda;
- l'individuazione e la costruzione di un dialogo con i diversi portatori di interesse dell'Azienda.

La realizzazione di un bilancio sociale per un'Azienda Sanitaria appare quindi una risposta ad un'esigenza di informazione e di comprensione da parte dei diversi interlocutori esterni (in primo luogo i cittadini, ma anche gli enti locali, le associazioni, le imprese, le istituzioni in genere, ecc.) di ciò che l'azienda è, degli obiettivi che persegue e dei benefici che produce nei loro confronti.

Nell'ultimo anno l'utilizzo di queste nuove pratiche, che trovano sempre maggior interesse e diffusione anche in altri settori della Pubblica Amministrazione⁴, si è ulteriormente consolidato.

Per quanto riguarda in particolare il settore sanitario, le principali esperienze attualmente in corso possono essere ricondotte a tre differenti modalità:

- la prima e più diffusa è la sperimentazione del bilancio sociale da parte della singola Azienda Sanitaria, promossa direttamente dalla direzione aziendale o da altre strutture interne. È il caso, ad esempio, di alcune Aziende Sanitarie Locali (Biella, Firenze, Milano,

¹ Direttore Amministrativo ASL Roma E e Coordinatore del gruppo nazionale di esperti che ha redatto le linee guida per il bilancio sociale per le amministrazioni pubbliche Forze/Dipartimento della Funzione Pubblica..

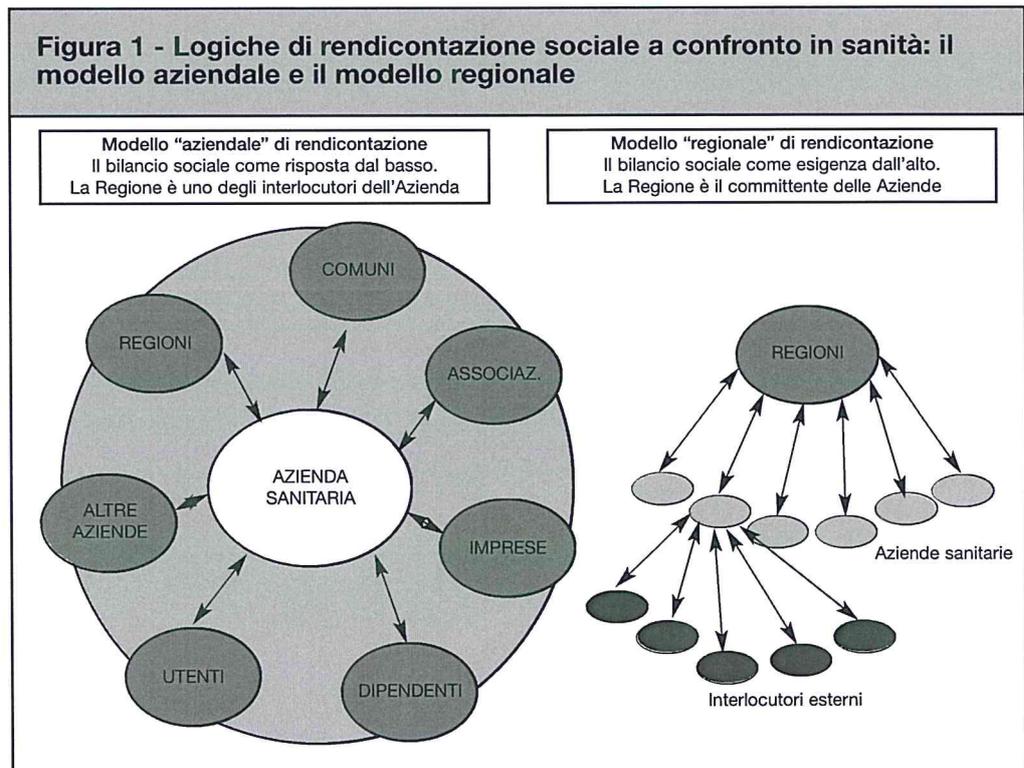
² Dottorando di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università di Roma Tor Vergata e collaboratore del Programma Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica..

³ Frittoli G., Tanese A. (2004), *Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie*, in Rapporto CEIS Sanità 2004, Roma, Italpromo Esis Publishing, 2004.

⁴ Solo nel corso del 2005, oltre 100 amministrazioni pubbliche hanno aderito alla sperimentazione di un bilancio sociale nell'ambito del Programma Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica (cfr. www.cantieripa.it).

Chiavari, Roma D, Città di Castello) o Aziende Ospedaliere (Padova), che hanno adottato percorsi autonomi e originali di realizzazione di un proprio bilancio sociale. La logica sottostante è quindi essenzialmente quella della ricerca di un nuovo rapporto tra l'Azienda Sanitaria e la comunità di riferimento, una risposta dal basso ad un'esigenza di *accountability* e di legittimazione. In questa prospettiva, come vedremo, la Regione diviene uno degli interlocutori dell'Azienda, o dei cosiddetti *stakeholder*;

- una seconda modalità è quella adottata attualmente dalla Regione Emilia Romagna, che ha avviato la sperimentazione del bilancio di missione presso sei Aziende Sanitarie con l'obiettivo di estenderne l'adozione annuale anche alle altre. Si tratta di un'innovazione con caratteristiche diverse dalle precedenti, in quanto promossa a livello centrale e secondo modalità e criteri di rendicontazione comuni e predefiniti, attraverso un ruolo di coordinamento svolto dall'Agenzia Sanitaria Regionale. Il processo di rendicontazione persegue sempre le logiche di trasparenza e di *accountability* presenti anche nelle altre esperienze di bilancio sociale, ma privilegia l'asse di comunicazione tra Aziende Sanitarie e Regione. Il bilancio di missione, prima ancora di essere uno strumento di comunicazione rivolto ad altri interlocutori esterni, è infatti il documento attraverso il quale ogni singola Azienda – secondo uno schema comune a tutte, quindi con possibilità di comparazioni interaziendali – rende conto al governo regionale del grado di attuazione del mandato conferitole. A differenza dei casi precedenti, la Regione non è solo uno degli interlocutori dell'Azienda Sanitaria, ma il principale soggetto chiamato a definire e a garantire l'attuazione della missione dell'Azienda nel proprio territorio di riferimento (Figura 1).



È in corso attualmente un terzo tipo di sperimentazione, da parte della Regione Umbria, dove su proposta di un'Azienda (la ASL n. 2 di Perugia) si è costituito un Centro interaziendale per il bilancio sociale, con l'obiettivo di definire delle linee guida regionali condivise dalle sei Aziende Sanitarie (4 ASL e 2 Aziende Ospedaliere) e dalla Regione stessa, a partire dalle quali avviare la sperimentazione diffusa del bilancio sociale. Un modello intermedio, potremmo dire, tra i due precedenti, che non riguarda in modo autonomo una singola Azienda, ma allo stesso tempo non muove da indicazioni e modelli già definiti a livello regionale. La costituzione del centro interaziendale vuole essere lo strumento con cui coinvolgere tutti questi soggetti nella definizione di un modello comune e condiviso da sperimentare progressivamente⁵.

Box 1 - Il centro interaziendale per la realizzazione del bilancio sociale della Regione Umbria

Il Centro interaziendale per la realizzazione del bilancio sociale nelle Aziende Sanitarie umbre è stato istituito con DGR n. 191 del 10 febbraio 2005.

L'attivazione del Centro si colloca nelle misure a sostegno del governo clinico adottate dalla Regione in attuazione del PSR 2003/2005, che fa propria la valutazione, acquisita nel mondo scientifico, sulla necessità di rafforzare le interazioni tra le diverse parti del sistema regionale al fine di produrre salute.

L'attivazione del Centro persegue le seguenti finalità generali:

- introdurre nel sistema sanitario umbro nuovi strumenti di rendicontazione ai cittadini, in grado di aumentare il livello di *accountability* del sistema stesso;
- migliorare la capacità delle Aziende Sanitarie di perseguire la propria missione istituzionale integrando il processo di rendicontazione sociale ai processi di programmazione e controllo già previsti;
- fornire alla Regione una chiave di lettura complessiva dell'impatto delle politiche sanitarie attuate sul territorio;
- migliorare il rapporto di fiducia tra sistema sanitario regionale e cittadini.

Gli obiettivi specifici che il Centro deve perseguire nell'arco del biennio 2005-2006 sono tre:

1. definizione di linee guida comuni e condivise tra le Aziende per l'introduzione di un modello originale di bilancio sociale come nuova forma di rendicontazione per le Aziende Sanitarie umbre;
2. sperimentazione del bilancio sociale presso tutte le Aziende Sanitarie umbre a partire da alcune Aziende Sanitarie "pilota";
3. elaborare una ipotesi di bilancio sociale di sistema per la sanità pubblica della Regione Umbria.

L'esperienza del Centro interaziendale per la realizzazione del bilancio sociale avviata in Umbria è ancora in fase di avvio e non ha sinora prodotto risultati pubblici.

⁵ Cfr. www.ausl2.umbria.it/canale.asp?id=446

Tutte queste esperienze sono il segno di una sensibilità nuova verso il tema della resa del conto ai cittadini di quanto realizzato da un soggetto pubblico e meritano di essere attentamente seguite e valorizzate. Probabilmente siamo all'inizio di una fase che via via interesserà la maggior parte dei sistemi sanitari regionali e delle Aziende, con modalità che per forza di cose non potranno che presentare elementi di discontinuità tra i diversi contesti territoriali. È evidente peraltro come attualmente prevalgano le realtà del Centro-Nord, dove il bilancio sociale o di missione poggia su sistemi più consolidati di programmazione e controllo di gestione, senza i quali ogni tentativo di rendicontazione sociale rischia di diventare una mera attività di comunicazione.

Per approfondire maggiormente il tema, nel prossimo paragrafo analizzeremo con maggior dettaglio le caratteristiche dei bilanci sociali realizzati presso alcune Aziende campione e, nell'ultimo, condurremo alcune considerazioni su criticità e prospettive di sviluppo di queste nuove pratiche.

3.2.2 Analisi sinottica di alcuni bilanci sociali

L'indagine è stata condotta su un campione limitato di 7 Aziende (6 sanitarie e 1 ospedaliera), che hanno già sperimentato una o più edizioni di bilancio sociale e risultano censite (nel mese di settembre dell'anno 2005) dal Programma Cantieri del Dipartimento della Funzione Pubblica nell'ambito del cantiere dedicato al tema del bilancio sociale⁶.

Tabella 1 - Le pratiche osservate

Ente	Documento	Regione	N. edizioni
ASL 12 Biella	Bilancio sociale 2003	Piemonte	3
ASL 4 Chiavari	Bilancio sociale 2003	Liguria	1
ASL Città di Castello	Bilancio sociale 2003-04	Umbria	1
ASL Firenze	Bilancio sociale 2003-04	Toscana	1
ASL 3 Milano	Bilancio sociale 2004	Lombardia	1
ASL Roma D	Bilancio sociale 2004	Lazio	1
A.O. Padova	Bilancio sociale 2003	Veneto	2

Obiettivo del confronto tra documenti di bilancio sociale è quello di individuare elementi comuni o aspetti peculiari da cui trarre riflessioni utili sulla diffusione di questa pratica. L'analisi prende in considerazione 5 aspetti del documento⁷.

1) Ambito di rendicontazione

Rispetto a quanto avviene nella realizzazione del bilancio sociale in altri settori, come nel caso degli enti locali, dove spesso la rendicontazione sociale è inizialmente appli-

⁶ www.cantieripa.it.

⁷ Laddove sono presenti più edizioni del bilancio sociale, è stata presa in considerazione soltanto l'ultima edizione.

cata ad un settore per essere poi estesa progressivamente agli altri, nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere esaminate si è partiti direttamente con il rendere conto dell'intero complesso di attività dell'Azienda e facendo riferimento alle diverse categorie di *stakeholder* individuate.

2) Struttura del documento

Nella definizione della struttura del documento e delle singole sezioni informative che lo compongono, un numero elevato di Aziende ha ritenuto opportuno adottare il modello proposto a livello nazionale dal Gruppo di studio sul Bilancio Sociale (GBS)⁸.

Occorre sottolineare, tuttavia, che in tali casi non si è trattata di una vera e propria applicazione stretta del modello GBS, quanto di un suo adattamento in relazione alle informazioni disponibili e alle proprie finalità di rendicontazione. Alcune Aziende hanno dichiarato di far riferimento anche ad ulteriori standard internazionali, come le linee guida di *Accountability 1000* e il *Global Reporting Initiative*. Infine, in taluni altri casi è segnalato il riferimento all'approccio promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica nell'ambito del Programma Cantieri e contenuto nel manuale "Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche"⁹.

La struttura maggiormente impiegata nei documenti analizzati è quella composta da 4 macro-aree di informazione:

- identità aziendale (descrive l'assetto istituzionale e organizzativo dell'Azienda, la missione di riferimento e il perseguimento degli obiettivi gestionali);
- rendiconto economico (esprime il sistema delle entrate e l'impiego delle risorse);
- relazione sociale (rappresenta il sistema delle relazioni sociali e gli effetti dell'attività aziendale verso le diverse categorie di *stakeholder*);
- obiettivi di miglioramento (indica l'insieme degli obiettivi futuri della gestione aziendale).

3) Contenuti

In riferimento alla suddivisione dei contenuti appare evidente un certo grado di omogeneità delle pratiche: prevale, infatti, un'articolazione per aree di rendicontazione riferite alle diverse categorie di portatori di interesse, per ciascuna delle quali si rende conto delle azioni realizzate e dei risultati raggiunti¹⁰. Peraltro, solo in alcuni casi si preferisce rendicontare le aree di intervento più significative evitando di ricorrere alla "segmentazione" delle informazioni per tipologie di *stakeholder* (area della prevenzione, delle prestazioni sanitarie, delle prestazioni socio sanitarie, attività di supporto, ecc.).

⁸ Gruppo di Studio sorto ufficialmente nel 1998 che nel corso del 2001 ha presentato dei "Principi di redazione del bilancio sociale" come standard di base. Nel 2005 è stato inoltre presentato lo standard di base per il settore pubblico. Per ulteriori informazioni www.gruppobilanciosociale.org.

⁹ Tanese A. (a cura di) 2004.

¹⁰ Gli *stakeholder* sono individuati come singole categorie di utenti, Regione, enti locali, risorse umane, imprese, media, ecc.

Tabella 2 - Aree di rendicontazione a confronto

BILANCIO SOCIALE 2003/2004 ASL CITTÀ DI CASTELLO	BILANCIO DI MISSIONE 2003/2004 ASL FERRARA	BILANCIO SOCIALE 2003 ASL ROMA D
Identità dell'Azienda I numeri La mission aziendale La struttura organizzativa La riorganizzazione aziendale La collaborazione pubblico-privato Le politiche per la gestione e l'accrescimento delle risorse umane I sistemi informativi e operativi integrati Le risorse economiche e finanziarie La gestione patrimoniale Il rapporto con i fornitori	Il contesto di riferimento Il profilo aziendale Obiettivi istituzionali e strategie aziendali Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione Ricerca e innovazione	Identità aziendale Come nasce l'Azienda Dove opera l'Azienda Come è organizzata l'Azienda
Le attività per gli utenti finali La prevenzione L'assistenza distrettuale L'assistenza ospedaliera	Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale: la popolazione anziana non autosufficiente	Risorse e risultati Cosa ha l'Azienda Come ha utilizzato le risorse Cosa ha prodotto
I progetti per la realizzazione della visione aziendale La razionalizzazione dell'offerta Il Qualità Management Lo sviluppo delle reti relazionali		Relazione sociale Con chi si rapporta Cittadini Risorse umane Organizzazioni erogatrici e collegate Fornitori Pubblica Amministrazione Organizzazioni partner Media Ambiente e catena alimentare
		Obiettivi di miglioramento Gli obiettivi di miglioramento della gestione Verso il bilancio sociale 2004

L'uniformità delle modalità di classificazione delle aree di rendicontazione viene meno allorché si confrontano più in dettaglio i contenuti delle stesse. Le dimensioni delle performance delle Aziende sono infatti costruite in modo decisamente eterogeneo, perlopiù in base alle modalità di selezione e al grado di sviluppo delle informazioni disponibili. Con riferimento a quest'ultimo aspetto, si evidenzia come in genere le Aziende rendano conto dei prodotti (attività, prestazioni, servizi resi) e non degli effetti prodotti (impatto o *outcome* delle azioni sullo stato di salute dei cittadini). Molto spesso, inoltre, le Aziende hanno legato eccessivamente la rendicontazione alle strutture organizzative, assimilando la rendicontazione ad una relazione sulle attività svolte e/o sul numero di cittadini assistiti, piuttosto che su aspetti di maggior interesse dal punto di vista dei destinatari.

In termini più analitici, le informazioni principali contenute nelle aree di rendicontazione riguardano:

- le linee politiche di intervento perseguite dall'Azienda;
- dati di contesto;
- criticità e bisogni rilevati;
- azioni realizzate;
- attività e servizi erogati;

- risorse economico-finanziarie gestite;
- risultati raggiunti.

Un aspetto particolarmente critico, rilevato nella maggioranza dei documenti esaminati, è la scarsa relazione tra gli obiettivi programmati e i risultati raggiunti. Soltanto in due dei sette documenti esaminati i risultati raggiunti e le azioni intraprese sono descritti con riferimento agli obiettivi strategici dell'Azienda; tuttavia, anche in questi casi si tratta più di un riferimento ad obiettivi istituzionali che non una chiara esplicitazione del nesso tra bisogni della comunità, individuazione di priorità e risposte fornite dall'Azienda.

Da ultimo, è opportuno rilevare anche come dall'analisi emerga una scarsa presenza di informazioni relative a performance negative (rendicontazione di ciò che non è stato raggiunto a causa di inefficienze della gestione interna o per altre cause).

4) Utilizzo di indicatori per la rendicontazione

Elemento centrale della rendicontazione sociale è certamente il sistema degli indicatori, utile a rappresentare in modo sintetico ed efficace le performance dell'organizzazione. In quasi tutti i casi le Aziende hanno espresso i risultati relativi ad ogni area di rendicontazione in termini quantitativi attraverso indicatori di costo e di produzione.

Tali dati sono normalmente confrontati con quelli di uno o più anni precedenti (*benchmarking* temporale); è un confronto che evidenzia andamenti tendenziali e rende più facilmente interpretabili i dati rispetto al valore assoluto. Vi è un unico caso, invece, di *benchmarking* competitivo, ossia di comparazione dei propri risultati con quelli di altre Aziende Sanitarie o strutture private che svolgano analoghe attività.

Infine, alcuni bilanci sociali dedicano una sezione ai risultati ottenuti dalle indagini sulla soddisfazione degli utenti (*customer satisfaction*) e alla partecipazione e coinvolgimento di associazioni di volontariato e organismi di tutela (analisi partecipata della qualità, rappresentanza, accoglienza e umanizzazione, carta dei diritti e dei doveri).

5) Lay-out

L'aspetto grafico-editoriale dei documenti analizzati appare decisamente eterogeneo: c'è chi ha preferito una versione ricca di immagini e foto, con il chiaro obiettivo di dare al documento una veste più accattivante per i destinatari e chi, invece, ha preferito una versione più sobria, inserendo soltanto tabelle e grafici.

Tutte le Aziende hanno comunque realizzato una pubblicazione sia in formato cartaceo del bilancio sociale che in formato elettronico; alcune Aziende hanno anche realizzato una pagina web del sito aziendale per favorire la comunicazione del documento e raccogliere *feedback* da parte dei lettori.

Un ulteriore elemento distintivo, allo scopo di una migliore fruibilità del bilancio sociale, è la scelta di poche Aziende di presentare un estratto che riprenda la struttura e i contenuti in modo sintetico e che evidenzii soltanto i principali risultati raggiunti.

Tabella 3 - Quadro sinottico

	ASL 12 Biella	ASL 4 Chiavari	ASL Città di Castello	ASL Firenze	ASL 3 Milano	ASL Roma D	A.O. Padova
Ambito di rendicontazione							
Alcune attività							
Tutte le attività	X	X	X	X	X	X	X
Struttura							
Modello GBS	X	X			X	X	X
Altri modelli			X	X			
Contenuto							
Segmentazione per stakeholder	X	X		X		X	X
Segmentazione per settori			X		X		
Relazione obiettivi-risultati						X	
Misura prodotti	X	X	X	X		X	X
Misura effetti							
Sistema indicatori							
Quantitativi	X	X	X	X	X	X	X
Qualitativi							
Benchmarking temporale	X	X	X	X	X	X	X
Benchmarking competitivo			X		X		X
Customer satisfaction	X			X		X	X
Lay-out							
Formato cartaceo	X	X	X	X	X	X	X
Formato elettronico	X	X	X	X	X	X	X
Estratti	X		X			X	
N. pagine	112	165	130	117	70	104	72

3.2.3 Criticità e prospettive di applicazione del bilancio sociale in sanità

Le esperienze di rendicontazione sociale attualmente in corso in ambito sanitario, benché in numero ancora alquanto limitato, possono essere oggetto di alcune considerazioni.

Innanzitutto il rapporto esistente tra rendicontazione e programmazione. Il bilancio sociale dovrebbe essere in grado di rendere conto ai diversi beneficiari interni ed esterni del grado di raggiungimento degli obiettivi preventivamente esplicitati dall'Azienda, secondo quanto riportato in altri documenti (piano strategico, documento di programmazione annuale, bilancio economico-patrimoniale, ecc.).

Si rende quindi opportuno un "allineamento" dei diversi documenti attraverso i quali le Aziende definiscono i propri obiettivi e misurano i propri risultati. Le Aziende Sanitarie producono una pluralità di *report* e di documenti, in parte di utilizzo interno, in parte di comunicazione esterna – in primo luogo alla Regione – che devono essere in qualche modo "messi in ordine", semplificati e in ogni caso integrati nei contenuti. In alcuni casi, invece, c'è l'impressione che il bilancio sociale sia stato oggetto di una riflessione ad hoc, quasi

come se l'Azienda dovesse ripensare a ciò che fa o ai propri portatori di interesse per la prima volta. Questo apparente parallelismo del processo di rendicontazione sociale dal processo "ordinario" di programmazione e controllo dell'Azienda non ha in realtà (almeno nella prima edizione del documento) nulla di patologico; spesso, infatti, spinta dalla necessità di "rendere conto" all'esterno, l'Azienda riesce anche a "rendersi conto" meglio, al proprio interno, di quali sono i principali ambiti di attività e indicatori di risultato.

In questo senso, intraprendere la redazione del bilancio sociale può essere di grande aiuto: favorisce infatti l'adozione di un punto di vista esterno attraverso il quale rileggere a consuntivo le attività svolte e i risultati raggiunti.

È evidente tuttavia che a regime la rendicontazione a consuntivo debba trovare coerenza con i documenti di programmazione e in generale con tutti gli altri documenti aziendali che esplicitano missione, obiettivi, risorse e risultati dell'Azienda. Avere, insomma, un'unica "catena di senso", come è stata definita da alcuni¹¹, che consenta di esplicitare all'interno e all'esterno dell'Azienda, e in modo circolare, le linee di indirizzo aziendale, i programmi posti in essere, le attività svolte e i risultati raggiunti. Questo allineamento dei documenti presuppone una grande chiarezza interna e una certa maturità dei sistemi informativi aziendali. Se questo è vero, inoltre, non dovrebbe esservi neanche più separazione tra la logica della rendicontazione sociale e quella del miglioramento della qualità dei servizi o, più in generale, della misurazione multidimensionale delle performance (ad esempio attraverso l'uso di *balanced scorecard*); tutti i sistemi informativi di supporto al governo aziendale dovrebbero essere una fonte unica e integrata per qualsiasi forma di rendicontazione all'interno e all'esterno.

Una seconda considerazione riguarda la necessità che il bilancio sociale non riguardi unicamente il rapporto tra la singola Azienda e il proprio contesto di riferimento, ma integri al suo interno il rapporto tra Azienda e Regione. Proprio a partire dall'esigenza sopra richiamata di garantire coerenza tra programmazione e rendicontazione, è evidente come il bilancio sociale di un'Azienda Sanitaria, nel momento in cui intende comunicare ai cittadini l'esito delle proprie azioni, stia rendendo esplicito anche il grado di attuazione di una politica regionale. In un sistema sanitario sempre più regionalizzato, il bilancio sociale è anche uno strumento di restituzione ai cittadini di quanto essi in ultima istanza hanno richiesto al livello regionale attraverso il meccanismo della rappresentanza.

Riconducendo questa riflessione alle esperienze analizzate nei precedenti paragrafi, possiamo quindi ipotizzare che quelle esperienze realizzate dalle singole Aziende dovranno via via coinvolgere anche il livello regionale, non più solo come destinatario del documento, ma anche e soprattutto come attore del processo di rendicontazione. Analogamente, in modo speculare, le iniziative promosse direttamente dal livello regionale, come nel caso dell'Emilia Romagna, dovranno evitare di riprodurre una forma di rendicontazione autoreferente, interna al sistema, che chiarisca meglio i rapporti tra Regione e Aziende, rimanendo però scarsamente fruibile e comprensibile dal punto di vista dei cittadini e degli altri attori locali.

Una terza riflessione concerne maggiormente l'aspetto metodologico della rendicontazione sociale. È singolare che la maggior parte dei bilanci sociali redatti da singole Aziende, come

¹¹ Rogate C., Tarquini T. (2003).

abbiamo visto, dichiarino di ispirarsi o di applicare gli standard definiti dal Gruppo per il Bilancio Sociale (GBS)¹². Nell'applicazione, infatti, quasi tutti se ne discostano sensibilmente, almeno per la parte che attiene alla riclassificazione dei dati contabili e al calcolo del valore aggiunto, che costituisce una parte essenziale, se non qualificante, dello standard GBS.

Tale apparente contraddizione dipende probabilmente dal fatto che le singole Aziende, ritenendo di dover esplicitare la metodologia di riferimento, onde poter dichiarare e "certificare" in qualche modo la correttezza e il rigore dell'impostazione, non abbiano trovato in Italia riferimenti comuni e accreditati di larga diffusione se non per l'appunto quelli definiti dal GBS. Si finisce così per dichiarare il rispetto di uno standard da cui poi ci si discosta.

Questa richiesta di standard di riferimento, o quanto meno di criteri comuni e condivisi di realizzazione del bilancio sociale, potrà probabilmente nei prossimi mesi essere soddisfatta dalle "Linee guida per la realizzazione del bilancio sociale" recentemente realizzate dal Formez nell'ambito di un progetto del Dipartimento della Funzione Pubblica, la cui presentazione ufficiale è prevista entro la fine del 2005. Tali linee guida presuppongono l'articolazione del documento in tre parti, così suddivise:

- valori di riferimento, visione e programma dell'amministrazione;
- politiche e servizi resi;
- risorse disponibili e utilizzate.

Sempre nei prossimi mesi, di particolare interesse potrà essere l'esito del lavoro di redazione di linee guida per il bilancio sociale da parte del Centro interaziendale per il bilancio sociale della Regione Umbria¹³.

Una considerazione a parte deve essere poi dedicata al concetto di portatore di interessi (o di *stakeholder*) più volte richiamato nei bilanci sociali analizzati.

È nostra impressione che la cosiddetta "mappatura" degli stakeholder, alla base della maggior parte dei bilanci sociali, sia di per sé un esercizio utile a rileggere l'attività dell'Azienda Sanitaria dal punto di vista esterno, dei diretti beneficiari della sua azione. Tuttavia appare alquanto anomalo che tale esercizio abbia luogo in sede di rendicontazione, dal momento che ciascuno degli interlocutori individuati sono spesso oggetto anche di azioni, programmi di intervento o progetti già definiti in sede preventiva.

Alla base della *stakeholder theory* vi è l'individuazione di uno spazio di responsabilità sociale, che l'impresa, per sua natura orientata al profitto, rischia di perdere di vista. Ma per un'amministrazione pubblica, e per un'Azienda Sanitaria pubblica in particolare, la soddisfazione dei diversi portatori di interesse non è qualcosa di diverso dal perseguimento della missione e dell'attività istituzionale. Per questo è opportuno che il bilancio sociale sia unicamente l'occasione per porre al centro di tutta l'attività di programmazione e governo dell'Azienda la definizione delle attese e la soddisfazione dei diversi portatori di interesse. Ancora una volta si tratta di un'esigenza da soddisfare in sede di programmazione perché abbia poi un senso in sede di rendicontazione. In altri termini, in un'Azienda Sanitaria non solo la rendicontazione è "sociale", ma è socialmente rilevante tutta l'attività posta in essere dall'Azienda.

¹² *Diverso ovviamente è il caso del bilancio di missione delle Aziende della Regione Emilia Romagna, impostato in base ad una struttura comune definita centralmente.*

¹³ *La loro presentazione ufficiale è prevista al più tardi nei primi mesi del 2006.*

Con riferimento a quest'ultimo aspetto si impone una considerazione finale. Si parla infatti di bilancio sociale delle Aziende Sanitarie per sottolineare proprio l'obbligo di rendere conto ai cittadini da parte di un soggetto pubblico. Tuttavia, in ambito sanitario, le dinamiche della spesa e l'offerta dei servizi presentano una forte interdipendenza tra soggetti pubblici e soggetti privati, che si tratti dell'assistenza sanitaria, dell'assistenza farmaceutica o dell'integrazione socio-sanitaria. Ne risulta un universo di rapporti e di relazioni (si pensi soltanto a quelli tra settore farmaceutico, medicina di base, cittadini e Aziende Sanitarie) in cui sarebbe opportuno uscire da una prospettiva del bilancio sociale unicamente come pratica del singolo soggetto, per andare invece verso un'etica comune della responsabilità. In prospettiva non avremo bisogno di tanti bilanci sociali redatti dalle singole Aziende, dalle singole case farmaceutiche, dai singoli Comuni o dalle singole Case di cura accreditate, quanto di patti di corresponsabilità tra tutti questi soggetti che a livello locale cooperano per contribuire, con ruoli diversi, alla qualità della vita delle persone.

È in questo senso che dovranno dirigersi sia le forme di rendicontazione promosse a livello locale che l'attenzione ad esse rivolta dai livelli regionali e nazionali. Responsabilizzare i diversi soggetti che compongono i sistemi sanitari nelle loro relazioni, agendo a monte delle politiche e dei servizi, garantendo la sostenibilità economica delle scelte e un'idea di qualità condivisa. Senza questa convergenza di interessi e la definizione di uno spazio comune di responsabilità sociale pur tra soggetti che operano con logiche e finalità diverse, appare molto difficile che nei prossimi anni la pratica del bilancio sociale possa incidere strutturalmente sull'efficienza nell'uso delle risorse e sulla qualità dei servizi.

Bibliografia

- Bersani P., Frascisco P., Aziende sanitarie e cittadini: comunicare con il bilancio sociale, Edizioni Sole 24 Ore, Milano, 2005.
- Frittoli G., Tanese A. "Dalla strategia all'azione e alla rendicontazione: la Balanced Scorecard e il bilancio sociale nelle aziende sanitarie", Rapporto Ceis Sanità 2004, Roma, Ital-Promo Esis Publishing, 2004
- Hinna L. "Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche. Processi, strumenti, struttura e valenze", Franco Angeli, Milano, 2004. De Fabritiis
- Pezzani F. (a cura di), L'accountability delle Amministrazioni Pubbliche, Egea, Milano, 2003
- Rogate C., Tarquini T., Il bilancio sociale negli Enti Locali, Maggioli Editore, Rimini, 2004
- Tanese A. (a cura di), Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche, Collana Analisi e strumenti per l'innovazione Dipartimento della Funzione Pubblica, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2004.