

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

18 La rendicontazione sociale nelle aziende sanitarie: funzionalità e potenzialità

di Daniele Alesani, Elena Cantù, Manila Marcuccio
e Elisabetta Trincherò*

18.1 Introduzione e inquadramento del tema

Replicando un fenomeno già diffuso in molti comparti del settore pubblico italiano, a partire dal 2003 si è assistito all'avvio di numerose pratiche di rendicontazione sociale da parte di ASL e di soggetti (pubblici e privati accreditati) erogatori di prestazioni sanitarie. In ambito pubblico il fenomeno ha ormai raggiunto un numero interessante di casi: circa un decimo delle ASL (19) e tre Aziende Ospedaliere (AO).

Tale fenomeno può essere analizzato secondo due punti di vista complementari:

- come «processo», ovvero come l'insieme di procedure (formali e informali) e di relazioni istituzionali (interne ed esterne all'azienda) che influenza la decisione di avviare la pratica di rendicontazione sociale e ne determina le caratteristiche;
- come «prodotto», ovvero come documento a diffusione esterna nel quale l'azienda presenta l'attività svolta, i risultati ottenuti e il valore creato nei confronti di una o più categorie di portatori di interesse. In particolare, si ricomprendono nella categoria dei documenti di rendicontazione sociale rapporti diversi generalmente identificati con il nome di bilancio sociale, bilancio di mandato, bilancio di missione ecc.

Nonostante la diffusione del fenomeno, sono ancora limitati i contributi della letteratura che ne analizzano natura e caratteristiche.

Gli stessi autori del presente contributo hanno pubblicato nel 2005 i risultati di una ricerca esplorativa e «pilota» con la finalità di verificare e analizzare se a

* Il presente scritto è il frutto del lavoro congiunto degli autori. In particolare, la stesura specifica delle singole parti del testo è così attribuibile: Daniele Alesani parr. 18.1, 18.2.2, 18.4.2, 18.5.2, 18.7; Elena Cantù par. 18.5.3; Manila Marcuccio parr. 18.2.1, 18.3, 18.4.1, 18.6; Elisabetta Trincherò par. 18.5.1.

livello nazionale potessero essere identificate delle tendenze di sviluppo comuni alle diverse esperienze di rendicontazione sociale in sanità (Alesani, Marcuccio e Trincherò 2005). Tramite l'analisi del contenuto dei bilanci sociali, la ricerca perveniva alle seguenti conclusioni:

A fronte di finalità e valenze dichiarate sostanzialmente coincidenti [a livello nazionale], ogni documento [di rendicontazione sociale] tende in realtà a evidenziare determinati profili informativi, a rivolgersi ad alcuni destinatari privilegiati e ad adottare modalità di presentazione delle informazioni specifiche. In alcuni casi, i bilanci sociali sono veri e propri strumenti di *accountability* istituzionale, in particolare nei confronti degli enti regionali e degli organi rappresentanti delle comunità locali. In altri casi, si scorge la ricerca di visibilità e conoscenza da parte del vasto pubblico non addetto al settore; in altri ancora trapela distintamente la necessità di condividere con gli operatori aziendali cambiamenti organizzativi e dinamiche istituzionali che coinvolgono direttamente l'azienda. Vi sono poi documenti in cui la ricerca della massima ricchezza ed esaustività in relazione a molteplici interessi informativi non consente una chiara focalizzazione del documento che, in diversa misura nei vari casi, risulta non centrato rispetto alla capacità di lettura delle diverse categorie di interlocutori.

(Alesani, Marcuccio e Trincherò 2005, p. 31-32)

In sintesi, la precedente ricerca identificava una forte differenziazione delle forme e dei contenuti della rendicontazione sociale. In alcuni casi, la rendicontazione si focalizzava sulle esigenze informative di una determinata categoria di portatori di interesse; in altri casi, la ricerca di un pubblico più vasto (*multistakeholder*) si traduceva in un documento completo, ma poco focalizzato e dettagliato.

Data la metodologia e l'oggetto di analisi, le considerazioni finali di quella ricerca riguardavano esclusivamente il bilancio sociale inteso come «prodotto» e non anche il processo che «a monte» ne influenzava il contenuto. Si era già fatto notare, per esempio, come la focalizzazione su alcune specifiche dimensioni di rendicontazione, ovvero la scelta di un determinato format espositivo potessero essere collegate tanto a scelte intenzionali e «di metodo» da parte del management aziendale (per esempio volontà di valorizzare i contenuti di determinate relazioni istituzionali perché ritenute critiche o da rafforzare) quanto a scelte imposte da condizionamenti esterni e/o congiunturali (per esempio la disponibilità concreta di dati e informazioni da parte delle aziende e/o di risorse da investire per l'affinamento della grafica e del format espositivo).

Partendo dalle conclusioni di quel lavoro, il presente contributo espone i risultati di una nuova ricerca che ne ha ampliato l'ambito di analisi rispetto a due dimensioni:

- il numero di casi considerati (da 11 a 22), includendo tutti i bilanci sociali che sono stati pubblicati nell'ultimo anno da aziende sanitarie pubbliche (fino ad aprile 2006);

- l'oggetto della ricerca, che non considera solo il contenuto e la forma espositiva dei documenti, ma anche il processo di rendicontazione e, quindi, i fattori organizzativi e istituzionali, le relazioni interne ed esterne e i processi comunicativi e partecipativi che hanno determinato le scelte di configurazione del bilancio sociale e la sua configurazione effettiva.

Il presente contributo ha dunque una duplice finalità.

La prima, di carattere «esplorativo-descrittivo», consiste nella mappatura e nell'analisi del fenomeno della rendicontazione sociale nel settore sanitario pubblico italiano dal punto di vista:

- delle forme e dei contenuti dei documenti di rendicontazione (dimensione «prodotto»);
- del metodo di rendicontazione sociale, inteso in senso complessivo come percorso di redazione, comunicazione, socializzazione del documento che coinvolge gli interlocutori interni ed esterni all'azienda sanitaria (dimensione «processo»).

In questo modo è possibile identificare gli elementi di comunanza, di differenziazione e le tendenze emergenti dalla pratica.

La seconda finalità, di carattere «interpretativo», consiste nell'identificazione delle variabili che determinano il livello di coerenza tra valenze ricercate, valenze percepite, processo, forma e contenuti della rendicontazione sociale.

Più nello specifico, l'analisi cerca di rispondere agli interrogativi qui di seguito riportati.

- Quali sono i fabbisogni comunicativi e relazionali percepiti dal management aziendale che spingono all'introduzione del bilancio sociale?
- Quali sono i fabbisogni informativi effettivamente soddisfatti e i destinatari privilegiati dei documenti di rendicontazione sociale?
- Nel caso in cui l'analisi empirica evidenzi dei disallineamenti tra valenze informative ricercate e funzionalità informative effettive del bilancio sociale, quali sono le variabili (fattori organizzativi, metodologici, comunicazionali e processuali) che ne determinano l'insorgere?

Il capitolo è articolato come segue:

- il par. 18.2 contiene una breve introduzione al fenomeno della rendicontazione sociale nel contesto pubblico e in particolare nel settore sanitario pubblico italiano;
- il par. 18.3 descrive la metodologia della ricerca e il modello concettuale utilizzato per la raccolta dei dati e l'analisi dei risultati;

- il par. 18.4 descrive «l'entità» del fenomeno della rendicontazione sociale (numero di aziende coinvolte e standard di rendicontazione adottati);
- il par. 18.5 descrive i principali risultati dell'analisi empirica secondo le dimensioni di «prodotto» e di «processo» descritte precedentemente;
- il par. 18.6 analizza il livello di coerenza tra finalità percepite, processo di rendicontazione sociale e caratteristiche dei documenti di rendicontazione;
- il par. 18.7 presenta alcune considerazioni conclusive circa le effettive valenze informative e le potenzialità del bilancio sociale nel sistema sanitario pubblico.

18.2 Rendicontazione sociale e sistema sanitario: introduzione alle prospettive di analisi

18.2.1 La rendicontazione sociale dalle aziende di produzione all'ambito pubblico

Il bilancio sociale è un documento di comunicazione esterna inizialmente sviluppato e diffuso nell'ambito privato come strumento di rendicontazione della cosiddetta «responsabilità sociale d'impresa». Il bilancio sociale si propone infatti di rappresentare non solo le informazioni di natura economico-finanziaria, ma anche gli effetti prodotti dall'attività di impresa sulle diverse categorie di portatori di interesse, in termini di impatti sociali e ambientali attuali e futuri.

In tale senso, il bilancio sociale rappresenta, da un lato, uno strumento di comunicazione e di gestione delle relazioni pubbliche (*public relations*), finalizzato principalmente a migliorare l'immagine percepita dell'azienda e colmare eventuali «gap di legittimazione» dell'azienda nei confronti dell'ambiente esterno¹. Dall'altro lato, il bilancio sociale è uno strumento che, inserito nel più ampio ciclo di programmazione, controllo e rendicontazione aziendale, consente di supportare le strategie aziendali e in particolare quelle orientate al raggiungimento di una maggiore *accountability* e sostenibilità (Bebbington *et al.* 1999).

Nel settore pubblico il «bilancio sociale» assume significati e risponde a logiche in parte differenti. Nell'azienda pubblica, infatti, la gestione è di per sé orientata alla soddisfazione di obiettivi di natura sociale e il perseguimento dell'equilibrio sul piano economico, patrimoniale e finanziario rappresenta un vincolo. La rendicontazione sociale, quindi, rappresenta una forma più completa ed efficace di controllo e rappresentazione delle performance complessive dell'azienda pubblica (cfr. Marcuccio 2002) e, più specificamente, una forma di controllo che fa riferimento ai principi di trasparenza e responsabilizzazione (*accountability*) e di gestione strategica e consapevole delle relazioni tra l'a-

¹ Sul *reporting* sociale come strumento di legittimazione aziendale si confrontino Lindblom (1993), Deegan (2002) e O'Donovan (2002).

zienda pubblica e gli altri soggetti che costituiscono il network di offerta di servizi pubblici (*public governance*)².

Allo stesso tempo, la diffusione della rendicontazione sociale è anche associata a una più generale evoluzione del contesto economico e sociale, e segnatamente a una crescente «sensibilità» verso la misurazione e comunicazione (in alcuni casi «partecipata»)³ degli impatti in termini di sostenibilità sociale e ambientale.

Nel caso del settore sanitario pubblico, quindi, la diffusione delle pratiche di rendicontazione sociale deve essere interpretata come un tentativo di rispondere in modo organico ed esaustivo ai crescenti fabbisogni informativi esterni e interni e di supportare con una base documentale condivisa l'articolato sistema delle relazioni istituzionali e ambientali nei quali l'azienda sanitaria è inserita⁴.

I potenziali fabbisogni informativi cui i documenti di rendicontazione sociale possono rispondere in relazione alle differenti categorie di portatori di interesse che gravitano sulle aziende sanitarie pubbliche sono presentati nella Fig. 18.1. Per ogni categoria, la figura sintetizza i principali interessi informativi, desunti dal contenuto delle relazioni che li lega con l'azienda sanitaria⁵. In alcuni casi, tale contenuto è comune alle aziende sanitarie locali e ospedaliere; in altri casi, assume significati diversi nelle due classi di aziende come, per esempio, nel caso del rapporto con le università o con la comunità locale, anche in relazione ai differenziati modelli di finanziamento.

18.2.2 L'efficacia della rendicontazione sociale in sanità: la dimensione «prodotto» e la dimensione «processo»

Il bilancio sociale può contribuire in maniera significativa a soddisfare i fabbisogni informativi individuati nel paragrafo precedente⁶.

Affinché il bilancio sociale possa essere considerato uno strumento di gestione delle relazioni istituzionali devono comunque verificarsi una serie di condizioni riguardanti il contenuto, il processo e la «coerenza» tra contenuto e processo.

² Per un approfondimento dei principi di *public governance* si faccia riferimento a Meneguzzo (2000), Del Vecchio (2001) e Cristofoli (2005).

³ Si fa in questo caso riferimento alle pratiche di partecipazione del bilancio ovvero al coinvolgimento degli *stakeholder* esterni nelle scelte di allocazione delle risorse e/o nella valutazione degli impatti. Per un approfondimento dei temi relativi alla partecipazione del bilancio e al bilancio partecipativo si confrontino Allegretti e Ricciardi (2002) e Bobbio (2004).

⁴ Un'analisi dettagliata del significato dell'applicazione dei principi di responsabilità sociale alle aziende pubbliche sanitarie è contenuta in Alesani, Marcuccio e Trincherò (2005, pp. 12-13).

⁵ Per approfondimenti cfr. Alesani, Marcuccio e Trincherò (2005, pp. 13-16).

⁶ È necessario peraltro notare che tali fabbisogni informativi possono essere soddisfatti dall'azienda anche per tramite di altri strumenti di rendicontazione (piani strategici partecipati) e/o di relazione (*focus group*). La mancata pubblicazione del bilancio sociale da parte delle aziende sanitarie non implica pertanto una scarsa attenzione al sistema di *governance* delle relazioni istituzionali.

Figura 18.1 Il sistema delle relazioni istituzionali delle aziende sanitarie e i conseguenti fabbisogni informativi

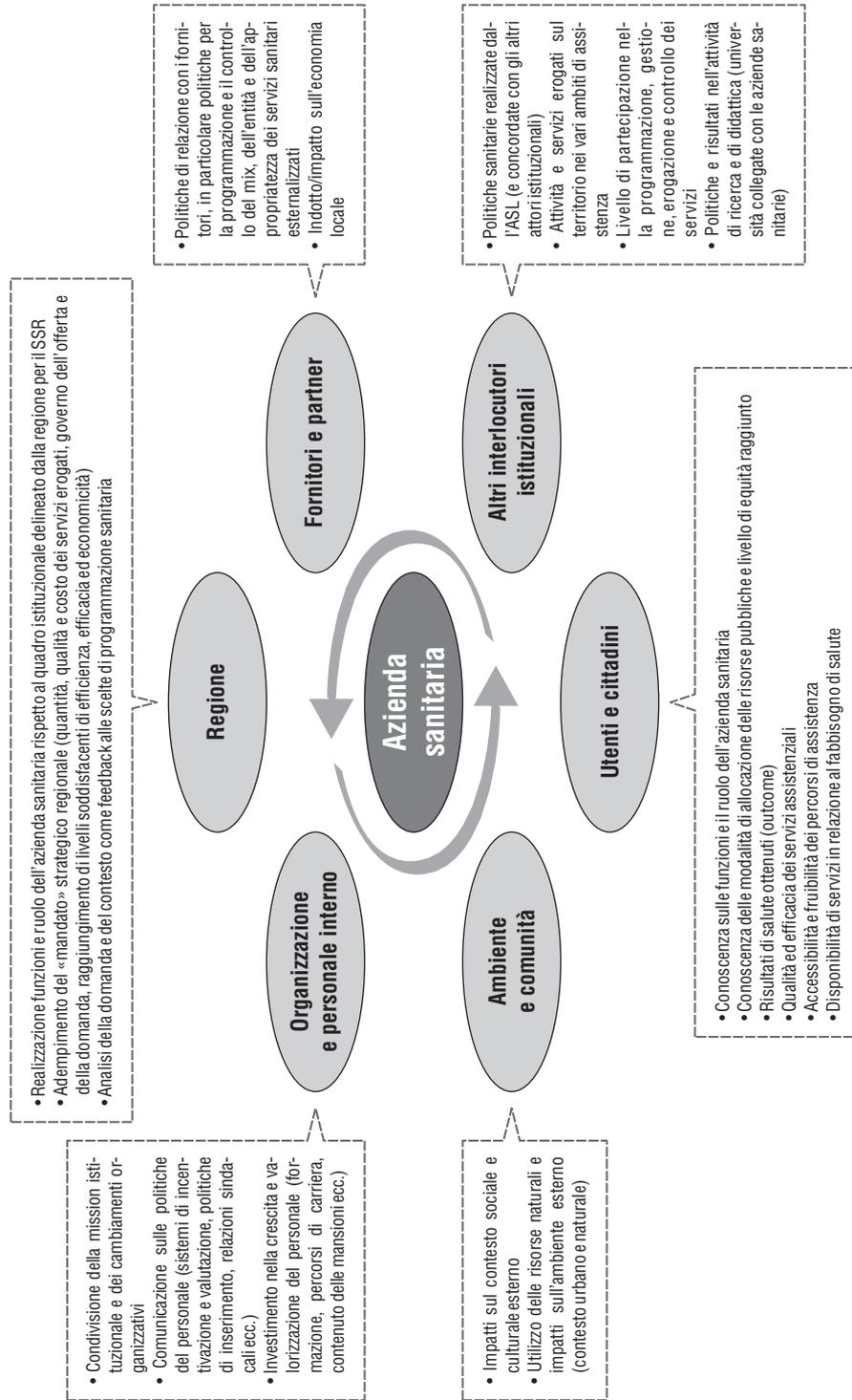


Tabella 18.1 **Classi di stakeholder e fabbisogni informativi principali**

Chi	Che cosa
<i>Regione</i>	Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria
	Adempimento del mandato strategico regionale
	Analisi della domanda e del contesto
<i>Altri interlocutori istituzionali (Conferenze sindaci, altre ASL)</i>	Politiche sanitarie realizzate dall'ASL
	Attività e servizi erogati sul territorio nei vari ambiti di assistenza
	Livello di partecipazione
<i>Utenti e cittadini</i>	Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria
	Qualità e quantità dei servizi disponibili
	Livello di equità e conoscenza delle modalità di allocazione delle risorse pubbliche
	Risultati di salute ottenuti (outcome)
<i>Fornitori e partner per l'erogazione dei servizi</i>	Politiche di relazione con i fornitori
	Indotto/impatto sull'economia locale
<i>Risorse umane/personale dipendente e convenzionato</i>	Condivisione della mission istituzionale e dei cambiamenti organizzativi
	Comunicazione sulle politiche del personale
	Investimento nella crescita e valorizzazione personale
<i>Ambiente e comunità</i>	Sostenibilità dell'attività aziendale: utilizzo risorse naturali e creazione di valore per il sociale
	Coinvolgimento e partecipazione

Dal punto di vista dei contenuti, il bilancio sociale deve contenere un insieme di informazioni (di natura qualitativa e quantitativa) che rispondono ai fabbisogni informativi degli *stakeholder* ai quali il documento è indirizzato, come rappresentato nella Tab. 18.1.

Dal punto di vista del «processo», il bilancio sociale deve essere integrato nel più ampio sistema informativo di programmazione e controllo dell'azienda sanitaria e nei processi decisionali che lo supportano⁷.

⁷ In questo senso, spesso si dice che le valenze più importanti del bilancio sociale si trovano «oltre il documento», che pure è l'elemento più visibile e oggettivo dell'intero processo, e consi-

Le dimensioni fondamentali di analisi del processo di rendicontazione sociale riguardano⁸:

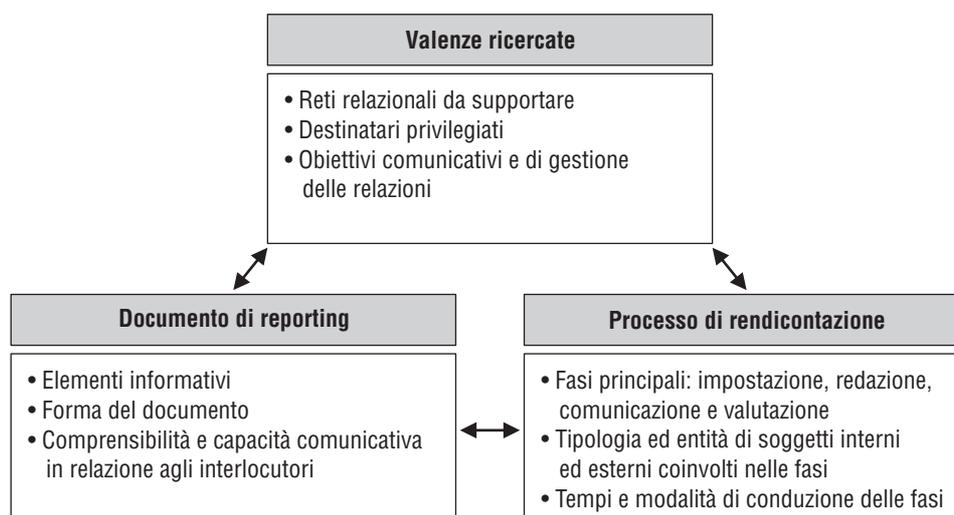
- il livello di legittimazione dei promotori dell'iniziativa e la condivisione interna delle finalità dell'iniziativa;
- il livello di coinvolgimento della struttura interna, con particolare riferimento a:
 - la raccolta e l'elaborazione dei dati;
 - la scelta della struttura, dei contenuti e delle modalità di comunicazione del documento;
 - le eventuali fasi di partecipazione esterna;
- l'identificazione delle categorie di *stakeholder* esterni da coinvolgere e le modalità del coinvolgimento, con particolare riferimento a:
 - la raccolta e l'elaborazione dei dati;
 - la scelta della struttura, dei contenuti e delle modalità di comunicazione del documento;
 - le modalità e le condizioni del coinvolgimento degli *stakeholder* (*focus group*, incontri pubblici ecc.);
 - le dimensioni della partecipazione (valutazione dei risultati, riprogrammazione degli interventi, allocazione delle risorse ecc.);
- la ricchezza, l'efficacia e la tempestività dei sistemi informativi aziendali;
- la redazione del documento di rendicontazione sociale e la validazione interna da parte dei soggetti coinvolti;
- le risorse (umane e finanziarie) che possono essere investite nel processo.

A conferma della natura eminentemente relazionale del bilancio sociale, il valore aggiunto dell'intero processo gravita attorno al concetto di «partecipazione». L'intensità e la modalità di coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni all'azienda deve essere coerente con le specifiche valenze ricercate dall'azienda, ovvero con le dimensioni del sistema di relazioni istituzionali che l'azienda intende supportare mediante la rendicontazione sociale. Differenti valenze possono essere perseguite in un medesimo progetto di rendicontazione sociale; il preventivo chiarimento delle valenze principali è essenziale al fine di configurare coerentemente sia il processo di rendicontazione, sia le caratteristiche formali e informative del documento.

stano, per esempio, nella condivisione dei contenuti e della filosofia di fondo con gli interlocutori interni ed esterni, nella partecipazione di questi ultimi alla progettazione del *reporting*, nella socializzazione dei risultati del processo di rendicontazione al fine di un suo affinamento e orientamento nella prospettiva dei portatori di interesse.

⁸ Le dimensioni sono state individuate attraverso un'analisi della letteratura e degli standard internazionali. Per gli standard di rendicontazione sono stati in particolare considerati: l'AccountAbility 1000 e The Copenhagen Charter. Per un approfondimento sulle fasi citate e le alternative metodologiche per la conduzione del processo di rendicontazione sociale si rimanda a Bersani e Frascisco (2005).

Figura 18.2 **La necessità di coerenza tra valenze, processo e documento di rendicontazione sociale**



Il successo (l'efficacia) del processo di rendicontazione sociale è pertanto dato non solo dalla completezza del documento e dalla ricchezza del processo di rendicontazione sociale, ma anche dal livello di coerenza tra contenuti e processo, con particolare riferimento a (Fig. 18.2):

- le finalità perseguite con la rendicontazione sociale;
- le informazioni contenute nel documento e la modalità espositiva;
- il processo di redazione e partecipazione (interna ed esterna).

18.3 La metodologia di analisi

L'indagine empirica ha analizzato l'intero campione⁹ delle esperienze di rendicontazione sociale delle aziende sanitarie pubbliche conoscibili attraverso canali di comunicazione ufficiali mediante due metodologie principali.

Le informazioni relative alle valenze perseguite e alle caratteristiche del processo di rendicontazione sociale sono state raccolte mediante la somministrazione di un questionario, seguita dall'effettuazione di un'intervista semistruttu-

⁹ Il caso dell'AO «Villa Sofia – CTO» di Palermo è stato trattato solo nella parte della ricerca relativa all'analisi del documento. L'azienda non è inclusa invece nell'analisi del «processo» di rendicontazione sociale dal momento che non è stato possibile raccogliere le risposte al questionario e condurre le interviste.

rata al soggetto indicato come responsabile del progetto all'interno dell'azienda sanitaria¹⁰. Il questionario è stato suddiviso in sezioni riguardanti:

1. le finalità attese e le valenze comunicative e relazionali ricercate;
2. il processo di redazione del documento (soggetto promotore, tempi di realizzazione, numero e tipologia di soggetti coinvolti, utilizzo e ruolo del consulente esterno, modalità organizzative per la redazione, strumenti informativi appositamente introdotti);
3. le modalità di partecipazione dei soggetti esterni all'azienda e di comunicazione del documento (tipologia di interlocutori coinvolti e contenuti dell'interazione, fasi e modalità di attivazione della partecipazione alla rendicontazione sociale, canali di diffusione del documento finale).

La valenza informativa effettiva/percepita del *reporting* sociale è stata indagata mediante¹¹:

- l'analisi del contenuto del documento, finalizzata all'individuazione dei fabbisogni informativi delle diverse categorie di *stakeholder* soddisfatti nel documento, avendo a riferimento il modello interpretativo delle relazioni istituzionali presentato nel par. 18.2.2;
- l'analisi qualitativa della forma espositiva, della forma grafica e della comprensibilità generale del documento, facendo in particolare riferimento alla capacità di lettura dei diversi *stakeholder*;
- un'apposita sezione del questionario.

18.4 Le prime esperienze di rendicontazione sociale nel SSN

18.4.1 Il gruppo di aziende sperimentatrici, le iniziative regionali e le tipologie di documenti realizzati

A oggi 22 aziende sanitarie pubbliche hanno pubblicato documenti che rientrano nell'ampia categoria della «rendicontazione sociale».

¹⁰ In alcuni casi l'intervistato corrisponde con il soggetto promotore dell'iniziativa, mentre in altri casi è il soggetto che ha avuto dalla direzione aziendale l'incarico di coordinare il processo di rendicontazione sociale. In ogni caso il soggetto intervistato ha espresso nel questionario una prospettiva preventivamente condivisa con la direzione aziendale, mentre nel corso dell'intervista semistrutturata è stato chiesto all'interlocutore di esprimere propri pareri e opinioni in relazione all'esperienza diretta di coordinatore.

¹¹ Non sono invece state prese in considerazione forme di analisi finalizzate ad apprezzare la congruenza delle dichiarazioni in relazione agli impatti comunicativi e relazionali indicati dai referenti aziendali contattati come, per esempio, indagini campionarie presso la popolazione, i dipendenti, i collaboratori delle aziende o interviste agli interlocutori istituzionali qualificati.

A livello terminologico è possibile operare delle distinzioni di massima tra le differenti fattispecie di documenti citati in relazione alla prospettiva di rendicontazione e al periodo di riferimento:

- il bilancio «sociale» si propone di rendicontare il valore creato dall'azienda nei confronti di ognuna delle categorie di portatori di interessi considerate rilevanti dall'azienda, si rivolge a un insieme di soggetti fortemente differenziato per capacità di lettura e interessi informativi e ha normalmente un orizzonte temporale annuale;
- il bilancio «di mandato» indica una rendicontazione focalizzata sulla verifica della realizzazione di un insieme di indirizzi assegnato dalla capogruppo regionale (il «mandato») o, in assenza di indicazioni esplicite, individuato dalle aziende nell'ambito della propria autonomia gestionale e ha un orizzonte di riferimento allineato con la durata dell'incarico della direzione aziendale;
- il bilancio «di missione» prende in riferimento le finalità e il ruolo (la «missione» istituzionale) attribuite all'azienda all'interno del contesto in cui opera, si propone di rendicontare le azioni e i risultati ottenuti in relazione alla missione affidata alle aziende dagli interlocutori istituzionali e ha una scansione temporale annuale.

Nell'ambito del campione analizzato (Tab. 18.2), 13 aziende hanno realizzato un «bilancio sociale», tre aziende un «bilancio di mandato». Un'azienda (ASL di Como) sta sperimentando il bilancio sociale a seguito di una prima esperienza di bilancio di mandato. La fattispecie del «bilancio di missione» è fortemente specifica delle aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna. L'ASL Città di Milano ha realizzato un documento chiamato «Rapporto Salute», peraltro ascrivibile alla fattispecie del bilancio sociale. È necessario sottolineare che, come si analizzerà in seguito, le esperienze reali di rendicontazione si posizionano lungo un *continuum* che molto spesso travalica le distinzioni terminologiche ora effettuate.

Le aree geografiche nelle quali si è maggiormente diffusa un'adozione volontaria dello strumento sono la Lombardia, la Toscana, la Liguria e il Piemonte (tre aziende per ogni regione) e la Sicilia (due).

L'Emilia Romagna e l'Umbria costituiscono realtà a sé. La prima con propria legge (L.R. 23 dicembre 2004, n. 29) ha reso obbligatoria per le aziende sanitarie la presentazione, unitamente al bilancio d'esercizio, del «bilancio di missione» nel quale le ASL¹² rendono conto del perseguimento degli obiettivi gestionali e di salute assegnati dalla regione e concertati con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie. Il provvedimento è stato seguito dalla pubblicazione, da par-

¹² La sperimentazione emiliana ha inizialmente coinvolto solo le ASL e la redazione del bilancio di missione è per ora obbligatoria solo per le ASL. Nel frattempo è stato attivato un gruppo di lavoro che sta affrontando il tema con riferimento alle specificità delle AO.

Tabella 18.2 I documenti di rendicontazione sociale realizzati dalle aziende sanitarie pubbliche italiane: una panoramica

Nome azienda	Documento	Numero edizione	Prima edizione	Periodo
ASL Biella	Bilancio sociale	4	2002	2001, 2002, 2003, 2004
ASL Chiavari	Bilancio sociale	1	2004	2003
ASL Città di Castello	Bilancio sociale	2	2005	2003, 2004
ASL Città di Milano	Rapporto Salute (Bilancio sociale)	1	2001	Triennio 1998-2000
ASL Como	Bilancio di mandato, bilancio sociale	2	2004	1999-2003, 2004
ASL Ferrara*	Bilancio sociale	3	1999	1997-1998, 1999
	Bilancio di missione			2004
ASL Firenze	Bilancio sociale	1	2004	2003
ASL Lecco	Relazione di fine mandato	1	2003	Quinquennio 1998-2002
ASL Lucca	Bilancio sociale di mandato	1	2005	2002-2004
ASL Monza	Bilancio sociale	1	2005	2004
ASL Omegna	Bilancio sociale	2	2005	2003, 2004
ASL Roma D	Bilancio sociale	2	2004	2003, 2004
ASL Savona	Bilancio sociale	1	2005	2004
ASL Trapani	Bilancio sociale	2	2004	2003, 2004
ASL Viareggio	Bilancio sociale	2	2004	2003, 2004
AO Padova	Bilancio sociale	3	1999	1998, 2003, 2004
AO Santa Corona	Bilancio sociale (di mandato)	1	2006	2001-2004
AO Villa Sofia	Bilancio sociale	1	2005	2003
ASL Emilia Romagna (Reggio Emilia, Piacenza, Rimini, Imola, Ferrara)	Bilancio di missione	2	2005	2004, 2005

* Nelle prime due edizioni è stato realizzato il bilancio sociale, nell'ultima il bilancio di missione.

te dell'ASR, di un manuale per la redazione del documento, che ne prevede la struttura espositiva e i contenuti minimi. Anche la Regione Umbria sta progettando un proprio modello di rendicontazione al fine della realizzazione del bilancio «sociale» da parte di tutte le sue aziende sanitarie (incluse le AO); la costruzione del modello sta avvenendo mediante una centrale interaziendale per il bilancio sociale e una serie di tavoli tecnici composti dalle direzioni delle aziende sanitarie e da esperti esterni. Peraltro a oggi si conta già all'interno della regione un'esperienza volontaria di rendicontazione sociale, realizzata dal-

l'ASL di Città di Castello e di per sé fortemente peculiare in quanto centrata sul concetto di valutazione del «capitale sociale».

Nel corso del 2006 anche la Regione Veneto, rispetto alla quale si conta un'esperienza di carattere volontario (AO di Padova), ha espresso l'intenzione di realizzare un proprio modello finalizzato alla rendicontazione sociale dell'intero sistema sanitario regionale.

Per quanto riguarda la tipologia di aziende che hanno affrontato la rendicontazione sociale, la forte maggioranza è rappresentata dalle ASL (19), mentre vi sono solo tre AO sperimentatrici.

A oggi, il livello di continuità delle esperienze di rendicontazione sociale può dirsi abbastanza soddisfacente, anche se la diffusione dello strumento è avvenuta molto recentemente, a partire dal 2003, e conseguentemente i giudizi in tale senso non possono dirsi compiuti. Circa nella metà dei casi, alla prima edizione ne è seguita una seconda che ha consolidato e affinato l'impianto della rendicontazione. L'ASL di Biella si dimostra l'esperienza più longeva (quattro edizioni), oltre che una delle prime in ordine cronologico.

18.4.2 Gli standard di rendicontazione sociale

I bilanci sociali sono spesso ispirati a «standard di rendicontazione» conosciuti a livello nazionale o internazionale. A oggi, esiste una molteplicità di standard e principi di riferimento, che riguardano il processo di rendicontazione o le caratteristiche dei documenti in termini di contenuto e struttura (per ulteriori approfondimenti Hinna 2004).

Gli standard sono solitamente generali e applicabili alle aziende indipendentemente dal settore di appartenenza.

Esistono peraltro anche standard di rendicontazione specifici, che riguardano, per esempio, il settore non profit (standard Q-RES) o le amministrazioni pubbliche. In particolare, nel contesto italiano si segnala lo standard del Gruppo di studio sul Bilancio Sociale (GBS), la cui prima versione «generalista» (GBS 2001) è stata successivamente adattata alla realtà delle aziende e degli enti pubblici (GBS 2004) ed è tuttora in fase di affinamento mediante la produzione di documenti di standard specifici per le differenti categorie di aziende – regioni, enti locali, aziende sanitarie.

Tra gli standard italiani specifici del contesto pubblico devono annoverarsi anche le *Linee guida sulla rendicontazione sociale per le amministrazioni pubbliche* redatte nel 2006 da parte del Dipartimento della funzione pubblica.

Tale documento rappresenta un'eccezione nella classificazione degli standard sopra descritta, poiché presenta indicazioni sia sul metodo di rendicontazione sia sui contenuti del *reporting* sociale; pur essendo estremamente recenti, alcune aziende sanitarie hanno fatto riferimento a tali linee guida per l'impostazione del metodo di rendicontazione.

L'analisi empirica dei documenti e le interviste con i responsabili interni della

Tabella 18.3 **Gli standard di riferimento richiamati dai documenti di bilancio sociale**

Standard di riferimento richiamato	Aziende
Gruppo di studio sul bilancio sociale	ASL Biella, ASL Chiavari, ASL Firenze, ASL Monza, ASL Lecco, ASL Lucca, ASL Omegna, AO Padova, ASL Roma D, ASL Trapani, ASL Viareggio
AccountAbility 1000	ASL Biella, ASL Chiavari, ASL Monza, ASL Roma D, ASL Lucca
Global Responsibility Iniziative	ASL Biella, ASL Chiavari, ASL Monza
Istituto europeo per il bilancio sociale	ASL Città di Milano (certificazione conformità), ASL Chiavari, ASL Monza
Q-RES	ASL Chiavari

rendicontazione sociale evidenziano (Tab. 18.3) che la generalità delle aziende del campione si è ispirata ai principi redatti dal GBS, pur adottando un approccio selettivo all'applicazione dello standard¹³.

In particolare, i documenti analizzati si discostano dallo standard preso a riferimento per l'assenza della sezione denominata «Produzione e distribuzione del valore aggiunto»¹⁴. Su questo punto fanno eccezione le AO (due su tre) che, pur adattando gli schemi e i concetti proposti dallo standard alle specificità aziendali, presentano il prospetto di calcolo e riclassificazione del valore aggiunto.

Gli altri principi nazionali e internazionali sono presi in riferimento da un numero minore di aziende, in particolare il modello dell'Istituto europeo per il Bilancio Sociale (IBS) e il modello AccountAbility 1000, standard, questi ultimi che riguardano il processo di rendicontazione e non i suoi contenuti.

In diversi casi (si vedano, per esempio, le ASL di Biella, Chiavari e Monza), le aziende fanno riferimento a più standard.

¹³ Lo standard prevede una serie di sezioni obbligatorie (1. l'identità dell'ente; 2. la riclassificazione dei dati contabili, il calcolo e la distribuzione del «valore aggiunto» ai portatori di interesse; 3. la relazione sociale) e un insieme di contenuti indicativi per ogni sezione. Lo standard GBS non presenta invece indicatori o dati non economici obbligatori, ma si limita a individuare alcune opzioni e alternative.

¹⁴ Il termine «valore aggiunto» deriva dalla realtà delle aziende di produzione e identifica il valore economico creato dall'azienda attraverso i processi gestionali e distribuito ai portatori di interesse economici interni ed esterni all'azienda mediante le transazioni aziendali. L'applicabilità del concetto nell'ambito delle aziende pubbliche è stata messa in discussione dalle esperienze pilota, in quanto ritenuta metodologicamente non adeguata alla natura degli scambi economici delle aziende e non particolarmente significativa ai fini dell'approssimazione del valore «creato» dalle stesse nei confronti dei portatori di interesse mediante la propria attività, ma è stata d'altra parte sostenuta da molti autori dal punto di vista teorico (Hinna 2004; Tanese 2004).

18.5 Lo stato di attuazione e le caratteristiche della rendicontazione sociale

18.5.1 Le finalità e le valenze comunicative ricercate dalle aziende sanitarie

Le aziende sanitarie possono ricercare, attraverso la rendicontazione sociale, sia valenze interne sia esterne. Tra le valenze «interne» si includono le seguenti:

1. miglioramento del livello di conoscenza sul livello e la tipologia dei bisogni dei portatori di interesse;
2. miglioramento dei processi di comunicazione e di rendicontazione interni;
3. arricchimento dei sistemi informativi e di programmazione e controllo;
4. miglioramento del senso di appartenenza aziendale;
5. chiarimento della visione strategica dell'azienda in relazione ai portatori di interesse.

Tra le valenze «esterne» si includono le seguenti:

1. aumento della conoscenza dell'opinione pubblica in merito a ruolo e gestione dell'azienda;
2. aumento della visibilità esterna dell'azienda;
3. rafforzamento delle relazioni esterne con gli interlocutori istituzionali;
4. legittimazione dell'operato del management in relazione alla regione e agli interlocutori istituzionali.

Sulla base delle risposte ottenute dalle aziende intervistate¹⁵ (Tab. 18.4), la principale motivazione per l'avvio della rendicontazione sociale è la volontà di comunicare i risultati della gestione agli interlocutori istituzionali, anche al fine di rafforzare le relazioni con gli stessi. Questa tendenza è evidente non solo nelle ASL emiliane, per le quali il bilancio di missione rappresenta una forma di rendicontazione obbligatoria verso la regione, ma anche in tutti gli altri casi, a eccezione dell'ASL di Viareggio, che enfatizza invece la volontà di comunicazione verso la popolazione e verso gli operatori aziendali.

Benché le valenze «esterne» risultino prevalenti, circa la metà delle aziende attribuisce alla rendicontazione sociale anche una funzione di miglioramento dei processi di comunicazione, rendicontazione e valutazione dei risultati interni all'azienda. Sembra, quindi, che le forme di rendicontazione sociale vogliano perseguire anche valenze interne. In particolare si ricerca, da un lato, la promozione

¹⁵ Le risposte al questionario si riferiscono a 21 aziende, cfr. nota 9. Si segnala inoltre che le risposte dell'ASL di Ferrara si riferiscono al processo di redazione del bilancio di missione e non alle precedenti esperienze volontarie di realizzazione di bilanci sociali.

Tabella 18.4 **Principali motivazioni che hanno spinto alla realizzazione del progetto di rendicontazione sociale (domanda a risposta multipla)**

Motivazioni	Numero aziende	Percentuale
Volontà di comunicazione dei risultati della gestione a referenti istituzionali, anche al fine di rafforzare le relazioni esterne con gli interlocutori istituzionali (enti non profit, enti pubblici territoriali, associazioni ecc.)	20	95
Volontà di migliorare i processi interni all'azienda di comunicazione, rendicontazione e valutazione dei risultati	10	48
Volontà di sviluppare pratiche di rendicontazione che si stanno diffondendo a livello nazionale	9	43
Volontà di comunicazione alla popolazione del tipo di servizi e di attività dell'azienda	7	33
Volontà di legittimare l'operato del management nei confronti del governo regionale e di altri interlocutori esterni	5	24

dell'orientamento e/o dell'affinamento dell'attività degli operatori sanitari nella prospettiva dei portatori di interesse e, dall'altro, una maggiore visibilità delle dimensioni di performance diverse dai risultati economico-finanziari (nel tentativo di recuperare un migliore rapporto tra manager e professionisti¹⁶).

Molte aziende hanno, inoltre, posto l'enfasi sulla volontà di sperimentare e consolidare pratiche di rendicontazione che si stanno sviluppando a livello nazionale. Ciò, peraltro, implica il rischio che lo sviluppo di queste forme di rendicontazione rappresenti una «moda» o un tentativo di imitazione e si traduca in un documento senza un preciso posizionamento rispetto al sistema di strumenti di rendicontazione aziendale (relazione socio-sanitaria, relazione al rendiconto ecc.), sovrapponendosi e creando ridondanze rispetto ai flussi di rendicontazione già esistenti.

L'analisi delle motivazioni espresse dalle aziende viene confermata dalle risposte relative ai destinatari privilegiati del documento di rendicontazione (Tab. 18.5). La quasi totalità delle aziende (19) li individua negli interlocutori cosiddetti «istituzionali», identificabili soprattutto nella regione (12 aziende), poi nelle conferenze dei sindaci e nelle altre aziende sanitarie pubbliche del

¹⁶ Nei Rapporti OASI precedenti si è spesso sottolineato come il processo di aziendalizzazione sia stato spesso erroneamente interpretato come minimizzazione dei costi o addirittura massimizzazione dei profitti a scapito dell'autonomia professionale o della centralità del paziente e abbia quindi creato una rottura tra manager e professionisti.

Tabella 18.5 **Destinatari principali del documento di rendicontazione sociale (domanda a risposta multipla)**

Destinatari	Numero aziende	Percentuale
Interlocutori istituzionali	19	90
Livelli sovraordinati di governo	12	57
Cittadini	11	52
Partner	9	43
Dipendenti – personale	5	24
Utenti	4	19
Altro	4	19
Fornitori	2	10

SSR. Significativa è però anche l'attenzione diretta ai cittadini e agli utenti, in relazione alla volontà di realizzare un documento comprensibile ed esaustivo di comunicazione del ruolo, dell'attività e dei risultati dell'azienda. Alcune aziende hanno indicato come destinatari gli enti e le associazioni di rappresentanza dei portatori di interesse (classificati nella categoria «Altro» in Tab. 18.5), probabilmente considerati più «raggiungibili» e qualificati per valutare gli elementi tecnici della rendicontazione. Altre aziende hanno individuato, tra i destinatari privilegiati, il personale, richiamando le valenze «interne» della rendicontazione (Città di Milano, Biella, Città di Castello, Firenze e Savona).

In 13 casi su 16¹⁷, cioè con la sola esclusione dell'AO di Padova, delle ASL di Firenze e di Roma D, l'iniziativa è partita da una volontà della direzione generale (in alcuni casi affiancata dagli altri direttori o da altri dirigenti aziendali). Tale attenzione da parte dell'organo di massimo livello non è necessariamente collegata alla volontà di legittimare l'operato del management aziendale nei confronti del governo regionale (indicata tra le principali motivazioni alla realizzazione del progetto solo nei casi di: Como, Lecco, Padova e Santa Corona¹⁸). In generale, la «sponsorizzazione» dell'iniziativa da parte della direzione generale dovrebbe facilitare il processo di introduzione dello strumento, nonché la liberazione di risorse (umane e finanziarie) a ciò dedicate.

¹⁷ Si escludono dal campione le cinque ASL emiliane, in cui il soggetto promotore è necessariamente rappresentato della regione che ha reso obbligatoria per legge la predisposizione del bilancio di missione.

¹⁸ Tale finalità è stata indicata anche dall'ASL di Ferrara, il che giustifica quanto riportato in Tab. 18.4.

18.5.2 I documenti di rendicontazione: forme e contenuti emergenti

Se alla rendicontazione sociale è attribuita una funzione informativa nei confronti dei soggetti interni ed esterni all'azienda, l'obiettivo del presente paragrafo è di valutare l'orientamento informativo e l'efficacia comunicativa dei documenti prodotti dalle aziende sanitarie in relazione alle differenti categorie di portatori di interesse.

La Tab. 18.6 presenta gli elementi informativi comuni a tutti i documenti analizzati, classificandoli in base ai fabbisogni informativi delle diverse categorie di portatori di interesse. Si noti che esiste un nucleo minimo di contenuti per ogni categoria citata; inoltre, tutti i documenti prendono a riferimento l'attività aziendale nel suo complesso.

Tabella 18.6 **Gli elementi informativi comuni ai diversi documenti di rendicontazione sociale**

Chi	Che cosa	Contenuto dei bilanci
<i>Regione</i>	Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria	Analisi degli assetti organizzativi dell'azienda (dipartimentalizzazione, sviluppo organizzativo ecc.) Visione strategica per gli anni rendicontati (da piano strategico, PAL)
	Adempimento del mandato strategico regionale	Dati di produzione delle proprie strutture/sul territorio (numero DRG e numero prestazioni specialistiche) Dati di capacità di offerta delle proprie strutture/sul territorio (a livello complessivo o più dettagliati: per branca nosologica, per ricoveri/prestazioni specialistiche/assistenza residenziale)
		Dati di appropriatezza e di attrazione/fuga
	Analisi della domanda e del contesto	Analisi demografiche (struttura della popolazione, indice vecchiaia e dipendenza, indice immigrazione/emigrazione) Analisi del quadro epidemiologico del territorio e delle principali patologie curate
<i>Altri interlocutori istituzionali (conferenze sindaci, altre ASL)</i>	Politiche sanitarie realizzate dall'ASL	Analisi della «catena» di programmazione dell'azienda (PSR, piano strategico, programma annuale, piani operativi delle UO) e degli ambiti di condivisione/concertazione con soggetti terzi

Tabella 18.6 (segue)

Chi	Che cosa	Contenuto dei bilanci
<i>Altri interlocutori...</i>	Attività e servizi erogati sul territorio nei vari ambiti di assistenza	Strategie «sociali» dell'azienda, ovvero declinate a seconda degli ambiti di intervento o degli stakeholder
	Funzioni e ruolo dell'azienda sanitaria	Storia dell'azienda Contesto normativo (assetti istituzionali dalla regionalizzazione) Modalità di risposta dell'ASL ai vari bisogni di assistenza e salute della popolazione
	Qualità e quantità dei servizi disponibili	Numero utenti dei servizi, capacità di presa in carico e quantità di prestazioni erogate (assistenza ospedaliera e territoriale; modalità di assistenza, ricoveri ordinari/DH-DS) Progetti di innovazione nelle modalità di assistenza per particolari patologie/destinatari (in particolare per l'assistenza territoriale)
<i>Utenti e cittadini</i>		Indagini di customer satisfaction (differenti ambiti di analisi: comfort alberghiero delle strutture ospedaliere; qualità complessiva assistenza; immagine aziendale; rapporto medico-paziente; qualità assistenza infermieristica); reclami e segnalazioni all'URP per tipologia
	Livello di equità e conoscenza delle modalità di allocazione delle risorse pubbliche	Bilancio del cittadino virtuale per LEA/ripartizione dei costi complessivi per ambito di assistenza
	Risultati di salute ottenuti (outcome)	Quadro dei bisogni di salute della popolazione: speranza di vita, patologie a maggiore incidenza, cause di mortalità, tasso di ospedalizzazione Capacità di copertura della popolazione (target per vaccinazioni, screening e altri interventi preventivi)
<i>Fornitori e partner per l'erogazione dei servizi</i>	Politiche di relazione con i fornitori	Valore dei beni, servizi e prestazioni sanitarie acquisiti; ripartizione per tipologia
		Valore acquisizione prestazioni da privati convenzionati (ricovero, specialistica e assistenziale residenziale, trasporti)

Tabella 18.6 (segue)

Chi	Che cosa	Contenuto dei bilanci
<i>Fornitori e partner...</i>	Indotto/impatto sull'economia locale	Entità degli acquisti da fornitori situati nel territorio dell'azienda
	Condivisione della mission istituzionale e dei cambiamenti organizzativi	In alcuni casi si riportano i valori dell'organizzazione (tra i maggiormente citati: qualità, responsabilità, lealtà, servizio, collaborazione, condivisione degli obiettivi, partecipazione, crescita personale, innovazione, professionalità, legalità, ascolto, ricerca del consenso)
<i>Risorse umane/personale dipendente e convenzionato</i>	Comunicazione sulle politiche del personale	Profilo quali-quantitativo del personale dipendente (personale per categoria professionale e ruolo, anzianità funzionale, sesso) e del personale convenzionato (MMG, PLS, professionisti esterni)
	Investimento nella crescita e valorizzazione personale	Indagini di clima aziendale Formazione (ore/giornate, costi, partecipanti, tematiche prevalenti) Relazioni sindacali (descrizione sigle, attività sindacali) Sistemi di valutazione e incentivazione (entità personale sottoposto a valutazione, entità incentivi erogati) Sicurezza (infortuni e attività di controllo su personale esposto a rischi lavorativi)
<i>Ambiente e comunità</i>	Sostenibilità dell'attività aziendale: utilizzo risorse naturali e creazione di valore per il sociale	Attività di igiene pubblica (numero controlli, numero ore di impegno), controllo su ambienti di vita e di lavoro, regolazione di attività commerciali, applicazione di normative di sicurezza Impatto ambientale dell'attività aziendale (consumi, rifiuti)
	Coinvolgimento e partecipazione	Principalmente modalità attraverso le quali gli utenti e gli interessati possono comunicare e interagire con l'azienda (raramente azioni di partecipazione e coinvolgimento direttamente collegate all'esperienza di bilancio sociale)

In particolare, un primo nucleo di contenuti comuni riguarda l'identità aziendale, ovvero gli elementi descrittivi che consentono di inquadrare l'azienda, la sua storia, i suoi valori e il tipo di servizi svolti.

Altri elementi comuni fanno riferimento alla tipologia e all'organizzazione delle risorse aziendali: personale collaboratore e dipendente, risorse strumentali e tecnologiche, sedi di erogazione dei servizi.

Un terzo raggruppamento di informazioni si riferisce alle attività svolte, ai servizi erogati e al numero di utenti serviti. La prospettiva comunemente adottata è quella della qualità, della capacità produttiva e del rispetto degli obiettivi preventivi, mentre sembrano eccezioni i casi in cui viene a rilevanza l'efficacia dei servizi, la capacità di soddisfazione della domanda potenziale ed espressa e gli impatti sul contesto di riferimento.

Per quanto riguarda le risorse economiche, la generalità dei bilanci propone riclassificazioni dei costi per natura e per destinazione (per LEA o per destinatario) e dei ricavi per tipologia di fonte, mentre sono più rare le analisi patrimoniali e degli investimenti e le informazioni sulla produttività dei singoli servizi.

La Tab. 18.7 mostra una valutazione sintetica del potenziale informativo¹⁹ proprio di ciascun documento analizzato nell'ottica delle categorie di portatori di interesse. Come si evince da un giudizio di «media» sulla focalizzazione informativa dei documenti, l'attenzione verso le esigenze informative della regione e gli altri utenti è in assoluto prevalente, seguita da quella per i cittadini e gli utenti e da quella per le risorse umane.

L'efficacia comunicativa dei bilanci sociali nei confronti dei vari portatori di interesse è stata associata al concetto di leggibilità: si assume che ogni portatore di interesse abbia una determinata capacità di comprensione dei contenuti del bilancio sociale in base al livello di leggibilità degli stessi. Per esempio, un documento con un livello di leggibilità basso risulta comprensibile a destinatari «tecnici» (regione, altri interlocutori istituzionali, personale), un livello alto risulta accessibile ai destinatari «non addetti ai lavori» (cittadini e utenti). Il concetto di leggibilità è stato operazionalizzato in base a due dimensioni: «contenutistica»²⁰ e «grafica»²¹.

¹⁹ I risultati dettagliati dell'analisi, da cui scaturisce la valutazione riportata sono consultabili sul sito Internet di OASI: www.oasi.cergas.info.

²⁰ La leggibilità contenutistica è correlata direttamente all'utilizzo di esemplificazioni, commenti qualitativi, grafici e glossari e indirettamente alla presenza di termini tecnici comprensibili esclusivamente ad addetti ai lavori (utilizzo non sporadico dei seguenti termini «segnalatici»: DRG, mobilità, dati di appropriatezza ed efficacia clinica, LEA) e alla lunghezza complessiva del documento.

²¹ La leggibilità grafica è correlata direttamente all'utilizzo di grafici e schemi rappresentativi e indirettamente alla presenza di tabelle «complesse», ovvero che rappresentano un insieme molto articolato di elementi tecnici (organigrammi e funzionigrammi, volumi di prestazioni specialistiche per tipologia, volumi di ricovero per DRG, patologia o modalità di assistenza, lunghezza delle liste di attesa per specialità ecc.).

Tabella 18.7 Scheda sintetica sul potenziale informativo dei documenti di rendicontazione sociale

Azienda	Regione	Altri interlocutori istituzionali	Utenti e cittadini	Fornitori e partner	Risorse umane	Ambiente e comunità
ASL Biella	◆◆◆	◆◆	◆◆◆	◆	◆◆◆	◆◆
ASL Chiavari	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆◆	◆
ASL Città di Castello	◆◆	◆◆◆	◆◆◆	◆	◆◆	◆◆◆
ASL Città di Milano	◆	◆◆	◆	◆	◆◆◆	◆◆
ASL Como	◆◆◆	◆◆	◆	◆	◆	◆◆
ASL Ferrara (1999)	◆◆	◆	◆◆	◆	◆◆◆	◆◆
ASL Firenze	◆◆◆	◆◆	◆◆	◆	◆◆	◆◆
ASL Lecco	◆◆◆	◆◆	◆◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
ASL Lucca versione divulgativa	◆	◆	◆◆◆	◆	◆	◆
ASL Lucca versione estesa	◆◆◆	◆◆◆	◆◆	◆◆◆	◆◆	◆
ASL Monza	◆◆◆	◆◆	◆	◆◆	◆	◆
ASL Roma D	◆◆	◆◆◆	◆◆◆	◆◆	◆◆	◆◆◆
ASL Savona	◆◆	◆◆◆	◆◆	◆	◆◆	◆
ASL Trapani	◆	◆◆	◆◆◆	◆	◆◆◆	◆◆
ASL Omegna	◆◆◆	◆	◆◆	◆◆	◆	◆
ASL Viareggio	◆	◆	◆◆◆	◆	◆	◆
AO Padova	◆◆◆	◆◆◆	◆	◆◆	◆◆	◆◆
AO Santa Corona	◆◆◆	◆◆	◆	◆	◆◆◆	◆
AO Villa Sofia	◆◆	◆◆	◆◆◆	◆	◆◆	◆◆
Modello Emilia Romagna	◆◆◆	◆◆◆	◆	◆	◆◆	◆◆
Media	2,3	2,1	2,1	1,4	2	1,7

Le valutazioni sintetiche sono espresse in termini qualitativi (alta, media e bassa²²) nella Tab. 18.8.

I dati evidenziano un livello di leggibilità mediamente medio-basso, con particolare riferimento alla prospettiva contenutistica, in parte coerente con la prepon-

²² I giudizi sintetici sono operazionalizzabili come segue: «bassa» indica la presenza massiccia di tutti gli elementi di complessità; «media» indica la presenza ripetuta di alcuni elementi o presenza di tutti gli elementi «segnaletici» di complessità; «alta» indica l'assenza o la presenza sporadica di alcuni degli elementi «segnaletici» di complessità.

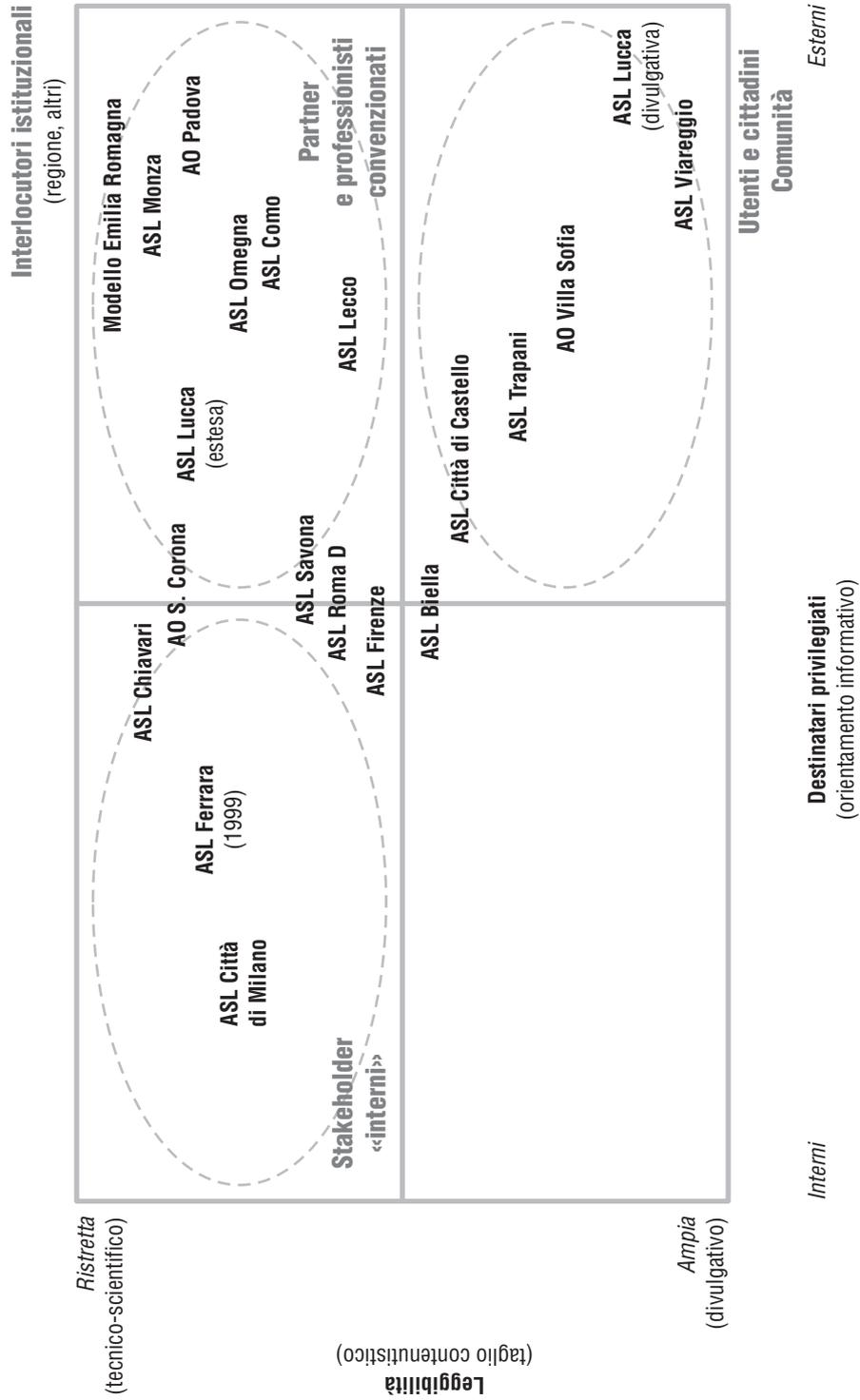
Tabella 18.8 **La leggibilità dei documenti**

Leggibilità	Contenutistica	Grafica
ASL Biella	Media	Alta
ASL Chiavari	Bassa	Bassa
ASL Città di Castello	Media	Alta
ASL Città di Milano	Bassa	Media
ASL Como	Media	Media
ASL Ferrara (1999)	Bassa	Bassa
ASL Firenze	Media	Media
ASL Lecco	Media	Media
ASL Lucca (1) versione divulgativa	Alta	Alta
ASL Lucca (2) versione estesa	Bassa	Media
ASL Monza	Bassa	Bassa
ASL Omegna	Bassa	Media
ASL Roma D	Media	Media
ASL Savona	Media	Bassa
ASL Trapani	Alta	Alta
ASL Viareggio	Alta	Alta
AO Padova	Bassa	Bassa
AO Santa Corona	Bassa	Media
AO Villa Sofia	Media	Alta
Modello Emilia Romagna	Bassa	Media
Valori di sintesi: livello di leggibilità	Contenutistica	Grafica
Alta	3	6
Media	8	9
Bassa	9	5

deranza numerica dell'attenzione conferita agli interlocutori istituzionali, in parte potenzialmente attribuibile a una non efficace focalizzazione comunicativa.

Incrociando i risultati relativi all'analisi dell'orientamento informativo e dell'efficacia comunicativa è possibile analizzare la dispersione delle esperienze rispetto ai quattro «prototipi» di rendicontazione sociale in sanità rappresentati dai quadranti della matrice di analisi riportata nella Fig. 18.3.

Figura 18.3 La lettura dei documenti di rendicontazione sociale come strumento di reporting: destinatari privilegiati



Le sperimentazioni italiane si collocano in tre *clusters*, ciascuno dei quali rappresenta una categoria di documenti con un'identità e caratterizzazione «forte»:

- rendicontazione «divulgativa», finalizzata a una prima conoscenza dell'attività dell'azienda e una visione di insieme delle strategie aziendali da parte dei soggetti portatori di interessi non addetti ai lavori (in particolare utenti e cittadini). A tale quadrante appartengono ASL di Trapani, AO Villa Sofia, ASL di Viareggio e la versione divulgativa dell'ASL di Lucca;
- rendicontazione «istituzionale», finalizzata a rendicontare in modo sistematico ed esaustivo i risultati raggiunti in relazione agli obiettivi del mandato regionale e a testimoniare la partecipazione agli obiettivi di sistema sanitario a interlocutori quali regione, conferenze dei sindaci e rappresentanze della società civile. In tale quadrante si inseriscono i bilanci di missione emiliani, il bilancio sociale dell'ASL di Monza, dell'AO di Padova, dell'ASL di Como e dell'ASL di Omegna, l'AO Santa Corona e la versione estesa dell'ASL di Lucca;
- rendicontazione con valenze «interne», finalizzata alla diffusione di una nuova cultura aziendale, alla comunicazione di un cambiamento istituzionale (fusione di precedenti USL, atti di riordino del SSR) e rivolta all'identificazione e all'interiorizzazione della missione sociale dell'azienda pubblica. Tale ultimo quadrante è occupato dai documenti dell'ASL Città di Milano, ASL di Ferrara e ASL di Chiavari.

Al di là dell'appartenenza a un determinato *cluster*, ogni bilancio presenta uno specifico posizionamento all'interno della matrice che denota le sfumature informative e comunicative tra i differenti documenti.

I bilanci sociali che si posizionano all'incrocio tra i quadranti (ASL di Biella, ASL di Firenze, ASL di Roma D, ASL di Savona, ASL di Città di Castello) sono documenti che non comunicano alla lettura una precisa identità. Ciò, da un lato, rispecchia l'utilizzo di una visione d'insieme secondo l'approccio *multi-stakeholder*, ma, dall'altro lato, determina una defocalizzazione e, in parte, un'eccessiva semplificazione dei contenuti informativi indirizzati alle diverse categorie di *stakeholder*.

18.5.3 Il processo di rendicontazione sociale: fasi, attori e meccanismi di coinvolgimento

Nel presente paragrafo viene descritto il processo di rendicontazione sociale così come rilevato attraverso il questionario e l'intervista semistrutturata alle aziende. Vengono in particolare analizzati:

- la configurazione del processo di redazione;
- le modalità di comunicazione del documento;
- le strategie e le forme di partecipazione dei soggetti interni ed esterni.

Si segnala che l'esperienza delle ASL emiliano-romagnole meriterebbe una trattazione specifica in considerazione delle peculiarità legate all'obbligatorietà della redazione per le aziende sanitarie, alle finalità e all'omogeneità del modello di rendicontazione adottato. I dati relativi ai bilanci di missione sono peraltro stati inclusi nell'analisi al fine di mostrare come, nonostante l'omogeneità delle indicazioni, si rilevino delle differenze nei processi attivati e nelle valenze assunte dalla rendicontazione.

Configurazione del processo di redazione – La redazione del documento di rendicontazione sociale ha richiesto nella maggior parte delle aziende un impegno da tre a sei mesi e ha visto il coinvolgimento di un numero di persone compreso tra 10 e 30 (Tab. 18.9). Non sembra però esistere una correlazione diretta tra le due variabili: tra le aziende che hanno impiegato tempi minori (Monza, Santa Corona, Città di Castello e Savona), solo una ha coinvolto un numero ristretto di persone (inferiore a 10), mentre Monza ha coinvolto un numero di persone maggiore di 60; allo stesso modo le aziende che hanno completato il processo in un arco temporale superiore ai sei mesi (Trapani, Lucca e Città di Milano) si distribuiscono equamente nei tre intervalli relativi al numero di persone coinvolte.

La diversità di tempistica e ampiezza delle persone coinvolte non sembra neanche dipendere dalla «sperimentalità» o meno del processo. Guardando i soli casi in cui il documento è almeno alla seconda edizione, continuano a rilevarsi esperienze molto differenziate: Trapani e Monza, che hanno redatto la seconda edizione del documento, si collocano ai due estremi dell'intervallo temporale; Biella e Padova, che sono rispettivamente alla quarta e terza edizione del documento, si collocano in media rispetto sia alla tempistica sia al numero di persone coinvolte nel processo. Si tratta, evidentemente, di variabili che dipendono dal grado di coinvolgimento e condivisione che l'azienda intende perseguire sia all'interno sia all'esterno, dalla presenza di pressioni sulla tempistica, dall'impegno del soggetto promotore e dell'unità responsabile, dalla disponibilità e dal formato delle informazioni inserite nel documento (quantità e qualità dei dati). In tutte le aziende,

Tabella 18.9 **Tempistica e numero di persone coinvolte nel processo**

	Numero persone coinvolte			Totale
	< 10 persone	10-30 persone	> 30 persone	
Tempo < 3 mesi	1	2	1	4
3-6 mesi	3	10	1	14
> 6 mesi	1	1	1	3
Totale	5	13	3	21

comunque, le interviste rilevano che il consolidamento dell'esperienza consente un «risparmio» di tempo rispetto alle edizioni precedenti.

L'avvio del progetto ha previsto nella maggior parte dei casi l'assegnazione della responsabilità di coordinamento complessivo a un'unica unità organizzativa (14 aziende). In altri casi (Viareggio, Biella, Firenze, Città di Castello, Omegna) la responsabilità era condivisa da più UO, mentre a Lecco e Como la responsabilità non è stata formalmente assegnata ad alcun UO. In particolare la responsabilità è stata affidata, totalmente o congiuntamente, ad altre UO:

- al controllo di gestione e/o al servizio economico-finanziario (8 aziende);
- alla direzione generale (5 aziende);
- all'UO comunicazione (6 aziende);
- all'Ufficio qualità (3 aziende).

In nessun caso è stata assegnata la responsabilità a una UO di *line* (strutture dipartimentali, distrettuali ecc.). Come era prevedibile, nei casi in cui tra i destinatari principali del documento sono individuati i cittadini/utenti (per esempio, nei casi di Viareggio, Biella, Città di Castello, Firenze), l'UO «Comunicazione e relazioni esterne» è responsabile del processo di redazione del documento. Dove, invece, prevale la volontà di produrre un documento «istituzionale» sembra più frequente l'attribuzione della responsabilità a UO economico-finanziarie (controllo di gestione o servizio economico finanziario, per esempio, di Chiavari, Lucca e Santa Corona). In questo secondo caso, si potrebbe ravvisare la volontà di collegare queste forme di rendicontazione anche ai processi di programmazione e controllo includendo indicatori di performance «reale» rivolti ai diversi *stakeholder*.

In alcuni casi, la redazione operativa del documento è stata realizzata mediante l'identificazione, da parte delle UO coordinatrici, di uno o più referenti delle altre unità organizzative coinvolte nella raccolta delle informazioni, mentre in altri casi sono stati costituiti uno o più gruppi di lavoro.

In sei aziende (Città di Milano, Como, Lecco, Città di Castello, Padova e Trapani) oltre al gruppo di lavoro operativo è stato costituito un comitato/nucleo con compiti non «operativi» per l'impostazione del documento e la validazione *in itinere* e finale dello stesso. Si tratta in modo particolare dei casi (se si esclude Città di Castello) che hanno espresso la volontà di utilizzare lo strumento anche per legittimare l'operato del management aziendale nei confronti degli interlocutori istituzionali e in cui, quindi, l'attività di orientamento della direzione è stata più diretta.

Interessante da questo punto di vista è l'eterogeneità dell'esperienza delle ASL emiliane, nelle quali la responsabilizzazione è stata assegnata in due casi all'UO legata alla comunicazione (Reggio Emilia e Rimini), in altri due al controllo di gestione o pianificazione (Piacenza e Ferrara) e in un caso direttamente alla direzione generale (Imola). Ciò evidenzia come, di fronte a indirizzi comuni definiti a

**Tabella 18.10 Ruolo svolto dal consulente esterno
(domanda a risposta multipla, n = 12)**

Ruolo	Numero aziende	Percentuale
Supporto metodologico	9	75
Supporto stilistico	7	58
Supporto operativo (preparazione delle griglie di rendicontazione, elaborazione dei dati ecc.)	6	50
Supporto organizzativo	4	33
Formazione ai referenti interni	2	17

livello regionale, le aziende abbiano fatto proprio lo strumento adattandolo alle specificità della propria realtà organizzativa.

Nella fase di redazione del documento, 12 aziende si sono avvalse della collaborazione di un consulente esterno, a cui sono stati assegnati principalmente compiti di supporto metodologico (Tab. 18.10), data l'innovatività dell'esperienza. In alcuni casi, il coinvolgimento del consulente è stato esteso anche al supporto organizzativo e operativo. Quest'ultimo aspetto va attentamente valutato in correlazione con le finalità assegnate alla rendicontazione sociale. Se si intende porre molta enfasi sulle valenze interne della rendicontazione sociale (per esempio, miglioramento del senso di appartenenza aziendale e chiarimento della visione strategica dell'azienda nella prospettiva degli *stakeholder*), un'adeguata partecipazione del personale e delle UO è indispensabile. Se l'obiettivo fosse, invece, la legittimazione dell'operato della direzione aziendale nei confronti della regione, il ruolo del consulente potrebbe essere molto esteso, soprattutto se non si intende inserire lo strumento all'interno dei meccanismi operativi aziendali.

Per la redazione del documento di rendicontazione sociale solo alcune aziende (11) hanno attivato strumenti informativi appositi (Tab. 18.11). Le altre hanno sistematizzato dati già appartenenti al sistema informativo aziendale (Lucca, Viareggio, Biella, Firenze, Città di Castello e Trapani) o presenti nei flussi informativi regionali e disponibili sul web (ASL dell'Emilia Romagna).

Un gruppo di aziende ha colto il bilancio sociale come occasione per introdurre o rivedere gli strumenti di comprensione del quadro dei bisogni esterni e delle percezioni degli interlocutori aziendali (indagini socio-demografiche e di *customer satisfaction*), coerentemente con la filosofia sottostante alla rendicontazione sociale. In alcuni casi, e soprattutto in quelli dove il bilancio sociale sembra essere destinato a diventare uno strumento di ausilio alla gestione dell'*accountability* interna ed esterna, le aziende hanno individuato nuovi indicatori di controllo di gestione, collegando quindi il bilancio sociale con il ciclo della programmazione

Tabella 18.11 **Strumenti informativi appositamente introdotti per la redazione del documento di rendicontazione sociale (domanda a risposta multipla)**

Strumenti informativi	Numero aziende	Percentuale
Nessuno	10	48
Indagini socio-demografiche (stili di vita, quadro economico locale, quadro epidemiologico ecc.)	6	29
Nuovi indicatori di controllo di gestione	6	29
Indagini di customer satisfaction sui servizi garantiti dall'azienda sanitaria	5	24
Analisi di impatto di specifiche politiche sanitarie e socio-sanitarie sul territorio	4	19
Altro	3	14

e controllo aziendale (Chiavari, Como, Monza, Santa Corona, Padova e Ferrara). Nel caso dell'ASL Città di Milano, in cui il bilancio sociale è stato utilizzato per comunicare un profondo cambiamento organizzativo, questa stessa dinamica ha favorito un rinnovamento dei sistemi informativi e il bilancio sociale è stato utilizzato come stimolo per comunicare tale cambiamento.

Modalità di comunicazione del documento – La Tab. 18.12 mostra i canali di informazione che sono stati utilizzati dalle aziende intervistate per la presentazione e divulgazione del documento di rendicontazione sociale. Prevalgono la distribu-

Tabella 18.12 **Canali di informazione attraverso cui è stato presentato e divulgato il documento di rendicontazione sociale (domanda a risposta multipla)**

Canali di informazione	Numero aziende	Percentuale
Distribuzione di copie cartacee ad alcuni interlocutori istituzionali	20	95
Sito Internet istituzionale	17	81
Presentazione in conferenze istituzionali (conferenze dei sindaci, dei servizi ecc.)	15	71
Conferenza stampa	8	38
Altro	8	38
Convegni tematici	5	24
Distribuzione di copie cartacee alla cittadinanza	5	24

zione cartacea agli interlocutori istituzionali, la divulgazione attraverso il sito Internet e la presentazione in conferenze istituzionali (conferenze dei sindaci, dei servizi ecc.). Meno frequenti sono, invece, le presentazioni in conferenze stampa o all'interno di convegni tematici e la distribuzione capillare ai cittadini (in alcuni casi sostituita da una pubblicazione sulla rivista trimestrale dell'ASL, come nel caso di Omegna, o il posizionamento di alcune copie nei punti di accesso degli utenti, come nel caso dell'ASL di Trapani).

Coerentemente con le finalità dichiarate, le aziende che ricercavano la comunicazione e relazione con il vasto pubblico dei «non addetti ai lavori» hanno utilizzato quali canali di comunicazione soprattutto Internet e la distribuzione cartacea del documento ai cittadini/utenti. Le aziende che hanno invece inteso realizzare uno strumento di programmazione, controllo e rendicontazione rivolto principalmente agli interlocutori istituzionali hanno privilegiato la presentazione a conferenze istituzionali o a convegni tematici.

Quattro aziende²³ (Città di Milano, Viareggio, Città di Castello e Firenze) hanno distribuito copie del documento al personale, coerentemente con la scelta di individuare i dipendenti tra i destinatari principali del processo di rendicontazione. In altri casi, pur dichiarando tra gli obiettivi del processo di rendicontazione la condivisione e interiorizzazione da parte del personale della prospettiva degli *stakeholder*, non si è provveduto alla distribuzione del documento all'interno dell'azienda.

Più in generale, si riscontra un limite nella mancanza di spunti particolarmente innovativi o di un'attenzione specifica nella strategia di comunicazione del documento, quasi che la focalizzazione prevalente sia sulla redazione del documento stesso più che sulla sua «socializzazione» con i portatori di interesse.

È infine interessante segnalare i diversi canali di informazione utilizzati dalle ASL emiliane: oltre alla presentazione in regione e alle conferenze istituzionali, alcune aziende hanno esteso la presentazione ai comitati consultivi misti aziendali²⁴, alle associazioni di volontariato e ai sindacati, fino alla presentazione ai consiglieri comunali dei diversi distretti, estendendo quindi volontariamente l'ampiezza degli *stakeholder* coinvolti in modo attivo nel processo di rendicontazione.

Strategie e contenuti della partecipazione di soggetti interni ed esterni – Come evidenziato in premessa, se il processo di rendicontazione sociale volesse andare «oltre il documento» e quindi trasformarsi da un processo di comunicazione unidirezionale verso l'esterno a uno di gestione finalizzato ad attivare flussi informativi bidirezionali che permettano un rafforzamento delle relazioni di *accountability*, sarebbe essenziale garantire la partecipazione interna ed esterna.

²³ Nella Tab. 18.12 queste risposte rientrano nella categoria «altro».

²⁴ I Comitati Consultivi Misti (CCM) sono organismi presenti dal 1994 nelle aziende sanitarie dell'Emilia Romagna, per assicurare la partecipazione dei cittadini al controllo della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Tabella 18.13 **Unità organizzative coinvolte (domanda a risposta multipla)**

Unità organizzative	Numero aziende	Percentuale
Direzione generale	18	86
Servizio relazioni esterne e URP	17	81
Direzione sanitaria	16	76
Servizio economico-finanziario	16	76
Direzione amministrativa	15	71
Strutture dipartimentali	13	62
Servizio sistemi informativi	12	57
Servizio organizzazione e gestione del personale	11	52
Servizio qualità e appropriatezza	11	52
Direzione sociale	10	48
Strutture distrettuali	10	48
Altre unità organizzative	10	48
Servizio progettazione e gestione patrimoniale	7	33
Servizio affari generali	5	24

Con riferimento alla partecipazione interna (dipendenti e collaboratori), la Tab. 18.13 indica le unità organizzative che, a vario titolo, sono state coinvolte nella redazione del documento di rendicontazione. Oltre alla direzione generale, spesso principale promotore del progetto, sono coinvolte ampiamente (e in uguale misura) sia la direzione sanitaria sia quella amministrativa, così come i servizi tipicamente coordinatori del processo – URP e servizio economico-finanziario.

Le strutture di supporto sono quasi sempre coinvolte, mentre le strutture «di *line*» (distretti e dipartimenti) lo sono solo in circa la metà dei casi.

Il numero di UO coinvolte varia in maniera consistente, con un coinvolgimento massimo nei casi di Monza e Viareggio (nei quali si dichiara un coinvolgimento esteso a tutta l'azienda) e uno minimo nel caso di Biella (quattro UO). È significativo segnalare che, al di là del numero assoluto di UO coinvolte, la qualità del coinvolgimento varia notevolmente in relazione alle modalità organizzative adottate per la redazione. In alcuni casi, il coinvolgimento è limitato alla «fornitura di informazioni al gruppo di lavoro o all'UO responsabile del progetto», mentre in altri casi si estende alla «progettazione e al confronto sui contenuti del *reporting*, nonché alla partecipazione attiva nella redazione di parti del documento in coerenza con le attività svolte». Tale differenza si riflette

evidentemente sul grado di interiorizzazione delle logiche della rendicontazione sociale da parte degli operatori dell'azienda.

La partecipazione degli interlocutori esterni può avere differenti significati ed essere attivata in differenti momenti del processo di rendicontazione. Principalmente tale contributo può essere finalizzato:

1. a impostare il documento in modo coerente con le esigenze informative e le attese dei portatori di interesse;
2. all'espressione di indicazioni e percezioni sui risultati dell'attività aziendale nel suo complesso;
3. a un audit sulla significatività e sulla comprensibilità dei contenuti del documento di rendicontazione in una fase precedente o successiva alla pubblicazione.

Le esperienze analizzate evidenziano mediamente un basso grado di coinvolgimento dei soggetti esterni. Solo otto aziende hanno adottato forme di partecipazione e inclusione di *stakeholder* esterni durante il processo di rendicontazione sociale. Si tratta di quattro aziende emiliane (a esclusione di quella di Ferrara), di Trapani, Padova, Roma D e Viareggio.

Generalmente, il confronto è avvenuto a redazione del documento conclusa, in un momento precedente alla pubblicazione, a favore dell'ipotesi che la valenza più comunemente attribuita alla partecipazione esterna sia quella di audit del documento. In fase di impostazione dei modelli di rendicontazione la partecipazione è stata minore, anche per la difficoltà percepita dalle aziende di trovare una sufficiente maturità e iniziativa da parte dei rappresentanti dei portatori di interesse. Lo stesso gruppo di progetto per la definizione del contenuto del bilancio di missione dell'Emilia Romagna ha adottato una composizione formata da rappresentanti regionali (ARS e Assessorato) e delle aziende sanitarie incluse nelle sperimentazione.

Uniche eccezioni sono rappresentate dall'AO di Padova e dall'ASL di Trapani, che nella fase precedente all'impostazione hanno svolto incontri pubblici (Padova) o attivato *focus group* (Trapani) con le associazioni rappresentative degli interessi diffusi/collettivi (associazioni dei consumatori e degli utenti ecc.). Probabilmente, la partecipazione non ancora significativa va letta anche alla luce dell'innovatività dell'esperienza, della necessità di maturazione della consapevolezza del contesto esterno, dei costi di un ampio coinvolgimento. Tali fattori possono avere limitato lo sforzo delle aziende alla richiesta di pareri su documenti di *reporting* già strutturati al fine di ottenere indicazioni puntuali sugli elementi di miglioramento. Si tratta di un primo passo verso quel «dialogo» con gli *stakeholder* (Payne e Calton 2002) che dovrebbe andare al di là dello scambio di opinioni, della negoziazione e della mediazione, verso un processo in cui i soggetti esprimono le proprie aspettative, esplorano percorsi alternativi, mettono in discussione i loro assunti e costruiscono una base di dialogo comune (Daft 1999; Chapman *et al.* 2005) per l'arricchimento dell'*accountability* istituzionale.

18.6 La rendicontazione sociale tra valenze attese e realizzate: prospettive e ambiti di miglioramento

L'analisi empirica, i cui risultati sono stati descritti nelle pagine precedenti, ha consentito di identificare le principali caratteristiche del sistema di rendicontazione sociale realizzato dalle prime 22 aziende sperimentatrici. Su ogni dimensione analizzata – valenze attese, contenuto del *reporting*, processo di rendicontazione – si sono riscontrate alcune similitudini a livello nazionale e alcune scelte specifiche che contraddistinguono le diverse aziende. In molti casi, si è evidenziato come, partendo da finalità e/o esigenze simili (e, nel caso della Regione Emilia Romagna, dallo stesso modello di riferimento), le soluzioni stilistiche, organizzative e/o contenutistiche adottate dalle aziende si siano differenziate. Nella tabella in Allegato sono sintetizzate le caratteristiche del complessivo sistema di rendicontazione, con particolare riferimento al confronto tra le valenze ricercate e i risultati effettivamente conseguiti tramite l'iniziativa.

Come premessa generale si deve registrare la numerosità delle finalità attribuite alla rendicontazione sociale da parte delle singole aziende. Tale dato va considerato con particolare riferimento alla compatibilità e coerenza tra le differenti finalità, non sempre raggiungibili mediante un unico documento di comunicazione. In questo senso, si prenda, per esempio, la difficoltà oggettiva di coniugare la profondità dell'analisi sulle attività e i risultati dell'azienda con l'eshaustività e comprensibilità da parte dei «non addetti ai lavori». Emerge al riguardo la necessità di focalizzare e specificare maggiormente la finalità dell'iniziativa e di orientare coerentemente l'impostazione del documento, il processo di redazione e di partecipazione in funzione degli impatti attesi.

Il dato principale emergente dall'esperienza delle aziende pilota è la significativa dinamica evolutiva tra le finalità identificate all'inizio del processo di rendicontazione e quelle effettivamente conseguite. In un primo gruppo di aziende, infatti, nel corso del processo di rendicontazione le valenze iniziali si sono arricchite di nuovi significati: alcune iniziative partite con un focus prevalentemente esterno hanno anche consentito di rafforzare la visione strategica aziendale e accrescere il senso di appartenenza all'azienda da parte dei diversi interlocutori interni (Como, Padova, Chiavari, Omegna e, con riferimento ai bilanci di missione, Rimini e Imola), grazie all'attenzione data al processo di realizzazione del documento di *reporting*. In altri casi (Savona, Trapani, Viareggio) il bilancio sociale ha consentito non solo di rafforzare i canali di comunicazione istituzionali dell'azienda (conferenze dei sindaci e dei servizi), ma anche di supportare il dialogo con i cittadini e gli utenti, accrescendo la consapevolezza aziendale dei bisogni e dell'opinione della popolazione, avvicinandosi all'idea dello strumento di relazione *multistakeholder*.

In un secondo gruppo di esperienze vi è stato un parziale riorientamento o rifocalizzazione delle finalità del progetto nel corso dello stesso, per esempio, nel caso di alcune aziende che ricercavano un miglioramento delle relazioni sia

sul fronte «interno» che su quello «esterno»²⁵ e che sono riuscite a perseguire risultati significativi solo rispetto a una dimensione (per esempio Città di Milano e Roma D sul fronte interno). Nella maggioranza dei casi in cui le aziende perseguono con il bilancio sociale valenze sia di tipo interno che esterno, comunque, gli intervistati dichiarano di averle realizzate su entrambi i fronti, anche se a volte con significative sfumature. Alcune aziende, partite con la finalità di rafforzare le relazioni istituzionali con gli attori sul territorio, sperimentano un impatto significativo ma limitato all'aumento della visibilità esterna (Chiavari, Monza, Lecco, Biella e Città di Castello). Ciò può essere dovuto a una necessità di maturazione nella capacità ricettiva del contesto esterno, ma anche all'esigenza di intensificare e strutturare le modalità di partecipazione da parte delle aziende. La visibilità sembra uno degli impatti principali percepiti anche dalle aziende che hanno inteso il bilancio sociale come strumento di legittimazione dell'operato del management (per esempio, Lecco) o come strumento per allinearsi alle pratiche innovative del settore.

In alcuni casi, il disallineamento tra finalità perseguite e realizzate non dipende da una (parziale) revisione degli obiettivi nel corso del processo di rendicontazione, ma da una minore e/o comunque diversa incidenza dell'iniziativa rispetto a quanto effettivamente atteso. È il caso, per esempio, di alcune aziende che intendevano migliorare l'efficacia della comunicazione alla popolazione sul ruolo e le attività dell'azienda (nell'ottica della *governance* di sistema), ma che hanno riscontrato, a consuntivo, che il messaggio recepito dai destinatari riguardava semplicemente il tipo di servizi e attività erogate (Città di Castello e Trapani). Oltre alle osservazioni sul livello di maturità del contesto relazionale, tale disallineamento può essere dovuto alle caratteristiche contenutistiche e di comprensibilità del documento, nonché alle modalità di distribuzione dello stesso.

Le esperienze analizzate evidenziano significative modificazioni tra le valenze attese e realizzate nelle esperienze pilota. In base all'assunto della necessità di coerenza tra le finalità, la configurazione del processo di rendicontazione sociale e le caratteristiche del documento (cfr. par. 18.2.2), si ritiene utile isolare alcuni possibili *gap*, o elementi di criticità, nei quali le aziende sperimentatrici possono incorrere nella pratica:

- *gap strategico*, si verifica quando la sperimentazione viene avviata prima che l'azienda possa maturare un effettivo coinvolgimento circa l'utilità e/o le funzionalità dello strumento (per esempio, nel caso di imposizione da parte di soggetti esterni e/o di processi di acritica imitazione di altre aziende). In questo caso si arriva alla pubblicazione del documento senza coinvolgimento e motivazione interna. Si è peraltro verificato che la pubblicazione del documento, e in particolare l'attenzione che esso riceve da parte degli interlocutori istituzio-

²⁵ Per un'esplicitazione delle valenze interne ed esterne del documento di rendicontazione sociale si veda Bebbinton *et al.* (1999).

nali e dell'opinione pubblica, può stimolare l'azienda a continuare il processo in maniera più critica e funzionale;

- *gap comunicativo*, il contenuto del documento (e il processo di rendicontazione) è coerente con le valenze perseguite, ma il documento finale non risulta particolarmente chiaro e/o focalizzato e/o leggibile. Una scarsa attenzione alla modalità di comunicazione e di presentazione dei dati riduce, pertanto, il valore dell'iniziativa²⁶. In alcuni casi è semplicemente la mancanza di risorse (da investire, per esempio, in una consulenza/progetto grafico specifico) e/o di tempo a influire su questo risultato. Il *gap comunicativo* può essere facilmente risolto prestando la dovuta attenzione agli aspetti di comunicazione, visto che l'azienda è stata in grado di reperire tutte le informazioni richieste e avviare processi di coinvolgimento e partecipazione;
- *gap metodologico*, si riscontra quando il documento di rendicontazione non è in grado di realizzare le valenze ricercate a causa della mancanza di informazioni e di processi in grado di supportarne l'implementazione. In questi casi l'esperienza di rendicontazione sociale consente di evidenziare i limiti del sistema informativo e pertanto definire le azioni necessarie al suo miglioramento;
- *gap organizzativo*, si riscontra nel caso di discrasia tra valenze dichiarate e valenze effettive dello strumento causata da una non corretta definizione del processo di rendicontazione, con particolare riferimento al ruolo del gruppo di lavoro. In alcuni casi, infatti, l'affidamento della responsabilità del processo a un'UO «tecnica» (controllo di gestione), non supportata in maniera adeguata da una «sponsorizzazione» e legittimazione dei vertici aziendali²⁷ nei confronti delle altre unità organizzative aziendali e/o dell'esterno, porta alla configurazione dello strumento in termini molto «tecnici» e/o comunque una finalizzazione più interna che esterna.

È utile, pertanto, che all'inizio e nel corso del processo di rendicontazione sociale, così come in fase di osservazione a consuntivo sui risultati/impatti dell'esperienza realizzata nell'anno precedente, le aziende facciano un'adeguata valutazione dell'esperienza nel suo complesso con particolare riferimento a:

- obiettivi e risultati effettivamente realizzati;
- obiettivi e risultati ricercati;
- *feedback* ricevuti internamente ed esternamente;
- condizioni (ambientali e istituzionali) che hanno favorito/ostacolato l'ottenimento dei risultati o che comunque ne hanno influenzato le caratteristiche.

²⁶ Per un approfondimento sui modelli di comunicazione esterna delle amministrazioni pubbliche applicati al caso della rendicontazione sociale si confronti Marcuccio (2005).

²⁷ Può succedere, per esempio, che nel corso dell'esperienza si verifichino dei cambiamenti nel management aziendale o che altri soggetti inizialmente consultati per la definizione delle finalità e l'impostazione dell'iniziativa vengano meno e non forniscano pertanto il supporto richiesto.

Tabella 12.14 Check list di autovalutazione e impostazione del sistema di rendicontazione sociale

Domande di verifica	Sì	No	Possibile gap	Cosa fare se...
Le finalità perseguite, sono tra loro compatibili? Le finalità sono coerenti con gli obiettivi istituzionali, il mandato, l'organizzazione e il sistema informativo aziendale?			Gap strategico Gap metodologico	Analisi interna delle potenzialità della rendicontazione sociale, data la struttura aziendale e il contesto di riferimento
Le finalità perseguite e il modello prescelto sono coerenti con le risorse a disposizione?			Gap strategico Gap metodologico Gap organizzativo	Restringere/specificare le finalità perseguite Identificare il promotore dell'iniziativa Rimandare il progetto all'anno successivo
Le finalità dell'iniziativa sono state chiaramente comunicate anche ai portatori di interesse interni ed esterni?			Gap organizzativo	Riunione di presentazione e discussione sulle finalità dell'iniziativa
Le finalità perseguite con la rendicontazione sono chiare alle persone coinvolte nel progetto?			Gap strategico	Restringere/specificare le finalità perseguite Inserire le finalità nella parte introduttiva del BS
È stato identificato uno standard/modello di riferimento coerente con le finalità perseguite? L'approccio adottato all'applicazione degli standard (organico/selettivo) è chiaro e coerentemente seguito?			Gap comunicativo Gap metodologico	Condivisione dell'indice e della struttura del documento con il gruppo di lavoro e gli stakeholder
Il bilancio sociale è completo in ogni sua parte, coerentemente con il modello prescelto/le finalità perseguite?			Gap comunicativo	Revisione della bozza da parte di soggetti esterni al gruppo di lavoro Investimento sul processo di validazione interna come confronto tra i soggetti coinvolti
Sono stati chiaramente identificati i destinatari del documento? Il bilancio sociale è chiaro/comprendibile alla categoria di destinatari ai quali è indirizzato?			Gap comunicativo	Revisione della bozza da parte di soggetti esterni al gruppo di lavoro

Tabella 12.14 (segue)

Domande di verifica	Sì	No	Possibile gap	Cosa fare se...
<p>È stata elaborata una strategia per conoscere le aspettative e i fabbisogni informativi dei portatori di interesse considerati rilevanti?</p> <p>Vi sono delle opposizioni latenti o esplicitate nei confronti dell'impostazione della rendicontazione sociale? In questo caso, sono state riconosciute e affrontate?</p> <p>Nel caso in cui l'iniziativa sia imposta dall'esterno/dai vertici dell'azienda è stata realizzata un'effettiva sensibilizzazione interna?</p> <p>Sono chiare tutte le dimensioni (processo di redazione, modalità organizzative, dati e informazioni) che concorrono alla rendicontazione sociale? Sono coerenti con le finalità perseguite?</p> <p>I responsabili interni della rendicontazione sociale hanno avuto una specifica «legittimazione» dai vertici aziendali? Sono dotati delle risorse sufficienti?</p> <p>Sono state coinvolte le principali unità organizzative che hanno le informazioni/i contatti diretti/le professionalità richieste per implementare un progetto coerente con le finalità?</p> <p>Il sistema informativo aziendale (contabile ed extracontabile) è in grado di supportare il progetto di BS? Sono state identificati gli ambiti di miglioramento/ampliamento necessari e le modalità operative per realizzarli?</p>			<p>Gap strategico</p> <p>Gap organizzativo</p> <p>Gap strategico Gap organizzativo</p> <p>Gap strategico Gap organizzativo</p> <p>Gap organizzativo</p> <p>Gap organizzativo</p> <p>Gap metodologico</p>	<p>Verificare in relazione agli obiettivi della rendicontazione la tempistica e la modalità di contatto con i portatori di interesse</p> <p>Meccanismi per la condivisione e la discussione sulle finalità dell'iniziativa prima e nel corso dell'iniziativa</p> <p>Workshop di presentazione interna prima del lancio dell'iniziativa all'esterno</p> <p>Piano del progetto (tempi, responsabilità, azioni) per la redazione, la comunicazione e l'audit esterno</p> <p>Presentazione interna del progetto, dei responsabili e dell'incarico assegnato</p> <p>Team di lavoro multidisciplinare Impostare l'organizzazione del lavoro sulla base della «partecipazione attiva»</p> <p>Restringere il campo di analisi del/i primo/i BS Fornire indicazioni su come arricchire il sistema informativo</p>

Tabella 12.14 (segue)

Domande di verifica	Sì	No	Possibile gap	Cosa fare se...
<p>Sono impiegati tempo e risorse sufficienti per completare il processo di rendicontazione sociale coerentemente con le finalità identificate?</p> <p>Vi è la volontà di aprire il processo a una partecipazione/coinvolgimento allargato (interno ed esterno)?</p> <p>Sono stati identificati e coinvolti i soggetti ritenuti rilevanti?</p> <p>Sono stati identificati il contenuto e gli obiettivi attesi della partecipazione?</p> <p>Sulla base delle valenze effettivamente raggiunte dalla sperimentazione, si ritiene utile continuare?</p> <p>Quali elementi del processo e del contenuto del documento possono essere modificati nella prospettiva di rendere maggiormente utile la rendicontazione sociale?</p> <p>Come sono state utilizzate le indicazioni provenienti dalle occasioni di confronto e partecipazione esterna?</p>			<p>Gap metodologico Gap organizzativo</p> <p>Gap strategico Gap organizzativo Gap comunicativo</p> <p>Gap strategico</p> <p>Gap strategico Gap organizzativo</p>	<p>Monitoraggio e aggiornamento costante tempistica di progetto Selezione dei soggetti con ruoli di coordinamento Responsabilizzazione diffusa su completamento progetto</p> <p>Individuazione categorie di stakeholder rilevanti, analisi dei fabbisogni informativi, programma di coinvolgimento adeguato</p> <p>Effettuare una valutazione dell'efficacia della sperimentazione, identificare i punti di forza e di debolezza e procedere conseguentemente</p> <p>Identificare specifici contenuti e obiettivi attesi per la partecipazione Identificare i meccanismi per valorizzare i feedback sul documento e l'attività dell'azienda</p>

La Tab. 12.14 (*supra*) può rappresentare un utile strumento di autovalutazione in tal senso, utilizzabile sia dalle aziende sperimentatrici che intendano migliorare la rendicontazione sociale, sia dalle altre aziende che, dovendo impostare il processo per la prima volta, debbano prendere decisioni in merito alle finalità, al processo e al contenuto della rendicontazione sociale.

18.7 Conclusioni

Nel corso del capitolo si sono analizzate in modo critico le componenti fondamentali della rendicontazione sociale alla luce delle esperienze applicative delle aziende sanitarie italiane, con particolare riferimento al contenuto dei documenti e ai fabbisogni informativi soddisfatti, alle dinamiche processuali e organizzative emergenti e alle potenzialità dello strumento (attese ed effettive) in termini di supporto al sistema delle relazioni istituzionali e ambientali nel quale l'azienda è inserita.

La ricognizione ha consentito di identificare una forte differenziazione delle esperienze, data anche dalla mancanza di modelli di riferimento «forti» o direttamente adattabili alle aziende sanitarie pubbliche. Allo stesso tempo, le esperienze finora maturate sono state valutate dai referenti aziendali intervistati in modo positivo in quanto hanno consentito, a seconda dei casi:

- un miglioramento delle relazioni con i soggetti esterni, e in particolare con la regione e gli altri attori istituzionali rispetto alla capacità di lettura e governo del sistema sanitario e con i cittadini e utenti rispetto al ruolo dell'azienda nei confronti del sistema complessivo della salute e del welfare;
- una maggiore consapevolezza strategica e un rafforzamento del senso di appartenenza aziendale da parte degli *stakeholder* interni;
- un affinamento/potenziamento del sistema informativo aziendale, con particolare riferimento ai sistemi di rendicontazione e controllo dei risultati.

Ciononostante, l'analisi condotta ha consentito di identificare una serie di *gap* emergenti dalle esperienze pilota, che rappresentano degli ostacoli alla realizzazione di iniziative di rendicontazione sociale efficaci. In particolare, si è isolato un *gap* di tipo strategico, che attiene alla capacità di identificare in modo critico e consapevole le finalità attese dello strumento a partire dai fabbisogni interni ed esterni percepiti, e una serie di *gap* logicamente conseguenti (metodologico, organizzativo, comunicativo), attinenti alla presenza delle condizioni interne (specifiche competenze comunicative e di metodo, energie progettuali, risorse economiche e umane dedicate) ma anche esterne (maturità degli interlocutori di riferimento) che permettano di conseguire gli obiettivi preposti.

In questo senso, si identificano una serie di dimensioni (di natura strategico-istituzionale e di natura tecnico-contabile) che le aziende potranno valutare in

base alle specifiche finalità attribuite dall'azienda alla rendicontazione sociale, ai fini della piena attivazione delle potenzialità dello strumento:

- la condivisione e interiorizzazione della natura sociale della missione aziendale da parte delle risorse umane richiede un processo di costruzione del *reporting* sociale che coinvolga una significativa quantità di dipendenti/collaboratori e sia guidato dal riconoscimento condiviso e diffuso all'interno dell'azienda degli obiettivi e delle strategie di creazione di valore aziendali nei confronti dei portatori di interesse;
- il miglioramento della capacità di rendicontazione nella prospettiva di interlocutori quali gli utenti, i fornitori o i partner per l'erogazione dei servizi richiede un orientamento dei contenuti in base all'approfondimento della conoscenza dei bisogni informativi e delle capacità di lettura di questi ultimi, nonché un'ampia e strutturata comunicazione del documento finale;
- il rafforzamento delle relazioni con gli interlocutori istituzionali quali regione ed enti locali richiede l'inserimento del processo di rendicontazione sociale all'interno dei meccanismi di partecipazione alla *governance* aziendale (conferenze dei servizi, conferenze dei sindaci ecc.) e l'identificazione degli elementi di rendicontazione fondamentali in base alle strategie e alle linee di azione comuni concertate;
- il consolidamento dell'utilizzo del bilancio sociale richiede che lo strumento sia inserito in modo ragionato all'interno del già complesso e ampio sistema di documenti di rendicontazione delle aziende sanitarie (relazione sulla gestione, relazione socio-sanitaria, relazione sullo stato di salute della popolazione, carta dei servizi) rivolto ai diversi livelli istituzionali. L'identificazione di un «ruolo» per il bilancio sociale è fondamentale per evitare di duplicare sforzi e costi interni e per offrire una comunicazione verso gli interlocutori istituzionali che supporti il principio della rilevanza e il supporto ai processi decisionali;
- il carattere volontario del bilancio sociale è fondamentale per preservare e stimolare la spinta all'aumento della capacità di resa del conto; l'introduzione dello strumento per iniziativa regionale può essere utile nella prospettiva di assicurare un approccio chiaro e unitario alla rendicontazione sociale da parte delle singole aziende;
- la realizzazione di standard per la rendicontazione sociale tarati sulla realtà delle aziende sanitarie pubbliche che siano modulari e flessibili può svolgere un'importante funzione in termini di comparabilità e omogeneità dei contenuti, promuovendo la trasparenza e riducendo l'autoreferenzialità della rendicontazione. Allo stesso tempo, le aziende devono essere in grado di modulare finalità, processi e contenuti della rendicontazione sociale alle proprie esigenze e alle risorse a disposizione;
- la sperimentazione di nuovi modelli e pratiche da parte delle aziende è da intendersi positivamente, soprattutto se consente di esplorare aree e contenuti di rendicontazione innovativi e che rispondano all'evoluzione del contesto

(*accountability* e sostenibilità). In tale senso non sono ancora stati particolarmente sviluppati i profili di rendicontazione relativi a:

- la dimensione «ambientale» intesa in senso lato (impatto urbanistico e sulla mobilità);
- i rapporti di «partnership» con i soggetti pubblici e privati convenzionati per l'erogazione dei servizi (qualità, appropriatezza e partecipazione alla realizzazione degli obiettivi di sistema sanitario);
- la dimensione patrimoniale (valutazioni su finalità pubbliche cui la gestione patrimoniale risponde e sulla congruità del patrimonio in relazione a missioni e funzioni attribuite) e degli impatti economico-finanziari per categorie di destinatari (utilizzo del monitoraggio per LEA).

L'applicazione del bilancio sociale nella sanità pubblica italiana è a oggi in fase di prima applicazione, le dimensioni sopra identificate possono essere interpretate sia a livello di sistema che di singola azienda come direttrici al fine di una futura valutazione sull'impatto effettivo e a regime dell'introduzione di tali pratiche.

Allegato.

Le componenti fondamentali delle iniziative di rendicontazione sociale

ASL Biella

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali. Miglioramento processi di comunicazione interna.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: multistakeholder. *Leggibilità*: medio-alta.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, costituito gruppo lavoro interno guidato da relazioni esterne ed economico-finanziario. *Partecipazione esterna*: focus group successivi a redazione per discussione su contenuti generali (obiettivi e risultati).

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Miglioramento conoscenza dell'opinione pubblica su ruolo/attività azienda. Rafforzamento visione strategica dell'azienda.

ASL Chiavari

Valenze perseguite – *Esterne*. Comunicazione e rafforzamento relazioni esterne con gli interlocutori istituzionali. Adeguamento a nuove pratiche.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: risorse umane. *Leggibilità*: bassa.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, redazione guidata da CdG, nuovi sistemi informativi, indicatori P&C, analisi impatto. *Partecipazione esterna*: non significativa.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Aumento visibilità esterna. Rafforzamento visione strategica dell'azienda.

ASL Città di Castello

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Comunicazione risultati della gestione ai cittadini. Miglioramento processi interni di rendicontazione e valutazione dei risultati. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: «altri» interlocutori istituzionali, cittadini e utenti. *Leggibilità*: media.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, responsabilità sulla redazione diffusa tra CdG, relazioni esterne e sistemi informativi sotto la guida della DG, attenzione comunicazione interna. *Partecipazione esterna*: focus group successivi a redazione; ampia comunicazione esterna con utilizzo di tutti gli strumenti disponibili (Internet, copie cartacee, conferenze).

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Aumento visibilità esterna. Rafforzamento efficacia sistema di P&C. Chiarimento visione strategica e sviluppo senso di appartenenza aziendale.

ASL Città di Milano

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali. Comunicazione interna.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: risorse umane. *Leggibilità*: bassa.

Processo – *Partecipazione interna*: molto ampia (> 30 persone), progetto guidato dalla DG, nuovi sistemi informativi: griglie di rendicontazione quali-quantitative per la raccolta uniforme delle informazioni da parte delle UO; comunicazione capillare all'interno dell'azienda. *Partecipazione esterna*: non significativa.

Valenze effettive – *Interne*. Miglioramento della capacità di rendicontazione sui risultati. Chiarimento visione strategica e sviluppo senso di appartenenza aziendale.

ASL Como

Valenze perseguite – *Esterne*. Comunicazione dei risultati agli interlocutori istituzionali. Rafforzamento relazioni esterne con gli interlocutori istituzionali. Legittimazione operato management.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: regione. *Leggibilità*: media.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, redazione guidata da CdG, nuovi sistemi informativi: indagini socio-demografiche, indicatori P&C, analisi impatto. *Partecipazione esterna*: non significativa.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Visibilità esterna. Miglioramento processi interni di rendicontazione e valutazione dei risultati. Sviluppo senso di appartenenza aziendale.

ASL Firenze

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Comunicazione dei risultati della gestione agli interlocutori istituzionali. Miglioramento dei processi di comunicazione interni all'azienda. Volontà di essere pionieri in pratiche innovative.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: multistakeholder. *Leggibilità*: media.

Processo – *Partecipazione interna*: limitato coinvolgimento (< 10 persone), redazione guidata da relazioni esterne (promotore) ed economico-finanziario; distribuzione del documento anche al per-

sonale. *Partecipazione esterna*: non significativa. Ampia comunicazione esterna con distribuzione documento anche a cittadini.

Valenze effettive – *Esterne*. Miglioramento della capacità di rendicontazione dei risultati.

ASL Lecco

Valenze perseguite – *Esterne*. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali. Legittimazione operato management nei confronti del governo regionale e degli interlocutori istituzionali. Volontà di essere pionieri in pratiche innovative.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: multistakeholder. *Leggibilità*: medio-alta.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, costituiti più gruppi di lavoro interni senza attribuzione formale di responsabilità a una UO; nuovi sistemi informativi: indagini socio-demografiche. *Partecipazione esterna*: non significativa. Comunicazione focalizzata su soggetti istituzionali.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Miglioramento conoscenza del ruolo/attività dell'azienda da parte dell'opinione pubblica. Miglioramento processi interni di rendicontazione e valutazione dei risultati. Miglioramento capacità di rendicontazione interna.

ASL Lucca

Valenze perseguite – *Esterne*. Comunicazione dei risultati della gestione e rafforzamento relazioni esterne con gli utenti e gli interlocutori istituzionali

Contenuto documenti – *Versione estesa*. *Destinatari privilegiati*: regione e altri interlocutori istituzionali. *Leggibilità*: bassa.

Versione divulgativa. *Destinatari privilegiati*: cittadini e utenti. *Leggibilità*: alta.

Processo – *Partecipazione interna*: 10/30 persone, redazione guidata da CdG. *Partecipazione esterna*: non significativa. Ampia comunicazione esterna con distribuzione documento anche a cittadini.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Miglioramento conoscenza dell'azienda da parte dell'opinione pubblica. Miglioramento conoscenza bisogni della popolazione. Arricchimento sistemi di programmazione e controllo. Miglioramento capacità di rendicontazione interna.

ASL Monza

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Comunicazione dei risultati della gestione agli utenti. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali. Miglioramento processi interni di rendicontazione e valutazione dei risultati.

Contenuto documenti – *Destinatari esterni*: regione e altri interlocutori istituzionali. *Leggibilità*: medio-bassa.

Processo – *Partecipazione interna*: molto ampia (> 30 persone e tutte le UO coinvolte), progetto guidato dalla DG; nuovi sistemi informativi: indagini socio-demografiche e di customer satisfaction, indicatori P&C, analisi impatto. *Partecipazione esterna*: non significativa. Ampia comunicazione esterna con distribuzione documento anche a cittadini.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Aumento visibilità esterna. Miglioramento sistema di relazione interni-esterni. Rafforzamento efficacia sistema di P&C. Chiarimento visione strategica aziendale.

ASL Omegna

Valenze perseguite – *Esterne*. Comunicazione dei risultati della gestione agli utenti e ai portatori di interessi istituzionali. Rafforzamento relazioni esterne con gli interlocutori istituzionali. Adeguamento a nuove pratiche.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: regione. *Leggibilità*: bassa.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, redazione guidata da P&C con relazioni esterne, nuovi sistemi informativi: indagini socio-demografiche e di customer satisfaction. *Partecipazione esterna*: incontri pubblici precedenti a redazione per definizione struttura complessiva documento.

Valenze effettive – *Interne*. Rafforzamento capacità di rendicontazione sui risultati. Chiarimento visione strategica aziendale e miglioramento del senso di appartenenza aziendale.

ASL Roma D

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Rafforzamento relazioni con interlocutori istituzionali. Miglioramento processi interni di rendicontazione e valutazione dei risultati. Riesame della strategia aziendale.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: multistakeholder. *Leggibilità*: media.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, redazione guidata da qualità, progetto formativo a supporto del progetto; utilizzo LEA per valorizzare il valore aggiunto dell'azienda. *Partecipazione esterna*: confronto con associazioni rappresentanti interessi diffusi/collettivi e referenti istituzionali a redazione conclusa.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Aumento visibilità esterna. Rafforzamento relazioni esterne con gli interlocutori istituzionali. Miglioramento capacità di lettura dei bisogni e dell'opinione pubblica. Rafforzamento dei sistemi di P&C. Aumento senso di appartenenza aziendale.

ASL Savona

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Comunicazione dei risultati ai cittadini e agli utenti. Comunicazione dei risultati a interlocutori istituzionali. Miglioramento dei processi di comunicazione interna.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: altri interlocutori istituzionali. *Leggibilità*: medio-bassa.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, redazione guidata da economico-finanziario, con coinvolgimento anche delle strutture di linee; nuovi sistemi informativi: indagini socio-demografiche, di customer satisfaction, analisi impatto. *Partecipazione esterna*: non significativa. Comunicazione solo attraverso Internet.

Valenze effettive – *Esterne*. Miglioramento conoscenza dell'azienda da parte dell'opinione pubblica. Aumento visibilità. Rafforzamento relazioni esterne.

ASL Trapani

Valenze perseguite – *Esterne*. Comunicazione esterna ai cittadini. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: cittadini, utenti e risorse umane. *Leggibilità*: alta.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, redazione curata da consulente esterno, responsabilità complessiva affidata a formazione. *Partecipazione esterna*: focus group con rappresentanti interessi collettivi/diffusi precedenti e successivi a redazione per definizione contenuti

generali (obiettivi e risultati); ampia comunicazione esterna con documento disponibile nei punti di accesso alla struttura.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Aumento conoscenza dell'azienda da parte dell'opinione pubblica. Miglioramento conoscenza bisogni della popolazione. Aumento senso di appartenenza. Chiarimento visione strategica aziendale.

ASL Viareggio

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Miglioramento della comunicazione agli utenti. Volontà di essere pionieri in pratiche innovative. Miglioramento dei processi di comunicazione interni.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: cittadini e utenti. *Leggibilità*: alta.

Processo – *Partecipazione interna*: ampia (> 30 persone e tutte le UO coinvolte) e responsabilità sulla redazione diffusa tra CdG, relazioni esterne e qualità sotto la guida della DG; comunicazione interna con distribuzione documento al personale. *Partecipazione esterna*: incontri pubblici successivi a redazione con le associazioni rappresentanti interessi diffusi/collettivi, enti non profit operanti nel settore, referenti istituzionali al fine di definire struttura complessiva documento e risultati; ampia comunicazione esterna con distribuzione documento anche a cittadini.

Valenze effettive – *Esterne + interne*. Rafforzamento relazioni esterne. Rafforzamento efficacia sistema di P&C. Chiarimento visione strategica aziendale.

AO Padova

Valenze perseguite – *Esterne*. Comunicazione dei risultati a interlocutori istituzionali. Legittimazione scelte strategiche del management. Volontà di essere pionieri in nuove pratiche.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: regione e altri interlocutori istituzionali. *Leggibilità*: bassa.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone, redazione guidata dalla direzione amministrativa; nuovi sistemi informativi: indagini di customer satisfaction e indicatori P&C. *Partecipazione esterna*: focus group con associazioni rappresentanti interessi diffusi/collettivi precedenti a redazione e successivi alla pubblicazione del documento per definizione struttura complessiva e contenuti specifici.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali. Miglioramento capacità interna di rendicontazione dei risultati. Chiarimento visione strategica aziendale.

AO Santa Corona

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Comunicazione dei risultati a interlocutori istituzionali. Legittimazione scelte strategiche del management nei confronti del governo regionale e degli altri interlocutori. Miglioramento dei processi interni di rendicontazione e valutazione dei risultati.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: regione e risorse umane. *Leggibilità*: bassa.

Processo – *Partecipazione interna*: limitato coinvolgimento (< 10 persone), redazione guidata da CdG; nuovi sistemi informativi: indicatori P&C. *Partecipazione esterna*: non significativa.

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali. Rafforzamento dei sistemi di P&C. Chiarimento visione strategica aziendale.

ASL Emilia Romagna (Ferrara, Imola, Reggio Emilia, Piacenza, Rimini). Elementi comuni*

Valenze perseguite – *Esterne*. Comunicazione dei risultati a interlocutori istituzionali.

Contenuto documenti – *Destinatari privilegiati*: regione, altri interlocutori istituzionali e risorse umane. *Leggibilità*: medio-bassa.

Processo – *Partecipazione interna*: 10-30 persone tranne F e I (< 10 persone); no impiego consulenti (tranne consulenza stilistica a Re); basso coinvolgimento delle UO di line (tranne Ri); sistemi informativi: sistematizzazione dei dati presenti nei flussi informativi regionali. *Partecipazione esterna*: gruppo di lavoro regionale per predisposizione struttura e contenuto documento; incontri pubblici successivi a redazione con interlocutori istituzionali.

ASL Emilia Romagna (Ferrara, Imola, Reggio Emilia, Piacenza, Rimini). Elementi distintivi*

Valenze perseguite – *Esterne + Interne*. Rafforzamento delle relazioni con interlocutori istituzionali (I). Legittimazione operato del management verso regione e interlocutori istituzionali (F). Miglioramento processi di comunicazione interni (Ri). Confrontabilità delle performance tra aziende (P).

Processo – *Partecipazione interna*: redazione guidata da CdG (F), relazioni esterne (Re), pianificazione (P), epidemiologia e comunicazione (Ri), DG (I); sistemi informativi: indicatori P&C (F), indagini socio-demografiche e di customer satisfaction (Ri). *Partecipazione esterna*: focus group con associazioni rappresentanti interessi diffusi/collettivi (I); comunicazione attraverso presentazione a Comitati consultivi misti (I, Ri) o consiglieri comunali (F).

Valenze effettive – *Esterne + Interne*. Rafforzamento relazioni esterne con interlocutori istituzionali (F, I, Ri). Aumento della visibilità esterna (Ri, Fe). Senso di appartenenza aziendale (Ri). Chiarimento visione strategica aziendale (I).

Bibliografia

- Alesani D., Marcuccio M., Trincherò E. (2005), «Bilancio sociale e aziende sanitarie: stato dell'arte e prospettive di sviluppo», *Mecosan*, n. 55.
- Allegretti G., Ricciardi S. (2002), *Il bilancio partecipativo, l'esperienza di Porto Alegre*, Limbiate, La Ginestra.
- Bebbington J., Gray R., Owen D. (1999), «Seeing the Wood for the Trees: Taking the Pulse of Social and Environmental Accounting», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 12:1, pp. 47-52.
- Bersani P., Frascisco P. (2005), *Aziende sanitarie e cittadini. Comunicare con il bilancio sociale*, Milano, Il Sole 24 Ore.
- Bobbio L. (2004), *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi – analisi e strumenti per l'innovazione*, Roma, Cantieri.
- Chapman C., Ramondt L., Smiley G. (2005), «Strong Community, Deep Lear-

* I = Imola, Re = Reggio Emilia, P = Piacenza, Ri = Rimini, F = Ferrara.

- ning: Exploring the Link», *Innovations in Education and Teaching International*, 42:3, pp. 217-230.
- Cristofoli D. (2005), «La governance di network complessi: principi e strumenti», *Economia & Management*, n. 2, pp. 50-53.
- Daft R.L. (1999), *Leadership Theory and Practice*, Orlando, Harcourt Brace.
- Deegan C. (2002), «The Legitimising Effect of Social and Environmental Disclosures – A Theoretical Foundation», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 15:3, pp. 282-311.
- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Dipartimento della Funzione Pubblica (2004), *Rendere conto ai cittadini. Il bilancio sociale delle amministrazioni pubbliche*, Roma, Edizioni Scientifiche Italiane.
- GBS – Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale (2001), *Principi di redazione del Bilancio Sociale*, Roma, Androkonos.
- GBS – Gruppo di Studio per il Bilancio Sociale (2004), *La rendicontazione sociale nel settore pubblico*, Roma, Androkonos.
- Hinna L. (2004), *Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche*, Milano, Angeli.
- ISEA (1999), *AccountAbility 1000 Framework. Standard, Guidelines and Professional Qualification*, Londra.
- Lindblom C.K. (1993), «The Implications of Organizational Legitimacy for Corporate Social Performance and Disclosure», *Critical Perspectives on Accounting Conference*, New York.
- Marcuccio M. (2002), «La rendicontazione sociale per le amministrazioni locali come strumento di accountability e controllo strategico», *Azienda Pubblica*, n. 6.
- Marcuccio M. (2005), «Il bilancio sociale e la comunicazione esterna dei risultati: un'analisi empirica delle pratiche emergenti», *Azienditalia*, n. 1.
- Meneguzzo M. (2000), *Innovazione, managerialità e governance. La PA verso il 2000*, Roma, Aracne.
- O'Donovan G. (2002), «Environmental Disclosure in the Annual Report. Extending the Applicability and Predictive Power of Legitimacy Theory», *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 15:3, pp. 344-371.
- Payne S.L., Calton J.M. (2002), «Towards a Managerial Practice of Stakeholder Engagement: Developing Multi-stakeholder Learning Dialogues», in J. Andriof *et al.* (a cura di), *Unfolding Stakeholder Thinking: Theory, Responsibility, Engagement*, Sheffield, Greenleaf.
- Tanese A. (2004), *Rendere conto ai cittadini*, Roma, Edizioni Scientifiche Italiane.