



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07/03/2008

=====

ADDI' 07/03/2008 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA  
CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RICONITTA LA GIUNTA REGIONALE COSI'  
COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniele	Assessore
		Vice			
POMPILI	Massimo	Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASPORRE	Bruno	Assessore	MICHIANGELI	Mario	"
BENTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COPPOTELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TISALDI	Alessandra	"
DALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

\*\*\*\*\* OMISSIS

ASSENTI: MARRAZZO - COPPOTELLI - MANCINI - VALENTINI - ZARATTI

DELIBERAZIONE N. 148

Oggetto:

Ratifica del Protocollo d'Intesa ed unito Progetto, sottoscritto  
in data 20 luglio 2007 tra la Regione Lazio e la Fondazione  
Operation Smile Italia Onlus.



148 7 MAR. 2008

ED UNITO PROGETTO, *ms*

**OGGETTO:** Ratifica del Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 20 luglio 2007 tra la Regione Lazio e la Fondazione Operation Smile Italia Onlus.

## LA GIUNTA REGIONALE

**Su proposta del Presidente della Giunta Regionale,**

- VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;
- VISTA** la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 concernente la "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio regionale" e successive modifiche ed integrazioni;
- VISTO** il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 concernente la "Organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e successive modifiche ed integrazioni;
- VISTA** la Legge regionale 20 novembre 2001, n. 25 concernente le "Norme in materia di programmazione, bilancio e contabilità della regione";
- VISTA** la Legge regionale 28 dicembre 2007, n. 26 concernente la "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008";
- VISTA** la Legge regionale 28 dicembre 2007, n. 27 concernente il "Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2008";
- TENUTO CONTO** che la Fondazione Operation Smile Italia Onlus ha presentato un progetto denominato "Smile House" nel quale si propone di costruire un Centro di Eccellenza per la diagnosi e la cura delle malformazioni cranio- maxillo - facciali con lo scopo di trattare dette malformazioni ma anche di svolgere attività di ricerca scientifica sulle nuove tecnologie chirurgiche e sulla genetica che determina le malformazioni medesime;
- RILEVATO** che la Regione Lazio, nel condividere le finalità istituzionali della Fondazione e nel riconoscerne la valenza altamente sociale, ha inteso contribuire all'attuazione delle medesime ed, in particolare, porre in atto ogni iniziativa per la realizzazione del Progetto sopra citato;
- RILEVATO** quindi che esiste la volontà delle parti di incrementare e disciplinare una sinergica collaborazione per la realizzazione del Progetto;
- PRESO ATTO** che in data 20 luglio 2007 è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e la Fondazione Operation Smile Italia Onlus al fine di disciplinare i termini principali della collaborazione delle parti;
- PRESO ATTO** che il Progetto "Smile House" è allegato al predetto Protocollo d'Intesa e fa parte integrante e sostanziale dello stesso;



148 7 MAR. 2008

ly

**VISTO** che è necessario procedere alla ratifica del Protocollo d'intesa sottoscritto tra la Regione Lazio e la Fondazione Operation Smile Italia Onlus che è allegato al presente atto e di cui lo stesso costituisce parte integrante e sostanziale;

**RITENUTO** che la presente Deliberazione non è soggetta a concertazione con le Parti Sociali;

all'unanimità,

**DELIBERA**

per le motivazioni richiamate in premessa, che si intendono integralmente accolte:

- di ratificare il Protocollo d'Intesa sottoscritto il 20 luglio 2007 tra la Regione Lazio e la Fondazione Operation Smile Italia Onlus, unitamente all'allegato Progetto "Smile House", che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto.

IL VICE PRESIDENTE: F.to Massimo POMPILI  
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI



Protocollo Operation  
Smile.pdf



Progetto Smile  
House.pdf

13 MAR. 2008



ALLEG. alla DELIB. N. 148 *leg*  
DEL 7 MAR. 2008

IL PRESENTE ALLEGATO SI COMPONE  
DI N. 122 PAGINE DI CUI: N. 7  
DI PROTOCOLLO e N. 115 DI  
PROGETTO

PROTOCOLLO D'INTESA





REGIONE LAZIO

E

FONDAZIONE OPERATION SMILE ITALIA ONLUS

Roma, 20 luglio 2007

---



## PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

la **REGIONE LAZIO**, con sede in Roma, via Cristoforo Colombo n. 212 - P.IVA 80143490581 (nel seguito "**REGIONE**") in persona del Dott. Piero Marrazzo, Presidente e Legale Rappresentante  
(*nel prosieguo Fondazione e Regione sono congiuntamente indicati anche come "Parti"*)

e

la **FONDAZIONE OPERATION SMILE ITALIA ONLUS**, con sede in Roma, Via Po n. 42, codice fiscale 97175550587 - persona giuridica riconosciuta, iscritta nel Registro delle persone giuridiche della Prefettura di Roma con il n. 393/2005 - nella persona del Presidente, Dott. Santo Versace (di seguito denominata anche 'Operation Smile Italia Onlus' o 'Fondazione')

**Premesso che**

- A. La Fondazione è un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale la quale:
1. promuove e realizzare ogni forma di iniziativa volta alla raccolta di fondi da destinare ad attività dirette o indirette di assistenza sanitaria e sociale nonché di cooperazione e di sviluppo nei confronti di quanti si trovino in stato di malattia, debolezza, emarginazione, sofferenza e bisogno, con particolare riferimento alle popolazioni dell'Africa, dell'Est d'Europa e del Medio-Oriente;
  2. seleziona e forma volontari - in particolare medici e paramedici - che offrano gratuitamente, ove occorra, la loro opera in interventi chirurgici e, comunque, da impiegare nelle attività istituzionali, in Italia ed all'Estero;
  3. organizza programmi di cooperazione per la formazione negli Ospedali dei Paesi in via di sviluppo, per uno scambio di esperienze e di tecniche nel campo della chirurgia plastica ricostruttiva, della chirurgia maxillo-facciale, di quella pediatrica e della assistenza infermieristica nonché per migliorare ed intensificare la qualità e gli scopi del servizio, delle

tecniche diagnostiche e dei trattamenti a disposizione di pazienti indigenti che necessitano di interventi di chirurgia plastica e maxillo-facciale altamente specializzati e che per complessità, unicità e difficoltà dei casi, potrebbero richiedere un approccio multidisciplinare;

B. Il Dott. Domenico Scopelliti, Presidente del Collegio dei Consiglieri Scientifici della Fondazione, ha ideato e presentato - a nome di Opération Smile Italia Onlus Fondazione - un progetto denominato "Smile House" (ALL.1 - d'ora innanzi "Progetto"), nel quale si propone di costruire un Centro di Eccellenza per la diagnosi e la cura delle malformazioni cranio-maxillo-facciali con lo scopo di trattare dette malformazioni, ma anche di svolgere attività di ricerca scientifica sulle nuove tecnologie chirurgiche e sulla genetica che determina le malformazioni medesime;

C. La Regione Lazio, nel condividere le finalità istituzionale della Fondazione e nel riconoscerne la valenza altamente sociale, intende contribuire all'attuazione delle medesime e, in particolare, porre in atto ogni iniziativa per realizzare il Progetto di cui alla lett. C.;

D. Le Parti hanno già avviato contatti e scambi finalizzati alla confluenza degli sforzi nella comune direzione dell'assistenza socio-sanitaria, della formazione nonché della ricerca clinica e con il presente atto intendono pertanto incrementare tale sinergica collaborazione finalizzata all'istituzione ed al potenziamento, nel lungo periodo, di un "Polo" regionale per la chirurgia ed il trattamento delle malformazioni cranio-maxillo-facciali che, radunando l'eccellenza del settore, raggiunga gli scopi e gli obiettivi meglio descritti nel Progetto e sviluppi nuove tecniche diagnostiche e di trattamento di dette malformazioni.

E. In considerazione di quanto premesso, è intento delle Parti addivenire alla sottoscrizione di un accordo che disciplini i termini principali di una collaborazione su progetti specifici;

**TUTTO CIÒ PREMESSO TRA LE PARTI SI CONVIENE E STIPULA  
QUANTO SEGUE**

## **ART. 1 - PREMESSE**

1.1 Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente protocollo.

## **ART. 2 - OGGETTO**

2.1 Le Parti, mediante la sottoscrizione del presente protocollo, si impegnano reciprocamente a collaborare, senza alcun fine di lucro, nell'ambito delle proprie attività istituzionali e nel contesto di progetti specifici e relativi alle attività istituzionali stesse. In particolare, esse si impegnano a porre in essere qualsivoglia azione che abbia lo scopo di:

- a) elaborare, sostenere e realizzare sul territorio della Regione Lazio protocolli diagnostici, terapeutici e tecniche di intervento, favorendo la multidisciplinarietà nell'ambito delle malformazioni cranio-maxillo-facciali e di tutte le patologie ad esse connesse;
- b) elaborare, sostenere e realizzare, in territorio regionale ed estero, attività e progetti di cooperazione sanitaria nei settori in cui la Fondazione opera nonché sviluppare e contribuire al progresso di iniziative in genere nel campo della salute e dell'assistenza;
- c) organizzare e sostenere laboratori, centri di ricerca, ambulatori ed ogni altra istituzione analoga, gestendo altresì finanziamenti assegnati a progetti di ricerca;
- d) preparare, organizzare e promuovere ogni iniziativa culturale, promozionale, ed educativa, compresa la formazione di personale medico e paramedico, atta a destare l'attenzione ed il sostegno anche economico di persone, istituzioni pubbliche e private di qualsiasi genere, verso le necessità e la qualità della vita di quanti siano affetti da malformazioni gravi ed invalidanti, con particolare riferimento a quelle cranio-maxillo-facciali;
- e) programmare ed organizzare, a sostegno dell'attività istituzionale, seminari, convegni, gruppi di lavoro a livello scientifico in Italia e all'estero.

**ART. 3 - MODALITÀ OPERATIVE DI ESECUZIONE DELL'ACCORDO [PROGETTI SPECIFICI]**

3.1 Le Parti concordano che lo scopo di cui all'art. 2 dovrà essere perseguito primariamente mediante la realizzazione, in Roma, di una SMILE HOUSE per l'assistenza superspecialistica nelle malformazioni cranio-maxillo-facciali, nella quale si svolga un'attività di formazione e di intervento multidisciplinare, nell'ambito delle patologie originarie, connesse e/o derivanti da dette malformazioni, sviluppando nuove sinergie con e tra le Università e le altre Istituzioni, Pubbliche e Private che ve ne abbiano interesse.

3.2 Le parti concordano altresì che, per quanto riguarda specificamente i Progetti di Intervento e di Formazione di natura umanitaria, gli stessi si distingueranno tra quelli da svolgersi all'Estero e quelli che - per l'impossibilità di intervento diretto sul territorio di provenienza dei bambini e del personale sanitario - si realizzeranno a Roma e, comunque, in strutture ospedaliere regionali.

3.3 Progetti specifici di intervento e di formazione umanitaria, non espressamente previsti nel presente accordo, potranno essere attivati di volta in volta, previo accordo tra le parti.

**ART. 4 - MODALITÀ OPERATIVE RELATIVE ALL'ESECUZIONE DEI PROGETTI SPECIFICI**

4.1 Per la realizzazione dei progetti di cui all'art. 3 del presente protocollo, nonché di ogni altro progetto che le Parti decideranno di avviare congiuntamente, sotto la vigenza del presente Accordo, ciascuna di esse metterà a disposizione le proprie competenze, le strutture cliniche e di laboratorio e/o il proprio personale, previa sottoscrizione di appositi contratti, finalizzati alla definizione dei singoli rapporti che intercorreranno tra gli enti aderenti al presente Protocollo d'intesa.

4.2 In particolare:

A) La REGIONE si impegna a:

- promuovere progetti di finanziamento che abbiano lo scopo di incrementare e potenziare la sinergica collaborazione con la Fondazione finalizzata all'istituzione, nel breve periodo, di una "Smile House" per

l'assistenza superspecialistica nelle malformazioni cranio-maxillo-facciali, secondo accordi che successivamente ed all'uopo verranno stipulati tra le Parti;

- mettere a disposizione spazi adeguati per favorire lo sviluppo della "Smile House";

**B) la FONDAZIONE si impegna a:**

- avviare ed incentivare ogni possibile e consentita campagna di raccolta fondi, da destinare al perseguimento delle proprie finalità istituzionali - così come rappresentate nello statuto e sinteticamente richiamate nella lett. A delle premesse del presente accordo - e, specificatamente, al finanziamento ed all'attuazione degli impegni che le deriveranno dal presente Protocollo e dagli atti da questo conseguenti.

#### **ART. 5 - PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ**

5.1 Ai fini di cui agli artt. 2 e 3 le Parti si impegnano ad elaborare una comune programmazione delle attività e a regolare, con successivi atti convenzionali, i reciproci rapporti organizzativi, gestionali ed economici.

#### **ART. 6 - RAPPORTI CON ALTRI SOGGETTI**

6.1 Il presente protocollo, previo consenso di tutte le Parti, potrà essere esteso a tutti quei soggetti pubblici e privati che, operando nell'ambito dell'attività chirurgica e della cura delle malformazioni cranio-maxillo-facciali ovvero delle patologie collegate e connesse, vi si riconoscano negli scopi e negli obiettivi ed intendano coinvolgersi direttamente o indirettamente nella realizzazione degli stessi.

6.2 Le parti si impegnano altresì a promuovere con ogni mezzo lo scambio culturale e scientifico fra i medici impegnati nello studio delle malformazioni cranio-maxillo-facciali ovvero delle patologie collegate e connesse e a supportare la divulgazione delle conoscenze scientifiche.

#### **ART. 7 - DURATA**

7.1 Il presente protocollo avrà durata di 5 anni.

7.2 Qualora le Parti ritengano opportuno rinnovare accordi di natura simile a quella del presente, si procederà alla sottoscrizione di un nuovo testo.

**ART. 8 - MODIFICHE**

8.1 Qualsiasi modifica a questo protocollo non sarà valida e vincolante ove non risulti da atto scritto firmato di comune accordo dalle Parti.

**ART. 9 - RISOLUZIONE**

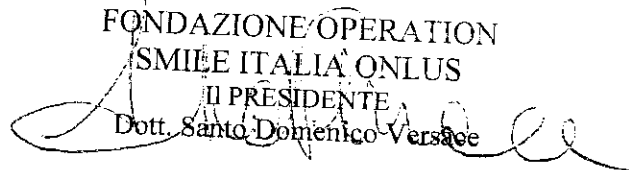
9.1 Le parti hanno facoltà di recedere dal presente protocollo in qualsiasi momento con preavviso scritto da comunicarsi almeno 180 giorni prima, mediante invio di lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

**ART. 10 - CLAUSOLA RESIDUALE**

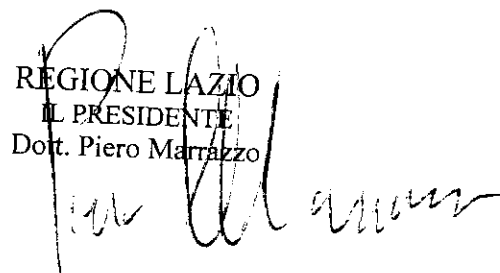
10.1 Per quanto non espressamente previsto nel presente contratto si fa riferimento alle norme di legge applicabili in materia.

Roma, 20 luglio 2007

FONDAZIONE OPERATION  
SMILE ITALIA ONLUS  
IL PRESIDENTE  
Dott. Santo Domenico Versace



REGIONE LAZIO  
IL PRESIDENTE  
Dott. Piero Marrazzo



**n-ter**  
■■■ Gestire per Progetti

**Progetto**

 *Smile House<sup>1</sup>*

**Ing. Carlo Notari, PMP®**  
**Dr. Alessandro Salvatore**  
**Ing. Walter Ginevri, PMP®**

---

<sup>1</sup> Logo e denominazione sono da considerarsi provvisori



### **Clausola di Confidenzialità**

Questo documento è di proprietà di "**n-ter sas di Carlo Notari & C**" che ne vieta la divulgazione e la riproduzione, parziale o totale, senza la sua previa autorizzazione scritta. L'uso delle informazioni contenute in questo documento è vietato al di fuori di contesti di attività specifiche condotte con il **Dr. Domenico Scopelliti**. "**n-ter sas di Carlo Notari & C**" tutelerà i propri diritti a rigore di legge. Tutti i marchi ed i nomi di prodotti riportati nel presente documento sono registrati e di proprietà delle rispettive Società.

### **Confidentiality Clause**

This document belongs to "**n-ter sas di Carlo Notari & C**", any diffusion and copy, even if partial, is forbidden except if specifically authorized in writing. The use of all information herein contained is forbidden outside the specific **Dr. Domenico Scopelliti** activity contexts. "**n-ter sas di Carlo Notari & C**" will protect its own rights according to the law. All product names and trademarks herein mentioned are registered and belong to the respective Companies.



## Document History

Revisione	Autore	Note
Rev. 0	Ing. Carlo Notari Dr. Alessandro Salvatore	Def. Impianto del documento e produzione. Produzione prima versione
Rev. 1	Ing. Carlo Notari	Cap. 1, 2, 3.2
Rev. 2	Ing. Carlo Notari	Appendici
Rev. 3	Ing. Walter Ginevri	Completamento cap. 2.4 e Appendice A
Rev. 4	Ing. Walter Ginevri	Inserimento cap. 2.5 e revisione strutturale
Rev. 5	Ing. Carlo Notari Dr. Alessandro Salvatore	Prima rilettura e modifiche
Final Draft	Ing. Carlo Notari	Seconda Rilettura e modifiche
Final Draft	Dr. Alessandro Salvatore	Parte Economico/finanziaria (cap 4 e 5)
Final Version	Ing. Carlo Notari	Revisione finale
Final Version	Dr. Domenico Scopelliti	Revisione finale
Versione AA	Ing. Carlo Notari	Versione finale Ufficiale

## Lista di distribuzione

Nome	Indirizzo e-mail
Ing. Carlo Notari	carlo.notari@n-ter.it
Dr. Alessandro Salvatore	ale.salvatore@virgilio.it
Ing. Walter Ginevri	walter.ginevri@fastwebnet.it
Dr. Domenico Scopelliti	domenico.scopelliti2@tin.it

## Approvazioni

Ruolo	Nome	Firma
Project Manager	Ing. Carlo Notari	
Committente	Dr. Domenico Scopelliti	

## INDICE

<b>INDICE DELLE FIGURE.....</b>	<b>8</b>
<b>1 CONTENUTI DEL PROGETTO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO E FINALITÀ STRATEGICHE.....</b>	<b>12</b>
2.1 OBIETTIVI OPERATIVI .....	12
2.2 LE ATTIVITÀ.....	15
2.3 MODELLO DI GESTIONE OPERATIVA.....	15
2.4 MODELLO ORGANIZZATIVO .....	18
2.5 MODELLO DI RIFERIMENTO PER LA GESTIONE DEI PROGETTI .....	23
<b>3 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....</b>	<b>25</b>
3.1 LA FORMA GIURIDICA .....	25
<b>3.2 LE FUNZIONI DIREZIONALI, LE AREE OPERATIVE E GLI ORGANI DI STAFF.....</b>	<b>32</b>
3.2.1 ASSEMBLEA DEI FONDATORI .....	33
3.2.2 IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE.....	34
3.2.3 IL PRESIDENTE E AMMINISTRATORE DELEGATO .....	35
3.2.4 IL COMITATO SCIENTIFICO OPERATIVO (CSO).....	36
3.2.5 I SISTEMI INFORMATIVI .....	40
3.2.6 LA DIREZIONE RISORSE UMANE .....	44
3.2.7 L'AREA SANITARIA.....	45
3.2.7.1 Program Management Attività Operative.....	46
3.2.7.2 Program Management Attività Paramediche .....	46
3.2.7.3 Resource Management Aree Specialistiche .....	47
3.2.7.4 Laboratorio di Analisi .....	48
3.2.8 L'AREA RICERCA E FORMAZIONE .....	49
3.2.9 RISK & QUALITY MANAGEMENT .....	50
3.2.10 COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE .....	53
3.2.10.1 Le azioni di fund raising .....	53
3.2.10.2 Marketing e Comunicazione esterna .....	61
3.2.10.3 I rapporti con Operation Smile.....	61
<b>4 PIANIFICAZIONE ECONOMICA E FINANZIARIA.....</b>	<b>63</b>
4.1 PREMESSA.....	63
4.2 LE RISORSE E LE VOCI DI COSTO .....	64
RISORSE MATERIALI E ATTREZZATURE .....	64
RISORSE UMANE .....	65
ALTRI COSTI.....	66
4.3 CLASSIFICAZIONE E SCHEMA GENERALE DEI COSTI .....	67
4.4 COSTI DI INVESTIMENTO .....	68
4.5 COSTI DI GESTIONE.....	69
I COSTI DEL PERSONALE.....	69
ALTRI COSTI.....	74



4.6	RICAVI .....	76
4.7	I COSTI PER L'ATTIVITÀ PRIVATA .....	79
4.8	PRIME IPOTESI DI EQUILIBRIO ECONOMICO .....	79
4.9	VALUTAZIONE FINANZIARIA DELLE IPOTESI .....	83
4.10	L'OPZIONE LEASING .....	87
4.11	DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO FINANZIARIO .....	93
5	CONCLUSIONI: PRIME VALUTAZIONI DI FATTIBILITÀ .....	94
APPENDICE A: ALLINEARE LA STRATEGIA AI PROGETTI .....		96
	IL BALANCED SCORE CARD .....	98
	L'APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO .....	100
APPENDICE B: PROGETTAZIONE DEL BALANCED SCORECARD .....		102
APPENDICE C: IL PROGETTO DRIVE .....		107
	SCHEDA 1 – IL PROGETTO DRIVE .....	107
	SCHEDA 2 – CRITICITÀ NEGLI OSPEDALI .....	109
	SCHEDA 3 - IL CARRELLO INTELLIGENTE .....	111
	SCHEDA 4 – I RISULTATI PRELIMINARI DELLA SPERIMENTAZIONE .....	112
	SCHEDA 5 - IL SISTEMA INTEGRATO DI LOGISTICA .....	114
	SCHEDA 6 - LA LOGISTICA COLLABORATIVA DI DRIVE DAL PUNTO DI VISTA DELLE AZIENDE: L'ESPERIENZA DI ASTRAZENECA E GLAXOSMITHKLINE .....	115
APPENDICE D: BIBLIOGRAFIA .....		117

## Indice delle figure

Figura 1: Definizione dei parametri di base di un progetto .....	13
Figura 2: Le dimensioni dell'obiettivo strategico .....	14
Figura 3: Diagramma a stella delle 6 dimensioni del progetto .....	14
Figura 4: Esempio di fasi e processi.....	17
Figura 5: Struttura organizzativa "triangolare" e relativo organigramma .....	18
Figura 6: Dalla Strategia al Progetto .....	19
Figura 7: Un esempio di struttura organizzativa EPM .....	20
Figura 8: Metodologia PM.....	24
Figura 9: Visualizzazione strutturale dei contenuti .....	24
Figura 10: La Struttura di Smile House .....	32
Figura 11: Organigramma di Smile House .....	33
Figura 12: I Processi del Comitato Scientifico Operativo (CSO) .....	37
Figura 13: La curva degli incentivi .....	39
Figura 14: I Sistemi Informativi .....	40
Figura 15: Area Sanitaria e sue componenti.....	45
Figura 16: Organigramma Area Sanitaria .....	45
Figura 17: Area Ricerca e sue componenti .....	49
Figura 18: Organigramma Area Ricerca .....	49
Figura 19: Confronto costi del personale.....	74
Figura 20: Confronto altri costi (ipotesi al minimo) .....	75
Figura 21: Confronto altri costi (ipotesi al massimo).....	76
Figura 22: Ricavi per tipologia .....	78
Figura 23: Ricavi, Costi e Risultato Operativo (ipotesi al minimo) .....	81
Figura 24: ROI e ROS (ipotesi al minimo) .....	81
Figura 25: Ricavi, Costi e Risultato Operativo (ipotesi al massimo) .....	82
Figura 26: ROI e ROS (ipotesi al massimo).....	83
Figura 27: Costi Operativi locazione (ipotesi al minimo) .....	90
Figura 28: Costi Operativi locazione (ipotesi al massimo).....	90
Figura 29: Esempio di processo globale per la gestione di programmi e progetti...96	
Figura 30: Sistema BSC in <i>Smile House</i> .....	103
Figura 31: Matrice Costo-Rilevanza per la scelta dei KPI.....	105
Figura 32: Visione di insieme del progetto DRIVE; il Modulo Trust è trasversale a tutto il processo e pervade tutto il sistema.....	109
Figura 33: Abbattimento percentuale del rischio di errore dovuto all'introduzione del Carrello Intelligente .....	112

## 1 CONTENUTI DEL PROGETTO

Questo documento riguarda la progettazione di un **Centro di Eccellenza** per lo studio e la cura delle malformazioni **cranio-maxillo-facciali**<sup>2</sup>. Al progetto abbiamo assegnato il nome provvisorio "**Smile House**", perché ci piace l'idea di lavorare con altre persone al progetto di una CASA dove portare il sorriso sul volto dei pazienti. Tutto ciò nasce da una triplice esigenza:

- dare una risposta a questo tipo di patologie, attraverso una **struttura** altamente **focalizzata e specializzata**, indirizzata sia ai **pazienti dell'area nazionale** (dove, ad oggi, non esiste una realtà che tratti, con l'utilizzo di strutture dedicate e con continuità durante le fasi della crescita, tutti gli aspetti di questo tipo di malformazioni), che a quelli **dei paesi più svantaggiati**, dove si vuole dare seguito alle cure già effettuate in loco attraverso strutture umanitarie quali OperationSmile;
- studiare e diffondere le cosiddette **best practices** ("migliori prassi") in materia, attraverso la costituzione di una **Alta Scuola di Chirurgia** (aperta a chirurghi italiani e stranieri) e attraverso una **struttura di ricerca** che si occupi sia di nuove **tecniche e tecnologie chirurgiche** che di **genetica**;
- spostare il baricentro scientifico/assistenziale della struttura da una concezione *patient centric* ad una concezione **person centric**, puntando al miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei professionisti che lavorano in *Smile House*.

La progettazione qui proposta si articola attraverso una descrizione dettagliata degli **obiettivi**, del **modello di gestione operativa** proposto, delle **tecniche e degli strumenti** che ci si propone di utilizzare per il disegno della **struttura organizzativa**, della **veste giuridica** da assegnare alla struttura, per finire con una valutazione delle problematiche di **fund raising**, dei **costi di realizzazione del progetto** e delle **condizioni di equilibrio economico**.

I principi fondamentali sui quali è basato il progetto sono essenzialmente i seguenti:

- al **centro** di ogni attività c'è la **persona-paziente** che, in quanto portatrice di patologia (e, quindi, in condizioni di debolezza), è bisognosa non solo di cure specifiche ma anche di cure psicologiche, in un ambiente che sappia sostenerla verso la guarigione;
- la qualità del servizio reso alle persone-pazienti è in massima parte responsabilità delle **persone-professionisti** che hanno, quindi, bisogno di essere coinvolte nella missione e di operare in un ambiente di lavoro il più possibile sereno ed appagante dai due punti di vista: personale e professionale;

---

<sup>2</sup> Gli obiettivi operativi sono descritti in dettaglio al paragrafo 2.1  
©2006, n-ter – Confidential & Proprietary

- l'eccellenza scientifica si raggiunge attraverso l'impegno delle risorse migliori, che sono attratte dalle strutture in cui vengono utilizzate le **tecnologie più avanzate** e dove è alto l'**investimento in ricerca**;
- ogni **risultato** raggiunto, scientificamente validato, deve diventare patrimonio di tutto il mondo scientifico e bisogna darne, quindi, **massima diffusione**.

L'attuazione di questi principi richiede l'applicazione di modelli organizzativi, strumenti e metodologie che permettano di superare tutte le problematiche di settore che un approccio tradizionale lascerebbe irrisolte. Ad esempio, i non sempre facili rapporti tra Direzione Finanziaria e Direzione Sanitaria e tra questa ed il personale medico e paramedico, il non sempre sereno rapporto tra le professionalità della struttura ospedaliera (medici e paramedici) e il paziente, l'atmosfera molto spesso grigia e poco accogliente delle strutture sanitarie, etc.

Allo scopo di favorire, a regime, l'evoluzione del modo di lavorare e degli stessi contenuti del lavoro, è essenziale affrontare le **problematiche relative al cambiamento** presenti sia nel background culturale del personale esperto che in quello del personale alla prima esperienza lavorativa.

*"Il cambiamento persiste quando diventa traducibile in "qui da noi si fa così", quando pervade cioè l'intera organizzazione. Finché non sono radicati nelle norme sociali e nei valori condivisi dell'organizzazione, i nuovi comportamenti sono esposti al degrado non appena vengono meno le pressioni per il cambiamento"*  
(J.P. Kotter)

Non è quindi sufficiente progettare il cambiamento ed intraprendere il processo per realizzarlo, ma è anche necessario sostenerlo finché non diventi parte della **cultura aziendale**.

Una delle chiavi per il successo consiste nel creare una coalizione di governo all'interno dell'azienda, sufficientemente forte, in grado di governare e sostenere questo processo.

Uno dei compiti più critici per i promotori del cambiamento consiste nel definire prima e comunicare poi una visione per il futuro comprensibile ed attraente per tutti gli stakeholder.

Dalla corretta comunicazione dipende il coinvolgimento delle persone e, talvolta, un interlocutore esterno con adeguate competenze può essere un utile punto di riferimento e di consulenza per assistere la "coalizione interna" promotrice del processo sia nella fase di definizione della visione, sia in quella di definizione e di sviluppo del programma di comunicazione interna e del processo di cambiamento.

L'enfasi data al **Comitato Scientifico Operativo** (CSO), come l'adozione di un modello di **Enterprise Project Management** in cui alla cultura del controllo si sostituisca la cultura della diffusione e condivisione degli obiettivi strategici, l'adozione di strumenti come il **Balanced Scorecard** per la determinazione della performance organizzativa e dei processi e di una strutturata e ben definita **gestione del rischio clinico**, intendono proprio contribuire a risolvere questo tipo di problematiche.

Smile House significherà anche, da un lato, prevedere **momenti di dialogo** tra medico, paziente e parenti e dall'altro riservare spazio ai **giochi** dei pazienti più piccoli, come ai **momenti di relax** per i più grandi, ricorrendo anche a metodologie ormai collaudate, come, ad esempio, la **clownterapia**.

L'**attenzione ai costi** e la loro conseguente **ottimizzazione** non sarà tradotta in rinuncia a livelli di servizio ma in **rinuncia agli sprechi** (l'introduzione del **sistema Toyota<sup>3</sup>** sarà determinante per il raggiungimento di questo obiettivo) e in corretta valutazione del **ritorno, non solo economico, degli investimenti** operati. L'approccio alla ottimizzazione dei costi e degli investimenti dovrà partire da una **razionalizzazione dell'uso delle risorse a livello territoriale**.

Ad esempio, perché creare un altro Laboratorio di Analisi, magari completo, quando può bastare la vicinanza logistica (oggi neanche tanto stretta, grazie alle tecnologie di comunicazione e trasporto a disposizione) ad una struttura già esistente e sperimentata? Perché non creare sinergie con altre strutture sanitarie e con il sistema territoriale di erogazione dei servizi di analisi, suddividendo le spese dei macchinari più costosi (TAC, REM, etc.)? Si potrebbe anche pensare di collocare le strutture di *Smile House* non in vicinanza ma unite ad un complesso sanitario esistente. In tal modo, in entrambe le strutture si conterrebbero i costi e si ottimizzerebbe l'uso delle risorse, pur nel rispetto dell'indipendenza di ciascuna.

In conclusione, immaginiamo una struttura sanitaria di **eccellenza scientifica** a livello internazionale, con una cultura d'azienda ispirata alla condivisione degli obiettivi strategici, con una forte attenzione per le **esigenze e le aspettative delle persone** e per il **contenimento e l'ottimizzazione dei costi**.

<sup>3</sup> Vedi par. 3.2.9

## 2 OBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO E FINALITÀ STRATEGICHE

### 2.1 Obiettivi operativi

L'obiettivo di "Smile House" è quello di costruire un **Centro di Eccellenza per la diagnosi e la cura delle malformazioni cranio-maxillo-facciali**, perseguendo la propria "Visione"<sup>4</sup>, ad esempio:

**Dare la possibilità di un sorriso ad ogni bambino in ogni momento della sua vita**

L'idea nasce dall'esigenza di creare una struttura polispecialistica dedicata al trattamento delle malformazioni cranio-maxillo-facciali.

Attualmente tali patologie sono trattate o presso ospedali pediatrici o presso vari centri di chirurgia maxillo-facciale e/o neurochirurgia, con collaborazioni sporadiche ed occasionali.

I centri di chirurgia pediatrica, peraltro, prendono in cura bambini fino a 12 anni in media, per cui, poiché molte di queste patologie determinano alterazioni nel corso della crescita, non esiste una continuità tra le cure prestate presso questi centri e le strutture che dovranno intervenire nelle epoche successive di crescita. Cosa ancor più grave è, che in virtù di questa discontinuità, il più delle volte non è possibile seguire alcuno dei protocolli terapeutici divenuti ormai internazionali.

Da una prima analisi del territorio italiano allo stato attuale non esiste una struttura che svolge le attività così come descritte nel seguito dal presente progetto e i centri che sono stati creati, non presentano tutte le caratteristiche in termini di completezza di servizi che tale progetto si propone.

Il problema è ancora più evidente nelle regioni centro-meridionali dove non esiste alcuna struttura in grado di svolgere in modo continuativo e coordinato tali attività.

Il Centro adotterà i principali protocolli internazionali previsti per tali patologie in linea con il programma Eurocleff ed Eurocran, che definiscono i requisiti minimi necessari per la costituzione ed il riconoscimento dei Centri di Eccellenza Europei. Inoltre, la struttura sanitaria oggetto del presente progetto, una volta a regime, si preparerà per ottenere, nel giro di un triennio, l'accreditamento di eccellenza alla **Joint Commission International** che esprime una valutazione precisa ed indipendente di come una struttura sanitaria riesca a mettere a disposizione del Paziente competenze e qualità nella cura.

<sup>4</sup> Enunciazione provvisoria. L'enunciazione della "visione" dovrà costituire una delle prime attività per la costruzione di "Smile House".

Al centro, quindi, delle attività della struttura sanitaria in oggetto ci sarà, dicevamo, il trattamento delle malformazioni cranio-maxillo-facciali. Ciò nella accezione più ampia, nel senso che il Centro di cui si parla non si occuperà solo della fase di cura, ma anche dell'ambito della ricerca sulle nuove tecniche chirurgiche e sulla genetica che determina questo tipo di malformazioni. Non verrà, inoltre, come vedremo, trascurata la formazione, sia sulle tecniche chirurgiche (con particolare attenzione alla formazione del personale medico anche proveniente dai paesi più svantaggiati), che sull'assistenza ospedaliera e sulla relazione con il paziente.

All'interno del Centro verranno, inoltre, convogliate le attività umanitarie della Fondazione "Operation Smile Italia", svolte nei paesi in via di sviluppo, operando bambini con malformazioni cranio-maxillo-facciali e provvedendo alla formazione professionale (oggi svolta in loco) dei medici locali. Per quanto riguarda gli standard medici, sarà, in particolare, adottata la risoluzione del "Global Medical Standards" meeting di "Operation Smile" del 11-14 febbraio del 2006.

Il progetto prevede, per quanto riguarda le attività di ricerca, una convenzione con l'Università "La Sapienza" di Roma ed in particolare con la Cattedra di Chirurgia maxillo-facciale in modo da sviluppare con la loro collaborazione progetti di ricerca specifici nel campo delle malformazioni e diventando altresì un centro di alta formazione professionale.

Nel definire la dimensione degli obiettivi, andrà contestualmente definita la dimensione di alcuni parametri base che possono essere identificati in:

- a. posizionamento e contenuti rispetto ad analoghe strutture sanitarie presenti sul territorio (europeo, nazionale, sub-nazionale e locale)
- b. esigenze ed aspettative dell'utenza potenziale della struttura in esame.
- c. potenzialità della struttura in esame in termini di capability (abilità) tecniche, produttive (interventi/anno) e di accoglienza.

Tutto ciò significa, alla fine, dimensionare correttamente il triangolo:



Figura 1: Definizione dei parametri di base di un progetto

Un corretto dimensionamento dovrà avvenire attraverso una valutazione iniziale della triade di parametri "tempi - costi - livello di servizio", che andrà poi monitorata, valutata e modulata lungo l'intero arco dello sviluppo dei progetti, per tenere in costante allineamento gli obiettivi strategici con i progetti di tutta la struttura organizzativa.

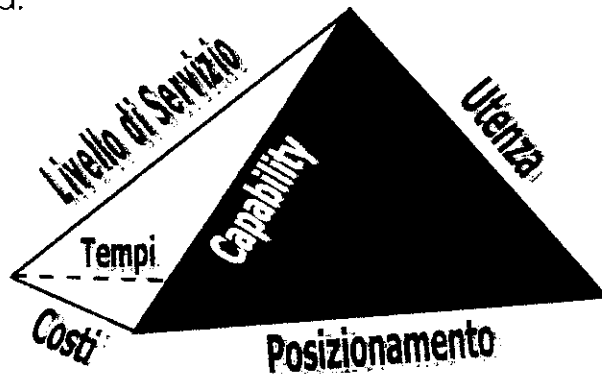


Figura 2: Le dimensioni dell'obiettivo strategico

La piramide di fig. 2, rappresenterà allora la dimensione dell'obiettivo strategico della struttura organizzativa. Potremo anche rappresentare i parametri, nel loro dimensionamento, attraverso un diagramma a stella del tipo seguente:

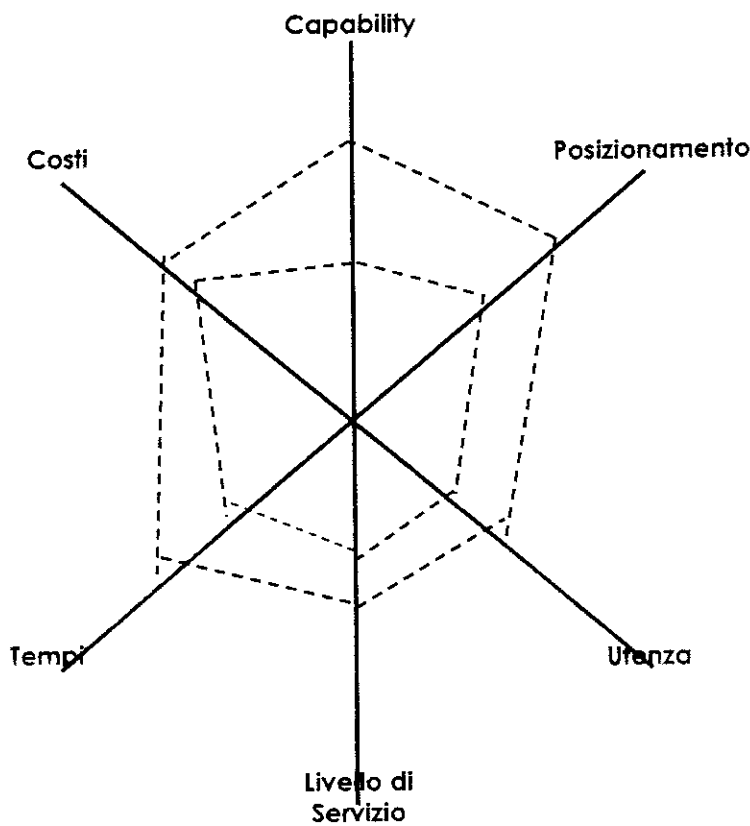


Figura 3: Diagramma a stella delle 6 dimensioni del progetto

Nel diagramma di fig. 3, la linea tratteggiata in verde potrebbe, ad esempio, rappresentare il risultato cui tendere per ciascuno dei parametri, mentre la linea tratteggiata rossa, nell'esempio rappresenterebbe la situazione attuale del progetto con i relativi scostamenti dall'obiettivo.

Quindi per rappresentare quantitativamente l'obiettivo dovremo innanzitutto stabilire la scala per ogni linea di misura di ciascun parametro della triade Utente-Posizionamento-Capability e poi regolare il giusto livello di servizio e calcolare il conseguente investimento in termini di costi e tempi. Alla fine avremo un diagramma a stella per ogni area dell'ospedale (chirurgia, ricerca, formazione, etc.) , ognuno dei quali contribuirà alla costruzione del diagramma relativo a tutto il progetto.

## 2.2 Le attività

Il Centro prevede la presenza di specialisti delle seguenti aree:

- Chirurgia maxillo facciale
- Chirurgia plastica
- Neurochirurgia
- Otorinolaringoiatria
- Anestesiologia
- Pediatria
- Odontostomatologia
- Ortodonzia
- Foniatria
- Radiologia
- Psicologia
- Counseling
- Oftalmologia
- Genetica
- Neurologia

## 2.3 Modello di Gestione Operativa

Gestione operativa significa essenzialmente gestione dei **processi**, ovvero di "quell'insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita fornendo valore aggiunto". [ Norma UNI EN ISO 9000:2000 ].

Nel nostro caso, siamo di fronte ad un'azienda (*Smile House*) che fornisce servizi in un particolare settore sanitario. Ciò vuol dire che il processo generale vedrà una serie di **richieste/aspettative in entrata (input)** che dovranno essere soddisfatte attraverso una serie di attività/elaborazioni/trasformazioni per l'ottenimento di un **risultato** molto specifico relativamente alle necessità del richiedente (**output**), ma assolutamente ottenibile attraverso una **scomposizione** intelligente dei macro processi in processi più indirizzati e più gestibili. In altre parole, se il processo generale richiesto a *Smile House* trasforma il paziente affetto da malformazione in persona senza malformazioni, possiamo senz'altro progettare questo macro processo passando attraverso (ad esempio) il processo di accettazione ospedaliera (di tipo sanitario/amministrativo), il processo di visita medica, quello di diagnosi, quello di definizione della terapia (tutti di tipo medico), quello, eventuale, di intervento chirurgico (di tipo medico/chirurgico) e così via, considerando tutte le aree della struttura organizzativa (ad es.: i Sistemi Informativi, la Direzione Amministrativa, etc.) che concorrono per l'ottenimento del risultato finale, ancorché sconosciuti, sia come problematica che come servizio, dal principale attore: la persona-paziente-cliente.

Proviamo, allora, a titolo esemplificativo, a descrivere, partendo dalle macro-fasi e poi dalla descrizione dell'input e dell'output, il macro-processo di ricovero, intervento e controlli di un paziente-tipo della struttura sanitaria.

Le fasi di quello che possiamo definire un **progetto complesso**, partono dall'esame preliminare del paziente (la **visita**), per passare ad una prima progettazione che definisca dall'**approccio alla cura** alla **determinazione del costo** (paziente in regime di convenzione, paziente pagante). Successivamente avremo la fase di **progettazione esecutiva**, con la definizione dettagliata del tipo di intervento e delle risorse materiali e umane coinvolte. Si approderà così alla **esecuzione** dell'intervento e poi ai successivi **controlli**. In input, trattandosi di una malformazione da curare, avremo una **struttura corrotta** (la malformazione in sé come deformazione strutturale, piuttosto che come lesione) ed una **funzionalità compromessa** (masticazione, estetica, psicologia, etc.), in output la soluzione dei due macro-problemi (strutturali e funzionale) e una valutazione della qualità del processo basata su criteri predefiniti.

Il processo sarà costituito da una **serie di attività**. Nel nostro caso, ad esempio: la preparazione della strumentazione necessaria, l'attrezzaggio della sala operatoria, la scelta delle competenze da coinvolgere, il tempo prevedibile di intervento, le prenotazioni di risorse materiali e personale, la rilevazione dei tempi delle varie fasi di intervento, il filmato dello stesso a fini educativi, etc.

Potremmo allora rappresentare l'intero macro-processo come in figura seguente, dove l'elenco delle fasi, di quanto in input ed in output al processo e delle attività, sono, evidentemente, puramente indicativi. Lo schema, nel suo insieme rappresenta un ottimo "input" per la definizione dei processi di "Smile House".

Situazione Iniziale	PROCESSO / INTERVENTO (Attività in sequenza)	Risultato
Struttura e Funzionalità compromesse. Criteri valutazione Qualità		Struttura e Funzionalità ristabilite (come sarà). Valutazione Qualità
<b>1</b> <b>Esame preliminare</b>	Visita al paziente. Prima valutazione patologia, prognosi e cura (possibile/non possibile/rischio)	
<b>2</b> <b>Studio di Fattibilità</b>	Valutazione risorse necessarie e loro disponibilità (strumentazione, competenze, tempi, tecnologie, etc.)	
<b>3</b> <b>Progettazione esecutiva</b>	Quantificazione, programmazione risorse. Dettaglio attività (ad es., modalità intervento)	
<b>4</b> <b>Esecuzione / Controlli</b>	Allocazione risorse ed esecuzione intervento. Ripresa firmata (anche per education), rilevazione tempi	
<b>5</b> <b>Chiusura</b>	Rianimazione post-operatoria, ridefinizione prognosi e cura post-operatoria.	

Figura 4: Esempio di fasi e processi

La definizione della Gestione Operativa di *Smile House* passa proprio attraverso la definizione dei processi e delle strutture a supporto del corretto funzionamento. Progettare, quindi, la struttura organizzativa vorrà dire progettare prima di tutto i processi insieme agli specialisti di ciascuna area, definirne i parametri per la valutazione delle performance e definire le modalità di controllo della qualità e del miglioramento continuo. Nei prossimi paragrafi saranno affrontate più nel dettaglio queste problematiche con la proposta di soluzioni e strumenti innovativi.

## 2.4 Modello Organizzativo

Le organizzazioni sono composte da persone o gruppi di persone tesi a raggiungere obiettivi comuni, attraverso una suddivisione del lavoro ed una integrazione di processi decisionali basati sull'informazione.

La **progettazione organizzativa** ha il compito preciso di disegnare la migliore struttura atta a favorire il raggiungimento degli obiettivi di un'organizzazione; tutto ciò, attraverso la strutturazione dei compiti e degli sforzi congiunti degli individui che ne fanno parte. Anche le problematiche organizzative, per la complessità intrinseca che le caratterizza, devono essere approcciate tramite una suddivisione in componenti più semplici, ad esempio grazie ad una ripartizione del lavoro rappresentata in genere nei cosiddetti *organigrammi*.

Alla base di una buona progettazione organizzativa, vi sarà quindi una buona divisione del lavoro ed un buon coordinamento delle mansioni risultanti. Inoltre, la teoria di *contingency* della progettazione organizzativa ci dice che **non esiste una unica e definita serie di principi da seguire**, ma ciascuna organizzazione dovrebbe sviluppare una propria struttura coerentemente alle proprie caratteristiche interne e ai rapporti che ha stabilito con l'ambiente esterno. Non esistono, quindi, schemi e ricette valide per tutte le realtà, ma concetti di base ed orientamenti generali che faranno da supporto al disegno e alla messa in opera di un'organizzazione.

Nella bibliografia classica, "*strutturare una organizzazione*" vuol dire "*Allocare ruoli e meccanismi di tipo amministrativo, creando una rete di attività lavorative collegate, in modo da consentire all'organizzazione di condurle, coordinarle e controllarle*"<sup>5</sup>. Quindi, tutto ciò non comporterà solo distribuzione e assegnazione di responsabilità ed autorità, ma anche la definizione dei processi gestionali necessari allo sviluppo delle operazioni e dei progetti intrapresi dall'organizzazione.

Noi siamo oggi abituati a vedere le strutture organizzative in una dimensione triangolare, dove l'altezza ed il lato di base sono delle più svariate dimensioni in dipendenza dei livelli gerarchici in gioco (vedi figura).



Figura 5: Struttura organizzativa "triangolare" e relativo organigramma

<sup>5</sup> (J.H. Jackson & C.P. Morgan, "Organization Theory: a Macro Perspective for Management", Prentice-Hall, 1978)

Si tratta di strutture organizzative di tipo gerarchico-triangolare basate su una **rigida ripartizione dei ruoli** e quindi su uno stretto controllo delle operazioni e dei progetti, essenzialmente attraverso la triade di parametri "tempi-costi-qualità".

Se guardiamo all'attuale realtà, in particolare a quella delle aziende sanitarie, ci troviamo di fronte a continue variazioni del contesto esterno che richiedono un tempestivo riallineamento in termini di potenziale di spesa (ad esempio, per effetto dei regimi di austerità instaurati a livello di spesa pubblica). Quanto più è rigida la struttura organizzativa, tanto più è difficile essere reattivi, specie se non si è stati proattivi e saggi nella definizione dei budget di spesa. Alla fine, si assiste spesso ad un conseguimento dell'obiettivo finanziario a scapito delle strategie aziendali, che risultano così compromesse, sia a livello di capacità di cura, sia per quanto attiene all'efficacia del servizio.

Occorre quindi, coniugare il disegno organizzativo con la peculiarità e con la specificità del contesto e degli obiettivi da perseguire, cercando di implementare una struttura organizzativa in cui gli obiettivi strategici prefissati possano costituire un parametro trasversale per i progetti che a quella struttura fanno riferimento; un parametro sensibile, monitorabile e tale da poter essere a sua volta declinato con gli interventi economico-finanziari.

Allora perché non partire proprio dai progetti ed organizzare la struttura in un contesto di "Gestione per Progetti", implementando quindi un "**Enterprise Project Management**", ovvero una struttura organizzativa **flessibile, proattiva e reattiva** che sia capace di operare in una dimensione di efficienza ed efficacia propria della "Gestione per Progetti". Ma quale è il principio di base di un tale approccio progettuale all'organizzazione che lo differenzia da quello tradizionale?

Una struttura disegnata in conformità con i principi dell'**Enterprise Project Management** può essere rappresentata dalla figura sottostante. Essa è di fatto basata sugli obiettivi e sulla loro condivisione a tutti i livelli di responsabilità.

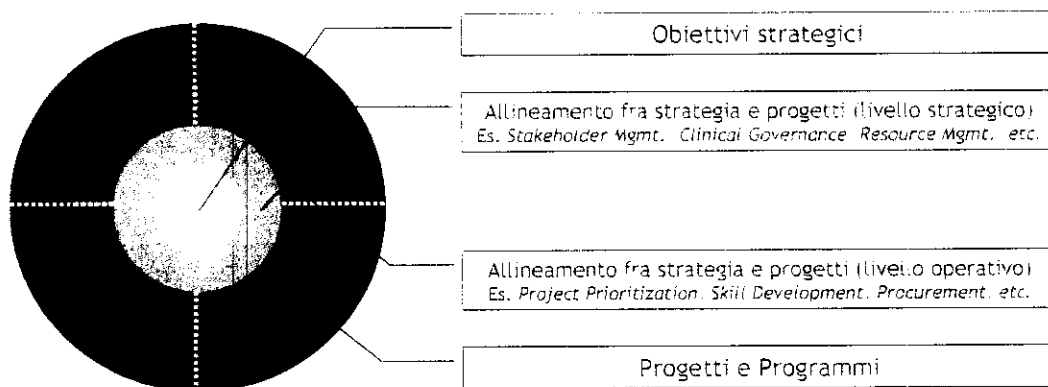


Figura 6: Dalla Strategia al Progetto<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Libera interpretazione da: P.C. Dinsmore, "Winning in Business with Enterprise Project Management", AMACOM, 1999

Da notare come l'evoluzione rispetto allo schema organizzativo tradizionale non sia riducibile unicamente alla differenza fra una struttura triangolare costruita attorno ad un vertice ed una di tipo "circolare" che pone al centro gli elementi fondativi di un'organizzazione (visione, missione, strategia ed obiettivi).

Il vero elemento distintivo che la figura soprastante mette in evidenza è un altro: quello di evolvere da una classica scomposizione per funzioni (personale, acquisti, etc.) ad una struttura basata su **funzioni di raccordo** (*linking functions*) ovvero su unità organizzative che, oltre ad avere la responsabilità di presidiare processi fondamentali quali la ricerca, lo sviluppo del personale e così via, siano accomunate da un obiettivo comune: quello di assicurare che il **legame (link) fra la strategia ed i progetti** sia mantenuto integro e coerente nel tempo.

Ovviamente, anche fra le funzioni di raccordo esiste poi un'articolazione su almeno due livelli: un **livello di indirizzo strategico**, che ha il compito di stabilire e mettere in atto le politiche di gestione per tutto ciò che costituisce un "valore" per l'organizzazione, ovvero le risorse umane ed economiche, le competenze, i clienti, i partners e così via; un secondo **livello di indirizzo operativo** che, facendo proprie le politiche di cui sopra, deve operare "in presa diretta" con le strutture di progetto fornendo tutti i servizi finalizzati a massimizzare l'efficienza e l'efficacia delle stesse: il governo del portafoglio progetti, il supporto ai processi logistici e di *procurement*, piuttosto che la gestione dei processi di comunicazione e di sviluppo professionale, rientrano nell'ambito di competenza di questo specifico livello.

Il concetto di organigramma come mappa della struttura organizzativa potrebbe così essere rimpiazzato da strutture del tipo esemplificato in fig. 7:

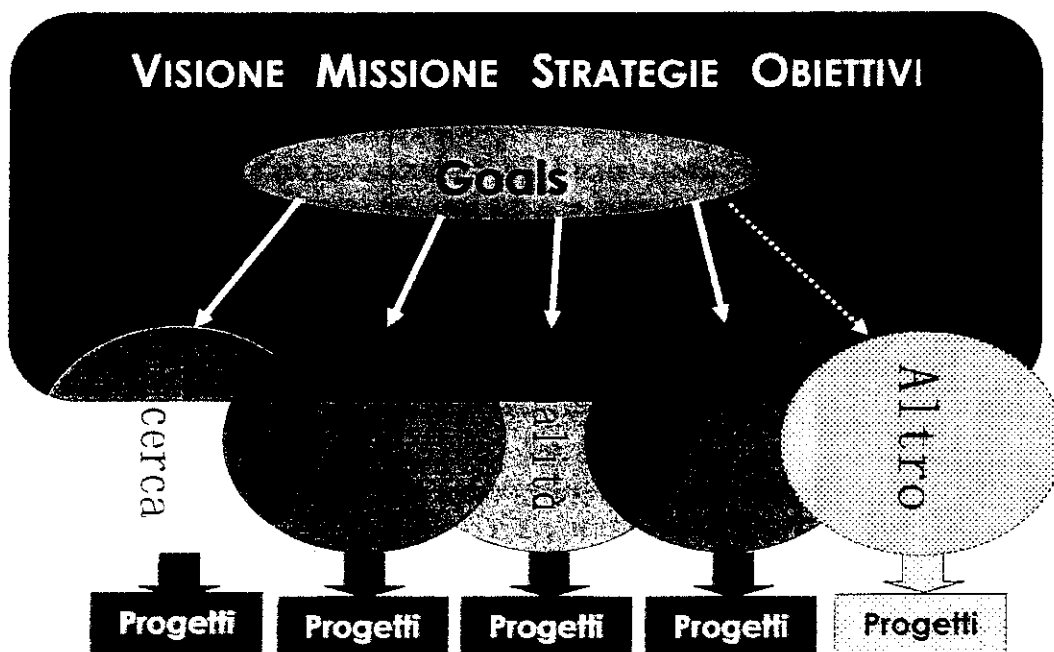


Figura 7: Un esempio di struttura organizzativa EPM



Ciò che viene rappresentata infatti non è una gerarchia di ruoli, bensì una gerarchia di contenuti, che rappresentano i veri driver organizzativi costruiti intorno agli obiettivi strategici. Noi, comunque utilizzeremo anche la rappresentazione tradizionale (per organigrammi) per chiarezza di esposizione.

In buona sostanza, se è vero che i progetti non sono altro che lo strumento principale con cui tradurre in risultati gli obiettivi strategici di un'organizzazione, è l'organizzazione stessa che deve plasmare su tale principio la propria struttura, sia di governo che di tipo operativo. Tutto ciò, avendo non solo l'obiettivo di rendere i servizi più rispondenti ai bisogni dell'utenza, ma anche quello di garantire, in un contesto multiprogetto e in continuo divenire, un reale Ritorno sugli Investimenti (ROI), non solo in termini economici, ma anche scientifici, sociali, etc.

A differenza delle strutture organizzative di tipo tradizionale, una struttura organizzata "per progetti", favorisce inoltre lo sviluppo culturale delle persone che vi lavorano e, di conseguenza, un modo di pensare ed agire di tipo progettuale: le persone tenderanno a fare le cose pensando in termini di progetto, acquisendo familiarità con i concetti e le tecniche del Project Management.

"L'Enterprise Project Management è basato sul concetto che la maggior parte delle energie manageriali è spesa nello sviluppo, nella pianificazione e nell'implementazione di un Portfolio di progetti, in contrapposizione all'esecuzione di operazioni ripetitive"<sup>7</sup>.

Le strutture organizzative sono state progettate in modo da favorire la **spinta motivazionale**<sup>8</sup>: ogni persona che opera in una struttura così organizzata vede il proprio lavoro come un susseguirsi di progetti (siano essi di sviluppo di strategie, piuttosto che di cura dello specifico paziente o di gestione amministrativa, etc.) il cui successo è strettamente legato al proprio contributo di competenze.

Da tutto quanto detto, viene facile da comprendere come tutto si basi sulla **diffusione/condivisione degli obiettivi** e sulla **qualità della comunicazione** (interna ed esterna). Non esiste più, in un tale contesto, il **concetto tradizionale di controllo** che prevede, o fa immaginare a chi lavora, l'esistenza di un sistema di premi e punizioni.

Si stimoleranno invece energie positive tese al raggiungimento degli obiettivi e la misurazione della performance sarà vista come misurazione della distanza dall'obiettivo, per l'attivazione di un sistema di miglioramento continuo. Si tratta, quindi, di diffondere nell'organizzazione una cultura di tipo *performance-oriented*, creando nel contempo **un ambiente più orientato all'apprendimento che non al controllo**.

<sup>7</sup> P.C. Dinsmore, "Winning in Business with Enterprise Project Management". AMACOM, 1999

<sup>8</sup> Vedere Appendice A

Trattandosi di un modello organizzativo che si caratterizza certamente per la discontinuità rispetto agli approcci tradizionali, è comunque necessario stabilire dei **solidi "ancoraggi" metodologici**, sia in fase di costruzione dell'impianto, sia in quella di avvio e messa a punto del modello stesso.

In tale contesto, gli elementi sui quali poggiare le fondamenta di un edificio organizzativo "non piramidale" e quanto più vicino alle cosiddette "**learning organizations**", sono così sintetizzabili:

- a. **Un sistema di processi in grado di tracciare l'intero percorso progettuale**, non limitandosi quindi alle fasi di *delivery* di una soluzione, bensì includendo tutte quelle fasi cosiddette di *front-end* attraverso cui le idee progettuali vengono definite a partire dagli obiettivi strategici per essere poi selezionate e tradotte in proposte di intervento vere e proprie. Requisito fondamentale che tale sistema deve garantire è quello di garantire il costante allineamento fra gli obiettivi di cui sopra e quelli di ciascun progetto da avviare oppure "in corsa".
- b. **Un sistema di governo e di valutazione delle performance** progettuali basato su una serie di indicatori oggettivi e di facile misurabilità: la scelta dell'approccio denominato "*Balanced Scorecard*" è più che opportuna in tale conteso quale strumento atto a monitorare il portafoglio progetti e l'organizzazione stessa attraverso molteplici "viste" in relazione fra loro (quella economico-finanziaria, quella del cliente, quella dei processi interni, quella della capacità innovativa).
- c. **Un sistema capace di assicurare il "miglioramento continuo"** dei processi grazie alla capacità di capitalizzare realmente le esperienze progettuali convertendo, sia quelle negative e soprattutto quelle positive, in "buone prassi" da replicare nei progetti futuri. I limiti di un sistema tradizionale, unicamente basato sul monitoraggio dei processi e sui meccanismi di *feedback* e messa a punto, sono del tutto evidenti.
- d. **Un percorso di formazione permanente delle risorse umane** che ponga al centro il tema della progettualità e ne diffonda il "linguaggio" a tutti i livelli. Anche in questo caso, la discontinuità rispetto alle formule più tradizionali va ricercata sia a livello di contenuti, sia di modalità di fruizione. Per i primi, oltre alla competenza tecnica che è propria dell'ambito progettuale (*hard-skills*), è necessario selezionare le discipline finalizzate a "professionalizzare" le relazioni, ovvero ad accrescere la capacità di ognuno di gestire in modo efficace, ed anche piacevole, le comunicazioni con gli altri soggetti coinvolti (*soft-skills*).
- e. **Un ambiente di comunicazione** che possa rappresentare una sorta di "**sistema nervoso**" della nuova organizzazione, basato soprattutto sulla massima capacità reattiva agli stimoli interni ed esterni. Anche in questo caso, la soluzione non è tanto di tipo tecnologico (è l'unica cosa che non è difficile reperire) bensì legata ad una visione progettuale della comunicazione, ovvero a come questa venga prima di tutto pianificata, attivata e controllata.

- f. Una funzione specifica (molto di più di una struttura di Ricerca e Sviluppo) che si faccia carico dell'**apprendimento organizzativo** ovvero di tutti i meccanismi attraverso cui assicurare la capitalizzazione delle esperienze e del cosiddetto "**know-how relazionale**", cioè di quel vero patrimonio che nasce e si sviluppa attraverso le relazioni fra i soggetti interni ed esterni ad un'organizzazione.

In Appendice A, alcuni degli strumenti su cui poggiare le basi del disegno organizzativo e quindi garantire l'allineamento fra la strategia e i progetti, sono ulteriormente illustrati ed approfonditi.

## 2.5 Modello di riferimento per la gestione dei progetti

In un'organizzazione che opera per progetti, la definizione di un modello di riferimento attraverso cui pianificare e controllare i progetti stessi è ovviamente essenziale; in tale contesto, gli elementi che devono guidare l'approntamento di un impianto metodologico strutturato e flessibile sono soprattutto i seguenti:

- ↳ specializzare i processi e le attività di *Project Management* in base al tipo di progetti e quindi tenendo conto della loro complessità/impatto
- ↳ specializzare i ruoli e le responsabilità diminuendo la separazione tra potere decisionale e mansioni operative
- ↳ parallelizzare al massimo le attività necessarie all'espletamento degli output dei processi
- ↳ facilitare l'adozione di tecnologie quale mezzo per supportare le attività maggiormente ripetitive nonché quelle legate al controllo avanzamento
- ↳ impostare i parametri di rilevazione delle performance dei processi così riorganizzati al fine di impostare azioni di miglioramento continuo

Per soddisfare i requisiti sopra citati, la costruzione dell'impianto verrà operata secondo le linee guida del Project Management Institute (PMI), ovvero dell'ente maggiormente accreditato a livello mondiale nella standardizzazione e nella diffusione di "buone prassi" relativamente a questa disciplina.

Fermo restando l'esigenza di sviluppare una metodologia specifica per l'ente in oggetto, la figura sottostante ne esemplifica una visione d'insieme attraverso una prima scomposizione in fasi (Inizio, Pianificazione, Esecuzione, Controllo, Chiusura) cui corrispondono un set di processi fra loro integrati.

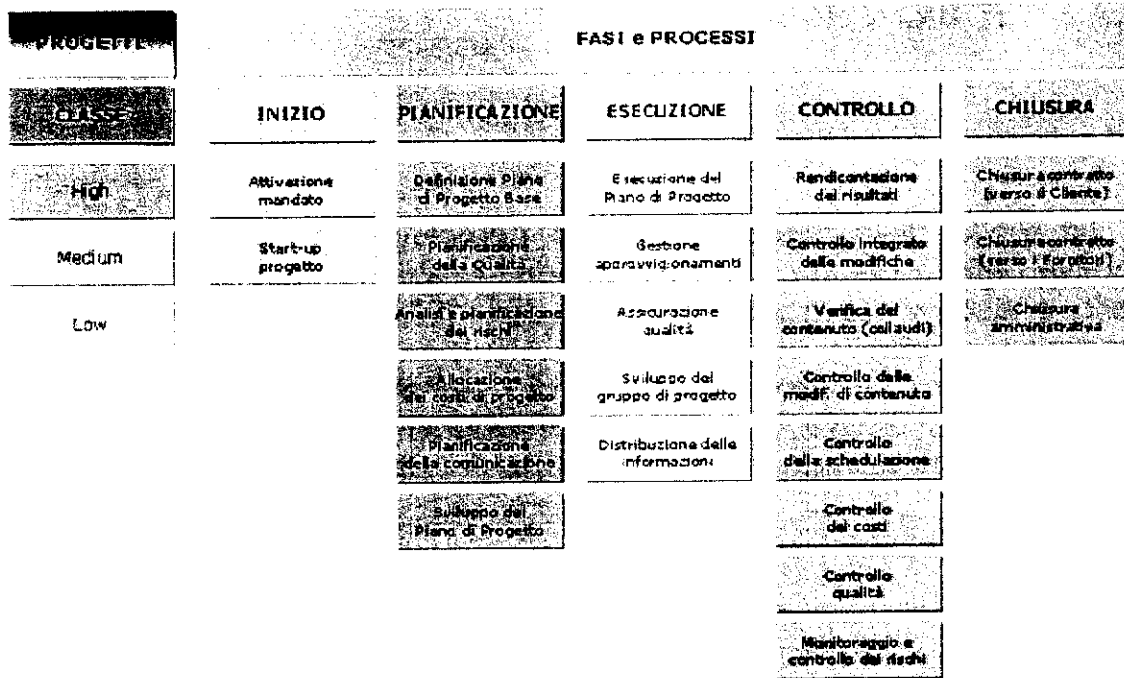


Figura 8: Metodologia PM

Altro elemento qualificante di tale impianto sarà quello della sua elevata facilità di consultazione in virtù di una strutturazione dei contenuti che sarà disponibile via WEB avendo così la possibilità di visualizzare l'insieme dei flussi procedurali, degli input e degli output, dei ruoli coinvolti, degli strumenti di supporto e degli indicatori prestazionali (vedi schema sottostante).

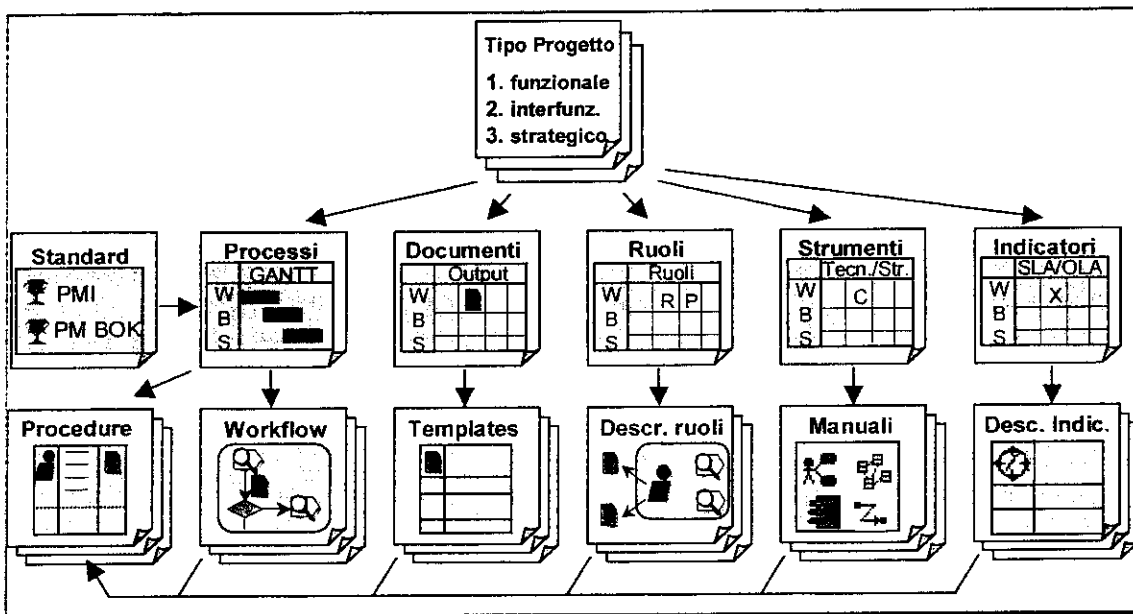


Figura 9: Visualizzazione strutturale dei contenuti

## 3 LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

### 3.1 La forma giuridica

La scelta della forma giuridica è compiuta nell'ambito delle previsioni normative definite per le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS). La materia è disciplinata dalla legge 460 del 1997, che definisce diverse forme organizzative possibili.

Nella nostra disamina, escludiamo i comitati e le cooperative finalizzate all'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati (cooperative di tipo B), che hanno finalità che esulano dal nostro campo di interesse, e ci concentriamo su tre tipologie:

- associazioni
- fondazioni
- cooperative sociali per l'assistenza alla persona (cooperative di tipo A)

Le **associazioni**, secondo una distinzione contenuta nel codice civile, possono essere riconosciute o non riconosciute. Solo nel primo caso l'organizzazione assume piena personalità giuridica, ovvero acquisisce il complesso delle capacità di operare come soggetto economico, quindi secondo un efficace modello aziendale.

Il riconoscimento consente l'assunzione di autonomia operativa e giuridica dell'ente rispetto agli associati, che in questo modo sono investiti di una responsabilità limitata, similmente a quanto accade per i soci delle società di capitali.

È, pertanto, assolutamente raccomandabile perseguire lo scopo del riconoscimento, che viene effettuato secondo le previsioni del DPR 361/2000, che richiede sostanzialmente esplicite previsioni statutarie circa lo scopo sociale ed il divieto di distribuzione degli utili.

Ulteriore elemento importante ai fini del riconoscimento è una dotazione patrimoniale adeguata agli scopi istituzionali prefissati. A differenza di quanto previsto per le fondazioni (aspetto che vedremo meglio in seguito), la legge non stabilisce un valore minimo assoluto, ma occorre comprovare con idonea documentazione la congruità della dotazione rispetto ai fabbisogni generati dall'attività.

L'assenza o l'insufficienza di una dotazione patrimoniale obbligherebbe l'associazione ad essere compresa nel novero delle associazioni non riconosciute (peraltro, come la grandissima parte delle associazioni esistenti), nelle quali, tuttavia, esistono limitazioni all'assunzione di obbligazioni verso terzi e, soprattutto, gli associati hanno responsabilità illimitata, rispondendo, perciò, delle obbligazioni con il proprio patrimonio personale.

L'esistenza della forma delle associazioni riconosciute ha ridotto le differenze strutturali fra queste e le fondazioni, le quali, come le stesse associazioni riconosciute, devono essere iscritte in appositi registri locali (regionali o prefettizi).

Per le **fondazioni** sussistono vincoli più rigidi nella definizione delle scopi istituzionali, contenuti nell'atto costitutivo (la volontà del fondatore è modificabile solo previa motivata autorizzazione delle autorità pubbliche che hanno concesso il riconoscimento, e in stretta coerenza con le originarie motivazioni costitutive), e nella previsione della dotazione di un patrimonio iniziale.

I valori minimi delle risorse sono solo indicativi (100.000 euro), perché l'autorità pubblica può esigere una dotazione superiore in funzione del tipo di attività che dovrà essere svolta e dei costi ad essa connessi.

In genere, i minimi previsti nel caso di esclusivo riconoscimento regionale sono sensibilmente inferiori e dipendono nella misura dalle previsioni delle specifiche leggi regionali. Ma questa strada non appare praticabile, non tanto perché limita la possibilità di ottenere contributi e agevolazioni di origine statale, ma soprattutto perché il riconoscimento regionale è concesso per quelle istituzioni che esauriscono la propria attività nell'ambito dei confini della regione che concede il riconoscimento.

Va precisato, inoltre, che il possesso dei beni patrimoniali – in forma liquida o meno – deve essere accertato all'atto della costituzione della fondazione e non può, quindi, derivare da proventi ottenuti successivamente, grazie alle attività da questa realizzate.

Un'ulteriore peculiarità della forma giuridica della fondazione è la mancanza di un'organizzazione a base personale, elemento che contraddistingue, invece, l'associazione, anche riconosciuta, che è prevalentemente un consesso di persone. La previsione strutturale della fondazione punta l'accento principalmente – oltre che sulla volontà istitutiva del fondatore, ovvero sulle finalità – sul complesso dei beni patrimoniali, avvicinando, in tal modo, tale modello istituzionale a quello giuridico di azienda.

Se, dunque, il legame fondamentale della fondazione è rappresentato da elementi impersonali, non soggettivi (gli scopi istituzionali e il patrimonio), ne risulta una maggiore solidità istituzionale, che più difficilmente si riscontra in un'associazione, dove la sola volontà degli associati, teoricamente mutevole, o comunque non giuridicamente protetta come la volontà del fondatore, non permette di avere le stesse garanzie di continuità dell'attività nel tempo.

Le **cooperative sociali di tipo A**, secondo la prescrizione della legge istitutiva (n. 381 del 1991), sono specificamente deputate, fra l'altro, alla gestione dei servizi sanitari.

Le particolarità di questa forma istituzionale possono essere così sintetizzate:

- sono forme particolari di cooperative di lavoro, con uno scopo interno ed uno esterno
- prevedono espressamente la possibilità di ricorso a prestazioni di volontariato
- godono di un regime tributario speciale

Le cooperative sociali, proprio in quanto forme istituzionali di cooperazione, trovano nella mutualità interna l'elemento fondante. In particolare, lo scopo precipuo consiste nell'assicurare ai soci della cooperativa stessa le migliori condizioni di lavoro possibili. Tale finalità è perseguita, strumentalmente, attraverso la gestione di servizi socio sanitari (ed educativi), il che costituisce quello che abbiamo denominato scopo esterno.

Questa tipologia di ONLUS, dunque, si caratterizza per una attenzione maggiore alle prestazioni lavorative dei soci, che non alla proiezione esterna delle attività.

Dopo la disamina dei modelli istituzionali, dal punto di vista teorico, ci proponiamo, a questo punto, di verificare quale siano le forme giuridiche dei principali centri sanitari in Italia. Consideriamo, a questo proposito, gli ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS), definiti dall'art. 1 della legge 288 del 2003 come "enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità".

Gli IRCCS sono definiti dal legislatore come enti nazionali ospedalieri che riuniscono, all'interno della medesima struttura, sia attività diagnostiche terapeutiche che di ricerca di elevatissimo livello; fondati sull'assunto che non esiste soluzione di continuità tra ricerca di base, ricerca applicata e trasferimento delle conoscenze del laboratorio sperimentale al letto dell'ammalato. Sotto il profilo prettamente scientifico e sanitario, gli IRCCS rappresentano ospedali di eccellenza sia dal punto di vista della ricerca biomedica, sia dal punto di vista dell'assistenza al malato.

Va detto che la tipologia di ricerca considerata per gli IRCCS è la ricerca clinica, di sperimentazione terapeutica, mentre le ricerche di laboratorio sono demandate ad altri enti (o, più precisamente, lo svolgimento della ricerca di base non costituisce elemento di qualificazione).

Si realizza, così, un modello di ente clinico che ha la funzione di creare connessioni fra terapie innovative e assistenza medica. Ciò può avvenire in uno specifico campo, nel quale si sia avuto il riconoscimento (istituti monotematici) o in più settori clinici (istituti politematici).

È utile impiegare il modello generale organizzativo e operativo degli IRCCS come modello di ispirazione per la scelta della futura struttura istituzionale di Smile House, e ciò per tre ragioni:

1. perché rappresentano una corretta modalità di razionalizzazione di quella che potremmo chiamare la filiera della sanità di eccellenza (ricerca, formazione, assistenza)
2. perché tale modello di eccellenza è, implicitamente o esplicitamente, quello a cui ci si è ispirati nella definizione dell'idea di impresa originaria che stiamo trattando
3. perché una pianificazione che punti in partenza ad un futuro riconoscimento come IRCCS può costituire un fattore di vantaggio potenziale

Dalle precedenti note definitorie, ricaviamo alcuni elementi essenziali per la determinazione della forma giuridica:

- gli IRCCS sono enti nazionali, e pertanto – nel caso di scelta della forma "fondazione" – è esclusa la possibilità di avere il solo riconoscimento regionale
- devono avere personalità giuridica, quindi è parimenti esclusa la forma di "associazione" non riconosciuta
- la complessità dell'attività di un IRCCS e la prevalente rilevanza delle prestazioni a favore di terzi porterebbe, inoltre, a escludere in via di fatto, benché non in via di diritto, anche la forma cooperativistica.

Un'analisi della situazione esistente degli IRCCS consente di trovare effettivi riscontri alle considerazioni appena svolte.

Allo stato attuale ci sono 40 IRCCS riconosciuti dal Ministero della Salute. Di questi, 17 sono enti pubblici, nei quali, tuttavia, è forte l'"ingerenza" dello Stato sugli andamenti gestionali (ad esempio, nel controllo delle deliberazioni di spesa e del bilancio).

Fra i restanti 23 enti privati (che godono, dunque, di maggiore libertà di azione: la vigilanza ministeriale si limita al mantenimento dei requisiti di eccellenza e, particolarmente, alla qualità delle attività di ricerca), la forma giuridica dominante è la fondazione (10 istituti su 23 IRCCS privati).

È interessante notare che 4 dei 7 istituti che hanno la forma di società private for profit, non appartenenti, quindi, al mondo delle ONLUS, hanno delle fondazioni ad essi collegati, che svolgono la funzione di sostegno e fund raising per le attività tipiche, cliniche e di ricerca, degli istituti.

Per queste speciali fondazioni, la dotazione di capitale richiesta non dovrebbe essere troppo elevata (verosimilmente, sui minimi di legge), perché si tratta di fondazioni di erogazione e non di intervento.

C'è da dire, a questo proposito, che una forma istituzionale di tipo ONLUS rende più agevole la raccolta di fondi, perché, in questo senso, è più credibile come percettore di donazioni di una società for profit, anche se la legge (266/2005) non prescrive la natura non profit per essere destinatari del 5 per 1000 a sostegno della ricerca sanitaria.

Fra gli IRCCS non si riscontrano modalità di organizzazione nella forma di cooperative sociali di tipo A.

<b>Istituto</b>	<b>Forma giuridica</b>	<b>Settore clinico</b>
Istituto Medea	Associazione	Riabilitazione neuromotoria
Oasi di Maria Santissima Troina	Associazione	Neurologia e psichiatria
Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza	Fondazione	Malattie genetiche
Centro San Raffaele	Fondazione	Istituto politematico
Fondazione Don Gnocchi	Fondazione	Riabilitazione neuromotoria
Istituto Auxologico Italiano	Fondazione	Istituto politematico
Istituto Europeo di Oncologia	Fondazione	Oncologia
Fondazione Maugeri	Fondazione	Istituto politematico
Fondazione Mondino	Fondazione	Neurologia e psichiatria
Fondazione Stella Maris	Fondazione	Neurologia e psichiatria
Fondazione Santa Lucia	Fondazione	Riabilitazione neuromotoria
Fondazione Bietti	Fondazione	Oftalmologia
Policlinico San Donato	Società privata e Fondazione collegata	Istituto politematico
Istituto Ortopedico Galeazzi	Società privata e Fondazione collegata	Istituto politematico
Casa di Cura Multimedia	Società privata e Fondazione collegata	Istituto politematico
Istituto Clinico Humanitas	Società privata e Fondazione collegata	Gastroenterologia
Centro Cardiologico Monzino	Società privata (di proprietà dell'IEO)	Cardiologia
Casa di Cura San Raffaele Pisana	Società privata	Riabilitazione neuromotoria
Istituto Neurologico Mediterraneo	Società privata	Neurologia e psichiatria
Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli	n.d.	Neurologia e psichiatria
Istituto Dermopatico dell'Immacolata	n.d.	Dermatologia
Ospedale San Camillo	n.d.	Riabilitazione neuromotoria
Ospedale Bambin Gesù	n.d.	Pediatria

La legge 288, peraltro, prevede espressamente che gli IRCCS pubblici "possono essere trasformati in fondazioni di rilievo nazionale". In tal modo, può dedursi un certo favore del legislatore verso questa forma giuridica, almeno come evoluzione da ente di diritto pubblico, nella scia di provvedimenti che hanno portato, nel tempo, alla creazione delle fondazioni bancarie e delle fondazioni liriche.

Nella tabella che segue, elenchiamo in sintesi i punti di vantaggio e di svantaggio che si riscontrano rispetto alle tre forme giuridiche più frequenti per gli istituti sanitari di eccellenza.

	<b>Vantaggi</b>	<b>Svantaggi</b>
Associazione riconosciuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maggiore flessibilità statutaria</li> <li>▪ Agevolazioni fiscali</li> <li>▪ Necessità di dotazione patrimoniale minore rispetto a quella delle fondazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Necessità di dotazione patrimoniale minima</li> <li>▪ Vincoli istituzionali fondati su legami personali</li> <li>▪ IVA non scaricabile</li> </ul>
Fondazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vincoli istituzionali solidi</li> <li>▪ Agevolazioni fiscali</li> <li>▪ Modello operativo di tipo aziendale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Necessità di dotazione patrimoniale minima e superiore a quella delle associazioni</li> <li>▪ Maggiore rigidità statutaria</li> <li>▪ IVA non scaricabile</li> </ul>
Società for profit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dotazione di capitale proprio limitata</li> <li>▪ Piena operatività di tipo aziendale</li> <li>▪ Possibilità di scaricare l'IVA</li> <li>▪ Assenza di valutazione preventiva nelle procedure di registrazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minore capacità nel fund raising</li> <li>▪ Probabile necessità di creare una ONLUS collegata</li> <li>▪ Regime fiscale ordinario</li> </ul>

Un'ipotesi che può essere ragionevolmente presa in considerazione riguarda l'adozione di una forma giuridica combinata, o, più correttamente, la creazione di due entità istituzionali di forme giuridiche diverse.

Nella tabella precedente, sui vantaggi e svantaggi dei diversi modelli istituzionali, a proposito della società for profit, si è sottolineato che in questo caso c'è una probabile necessità di creare una ONLUS collegata, soprattutto per favorire l'indispensabile attività di fund raising.

L'inserimento di questa eventualità fra gli svantaggi è dipeso dal fatto che l'esistenza di una doppia entità giuridica accresce il grado di complessità dell'assetto istituzionale e incrementa il peso degli oneri gestionali. Ma a ben vedere, la soluzione di associare una società for profit (nella forma di società di capitali) ed una ONLUS (associazione o fondazione) potrebbe – pur al prezzo di una maggiore complessità – consentire di associare i benefici di ciascuna forma.

La ONLUS avrebbe, quindi, una doppia funzione: 1) ente con la massima proiezione esterna nel quadro del progetto, disponendo, cioè, della funzione di collettore di finanziamenti e donazioni, 2) holding proprietaria della società operativa for profit (per tali funzioni, appare più idonea una fondazione piuttosto che un'associazione, caratterizzata da una diversa capacità di stabilità istituzionale).

La società operativa for profit (ad esempio, una srl o una spa a socio unico) sarebbe l'effettiva erogatrice dei servizi sanitari, la proprietaria delle attrezzature mediche (ma non degli immobili, che farebbero parte del patrimonio originario della fondazione) e il soggetto deputato alla stipula di tutti i contratti, inclusi i contratti di lavoro.

In questo sistema, la fondazione – essendo una istituzione di mera erogazione e non di intervento – avrebbe una minore necessità di adeguamento patrimoniale iniziale (o, almeno, si avrebbe un minor rischio che le autorità pubbliche responsabili del riconoscimento chiedano il raggiungimento di valori patrimoniali commisurati alla tipologia e al volume di prestazioni sanitarie da erogare), senza intaccare le potenzialità di efficacia nel reperire finanziamenti esterni.

Allo stesso tempo, creando un cosiddetto "soggetto IVA" (la società privata), si riuscirebbe a evitare di caricare il conto economico di importi altrimenti non scaricabili. Sarà necessario, a questo proposito, delineare un disegno statutario (per entrambe le organizzazioni) che salvaguardi nella massima misura possibile la missione istituzionale congiunta dei due enti (profit e non profit), minimizzando, se possibile, le conseguenze fiscali connesse alla scelta di operare attraverso una società commerciale.

### 3.2 Le funzioni direzionali, le aree operative e gli organi di staff

I contenuti della struttura organizzativa di Smile House possono essere rappresentati come in fig. 10 (dove CSO= Comitato Scientifico Operativo):

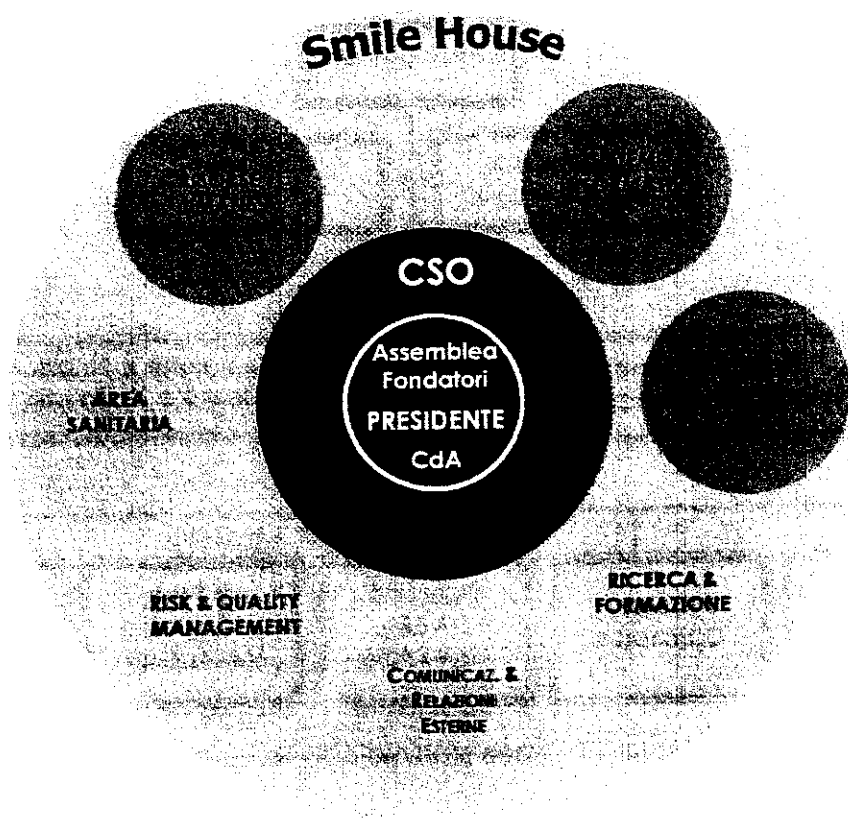


Figura 10: La Struttura di Smile House

In essa sono indicate con una diversa colorazione le aree che la compongono. In particolare:

- la colorazione ■ indicherà le aree/strutture organizzative che definiscono ed elaborano le strategie aziendali;
- la colorazione ● indicherà le aree/strutture organizzative operative
- la colorazione ■ indicherà le aree/strutture organizzative di supporto.

Utilizzando la più consueta notazione per organigrammi che indirizza le singole responsabilità, tale struttura assume la configurazione di fig. 11:

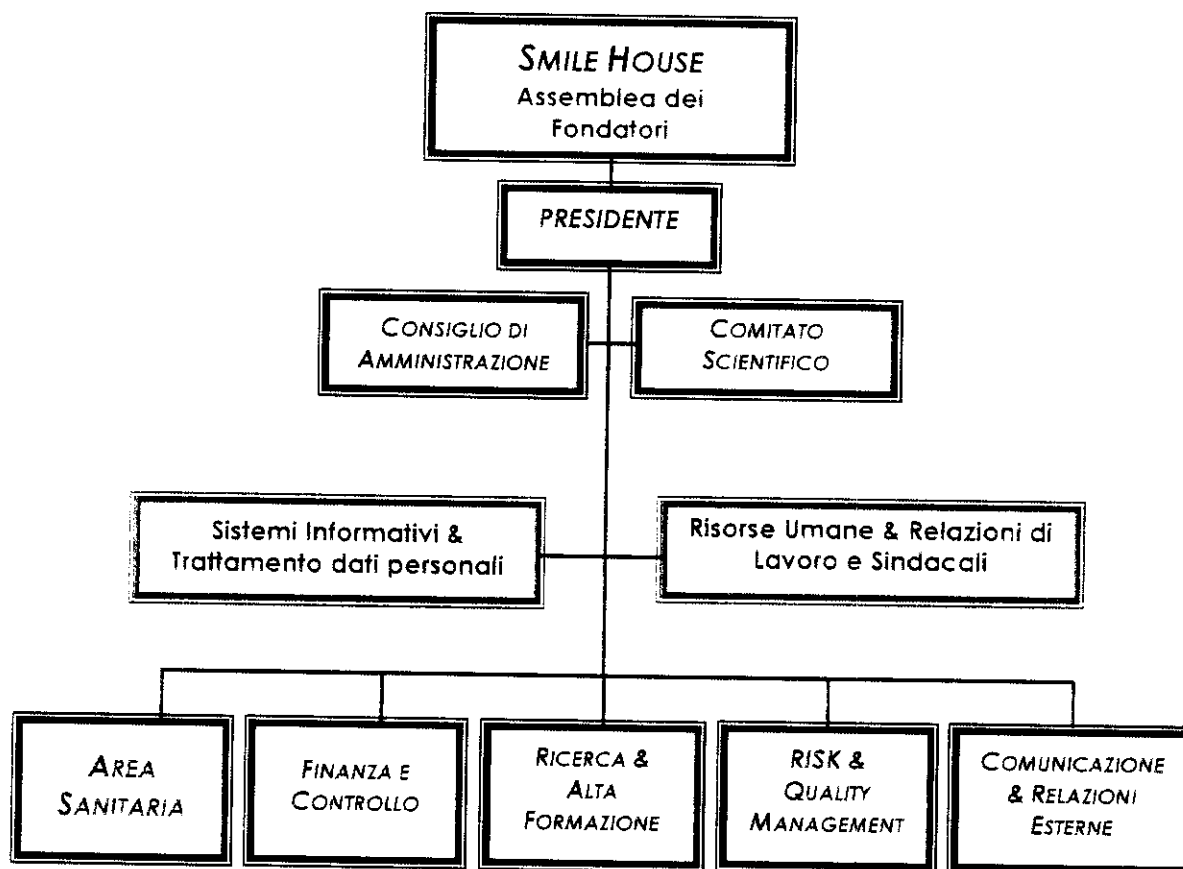


Figura 11: Organigramma di Smile House

### 3.2.1 Assemblea dei Fondatori

L'Assemblea dei Fondatori è costituita da tutti coloro che hanno partecipato alla costruzione della Fondazione "Smile House" nonché dai soggetti – persone fisiche e/o giuridiche – che, anche successivamente all'atto di trasformazione, verranno riconosciuti quali co-fondatori e cooptati dai Fondatori in essere.

Per essere riconosciuti successivamente Fondatori occorrerà:

- essere presentati da un socio fondatore;
- contribuire al patrimonio della Fondazione con una somma non inferiore al 10% del patrimonio netto della Fondazione, come risultante dall'ultimo bilancio approvato;  
ovvero  
aver operato con meriti rilevanti e riconosciuti in uno degli ambiti in cui la Fondazione svolge la propria attività istituzionale.

I fondatori, anche se cooptati successivamente alla costituzione della Fondazione, detengono la loro carica a vita, fatte salve la revoca, il recesso ovvero le dimissioni.



L'Assemblea dei Fondatori ha i seguenti compiti:

- a) l'attribuzione della qualità di socio fondatore a terzi, successivamente all'atto di trasformazione;
- b) la nomina e la sostituzione dei componenti del Consiglio di Amministrazione;
- c) l'espulsione di un socio fondatore, ove ricorrano gravi e fondati motivi;
- d) la nomina dei componenti del Collegio dei Revisori dei Conti;
- e) l'approvazione del bilancio consuntivo, sottoposto dal Consiglio di Amministrazione;
- f) la proposizione, la formulazione e l'indicazione degli indirizzi dell'attività della Fondazione e la valutazione dei risultati della medesima;
- g) l'approvazione delle modifiche statutarie proposte dal Consiglio di Amministrazione;
- h) l'estinzione della Fondazione, la nomina del/i liquidatore/i e la devoluzione del patrimonio residuo;
- i) la determinazione, alla scadenza di ogni quinquennio, del numero di componenti del Consiglio di Amministrazione.

L'Assemblea dei Fondatori nomina al proprio interno il Presidente dell'Assemblea medesima e della Fondazione.

L'Assemblea dei Fondatori viene convocata dal Presidente ovvero, in caso di assenza o impedimento, dal Vicepresidente, in via ordinaria almeno una volta l'anno, entro il mese di maggio, per l'approvazione del bilancio consuntivo.

### 3.2.2 Il Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione di *Smile House* sarà composto da **5 membri** nominati dall'assemblea dei Fondatori. Uno dei 5 membri sarà recepito dal CdA di Operation Smile su proposta del Presidente di quest'ultima.

Esso ha compiti di indirizzo, programmazione generale e verifica dei risultati dell'attività di *Smile House*. Esso ha tutti i poteri per l'amministrazione ordinaria e straordinaria della Struttura e, in particolare, provvede a deliberare gli atti fondamentali e provvede alle nomine.

Su proposta del Presidente, il CdA delibera in merito a:

1. predisposizione ed approvazione del bilancio preventivo;
2. approvazione investimenti in infrastrutture, commesse e richieste di finanziamento, di importo superiore ad un valore determinato e aggiornato periodicamente dal Consiglio medesimo;
3. riordino e istituzione delle Strutture di ricerca, sentito il parere del Comitato Scientifico Operativo e delle organizzazioni sindacali per quanto di loro competenza;
4. predisporre il conto consuntivo da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea dei Fondatori, determinando la destinazione degli eventuali avanzi di gestione;

5. deliberare in ordine all'accettazione di eredità, legati e donazioni, nonché all'acquisto e all'alienazione di beni immobili;
6. determinare l'attribuzione e la misura delle eventuali indennità spettanti al Presidente, ai Consiglieri di Amministrazione e ai membri del Collegio dei Revisori;
7. deliberare le eventuali proposte modifiche dello Statuto, da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea dei Fondatori;
8. proporre all'Assemblea dei Fondatori l'estinzione dell'Ente, la designazione del/li liquidatore/i e la devoluzione del patrimonio;
9. nominare, se ritenuto opportuno, un Direttore Generale, su proposta del Presidente, stabilendone le funzioni, i compiti e la durata dell'incarico, oltre a determinarne la retribuzione e la qualifica del rapporto;
10. emanare regolamenti per la disciplina interna della Fondazione.
11. svolgere tutti gli ulteriori compiti attribuiti al Consiglio di Amministrazione dalla legge e dal presente Statuto.

Il Consiglio di Amministrazione può delegare parte dei propri poteri al Comitato Scientifico Operativo, alla cui composizione (vedere par. successivo) concorrono lo stesso Presidente della Fondazione (o, per sua delega, il Vicepresidente) e due Consiglieri di amministrazione.

### **3.2.3 Il Presidente e Amministratore Delegato**

Il Presidente, eletto dall'Assemblea dei Fondatori al proprio interno, è rinnovabile ogni cinque anni, ha la legale rappresentanza della Fondazione, convoca e presiede l'Assemblea dei Fondatori e il Consiglio di Amministrazione. Egli cura l'esecuzione degli atti deliberati ed agisce e resiste avanti a qualsiasi autorità amministrativa o giurisdizionale, con il potere di nominare procuratori determinandone le attribuzioni. Il Presidente ha anche il potere di rilasciare procura per il compimento di singoli atti o categorie di atti.

Il Presidente sorveglia il buon andamento della Fondazione, cura l'osservanza dello statuto e ne promuove la riforma qualora si renda necessario; cura inoltre le relazioni con istituzioni, imprese, enti pubblici e privati, anche al fine di instaurare rapporti di collaborazione e di sostegno alle iniziative della Fondazione.

Spetta, inoltre, al Presidente:

- la nomina del Vicepresidente e del Segretario Amministrativo - che può essere scelto anche all'esterno del Consiglio stesso ed, eventualmente, retribuito;
- predisporre il piano annuale di attività della Fondazione e curarne l'attuazione dopo l'approvazione da parte del Consiglio di Amministrazione;
- amministrare i fondi della Fondazione per la realizzazione dei programmi, secondo le istruzioni dell'Assemblea dei Fondatori e le deliberazioni del Consiglio di Amministrazione;

- proporre al Consiglio di Amministrazione i nominativi delle persone che dovranno prestare la propria opera in favore della Fondazione, a titolo di lavoro subordinato o autonomo ovvero di consulenza;
- vigilare su tutto il complesso andamento organizzativo e amministrativo della Fondazione;
- assumere, nei casi di necessità e di urgenza, i provvedimenti straordinari nelle materie di competenza del Consiglio di Amministrazione, con l'obbligo di sottoporli alla ratifica del Consiglio medesimo in occasione della prima riunione successiva, che dovrà essere convocata entro 30 giorni;
- curare l'esecuzione e l'attuazione delle delibere del Consiglio di Amministrazione;
- curare, coadiuvato dal Segretario Amministrativo, la redazione dei verbali delle riunioni, da trascrivere in un apposito libro.

Il Presidente può delegare singoli compiti al Vicepresidente o ad altri Consiglieri.

In caso di sua assenza o impedimento temporanei, il Presidente viene sostituito dal Vicepresidente.

### 3.2.4 Il Comitato Scientifico Operativo (CSO)

Il "**Comitato Scientifico Operativo**" (CSO) rappresenta la struttura organizzativa cui è demandata la definizione e successiva proposizione al Consiglio di Amministrazione per la definitiva approvazione, delle linee guida strategiche non solo di Smile House, ma anche di Operation Smile. Il CSO è composto da **7 membri**: il Presidente del CdA (o, su sua delega il Vice Presidente), ed il Consigliere rappresentante di Operation Smile in Smile House. Il CdA provvederà, inoltre, alla nomina dei restati 5 componenti scelti tra personaggi di prestigio prevalentemente nell'ambito della comunità scientifica della Chirurgia Cranio-maxillo-facciale. Il CSO, nella pratica, indirizzerà i tempi ed i modi delle attività sia dell'Ospedale che della Fondazione Operation Smile. Primo compito di questo organismo sarà la progettazione e l'emissione di "linee guida"<sup>9</sup> che definiscono i comportamenti, i flussi organizzativi e, quindi, i processi a presidio delle attività sanitarie e di ricerca delle due fondazioni.

Lo sviluppo delle linee guida, come delle altre attività del CSO, avviene attraverso l'elaborazione della seguente catena di processi:

---

<sup>9</sup> Istituto Superiore di Sanità, "Manuale Metodologico - Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica", Maggio 2002 - [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)

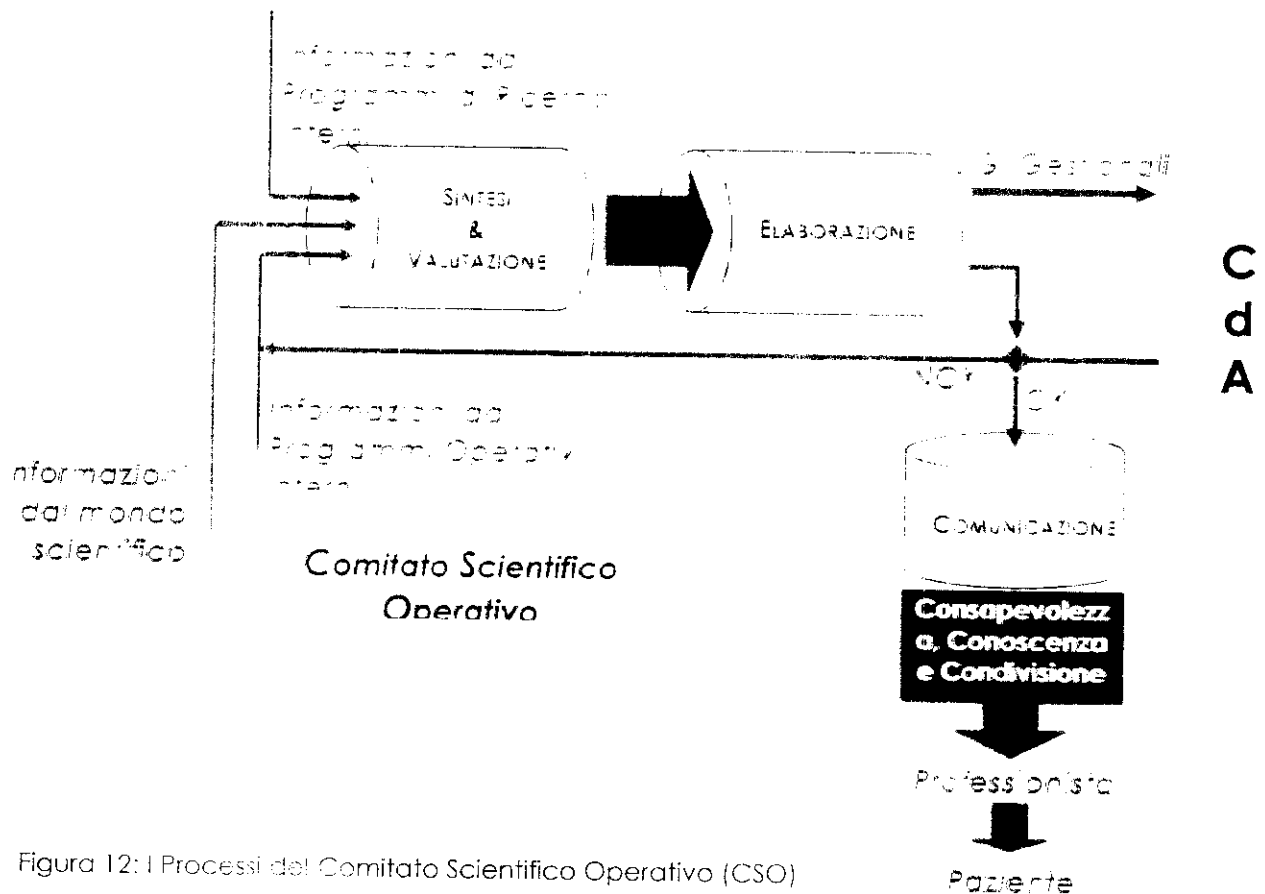


Figura 12: I Processi del Comitato Scientifico Operativo (CSO)

La fig. 12 rappresenta il workflow di base delle attività del CSO. In particolare, il workflow potrà svilupparsi anche attraverso l'identificazione di uno o più panel multidisciplinari di esperti interni i quali svilupperanno una valutazione (Sintesi & Valutazione) di quanto disponibile sia in letteratura scientifica, sia negli atti dei programmi/progetti interni di ricerca completati o in corso, sia nella eventuale presenza di linee guida già esistenti, sia nella casistica relativa agli esiti dell'operatività interna (interventi, percorsi di cura, etc.). In successione si procederà (Elaborazione) alla stesura della linea guida, attraverso bozze successive discusse all'interno del CSO e, se necessario, per l'area scientifica, coinvolgendo anche esperti esterni.

Nel caso si tratti di linee guida di carattere gestionale/organizzativo, esse saranno sottoposte all'approvazione del Consiglio di Amministrazione, che potrà richiederne modifiche o approfondimenti ulteriori.

La fase finale è rappresentata dalla divulgazione di quanto prodotto (Comunicazione) attraverso un processo che ne assuri la condivisione sia tra i professionisti dell'Ospedale che tra i pazienti, ove richiesto. Una linea guida per essere considerata qualitativamente rilevante e comunicabile deve possedere i seguenti attributi<sup>10</sup>:

<sup>10</sup> Institute of Medicine: Guidelines for Clinical practice: from their development to use. Washington DC, National Academic Press, 1992. Elaborazione "Evidence Based Laboratory Medicine News" - <http://ebim.biomedica.net>.

- Valida: deve portare i benefici attesi.
- Riproducibile: esperti diversi arrivano alle medesime conclusioni a partire dalle medesime evidenze scientifiche ed utilizzando lo stesso metodo.
- Applicabile: a popolazioni di pazienti definite rispetto alle evidenze scientifiche e/o esperienza clinica.
- Rappresentativa: attraverso le diverse professionalità coinvolte.
- Flessibile: esplicitare le situazioni cliniche che fanno eccezioni rispetto alle raccomandazioni ed indicare in quali circostanze le preferenze dei pazienti debbono essere prese in considerazione.
- Chiara: scritta con un linguaggio chiaro e presentata in formato che ne faciliti l'uso nella pratica clinica.
- Forte: della qualità delle evidenze scientifiche sulle quali si basano le sue raccomandazioni
- Documentata: dovrebbe indicare chiaramente coloro che hanno partecipato alla sua produzione, la metodologia utilizzata e le evidenze scientifiche prese in considerazione.
- Aggiornata: deve prevedere in quali circostanze si renderà necessario il suo aggiornamento.

Dicevamo che, a fianco alle attività di sviluppo delle linee guida di indirizzo scientifico del CSO, ed alle altre tipiche attività di un Comitato Scientifico, quali:

- La scelta dei progetti di ricerca
- La definizione dei Progetti di "Operation Smile"
- La promozione di scambi con altre istituzioni nazionali ed internazionali

bisogna considerare tutto quanto correlato, come dicevamo in precedenza, alla definizione dei ritmi e dei metodi dell'intera struttura organizzativa costituita dall'Ospedale "Smile House" e dalla Fondazione "Operation Smile", ovvero alla definizione delle linee guida che chiameremo amministrativo-gestionali.

Parliamo, quindi, della gestione centralizzata e coordinata per progetti, dove per progetti si intendono sia quelli relativi alle strutture ospedaliere (progetti di ricerca, progetti di interventi sui pazienti nelle varie patologie, progetti di formazione, etc.), sia quelli attinenti le attività della Fondazione "Operation Smile". Il CSO sovrintende, infatti, alla metodologia di gestione dei progetti e dei programmi o a una combinazione di entrambi. Ciò vuol dire valutare ed approvare:

- su proposta della Direzione Risorse Umane: le linee guida per la condivisione ed il coordinamento delle Risorse, incluse le modalità di misura delle prestazioni del personale a tutti i livelli, e relativa assegnazione degli incentivi, attraverso la definizione della misura e del peso percentuale dei tre parametri base della Qualità del Servizio, della Produttività e della Soddisfazione del paziente. Dovrà essere definito anche il peso percentuale da assegnare alla discrezionalità del valutatore.

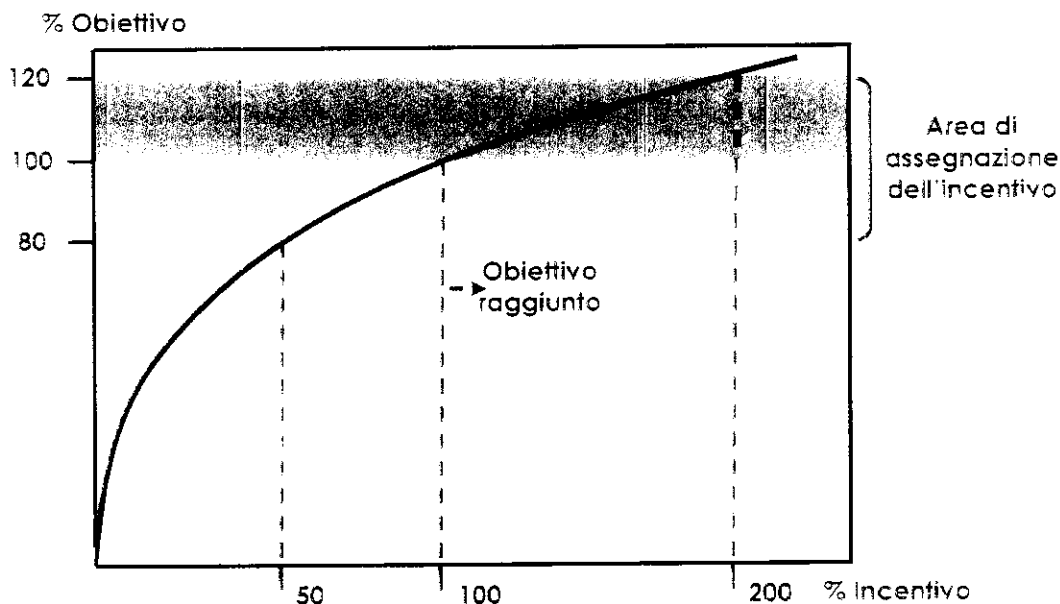


Figura 13: La curva degli incentivi

In Fig. 13 è mostrata una possibile modalità di gestione degli incentivi. Si noti che tale modalità esemplificata in figura risulta essere molto aggressiva sugli "high talent", arrivando a premiarli con il doppio dell'incentivo, a fronte di una prestazione che ha superato del 20% l'obiettivo, mentre è scoraggiante per i meno dotati che, a fronte di un raggiungimento dell'80% dell'obiettivo, si vedrà assegnato solo il 50% dell'incentivo stabilito. E' chiaro, quindi, che questo sistema ruota intorno alla definizione della pendenza della curva ed alla definizione del sistema dei pesi dei parametri di misura.

➤ su proposta della Direzione Risk & Quality Management:

- le modalità di gestione del rischio clinico;
- le metodologie e gli standard condivisi di Project Management;
- le modalità di coordinamento degli standard complessivi di qualità dei progetti e di accesso alle certificazioni internazionali.

Inoltre, per quanto riguarda la Fondazione "Operation Smile", il CSO si occuperà della identificazione, preparazione e sviluppo dei relativi progetti, in accordo con la struttura internazionale di riferimento.

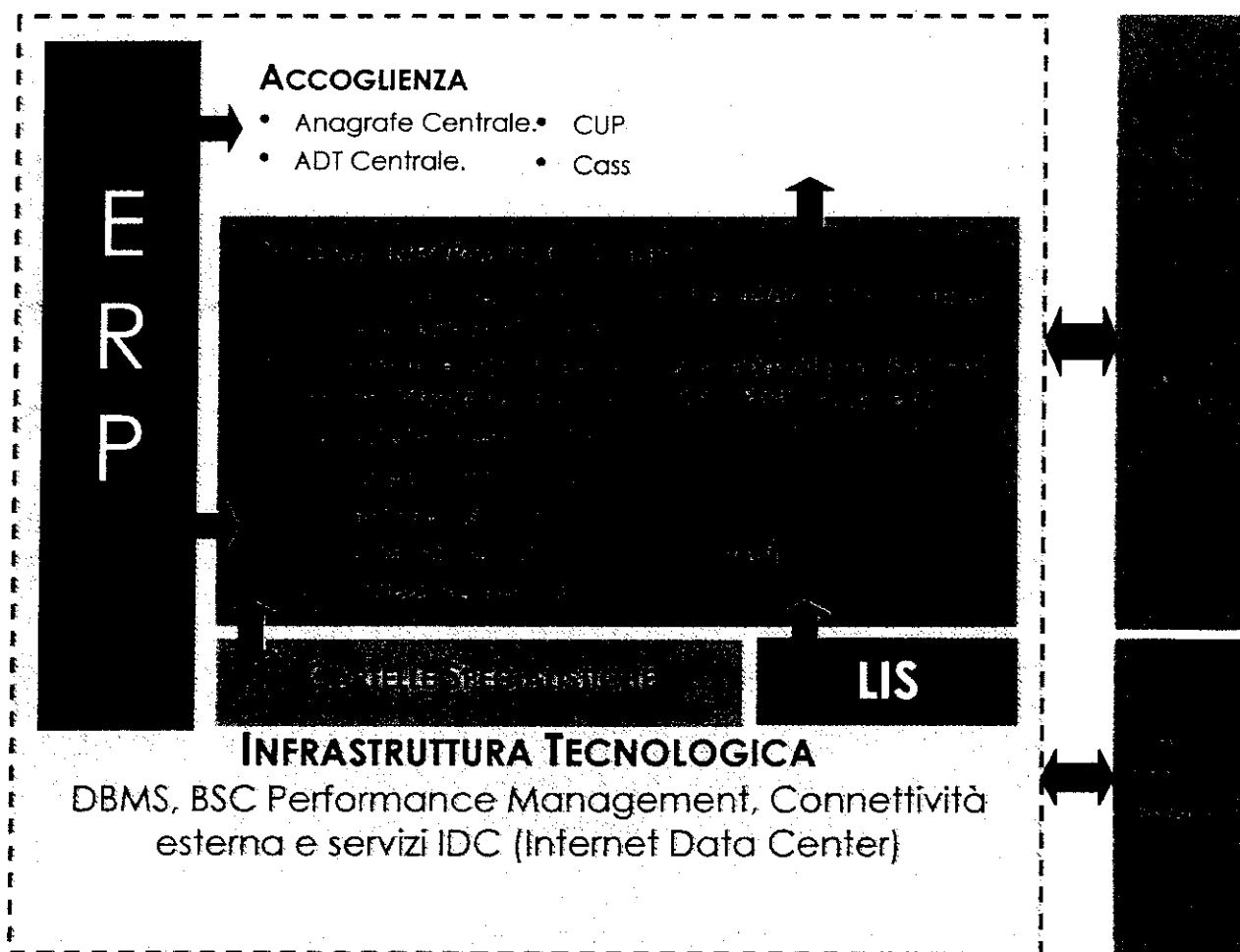
Potremmo riassumere l'**obiettivo principale** di un **CSO** così organizzato, nel modo seguente:

**Incrementare il valore scientifico della Organizzazione, nell'efficienza ed efficacia dei progetti, nelle performance finanziarie, nella soddisfazione dei pazienti e nella soddisfazione delle risorse umane di tutta la struttura organizzativa.**

### 3.2.5 I Sistemi Informativi

La scelta più ragionevole per un miglior contenimento dei costi è rappresentata dall'**Outsourcing**, ovvero affidare a terzi la gestione delle apparecchiature e dei dati, definendo nel dettaglio le interfacce ed i livelli di erogazione del servizio (**Service Level Agreement**).

Occorrerà quindi identificare il fornitore che sappia coniugare meglio l'efficienza del servizio con l'efficacia dell'erogato. Nella figura sottostante sono indicate le aree che i Sistemi Informativi sono tenuti a coprire, ovvero:



Dove:

**DBMS: Data Base Management System**

**ERP:** [Enterprise Resource Planning] il SW di supporto alle aree gestionali, amministrative e finanziarie dell'azienda.

**LIS:** [Laboratory Information System] SW di gestione delle apparecchiature, dei risultati e dei referti di laboratorio.

**SSN:** Servizio Sanitario Nazionale.



- **Area ERP** (Contabilità, Controllo di Gestione, Cicli attivo e passivo, DataWareHouse, Asset Mngt, Risorse Umane, e-procurement, etc);
- **Area Accoglienza** (Anagrafe, CUP, Cassa, etc);
- **Area Sanitaria - Sistema Informativo Clinico** (Clinical Data Repository, Order Entry, Processo di Cura, ADT<sup>11</sup> di reparto, etc);
- **Area Laboratori** (Laboratory Information System, Diagnostica per Immagini, Cartelle specialistiche, etc);
- **Area Infrastrutture** (logistiche e tecnologiche);
- il **portale** dell'ospedale ed il servizio internet di **Customer Relationship Management**;
- **Area Security**;

più una interfaccia di supporto al management che provvederà, quindi, alla produzione della reportistica direzionale di supporto alla gestione dell'azienda.

Nel nostro caso, data anche la estrema riservatezza dei dati (soprattutto i dati clinici e quelli riguardanti le attività di ricerca), ancorché affidati ad ente esterno, è opportuno ospitare "in house" la struttura organizzativa e le apparecchiature.

Particolare attenzione dovrà essere posta, in sede di formulazione del bando di gara per l'outsourcing dei S.I., alla definizione e progettazione dei livelli di sicurezza, alla definizione, come dicevamo, del Service Level Agreement ed alle competenze del team del fornitore (ad esempio, richiesta di certificazioni sulle tecnologie utilizzate, certificazioni ITIL per i livelli di servizio, certificazioni PMI per i Project Manager, etc.).

I compiti del fornitore del servizio in outsourcing e di *Smile House* dovranno essere ripartiti, in linea di massima, come segue:

---

<sup>11</sup> L'ADT è il modulo di gestione del paziente e del reparto. È la sezione del sistema necessaria per la gestione dei ricoveri e degli spostamenti del paziente all'interno della struttura. Consolida la programmazione di strutture addette a esami specifici e alla diagnostica e fornisce informazioni vitali per il paziente quali allergie, immunizzazioni, farmaci o indicazioni specifiche al personale e alle strutture opportune.

**Fornitore:**

- Conduzione ed erogazione del servizio.
- Responsabilità complessiva del servizio.
- Supporto organizzativo in relazione al servizio fornito.
- Consulenza operativa sulle applicazioni utilizzate.
- Consulenza di carattere direzionale sulle applicazioni utilizzate.
- Fornitura chiavi in mano degli apparati tecnologici necessari alla erogazione del servizio. Gli apparati dovranno essere intesi, naturalmente, come comprensivi di tutti i sw di base ed applicativi necessari al funzionamento, nonché tutte le risorse professionali necessarie in sede di avvio e di servizio attivo. Tutti gli impianti ed i sw messi in esercizio dovranno essere a tutti gli effetti comprensivi dei back-up/disaster recovery per la garanzia della continuità del servizio che dovrà essere operativo **7 giorni su 7, 24 ore al giorno**.
- Gestione completa del sistema telematico/rete comprensiva della manutenzione ed evoluzione dello stesso per il miglior supporto del sistema informativo e delle esigenze che nel corso del servizio dovessero evidenziarsi.
- Presa in carico, manutenzione e gestione dei progetti di cooperazione medica a livello regionale, nazionale ed internazionale, con il relativo impegno di assistenza tecnico-sistemistica per l'integrazione con la rete aziendale e con il sistema informativo.
- Servizi di assistenza relativi ad ogni parte dei sistemi informatici:
  - Manutenzione hw e sw di base sulle stazioni di lavoro in dotazione agli utenti finali e su quanto collegato alla rete aziendale (stampanti di rete, server, etc.).
  - Integrazione e manutenzione dei sistemi di rete per la copertura delle esigenze del traffico presente in rete.
  - Manutenzione dei database di sistema ed applicativi utilizzati.
  - Manutenzione correttiva ed evolutiva dei prodotti applicativi (dove per manutenzione evolutiva si intende la manutenzione necessaria all'allineamento non solo delle esigenze che si manifesteranno nel corso del servizio, ma anche quella indotta da nuove esigenze di legge per segnalazioni o nuovi elementi richiesti, etc.).
  - Protezione e certificazione degli accessi al sistema informativo aziendale.
  - Introduzione della firma elettronica, sia per la gestione degli accessi che per la certificazione degli atti a livello amministrativo.
  - Protezione dei dati presenti nella rete e nei database aziendali.
- Assistenza operativa verso l'utente finale
- Ottimizzazione dei tempi di risposta delle stazioni di lavoro connesse al Sistema Informativo centrale.
- Formazione degli utenti finali
- Help Desk operativo

- Integrazione dei dati provenienti da altre amministrazioni/aziende con quelli del sistema informativo.
- Integrazione complessiva del sistema informativo con la manutenzione correttiva ed evolutiva delle eventuali interfacce esistenti o realizzate.
- Servizi aggiuntivi e complementari:
  - Sistemi di salvataggio e back-up dei dati
  - Migrazione dei dati dalle banche dati esistenti
  - Gestione dei livelli di sicurezza e riservatezza
  - Copertura delle esigenze operative e normative riguardanti la connessione informativa con Enti esterni
  - Identificazione, nel corso del servizio, delle necessità sul sistema applicativo
  - Custodia del database aziendale e dei relativi dati sensibili ai sensi del D.lgs.196/2003
  - Fornitura dei materiali di consumo inerenti le attività di gestione e conduzione del Sistema Informativo
  - Consuntivazioni periodiche sulle performance di sistema.
  - Monitoraggio dei livelli di servizio
  - Nomina di un responsabile di progetto che rappresenterà il fornitore nei confronti di Smile House.
  - Gestione di tutti i sottosistemi (hw e sw) eventualmente forniti gratuitamente (o in comodato o in uso) da parte di enti terzi (Ministero della Sanità, Regione, etc.)
  - Gestione delle apparecchiature informatiche che diventeranno di proprietà di Smile House durante l'arco del servizio.
- I canoni delle linee di trasmissione dati di collegamento in rete geografica.
- I canoni relativi al traffico della rete di accesso alla rete pubblica internet.

In particolare, ciascun elemento messo a disposizione dal fornitore, dovrà essere oggetto di verifica preliminare, in ambiente di prova messo a disposizione dal fornitore stesso, per la validazione delle funzionalità.

**Smile House:**

- Direzione, pianificazione e programmazione strategica del servizio informativo.
- Definizione e pianificazione delle esigenze dei servizi richiesti
- Monitoraggio del servizio sia nelle fasi di avvio che della successiva gestione.
- I servizi generali quali, ad esempio, forza motrice, energia elettrica, telefoni, acqua e simili.
- I locali per l'installazione del sistema, per il magazzino dei materiali e per lo svolgimento della gestione operativa ordinaria e specialistica secondo le esigenze.
- Nomina di un **Program Manager** che opererà in nome e per conto di *Smile House*.

### 3.2.6 La Direzione Risorse Umane

In una azienda come *Smile House*, in cui la cultura del controllo è rimpiazzata dalla cultura dell'obiettivo e del suo raggiungimento, attraverso una performance appropriata ed attraverso un apprendimento che non sia solo individuale ma soprattutto organizzativo, il ruolo della struttura "Risorse Umane" assume un'importanza strategica rilevante. E' compito, infatti, di questa struttura:

- Contribuire a creare una cultura aziendale tale da risultare tra le aziende più appetibili dai migliori professionisti.
- Reclutare e selezionare il personale, avendo cura di assumere persone "di qualità" sia dal punto di vista tecnico/professionale che dal punto di vista strettamente umano.
- Monitorare le prestazioni ed affiancare la Direzione Sanitaria nell'attività di valutazione, allo scopo di ottenere la migliore omogeneità possibile di giudizio.
- Sviluppare ed applicare i Sistemi retributivi e incentivanti tracciati dalle linee guida CSO.
- Gestire e pianificare i costi del personale.
- Gestire le Relazioni sindacali.
- Sulla base delle richieste delle varie Aree dell'azienda, definire ed organizzare la Formazione interna per lo sviluppo professionale sostenibile dei dipendenti: ogni professionista di *Smile House* dovrà risultare il migliore nel suo campo.

Le direttrici lungo le quali si muoverà questa struttura saranno essenzialmente ispirate dal principio che le persone che lavorano all'interno di *Smile House*, erogano un servizio ad altre persone in stato di disagio e debolezza che hanno bisogno della massima assistenza e comprensione. Bisogna quindi superare anche la filosofia dell'ospedale "*patient centric*" per approdare alla filosofia del "**person centric**", ponendosi quindi come obiettivo il miglioramento della qualità della vita delle persone che chiedono aiuto a "*Smile House*".

In questo contesto è, allora, essenziale curare lo sviluppo professionale di tutti gli operatori dell'ospedale, ad ogni livello, favorendone l'integrazione e la cooperazione e supportandone il coinvolgimento nelle strategie e negli obiettivi aziendali.

Sarà, inoltre, richiesto a questa struttura un coinvolgimento a supporto delle attività del "Customer Service", unità dell'area sanitaria, proprio perché il raggiungimento di elevati standard di servizio passa attraverso una corretta gestione del personale che li eroga.

### 3.2.7 L'Area Sanitaria

I contenuti della struttura organizzativa dell'Area Sanitaria possono essere rappresentati come in fig. 16:



Figura 15: Area sanitaria e sue componenti

In figura (nella quale si utilizza, per i colori, la stessa notazione di par. 3.2) le parti indicate con tratteggio rappresentano aree di altre strutture organizzative che supportano l'area sanitaria nelle specifiche competenze. Usando la più consueta notazione per organigrammi, tale struttura assume la configurazione di fig. 16:

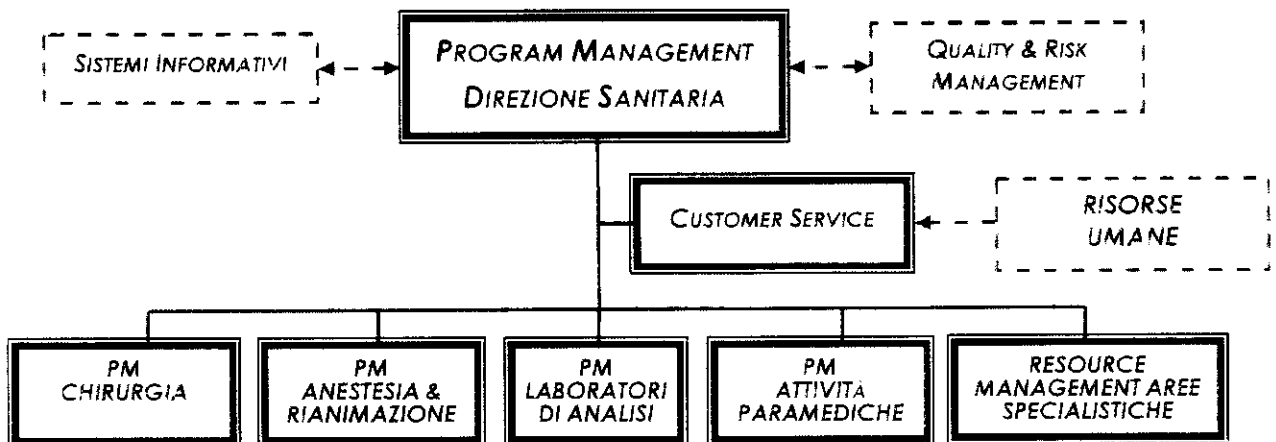


Figura 16: Organigramma Area Sanitaria

### 3.2.7.1 Program Management Attività Operative

Agli inizi degli anni '90, il legislatore ha ridefinito il ruolo del cosiddetto "Primario Ospedaliero" allo scopo di non porre più solo l'accento sull'efficienza, ma anche sull'efficacia del servizio delle strutture sanitarie.

E' in questa ottica che i compiti ed il **ruolo del primario** sono cambiati, attribuendogli non solo **compiti di vigilanza e controllo del percorso di cura**, ma, soprattutto, ritenendo tale figura di primissimo piano in ambito organizzativo sanitario, **compiti di coordinamento e guida** dell'insieme dei vari professionisti (ognuno con la propria autonomia tecnico-professionale), verso i quali **proporre e condividere obiettivi e strategie**, fare azione di **coinvolgimento e motivazione**, **mediare** e agire con **azioni di stimolo**.

La nuova **dimensione** richiesta al vecchio concetto di primario è, allora, **più marcatamente manageriale**, ancorché di elevati contenuti tecnici, e tale dimensione ben si coniuga con il modello organizzativo ipotizzato per *Smile House*. Tale modello, infatti, ispirandosi all'**Enterprise Project Management** va proprio nella direzione oggi richiesta ed è in questa ottica che abbiamo qui chiamato **Program Manager** i nuovi responsabili delle attività operative più importanti della struttura sanitaria.

### 3.2.7.2 Program Management Attività Paramediche

Il personale paramedico riveste un **compito delicatissimo** nella struttura sanitaria. Esso rappresenta, infatti, l'immagine stessa dell'azienda e della qualità dell'assistenza erogata, dovendosi relazionare in maniera più continuativa con la persona-paziente rispetto allo stesso personale medico. La **persona-paziente ha un rapporto paritario** (a volte anche più sbilanciato verso la persona-paziente) **con il personale paramedico**, a differenza del **rapporto con il personale medico** che, nella quasi totalità dei casi, è **di forte dipendenza**.

E', quindi, necessario, innanzitutto, scegliere bene le persone da inserire nello staff infermieristico, valutandone attentamente le **qualità tecnico/professionali**, **ma anche umane**, per poi definire dei **percorsi formativi** che vadano nella direzione del miglioramento degli **aspetti relazionali** sia **interni**, con i colleghi ed il personale medico, che **esterni** verso le persone-pazienti ed i parenti di questi ultimi.

Se, allora, da un lato si definiranno percorsi per consolidare le potenzialità professionali e quelle, invece, più personali (i cosiddetti **soft skill**), dall'altro si dovrà lavorare sugli aspetti più assistenziali e di supporto alla persona, attraverso l'organizzazione di corsi di master in counseling.

Tutte le attività paramediche costituiranno un'**area autonoma** che riferisce alla Direzione Sanitaria ed è coordinata da un Program Manager. con lo scopo di:

- fornire una **elevata qualità dell'assistenza** privilegiandone la **personalizzazione**, attraverso una efficace ed efficiente risposta ai **bisogni ed alle aspettative** della persona-paziente e dalla sua famiglia;
- costruire un **ambiente di lavoro sereno e stimolante**, attraverso il rispetto della persona e del professionista, nel quale il personale infermieristico ed ausiliario riesca a realizzarsi.

In questo contesto, il **Program Manager** avrà compiti quali:

- definire le politiche di **gestione del personale infermieristico e ausiliario** in accordo con l'area delle Risorse Umane;
- coniugare l'**efficienza** del servizio con l'**efficacia** economica;
- contribuire fattivamente alla costruzione di un **sano contesto ambientale** di relazioni e professionalità, senza trascurare l'importanza dell'**aspetto retributivo** delle professionalità.

### 3.2.7.3 Resource Management Aree Specialistiche

A differenza dei Program Manager delle aree operative, il Resource Manager delle aree specialistiche ha una funzione con molto **meno contenuti di tipo tecnico**, mentre ne ha molti di più in **ambito organizzativo** e di coordinamento.

I compiti del responsabile di questa aree saranno, infatti, di **supporto alle aree operative** nella organizzazione dei team di intervento, nel reperimento delle competenze richieste, nella gestione degli ambulatori, dalla definizione della logistica e delle tempistiche (ad es.: orari visite), al reperimento eventuale di risorse esterne quando quelle interne risultassero saturate. Le aree specialistiche saranno:

- Chirurgia plastica
- Neurochirurgia
- Otorinolaringoiatria
- Pediatria
- Odontostomatologia
- Ortodonzia
- Foniatria
- Psicologia
- Counseling
- Oftalmologia
- Genetica
- Neurologia



#### 3.2.7.4 Laboratorio di Analisi

La costituzione dei laboratori sarà condizionata da precise **scelte di convenienza**, non solo di tipo economico. Infatti, la scelta auspicata di costruire le strutture di *Smile House* a ridosso o nelle immediate vicinanze di una esistente struttura sanitaria, permetterà quelle **sinergie** che supporteranno efficacemente un aumento della efficienza in entrambe le strutture.

Le sole necessità potrebbero, allora, riguardare l'allestimento di un **laboratorio di genetica** per un miglior supporto alle attività di ricerca in quest'ambito e l'acquisizione della strumentazione per la **diagnostica per immagini**.

### 3.2.8 L'Area Ricerca e Formazione

I contenuti della struttura organizzativa dell'Area Ricerca possono essere rappresentati come in fig. 17:

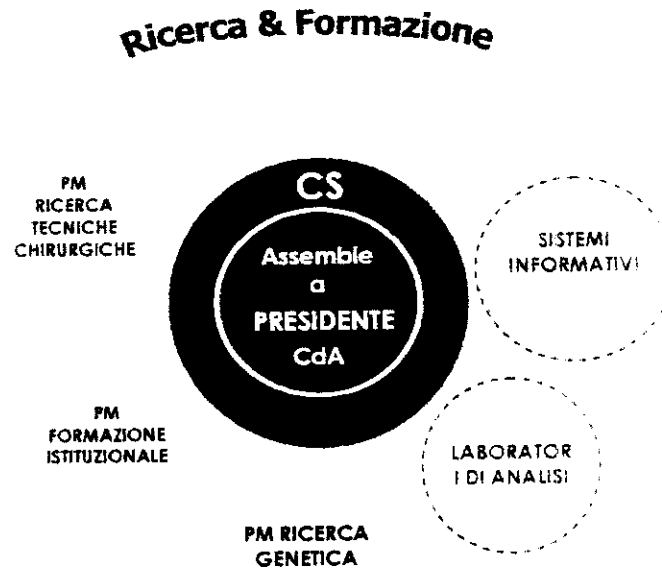


Figura 17: Area Ricerca e sue componenti

In figura (nella quale si utilizza, per i colori, la stessa notazione di par. 3.2) le parti indicate con tratteggio rappresentano aree di altre strutture organizzative che supportano l'area Ricerca nelle specifiche competenze. Utilizzando la più consueta notazione per organigrammi che indirizza le singole responsabilità, tale struttura assume la configurazione di fig. 18:

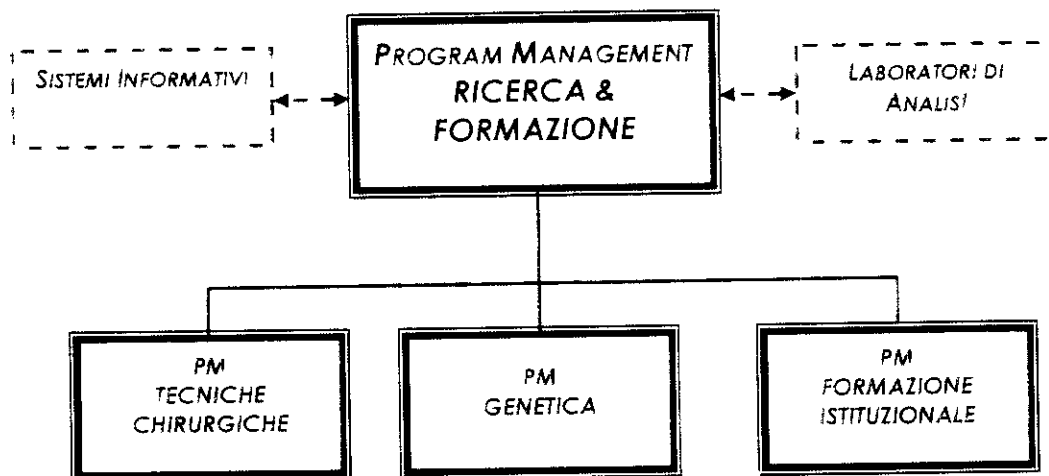


Figura 18: Organigramma Area Ricerca

Come si vede, la struttura ha due anime: quella di ricerca i cui sforzi sono essenzialmente diretti verso due obiettivi ben precisi:

- uno **reattivo** dato dalla ricerca di nuove **tecniche chirurgiche e nuovi strumenti di supporto** a queste ultime, per ottenere risultati sempre più efficaci nell'area della ricostruzione;
- l'altro di tipo **preventivo**, dato dalla ricerca nell'ambito della **genetica**, volta alla prevenzione attraverso la messa a punto di **protocolli di cura** che indirizzino le problematiche all'origine delle le malformazioni.

Ne deriva, inoltre, che si cercheranno collaborazioni con enti di ricerca sia su **base nazionale** che **internazionale**, in modo da connotare *Smile House* come **Centro di Eccellenza** nell'ambito della specifica area di ricerca.

In sinergia con la struttura di Comunicazione e relazioni esterne (vedere successivo par. 3.2.10), saranno organizzati **convegni in ambito internazionale** sui temi di maggiore interesse delle discipline trattate da *Smile House*., che dovrà porsi all'attenzione internazionale come **polo di riferimento indiscusso** per le problematiche di prevenzione, controllo e cura delle malformazioni cranio-maxillo-facciali.

### 3.2.9 Risk & Quality Management

"Su **8 milioni di persone** che ogni **anno** vengono ricoverate negli ospedali italiani, **320 mila (il 4% circa)** subiscono **danni o conseguenze più o meno gravi** che potrebbero essere evitati. Di queste, una cifra variabile **tra le 14 mila** (secondo le stime più ottimiste) **e le 50 mila** (secondo quelle più pessimiste) **muoiono** a causa di **errori compiuti dai medici o causati da una non adeguata organizzazione delle strutture sanitarie**. In fredde cifre sono questi i numeri principali dell'errore medico in Italia.

Questi "eventi avversi" (come asetticamente vengono definiti) spingono gli utenti a ricorrere sempre più frequentemente al **tribunale**: sono circa **12 mila le cause pendenti**, per una richiesta di **risarcimento danni pari a circa 2,5 miliardi di euro**. E più cause vengono mosse, maggiori saranno i costi che gli ospedali dovranno sostenere per il **pagamento delle polizze assicurative**. Solo per fare un esempio, attualmente un **ospedale che serve un centro abitato di 50 mila persone** deve pagare una **polizza di circa 750 mila euro**. Ma, nel caso di **strutture più grandi**, si arriva facilmente a **1-2 milioni di euro**.

Nonostante l'aumento progressivo dei premi, le assicurazioni non riescono a tenere il passo con i risarcimenti che crescono ad un ritmo ancora più vertiginoso: **a fronte di una raccolta annua di circa 175 milioni di euro, sono 413 i milioni di euro sborsati per i risarcimenti**.

A questo dato si devono aggiungere i **costi nascosti per la sanità italiana**: quelli relativi alle conseguenze di errori con esiti mortali sono stati stimati in **circa 2,5 miliardi di euro**, mentre la somma relativa alle conseguenze di danni **con esiti non**

**mortali, ma che comportano un prolungamento di almeno due giorni nel ricovero, ammonta a circa 260 milioni di euro. Insomma, un circolo vizioso che rischia di strangolare la sanità italiana se è vero che ben 10 miliardi di euro vengono "bruciati" in incidenti, sprechi ed errori relativi al solo ambito ospedaliero (pubblico e privato)"<sup>12</sup>.**

Quanto sopra mostra **dati impressionanti** che, se da un lato preoccupano per la grande **incidenza degli errori** in sanità e dei conseguenti danni ai cittadini, dall'altra danno la dimensione dello **spreco doloso di risorse economiche** che, altrimenti potrebbero contribuire ad elevare, e non poco, il tasso qualitativo del servizio sanitario nazionale.

Gli errori generano cioè in **circolo vizioso** che coinvolge sia lo specifico ammalato che ne subisce il danno che tutti gli altri ammalati potenziali che dovranno in futuro fruire del servizio.

Inoltre, dobbiamo considerare che in Italia, secondo lo stesso studio, ogni anno :

- gli errori segnalati più di frequente riguardano per un complessivo **27,1% l'ortopedia e traumatologia e la chirurgia generale;**
- si contano da **450mila a 700mila casi di infezioni ospedaliere**, ..... Uno studio della Regione **Lombardia**, condotto nel 2000 su 18.040 pazienti ricoverati in 86 nosocomi, fissa la **percentuale di infezioni intorno al 4.9%**. Anche se in reparti particolari, per esempio, quelli di terapia intensiva, si sfiora addirittura il 30%;
- secondo altri studi, di origine statunitense, la proporzione di errore umano può essere ulteriormente ridotta: "**circa l'85% dei problemi derivano da difetti organizzativi dei sistemi e non da incompetenza degli operatori**", affermano le indagini più recenti.

I motivi sono, quindi, più che validi per affrontare il problema con aggressività, ovvero proponendo:

- una **struttura organizzativa** sufficientemente **agile, flessibile, ed efficiente** in termini di proattività e reattività, che si occupi del problema a tempo pieno;
- una metodologia collaudata (**metodo TOYOTA**) di gestione della qualità che produca risultati concreti;
- **strumenti e supporti tecnologici** (il progetto **DRIVE® [DRUG In Virtual Enterprise]**- vedi Appendice C - nato all'Ospedale S. Raffaele di Milano) che riducano sensibilmente l'incidenza dell'errore umano.

Della **struttura organizzativa** ne abbiamo ampiamente parlato nei capitoli precedenti e qui possiamo ribadire l'importanza della **ricerca collettiva della performance** e della **condivisione di obiettivi e strategie**, anche nell'ottica di una particolare attenzione all'incidenza dell'errore.

---

<sup>12</sup> Da "Quando l'errore entra in ospedale - Risk management: perché sbagliando s'impara. Le mappe del rischio, i costi, le soluzioni", Dossier ideato e realizzato da Cineas (Consorzio Universitario per l'Ingegneria nelle Assicurazioni) in collaborazione con Zurich Consulting, Aprile 2002

Per quanto riguarda, invece, **il metodo TOYOTA**, esso è già stato sperimentato con successo in strutture sanitarie (basti ricordare l'esperienza dell'Ospedale S. Giovanni di Dio di Firenze, citata nel libro di A. Galgano inserito in bibliografia). I principi alla base di tale sistema sono:

- a. il **valore**: anche nelle strutture sanitarie il valore prodotto è valutato dagli utilizzatori (le persone-pazienti). L'organizzazione ha il compito di massimizzare il valore, ovvero, nel nostro caso, attraverso analisi e diagnosi, informare correttamente la persona-paziente sul suo stato di salute e ristabilirlo se non rientra nella normalità;
- b. lo **spreco**: evitare l'utilizzo di risorse che non danno valore aggiunto. **Il sistema Toyota ha l'obiettivo di sviluppare miglioramenti diretti a ridurre gli sprechi.**
- c. il **flusso**: rappresenta la **successione di attività (o fasi)** la cui elaborazione crea valore. L'obiettivo è di ridurre/eliminare gli sprechi che si generano lungo i flussi.

Si può, allora, dire che chi vede deve imparare ad essere sensibile al "**Valore**" prodotto, al "**Flusso**" in elaborazione ed allo "**Spreco**" prodotto nelle diverse attività.

Un efficace strumento identificato dal metodo Toyota è rappresentato dalla "**Settimana Kaizen**", durante la quale a team appositamente scelti viene assegnata la missione di **osservare specifici flussi/processi, individuarne gli sprechi e proporre, sviluppare e implementarne le azioni correttive**.<sup>13</sup>

Infine, per quanto riguarda lo strumento, ci si dovrà dotare di moderne tecniche e strumenti che aiutino a **ridurre l'incidenza di errore**, automatizzando il più possibile quei processi in cui più si richiede l'intervento umano. Se pensiamo, ad esempio, al **percorso dei farmaci** in un ospedale (dall'acquisizione alla somministrazione) ed ai possibili rischi cui è esposto, ci accorgiamo che taluni interventi possono effettivamente portare valore aggiunto alla sicurezza del cittadini, ma anche del medico che lo assiste.

Ad esempio, la sola adozione del braccialetto identificativo del paziente ha ridotto sensibilmente il numero di errori di somministrazione del farmaco. Ma ciò non basta: se dotiamo il personale infermieristico di un lettore ottico di codici a barre o di una stazione RFID (Radio Frequency Identification) e vincoliamo la somministrazione alla rilevazione identificativa e ad un automatismo di recupero del farmaco in un carrello intelligente, ci accorgiamo di quanto ancora abbiamo abbattuto le possibilità di sbagliare. Se installiamo un cosiddetto armadio intelligente dotato di tecnologia RFID, riusciamo a tracciare non solo il percorso del farmaco, ma anche chi lo ha gestito. Tutto ciò oggi è la realtà finalizzata da Progetti di ricerca, in questo caso delle strutture della Fondazione Ospedale S. Raffaele di Milano, ed acquisibile ed implementabile in qualsiasi altra struttura sanitaria senza investimenti enormi e con, di contro, un grande ritorno sia in termini puramente economici che di qualità del processo di cura.

<sup>13</sup> Galgano A., Galgano C., "IL SISTEMA TOYOTA PER LA SANITÀ - Più Qualità meno sprechi". Guerini & Associati

## 3.2.10 Comunicazione e relazioni esterne

### 3.2.10.1 Le azioni di fund raising

La struttura finanziaria dell'organizzazione sarà, a grandi linee, definita dalle seguenti tipologie di fonti:

- apporti di capitale
- proventi da sponsorizzazioni
- donazioni e attività benefiche
- contributi e rimborsi pubblici
- ricavi da attività a reddito collaterali

In questo paragrafo ci occuperemo delle modalità di organizzazione e operative finalizzate a raccogliere risorse finanziarie per: a) la costituzione del capitale o patrimonio iniziale, b) la gestione corrente, c) la realizzazione di progetti speciali.

L'attività di fund raising (da qui in avanti, FR) occupa una posizione di assoluta preminenza strategica nell'ambito di una ONLUS, nella quale le erogazioni di servizi, o la gran parte di esse, non permettono di realizzare politiche di autofinanziamento, tipiche delle imprese for profit (e delle cooperative sociali di tipo B).

L'esperienza ha permesso di puntualizzare alcune regole generali che guidano le attività di FR, e che è indispensabile tenere presenti.

Sappiamo, innanzitutto, che l'efficacia del FR è direttamente proporzionale alla qualità del progetto, ovvero della mission dell'organizzazione. In questo quadro, tuttavia, una valida attività di comunicazione rappresenta il supporto funzionale indispensabile per il FR, dal momento che qualità e mission devono essere adeguatamente percepite dal pubblico dei donatori potenziali.

In altre parole, l'attività di comunicazione deve porsi, quale primo obiettivo, il raggiungimento di un elevato grado di sensibilizzazione del pubblico verso il problema, prima (nel nostro caso, le malformazioni congenite) e verso il progetto, poi.

Occorre, cioè, determinare una capacità di attrazione e di coinvolgimento, elementi che, però, non costituiscono, necessariamente, il presupposto effettivo perché scatti il meccanismo della donazione, ma solo il contesto potenziale nel cui ambito può svolgersi l'attività di raccolta fondi.

Su 100 contatti con donatori potenziali, solo un parte, infatti, produce – attraverso i meccanismi di coinvolgimento morale – una disponibilità a donare, ma ancor più esigua è la frazione di contatti che si risolve in una concreta erogazione di denaro. Si è stimato che non più del 5% dei contatti (e ciò solo per le organizzazioni più forti, dal punto di vista della capacità di attrazione) si evolvono in donazioni.

Per un'organizzazione nascente, occorre fissare obiettivi apparentemente modesti, dietro ai quali c'è comunque uno sforzo operativo notevole, obiettivi che, in percentuale dei contatti, vanno dall'1% al primo anno fino ad una frazione compresa fra il 3% e il 4% nell'arco di alcuni anni.

Da qui deriva un'altra regola del FR, sulla quale torneremo in seguito con maggiori dettagli, che impone che l'attività sia continua, pianificata e svolta, se possibile, da personale esclusivamente dedicato e specializzato.

Il FR deve, comunque, fronteggiare dei limiti quantitativi che sono connessi alle strutture fondamentali di quello che potremmo considerare il "mercato delle donazioni", (che, in quanto tale, vede lo svolgersi di una vera e propria competizione per l'ottenimento delle risorse – scarse – potenzialmente disponibili).

L'ammontare medio delle donazioni è piuttosto basso (circa 130 euro), ma ben differenziato a seconda delle particolari categorie di soggetti (persone fisiche, imprese, ONLUS di erogazione, etc.). In più, oltre il 70% dei donatori è donatore occasionale, con una sola erogazione all'anno, e sono ben pochi coloro che effettuano più di due donazioni.

Ancora, deve registrarsi che gli atti di liberalità non derivanti da una qualsiasi forma di sollecitazione esterna rappresentano un'esigua minoranza. Ne conseguono due aspetti essenziali: la conferma dell'importanza di una comunicazione finalizzata e la considerazione che il FR è un'attività irrimediabilmente costosa, che richiede, cioè, l'uso e il consumo di risorse dedicate.

Infine, rilevazioni statistiche hanno permesso di evidenziare che il settore per il quale c'è la maggiore disponibilità (teorica) a donare è proprio quello dell'assistenza e della ricerca medica.

Questo particolare aspetto ha una motivazione importante, che rappresenta anche una modalità di spiegazione dei meccanismi attraverso i quali si realizza il coinvolgimento morale, vale a dire i presupposti per la donazione.

In un processo di formazione della volontà di donare, una forma di coinvolgimento puramente emotivo, basato, cioè, su sentimenti quali pietà o commozione, difficilmente porta a risultati concreti.

Piuttosto, risulta ben più efficace ed importante l'esistenza di un fenomeno di interesse reciproco. Se l'interesse della ONLUS è ottenere finanziamenti, quello dei donatori presenta aspetti eterogenei. Fra questi possiamo citare<sup>14</sup>:

<sup>14</sup> Queste informazioni, come la gran parte su cui si basa la redazione di questo paragrafo, sono tratte da Valerio Melandri, Guida al fund raising, 2005, [www.fundraising.it](http://www.fundraising.it).

- ricerca di soddisfazione o realizzazione personale
- utilizzo di benefici fiscali
- ottenere pubblicità (per le imprese private)
- ottenere ringraziamenti o riconoscimenti pubblici (per gli individui)
- vedere risultati concreti
- migliorare le condizioni della propria comunità di appartenenza (locale o nazionale)
- cercare conoscenze o instaurare relazioni utili per la vita sociale o per il proprio lavoro
- fare nuove esperienze
- ottenere voti

Questa eterogeneità delle cause di interesse obbliga sia a indagare sulle motivazioni (o perlomeno a definire ipotesi verosimili), in modo da calibrare strategicamente le azioni funzionali di comunicazione, sia ad avere approcci differenziati, a seconda dei soggetti e dei loro interessi.

Le motivazioni reali, però, possono facilmente essere non conoscibili, occultate o comunque non esplicitate. Le strategie di FR, quindi, non possono prescindere dal perseguimento di una serie di tentativi successivi e da un approccio quanto più flessibile possibile. Spesso, l'identificazione dei motivi di interesse poggia su contatti e rapporti personali, che richiedono tempo e duttilità per creare la relazione di interesse reciproco.

Allo stesso tempo, però, in considerazione delle percentuali di successo inevitabilmente basse, non si può rinunciare ad un criterio basato su una grande quantità di contatti.

Fra i motivi di origine degli interessi, molto forte è il meccanismo che deriva dalla ricerca di protezione dal pericolo potenziale dovuto alle malattie: si è disposti, cioè, a donare per sentirsi assicurati dal rafforzamento della ricerca e dell'assistenza su eventi che potrebbero toccare ognuno di noi.

Da qui deriva, con estrema probabilità, la maggiore disponibilità alla donazione verso il settore sanitario, dove, però, si riscontrano, probabilmente, gradi di intensità differenti al variare dei settori clinici di intervento. In altre parole, è più probabile che raccolgano maggiori quantità di risorse finanziarie quelle organizzazioni che si occupano, ad esempio, di ricerca, prevenzione e cura dei tumori piuttosto che una ONLUS che, come nel nostro caso, si occupi di malformazioni, vista l'incidenza del fenomeno sulla popolazione.

Peraltro, potrebbe esistere, benché infondato, un processo mentale sfavorevole che, legando idealmente la correzione della malformazione ad un intervento di chirurgia estetica, renderebbe certamente più difficile il conseguimento di risultati validi nel FR.

La soluzione a questo problema passa certamente per una giusta informazione, scelta che, ancora di più, tende a spostare il contenuto della

comunicazione da aspetti prevalentemente emozionali a contenuti più mirati sugli aspetti razionali.

Con questo argomento, ci dirigiamo verso il secondo presupposto del coinvolgimento, ovvero il contenuto etico dell'attività svolta dalla ONLUS. Il pubblico dei potenziali donatori deve chiaramente percepire una finalità, al tempo stesso, morale e sociale dell'azione della ONLUS.

Ma la qualificazione etica non può essere semplicemente autodichiarata o immaginare che derivi più o meno automaticamente dalla tipologia di attività svolta o dal settore di intervento. È, invece, il prodotto di una complessa combinazione di elementi, opportunamente filtrati da una adeguata strategia di comunicazione.

Gli elementi di qualificazione possono essere così enumerati:

- la mission istituzionale
- gli obiettivi
- attività, servizi e programmi
- la storia della ONLUS
- l'organizzazione e la governance
- le sponsorship
- personale, sede e attrezzature
- il codice etico

L'insieme di questi elementi costituisce il corpus di un documento che il Ministro Melandri chiama "*Documento Buona Causa*", da redigere in diversi formati (brochure cartacea, depliant, formato html) e da aggiornare continuamente. Tale documento rappresenta la base dei contenuti della comunicazione strategica per il FR.

Il processo di comunicazione degli elementi qualificanti deve necessariamente concludersi con la formazione del terzo elemento che definisce le condizioni del coinvolgimento dei donatori potenziali, che possiamo rendere con l'espressione "credibilità" (probabilmente, la migliore traduzione del termine originario *accountability*).

La credibilità non è intesa solo in senso tecnico, cioè come dimostrazione della capacità di assolvere alla propria missione, ma ha un forte significato etico: è sì, dunque, capacità, ma anche, e soprattutto, responsabilità.

Il livello e la qualità della responsabilità della ONLUS, dei suoi amministratori e dei suoi operatori devono risultare da un documento che offre la più ampia e trasparente rendicontazione dell'azione svolta e delle modalità di svolgimento dell'insieme di relazioni sociali e istituzionali connesse all'attività della ONLUS. Questo documento è noto come bilancio sociale.

L'idea alla base del bilancio sociale consiste nel fatto che una ONLUS (ma questo concetto si sta progressivamente allargando alle imprese for profit, che pure hanno una responsabilità etica) non ha solo relazioni di tipo economico finanziario, ma si trova al centro di un complesso sistema di relazioni con diverse categorie di stakeholders.

Il bilancio sociale, dunque, "mira a delineare un quadro omogeneo, puntuale, completo e trasparente della complessa interdipendenza tra i fattori economici e quelli socio-politici connaturati e conseguenti alle scelte fatte. Rappresenta la certificazione di un profilo etico, l'elemento che legittima il ruolo di un soggetto, non solo in termini strutturali ma soprattutto morali, agli occhi della comunità di riferimento, un momento per enfatizzare il proprio legame con il territorio, un'occasione per affermare il concetto di impresa come 'buon cittadino', cioè un soggetto economico che perseguendo il proprio interesse prevalente contribuisce a migliorare la qualità della vita dei membri della società in cui è inserito".<sup>15</sup>

Nel caso specifico del FR, i donatori e gli sponsor rappresentano le tipologie di stakeholders cui la ONLUS deve mostrare una particolare forma di responsabilità, sia nell'uso dei fondi, sia per ciò che riguarda i risultati raggiunti grazie ai finanziamenti concessi.

A questo proposito deve essere redatto un rapporto periodico, al massimo annuale (da inserire anche nel bilancio sociale), che riporti:

- la descrizione delle finalità della ONLUS
- la descrizione dei programmi realizzati, delle attività e dei risultati raggiunti
- l'illustrazione delle strutture e delle modalità di amministrazione
- lo schema della situazione economica
- l'elenco dettagliato delle spese effettuate, a fronte degli incassi realizzati

I donatori sono particolarmente sensibili al fatto che il loro denaro sia utilizzato direttamente nelle attività di ricerca o di assistenza, e che la donazione produca risultati più o meno immediatamente percepibili. È innegabile, tuttavia, che un'organizzazione ha costi indiretti da sostenere (costi amministrativi, costi del personale, i medesimi costi per la realizzazione del FR, etc.), tanti e tanto più importanti quanto più l'organizzazione stessa è strutturata.

Occorrerà, pertanto, esercitare un equilibrio amministrativo, ma anche diplomatico nella gestione delle risorse, disporre di controlli rigorosi sulle spese ed avere buone capacità di comunicazione, in modo da far risaltare opportunamente la destinazione e, quindi, il rispetto delle aspettative e delle finalità precipue della donazione.

Questo è un argomento decisivo per raggiungere un obiettivo di fidelizzazione dei donatori, che permetterebbe di avere una maggiore stabilità nell'afflusso e nella struttura delle fonti. Il passaggio indispensabile per questo risultato è il rispetto delle condizioni di coinvolgimento dei donatori che abbiamo visto finora, cioè – sintetizzando – l'interesse, la responsabilità etica e la credibilità<sup>16</sup>.

Si è detto in precedenza che l'attività di FR deve essere continua, organizzata e pianificata. Deve, quindi, essere redatto un programma operativo annuale, composto dalle seguenti parti principali:

---

<sup>15</sup> Melandri, opera citata

<sup>16</sup> Comunicazioni non consistenti, non sufficientemente trasparenti o, peggio, non veritiere pregiudicano alla base le possibilità di prosecuzione delle attività di FR.

- contenuti del Documento Buona Causa e suoi aggiornamenti
- determinazione dei fabbisogni economici e finanziari, in relazione sia alle quantità, sia alle tipologie (quali incremento della dotazione patrimoniale, per il sostegno delle attività correnti, per il finanziamento di progetti e iniziative speciali)
- obiettivi specifici dell'attività di FR: un primo aspetto riguarda la quantità di risorse che ci si attende di raccogliere (in valore assoluto e in percentuale del fabbisogno<sup>17</sup>), quindi, la definizione di quali campagne e per quali finalità specifiche (indicando i risultati attesi per ogni asse di attività); un obiettivo importante deve essere, inoltre, la fidelizzazione dei donatori
- determinazione delle categorie di donatori potenziali cui rivolgersi, o dei "mercati di raccolta", e identificazione delle fonti
- definizione delle strategie di comunicazione, dei contenuti e degli specifici strumenti da utilizzare, in relazione a ciascuna categoria individuata

In genere, i programmi di FR si articolano in quattro diverse tipologie di raccolta, ovvero di programmi:

- raccolta annuale, usualmente finalizzata a coprire i fabbisogni correnti
- raccolta capitali, destinata a finanziare progetti speciali, realizzata attraverso campagne appositamente pianificate dirette, di preferenza, ai grandi donatori (imprese, fondazioni bancarie, etc.)
- donazioni programmate: in quest'ambito rientra la raccolta attraverso il 5x1000 e tutte quelle forme che si avvalgono di benefici fiscali; un'altra forma importante si ha attraverso la sollecitazione di disposizioni e lasciti testamentari
- grandi donazioni o lasciti (eventi piuttosto rari e sempre una tantum)

La realizzazione dei programmi di raccolta avviene attraverso la programmazione e l'attuazione di specifiche campagne di comunicazione, opportunamente articolate in ragione delle finalità e delle tipologie di raccolta.

La raccolta annuale, che deve basarsi il più possibile su donatori fidelizzati, disposti, cioè, ad un'erogazione annuale di fondi, ma continua nel tempo, trova di frequente due ulteriori modalità di esecuzione:

- costituzione di un'associazione di sostegno collegata alla ONLUS (qualcosa del tipo "Associazione Amici di Smile House"), che preveda quote associative ordinarie e quote maggiorate per soci sostenitori
- definizione di rapporti di sponsorizzazione all'attività della ONLUS con imprese, banche, fondazioni bancarie, fondazioni di erogazione, etc.

Una sponsorizzazione può essere legata ad un progetto, all'acquisto di particolari attrezzature o anche di un immobile. In questo caso, potremmo parlare di sponsorizzazione operativa, sebbene, in questo caso, ci troveremmo nel campo della raccolta capitali, più che della raccolta annuale.

---

<sup>17</sup> Secondo alcuni, un obiettivo congruo potrebbe essere fissato nella misura del 12,5% del totale delle fonti, ma il panorama delle ONLUS è troppo variegato per poter avere un valore univoco di riferimento. Inoltre, la capacità di attrazione di fondi verso un'organizzazione dipende molto dalla storia, dalla notorietà, ovvero dalla credibilità dell'organizzazione stessa.

La raccolta annuale avviene attraverso un tipo diverso di sponsorizzazione, che possiamo chiamare sponsorizzazione istituzionale, che consiste essenzialmente nella costituzione di una compagine sociale stabile, una sorta di azionariato sociale della ONLUS.

I soci, o referenti istituzionali dell'organizzazione, sarebbero tenuti a versare quote per la costituzione del patrimonio iniziale e/o ad accrescerne la dotazione in ragione di piani di capitalizzazione predefiniti o, al più, secondo necessità finanziarie sopraggiunte.

Va da sé che gli sponsor istituzionali devono avere i loro rappresentanti nei massimi organi amministrativi della ONLUS ed avere il riconoscimento di una parte importante nella formazione dei processi decisionali strategici dell'organizzazione che sostengono.

La partecipazione di sponsor istituzionali, inoltre, al di là dei benefici di ordine finanziario, dà alla ONLUS un valore aggiunto in termini di credibilità istituzionale, soprattutto se gli sponsor hanno denominazioni note e di prestigio.

Il ricorso alla sponsorizzazione istituzionale potrebbe consentire anche di superare i limiti che la legge impone alle erogazioni delle società for profit, ma anche delle persone fisiche, verso il terzo settore.

Le sponsorizzazioni, infatti, così come le forme di donazione programmata da parte di enti e imprese che si basano sul conseguimento di benefici fiscali per queste ultime, risentono dei limiti legislativi che – a differenza degli Stati Uniti, dove il grande sviluppo del FR si deve molto alla presenza di rilevanti agevolazioni fiscali – impediscono, di fatto una maggiore alimentazione dei circuiti del FR.

La legge, infatti, prescrive che "le liberalità in denaro o in natura erogate da persone fisiche o da enti soggetti all'imposta sul reddito delle società in favore di organizzazioni non lucrative di utilità sociale (...) sono deducibili dal reddito complessivo del soggetto erogatore nel limite del dieci per cento del reddito complessivo dichiarato, e comunque nella misura massima di 70.000 euro annui".

Vediamo, ora, quali sono i punti caratterizzanti dei piani di comunicazione del FR. Il primo obiettivo, abbiamo detto, è la ricerca e la sensibilizzazione dei donatori potenziali. Al tempo stesso, abbiamo già sottolineato che la ricerca dei donatori potenziali va compiuta, negli obiettivi e nelle modalità, in funzione delle specifiche e articolate esigenze di sostegno finanziario della ONLUS.

Il primo passaggio è rappresentato dalla creazione di una banca dati, che permetta, fra l'altro, l'individuazione dei possibili motivi di interesse, le aspettative e le esigenze di ciascun soggetto, cioè le ragioni del potenziale coinvolgimento morale che può condurre alla donazione.

Il possibile coinvolgimento, inoltre, può essere opportunamente classificato non solo in base ai motivi di interesse, ma anche in ragione di graduazioni di intensità, ovvero di probabilità che il coinvolgimento dia origine ad un'effettiva erogazione e, laddove possibile, in base alle disponibilità finanziarie dei donatori potenziali.

Sulla base delle indicazioni incrociate, contenute nel data base, si determinano le modalità specifiche di comunicazione e di contatto, considerando, tuttavia, che si avranno modalità diverse anche in ragione dei momenti di contatto. In altre parole, la forma e il contenuto della comunicazione dovrà essere diverso se si vogliono perseguire obiettivi di acquisizione del

donatore, di fidelizzazione oppure di mantenimento o consolidamento della relazione.

Per ciò che riguarda le modalità tecniche, l'esperienza ha permesso di definire un ordine generale di efficacia di ciascuna forma<sup>18</sup>:

- contatto personale, condotto da un team di almeno due persone delle quali una presenta l'organizzazione e ne dà luce con efficacia politica e reputazione (potrebbe ad esempio ricoprire una carica politica di spicco o essere una persona conosciuta a livello di doti morali), l'altra dovrebbe invece essere una persona che ricopre un ruolo attivo nell'organizzazione. Un team così composto è in assoluto il più efficace per l'incontro personale
- lettera personale: è una lettera in cui chi firma ha un collegamento diretto con chi la riceve, è una persona conosciuta e proprio per questo motivo la lettera personale viene fatta su carta intestata, allegando ad essa una brochure informativa e parte del materiale per sostenere la richiesta. Questo tipo di lettera è più efficace se una settimana dopo averla spedita, il destinatario viene contattato telefonicamente
- telefonata personale, che può essere seguita da una successiva sollecitazione per lettera
- lettera personalizzata: è una lettera in cui la personalizzazione si rileva nell'indirizzo mentre il testo, il corpo della lettera, rimane invariato per tutti i destinatari
- maratona telefonica: è una sollecitazione telefonica in cui chi la effettua non è direttamente collegato con chi la riceve, per cui si telefona a persone sconosciute per chiedere contributi e di solito viene effettuata dai volontari come una sorta di catena di solidarietà in un lasso di tempo definito intensivo (2-3 giorni)
- mailing o lettera impersonale: è una lettera in cui chi firma non è direttamente connesso e conosciuto da chi la riceve
- eventi speciali: hanno un'efficacia bassa e molte volte, organizzandoli, si perde denaro
- porta a porta: è un tipo di contatto che ha un'efficacia molto più bassa di quelli sopra elencati
- media e pubblicità: è l'ultimo in ordine di efficacia e spesso non è utile per la raccolta fondi. Lo spazio all'interno dei media viene utilizzato per dare voce e sensibilizzare alla causa. Lo scopo di questo strumento è la promozione, quindi sarebbe buona norma farsi regalare spazi pubblicitari all'interno di giornali, radio o televisione.

<sup>18</sup> Melandri, opera citata

### 3.2.10.2 Marketing e Comunicazione esterna

La **Comunicazione** dovrà essere un **valore della cultura aziendale** di Smile House, presente a tutti i livelli ed in ciascun operatore, sia nell'interazione con la persona-paziente che con la persona-collega.

Sarà la struttura di "**Comunicazione e Relazioni Esterne**" di Smile House ad occuparsi di queste problematiche ed a promuoverne lo spirito all'interno della struttura, operando in collaborazione, molto stretta con le altre strutture organizzative.

Dovrà essere data **massima diffusione** a tutte le informazioni e iniziative che Smile House promuoverà, attraverso i principali canali, quali il **sito web, opuscoli, pubblicazioni** e attraverso una **rivista specifica di carattere scientifico** cui dare diffusione nel mondo scientifico-medico non solo italiano.

Una ottima **qualità dell'immagine** all'esterno di Smile House sarà assolutamente determinante per il reperimento dei fondi (per questo motivo, grande importanza è stata data nel progetto alle problematiche di "**fund raising**") per:

- finanziare la **ricerca**, le cui ricadute sono assicurate principalmente, da un'ampia diffusione dei risultati ad essa legati;
- attrarre le migliori **figure professionali** da inserire nell'organico specialistico;
- attrarre **partner scientifici** molto qualificati e qualificanti, per condurre ricerche comuni;
- prevedere in organico professionisti della **mediazione linguistico-culturale** per una più efficiente umanizzazione dei rapporti con i pazienti stranieri.

### 3.2.10.3 I rapporti con Operation Smile

Operation Smile Italia Onlus è una **Fondazione** senza fini di lucro, nata a Roma nel 2000 dal nucleo di medici e paramedici che già dal 1982 operavano attraverso la struttura internazionale **Operation Smile Inc.**\_(ad oggi sono stati operati più di 90.000 bambini, ma molti altri sono in attesa di intervento).

Essa è costituita da medici e volontari che realizzano missioni umanitarie **in tutto il Mondo**, per correggere con interventi di chirurgia plastica ricostruttiva gravi malformazioni facciali come il **labbro leporino, la palatoschisi, gli esiti di ustioni e traumi**.

Le gravi malformazioni del volto rappresentano un problema presente non solo nei paesi più svantaggiati, ma anche nei paesi più ricchi (un bambino ogni 1200/1500 nati).

Un altro importante settore sul quale si focalizza l'attività di Operation Smile Italia è la **formazione** dei medici e del personale sanitario dei Paesi dove si svolgono le missioni.

Lo scopo è di garantire alle strutture sanitarie del luogo i mezzi, la formazione e l'**autonomia** necessari a proseguire l'opera avviata dai medici italiani. Per raggiungere questo obiettivo, il Comitato scientifico di Operation Smile ha messo



a punto dei programmi didattici ad hoc da svolgere presso le strutture ospedaliere.

I corsi riguardano la chirurgia ortognatica, chirurgia pre-protetica, implantologia, chirurgia delle labio-palatoschisi.

E' quindi assolutamente evidente la **molteplicità delle sinergie** che emergono tra le due strutture.

**Smile House**, nelle aspettative dei committenti di questo progetto (operanti attivamente in Operation Smile), dovrà costituirsi come **supporto qualificato alle attività di Operation Smile**, affiancandola nella gestione dei casi più difficili, laddove è necessario il supporto di strutture sanitarie maggiormente attrezzate e per **dare continuità alle cure** realizzate localmente, rappresentando un punto di riferimento preciso cui i pazienti lontani possono ricorrere, grazie ai contributi economici di enti e finanziatori.

Altra importante sinergia è costituita dalle **aree della formazione e della ricerca**.

Smile House diventerà un punto di riferimento per tutti gli operatori sanitari stranieri in generale e per quelli dei paesi più svantaggiati, in particolare, nell'ambito specifico delle malformazioni cranio-maxillo-facciali, sia per quanto riguarda la ricerca, i cui risultati saranno condivisi a livello internazionale, che per la formazione.

Infatti, con l'aiuto di sponsor/finanziatori istituzionali, saranno concesse **borse di studio** per dare continuità e completare la formazione professionale erogata localmente nel corso delle missioni.

Per tutti i motivi sopra espressi, è sicuramente conveniente che Operation Smile e Smile House coesistano in una **unica struttura logistica**.

La struttura organizzativa di riferimento per l'implementazione efficace ed efficiente di questa sinergia, è costituita dal **Comitato Scientifico Operativo** di Smile House.

Tale struttura è conveniente che sia unica e condivisa dalle due strutture (OS e SH).

## 4 PIANIFICAZIONE ECONOMICA E FINANZIARIA

### 4.1 Premessa

La determinazione dei valori economici relativi alla realizzazione del progetto è condotta con l'intento precipuo di determinare gli ordini di grandezza dei valori e di definire le condizioni minime generali per il raggiungimento dell'equilibrio economico e per il miglioramento eventuale dei livelli di redditività e di efficienza.

L'attuale stadio preliminare della progettazione dell'iniziativa non ci consente di formulare alcun tipo di giudizio circa la effettiva fattibilità economico finanziaria, ma solo di localizzare le coordinate generali lungo le quali il progetto, verosimilmente, si muoverà nel corso del proprio percorso di implementazione e sviluppo.

Né è ammissibile affermare, in questa fase, che la stima delle voci e degli importi dei costi rappresenti una previsione o un'anticipazione delle grandezze che si risconteranno nel corso delle fasi operative, dal momento che la quantificazione reale dei valori dipende anche dalla disposizione una serie di fattori che attualmente non è richiesto che siano già stabiliti o stimati.

Tali fattori appartengono a diversi ordini tipologici, vale a dire tecnico, organizzativo, gestionale, etc. A titolo indicativo possiamo citare:

- la scelta dei modelli e delle tecnologie delle attrezzature sanitarie
- la forma e la dimensione del *layout* operativo
- le modalità di acquisizione e di gestione delle risorse e delle attrezzature
- il timing di attivazione delle singole unità chirurgiche
- la possibilità di definizione di partnership strategiche e operative con altri centri
- i livelli di utilizzo delle strutture
- il grado di qualità delle dotazioni

Questo peraltro parziale elenco fa capire che il gran numero delle variabili esogene e endogene riferite al progetto impone:

- 1) di determinare i valori attraverso la definizione di parametri generali, piuttosto che cercando di identificare i singoli importi di spesa
- 2) di procedere con gradualità nella determinazione dei parametri di pianificazione economica, che saranno progressivamente raffinati nelle successive fasi di progettazione

conseguentemente, di accettare, a questo stadio dell'analisi, i margini di inevitabile inaccuratezza che caratterizzano i risultati che qui determiniamo, che saranno espressi da forchette di valori di una certa ampiezza.

## 4.2 Le risorse e le voci di costo

### Risorse materiali e attrezzature

Il centro prevede la disponibilità di 54 posti letto complessivi, così divisi:

- 30 posti per prestazioni in regime di convenzione pubblica in camere doppie
- 10 posti per prestazioni private a pagamento in camere singole
- 8 posti per prestazioni in day hospital
- 6 posti per rianimazione e terapia intensiva

In più, è prevista la dotazione di 10 ulteriori posti letto per accompagnatori.

A regime, saranno attive 4 sale operatorie (dotate di sistemi di monitoraggio delle funzioni corporee e di controllo dei gas anestetici e delle attrezzature per emergenze, quali i defibrillatori) e 7 ambulatori specializzati (4 per odontostomatologia e chirurgia ambulatoriale odontostomatologica e maxillo facciale, 1 per terapia dell'articolazione temporo-mandibolare, 1 per oftalmologia, 1 per otorinolaringoiatria, foniatria e audiometria).

Le unità di diagnostica per immagini prevedono la disponibilità dei seguenti macchinari:

- tomografia assiale computerizzata (TAC)
- risonanza magnetica nucleare (RMN)
- apparecchio radiologico fisso
- macchina ortopantomografica mobile

Assieme ai gruppi operatori e alla diagnostica, l'unità di rianimazione e terapia intensiva rappresenta il terzo fra i centri di costo di maggior peso. Per questo, in particolare, occorre attrezzare una sala dotata di 6 box con sistemi di monitoraggio continui e ECG costante e mezzi permanenti di ausilio alle funzioni respiratorie. Inoltre, per la terapia intensiva neonatale, occorreranno specifici ventilatori pediatrici.

La dotazione di risorse sanitarie comprende, inoltre:

- l'attrezzatura completa per un laboratorio di analisi
- erogatori per ossigeno
- nasofaringoscopio
- attrezzature per terapie rieducative neurologiche e foniatriche
- barelle, lettighe e lettini

Le attrezzature non strettamente sanitarie comprendono:

- gli arredi per le corsie ospedaliere, per gli studi medici, le sale di attesa e gli altri spazi pubblici
- un generatore autonomo di energia elettrica
- le attrezzature di cucina (per 50/60 pasti per turno)

- il sistema di riscaldamento e condizionamento
- gli impianti civili
- gli strumenti del sistema informatico

La preparazione dei pasti, così come la lavanderia, possono essere (forse preferibilmente) affidate in appalto esterno, soprattutto in considerazione del numero relativamente esiguo di posti letto. In questo caso, le attrezzature da cucina possono essere limitate, principalmente, a frigoriferi e scaldavivande, mentre non sarebbe prevista alcuna attrezzatura per il lavaggio della biancheria, escluse, pertanto, dall'elenco precedente.

### **Risorse umane**

Le risorse umane possono essere distinte in varie categorie, così generalmente composte:

- chirurghi e medici
- infermieri
- tecnici
- personale amministrativo
- personale ausiliario

Il personale medico può essere impiegato a tempo pieno o a tempo parziale. Il personale a tempo pieno è certamente quello impegnato nella *core activity operatoria*, comprendendo, quindi:

- 8 chirurghi maxillo facciali
- 4 neurochirurghi
- 12 anestesisti (alcuni dei quali con una specifica specializzazione di interventista pediatrico)

Il personale part time è quello impiegato principalmente nelle attività ambulatoriali e nelle terapie rieducative:

- odontostomatologi e ortodontisti
- oftalmologi
- otorinolaringoiatri
- neurologi
- pediatri
- foniatristi
- psicologi

In via indicativa, possiamo stabilire in 2.600 ore il tempo complessivo di impiego di queste risorse nell'arco di un anno solare, come si vedrà meglio nella tabella analitica più avanti, che corrisponde a un numero compreso fra 6.500 e 9.000 prestazioni annuali.

Per ciò che riguarda gli infermieri, si prevede l'assunzione di 12 infermieri professionali di reparto e di 9 unità per le sale operatorie (ferristi).

La schiera dei tecnici sanitari sarà composta da:

- addetti alle apparecchiature diagnostiche
- analisti di laboratorio
- farmacisti
- addetti alla manutenzione ed agli interventi "minori" sulle attrezzature sanitarie (assistenza tecnica e manutenzione ordinaria e straordinaria saranno assicurate da personale delle aziende fornitrici)

Infine il personale ausiliario:

- impiegati amministrativi
- personale all'accettazione
- portantini
- inservienti e magazzinieri
- centralinisti

In linea generale, particolarmente nei primi anni di attività, il ricorso all'*outsourcing* potrà consentire di limitare il numero delle unità ausiliare, soprattutto delle ultime tre tipologie qui indicate.

#### **Altri costi**

Altre voci di costo, pur variamente presenti nella realtà gestionale, saranno trattate, almeno in questa fase della progettazione, come unica categoria residuale, perché comunque di minore importanza, ovvero di minore incidenza economica rispetto alle voci fin qui evidenziate. Ci riferiamo ai costi per servizi diversi (fra cui i costi di assicurazione), per trasporti, per energia, alle spese amministrative, ai costi comunicazione e alle spese generali.

Un discorso più accurato meriterebbe la categoria che si riferisce al materiale di consumo, che comprende elementi essenziali quali i farmaci, il plasma sanguigno, l'ossigeno, prodotti chimici (ad esempio quelli consumati per le analisi di laboratorio) e il materiale sanitario più disparato.

Sarebbe arduo, tuttavia, tentare di effettuare valutazioni sulla base di elencazioni analitiche di tipologie e quantità ipotetiche di materiale, vista la grande varietà dei consumi che caratterizza tipicamente l'attività di un centro sanitario. Risulta più agevole, fare riferimento, anche in questo caso, a parametri generali e, nello specifico, al costo unitario per giorno di degenza.

A chiusura di questa sintetica rassegna consideriamo i costi di costruzione dell'immobile e della realizzazione dei relativi impianti civili. Questa voce va necessariamente considerata per dare un quadro completo e verosimile degli oneri economici che il progetto comporta, ma potrebbe essere evitata qualora si riuscisse ad ottenere in assegnazione un immobile esistente (con o senza necessità di infrastrutturazione o di ristrutturazione interna). La soluzione ottimale, da questo punto di vista, è l'uso in comodato, ma in alternativa potrebbe essere presa in considerazione anche l'ipotesi dell'affitto, qualora questa ipotesi sia finanziariamente e tecnicamente percorribile.

Questo argomento sarà ripreso a chiusura del capitolo di pianificazione economico finanziaria, quando formuleremo alcune ipotesi indicative di possibili soluzioni per migliorare le condizioni di equilibrio economico dell'impresa.

### 4.3 Classificazione e schema generale dei costi

La prima e più generale distinzione fra le categorie di costo è quella che discerne fra costi di investimento e costi di gestione.

I costi di investimento comprendono essenzialmente due tipologie principali, vale a dire i costi di realizzazione e di infrastrutturazione dell'immobile e i costi per l'acquisizione delle attrezzature, sanitarie e non.

In linea di principio, seguendo una prassi di sempre maggiore diffusione nel settore, il costo di acquisizione delle attrezzature sanitarie, soprattutto le più costose, potrebbe – auspicabilmente – essere sostituito da un canone annuo di affitto pluriennale, ovvero di leasing operativo, dei macchinari stessi, comprensivo, quindi, dei costi di assistenza tecnica e di manutenzione.

Le spese di investimento per l'acquisto delle attrezzature sanitarie devono essere ripetute nel tempo per le progressive sostituzioni dei macchinari obsoleti, ma poiché la nostra prospettiva temporale si limita a 5 anni, adottiamo l'ipotesi (del tutto verosimile) che in questo arco temporale non vi sia necessità di procedere a ulteriori acquisti. Dal punto di vista gestionale, tuttavia, è bene sapere che occorre essere in grado di creare, attraverso azioni e misure costanti, le condizioni per poter affrontare i nuovi investimenti, quando necessari o programmati.

La vita utile delle altre tipologie di attrezzature è certamente più lunga (fatta eccezione per i componenti del sistema informativo), per cui tali specificazioni non creano particolari problemi di sorta per l'analisi.

Fra i costi di gestione, la voce certamente più rilevante è quella per risorse umane, che può essere ripartita in ragione dei diversi ruoli funzionali e/o delle modalità di stipula dei contratti di lavoro, distinguendo, per esempio, fra personale dipendente e collaboratori esterni, piuttosto che fra personale a tempo pieno o a tempo parziale.

Le altre voci considerate riguardano i consumi (dove abbiamo già detto prevalgono i consumi di materiale sanitario), gli ammortamenti e la voce sintetica che raccoglie gli oneri diversi di gestione.

Lo schema dei costi è definito seguendo un criterio per competenza economica, che richiede per la suddivisione degli investimenti in quote annue di ammortamento. Successivamente, sarà realizzata un'analisi per flussi finanziari, inserendo i valori di spesa in stretto riferimento al tempo della loro effettiva realizzazione. Pertanto, in questo caso, i costi di investimento sono imputati non per quote contabili, ma in rappresentazione delle spese reali.

Lo schema del conto economico è il seguente:

**Ricavi**

Ricavi da convenzioni pubbliche  
Ricavi da attività privata

**Costi annui di gestione**

Ammortamenti  
Risorse umane  
    *Medici a tempo pieno*  
    *Medici a tempo parziale*  
    *Infermieri professionali*  
    *Tecnici sanitari*  
    *Impiegati amministrativi*  
    *Personale ausiliario*  
Consumi  
Costi per attività privata  
Oneri diversi di gestione

**Totale costi operativi**

Come già accennato in precedenza, ogni valore sarà indicato attraverso l'identificazione degli estremi di un intervallo di probabilità, fra un valore minimo e un massimo, che è però un massimo accettabile e non necessariamente un massimo assoluto.

#### 4.4 Costi di investimento

Il parametro fondamentale cui facciamo riferimento per la determinazione dei costi di investimento deriva da osservazioni delle esperienze correnti, che hanno consentito di derivare un dato per la realizzazione e la strutturazione di centri di cura come valore unitario per posto letto. Tale parametro è stimato in 250.000 euro per posto letto.

Seppure questo risulti essere un riferimento medio, preferiamo utilizzarlo come parametro minimo, e ciò per due ragioni:

- per un'opportuna prudenza nell'analisi, che impone di non cadere mai nella sottostima dei costi
- a causa della ridotta dimensione della struttura in progetto, per cui è naturale attendersi una maggiore incidenza relativa dei costi di investimento su un singolo posto letto.

Il valore minimo dell'investimento complessivo iniziale (dati i 54 posti letto) risulta di 13,5 milioni. Per il valore massimo fissiamo il parametro unitario a 350.000

euro (pari ad un incremento del valore base del 40%), e otteniamo l'importo di 18,9 milioni di euro.

Per specificare le componenti dei costi di investimento, ricorriamo ad un secondo parametro, che misura il costo unitario per la costruzione dell'immobile, comprensivo anche del costo di realizzazione degli impianti civili, pari a 1.500 euro per metro quadro. La superficie minima potrà essere di 4.000 mq, per cui le spese per l'immobile, al minimo, dovranno aggirarsi intorno ai 6 milioni di euro.

Il valore massimo può essere raggiunto o per l'incremento assoluto dei costi effettivi, oppure per la necessità di dover realizzare superfici (o meglio, volumi) maggiori. In ogni caso, applichiamo al costo minimo di costruzione il medesimo parametro di accrescimento utilizzato in precedenza (40%), ottenendo l'importo massimo di 8,4 milioni di euro.

Il budget per l'acquisto delle attrezzature fisse, sanitarie e non, è ottenuto semplicemente in via differenziale, risultando, al minimo, 7,5 milioni, e al massimo 10,5 milioni (vale a dire, in entrambi i casi, poco più del 55% dell'investimento totale).

## 4.5 Costi di gestione

### I costi del personale

Per definire i valori relativi alla prima e più importante voce di questa categoria, le risorse umane, dobbiamo preliminarmente procedere alla determinazione delle quantità dei livelli di impiego.

I numeri che determiniamo in questa sede si riferiscono ad una situazione a regime, contraddistinta dal pieno utilizzo della capacità produttiva. In una fase successiva dell'analisi, tuttavia, avremo modo di definire un'opportuna scansione cronologica dei valori nell'arco temporale di 5 anni che qui consideriamo.

È del tutto verosimile, infatti, che gli obiettivi espressi come numero di prestazioni annue possano essere effettivamente raggiunti non prima di un certo numero di anni, per cui sarà inevitabilmente conveniente programmare l'acquisizione e l'impiego delle risorse in stretta relazione con i livelli di attività attesi.

Conseguenza logica di ciò è il fatto che tale modalità di ripartizione potrà riguardare, in parte, anche determinate quote dei costi di investimento, particolarmente in riferimento alle attrezzature delle sale operatorie e di alcuni ambulatori, benché, comunque, la gran parte degli investimenti (costruzione e attrezzature) dovrà essere affrontata prima dell'avvio delle attività.

Il personale medico, sia fisso che a contratto, è così ripartito:

	Unità	Costo unitario	Costo annuo
Primario chirurgia	1	80.000	80.000
Assistenti chirurgia	3	60.000	180.000
Chirurghi	4	45.000	180.000
Primario neurochirurgia	1	80.000	80.000
Assistente neurochirurgia	1	60.000	60.000
Neurochirurghi	2	45.000	90.000
Primario anestesia	1	80.000	80.000
Assistenti anestesisti	3	60.000	180.000
Anestesisti	8	45.000	360.000
<b>Totale medici a tempo pieno</b>	<b>24</b>		<b>1.290.000</b>

	Ore/uomo	Costo unitario	Costo totale
Odontostomatologi	800	100	80.000
Oftalmologi	400	100	40.000
Otorinolaringoiatri	400	100	40.000
Pediatri	400	100	40.000
Neurologi	200	100	20.000
Foniatristi	200	100	20.000
Psicologi	200	100	20.000
<b>Totale medici a contratto</b>	<b>2.600</b>		<b>260.000</b>

A regime, quindi, il costo annuo per il personale medico ammonta a 1.550.000 euro.

Per gli infermieri, sono stati considerati solo contratti annuali a tempo pieno, senza particolari differenziazioni fra infermieri di corsia e personale di sala operatoria. Il costo annuale per ciascuna figura è stato posto a 35.000 euro, per cui, dato il totale a regime di 21 unità lavorative, si avrà un valore complessivo pari a 735.000 euro.



Per i ruoli tecnici, le differenti qualificazioni hanno suggerito di differenziare i valori unitari di riferimento:

	Unità	Costo unitario	Costo annuo
Tecnici diagnostici	2	35.000	70.000
Analisti di laboratorio	1	40.000	40.000
Farmacisti	1	40.000	40.000
Tecnici manutentori	1	26.000	26.000
<b>Totale personale tecnico</b>	<b>5</b>		<b>176.000</b>

Infine, la previsione di 4 impiegati amministrativi (costo unitario annuo: 30.000 euro) e di 8 unità ausiliarie (costo unitario annuo: 26.000 euro) comporta, rispettivamente, costi per 120.000 e 208.000 euro.

Definiamo, a questo punto, un quadro di riepilogo, introducendo l'articolazione cronologica dei costi cui abbiamo fatto riferimento in precedenza, limitandoci, tuttavia, ai soli ruoli sanitari, mentre il personale tecnico, amministrativo e ausiliario, per ipotesi, non subisce variazioni nel corso del tempo. Tale articolazione è stata determinata in riferimento ai seguenti livelli di attività:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
Interventi chirurgici	500	700	1.000	1.200	1.200
Interventi ambulatoriali e day hospital	2.000	3.500	5.000	8.000	12.000
Sale operatorie attivate	2	2	3	4	4



Il livello di regime atteso è raggiunto al quinto anno di attività. Negli anni precedenti, le quantità di risorse umane impiegate nei ruoli sanitari sono le seguenti:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
Primario chirurgia	1	1	1	1	1
Assistenti chirurgia	1	1	2	3	3
Chirurghi	2	2	3	4	4
Primario neurochirurgia	1	1	1	1	1
Assistente neurochirurgia	1	1	1	1	1
Neurochirurghi	0	0	1	2	2
Primario anestesia	1	1	1	1	1
Assistenti anestesisti	1	1	2	3	3
Anestesisti	4	4	6	8	8
<b>Totale medici a tempo pieno (unità)</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
Odontostomatologi	200	300	400	600	800
Oftalmologi	100	150	200	300	400
Otorinolaringoiatri	100	150	200	300	400
Pediatri	100	150	200	300	400
Neurologi	50	75	100	150	200
Foniatristi	50	75	100	150	200
Psicologi	50	75	100	150	200
<b>Totale medici a contratto (ore)</b>	<b>650</b>	<b>975</b>	<b>1.300</b>	<b>1.950</b>	<b>2.600</b>
Infermieri di corsia	12	12	12	12	12
Infermieri di sala operatoria	4	5	7	8	9
<b>Totale infermieri (unità)</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>

Il numero degli infermieri di corsia non varia perché il loro numero non è determinato in funzione del livello di attività, ma in base all'esigenza di fornire assistenza 24/7.

I costi articolati nel tempo diventano:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
Medici a tempo pieno	690.000	690.000	990.000	1.290.000	1.290.000
Medici a tempo parziale	65.000	97.500	130.000	195.000	260.000
Infermieri professionali	560.000	595.000	665.000	700.000	735.000
Tecnici sanitari	176.000	176.000	176.000	176.000	176.000
Impiegati amministrativi	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000
Personale ausiliario	208.000	208.000	208.000	208.000	208.000
<b>Totale annuo</b>	<b>1.819.000</b>	<b>1.886.500</b>	<b>2.289.000</b>	<b>2.689.000</b>	<b>2.789.000</b>

Possiamo esprimere un giudizio di congruità dei valori così determinati dei costi del personale se confrontiamo i costi medi di progetto con quelli rilevati nell'ambito di un'indagine, effettuata annualmente dal Ministero della Salute, sulle aziende ospedaliere. Utilizzando i più recenti dati disponibili (anno 2003), compariamo i nostri costi medi annui con tre scenari: valori medi nazionali, valori medi delle aziende ospedaliere del Lazio, valori medi della regione che, voce per voce, presenta il quadro più favorevole, cioè i costi più bassi:

	Progetto	Italia	Lazio	Best
<b>Costo medio personale</b>	40.790	40.557	44.899	36.825
<b>Costo medio ruolo sanitario</b>	45.000	46.914	50.093	42.123
<b>Costo medio ruolo tecnico</b>	29.538	25.424	31.456	22.386
<b>Costo medio ruolo amministrativo</b>	30.000	28.331	30.969	24.322

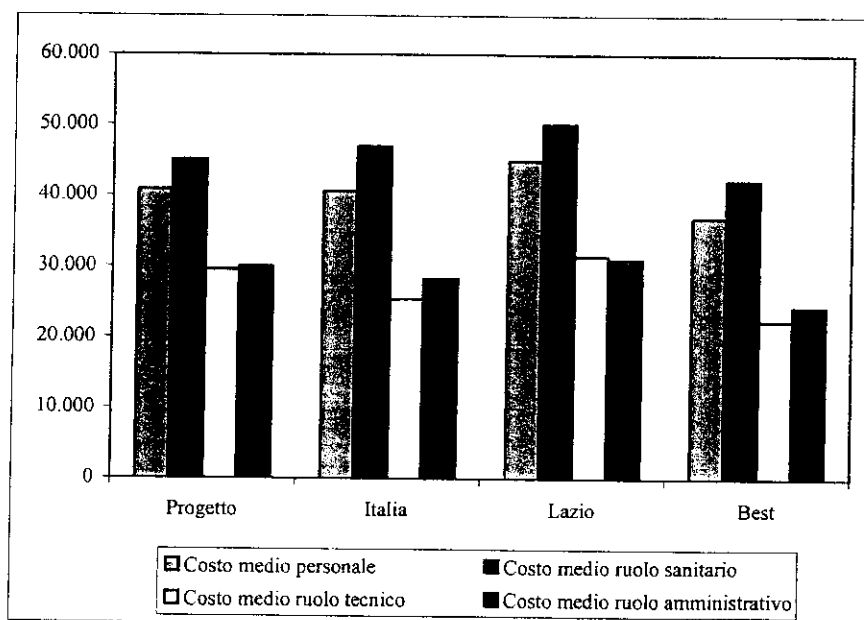


Figura 19: Confronto costi del personale

### Altri costi

Seguendo la classificazione, certamente semplificata, che abbiamo adottato, dobbiamo determinare gli importi di altre tre categorie di costo, vale a dire gli ammortamenti, i consumi e gli oneri di gestione.

Le quote di ammortamento sono il riflesso contabile dei costi di investimento e vengono considerati solo nella definizione del conto economico. Nelle analisi che tengono conto dei momenti di spesa effettiva, si fa riferimento, invece, ai costi di investimento complessivi.

Le aliquote di ammortamento utilizzate sono costanti e calcolate secondo una vita utile dei beni pari a 30 anni per l'immobile e a 10 anni per le attrezzature e gli arredi. Secondo le diverse ipotesi, abbiamo:

	Ipotesi al minimo	Ipotesi al massimo
Quota annua immobili	200.000	280.000
Quota annua attrezzature	750.000	1.050.000
<b>Totale ammortamenti</b>	<b>950.000</b>	<b>1.330.000</b>

I consumi sono calcolati utilizzando un parametro di 30 (ipotesi al minimo) e 40 euro (ipotesi al massimo) per posto letto e per giorno di degenza. Il valore base è quello a regime (quinto anno di attività), stimato, quindi, per 54 posti letto e 365 giorni. Negli anni precedenti, il valore di riferimento è modulato in relazione ai livelli di attività attesi:



	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
<b>Ipotesi al minimo</b>	111.989	188.141	268.773	412.118	591.300
<b>Ipotesi al massimo</b>	149.318	250.855	358.364	549.491	788.400

L'importo degli oneri diversi deriva dall'applicazione di un tasso di incidenza (5% nell'ipotesi al minimo, 10% nell'ipotesi al massimo) sui rispettivi costi diretti dell'attività, vale a dire i costi del personale e i consumi:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
<b>Ipotesi al minimo</b>	96.549	103.732	127.889	155.056	169.015
<b>Ipotesi al massimo</b>	196.832	213.735	264.736	323.849	357.740

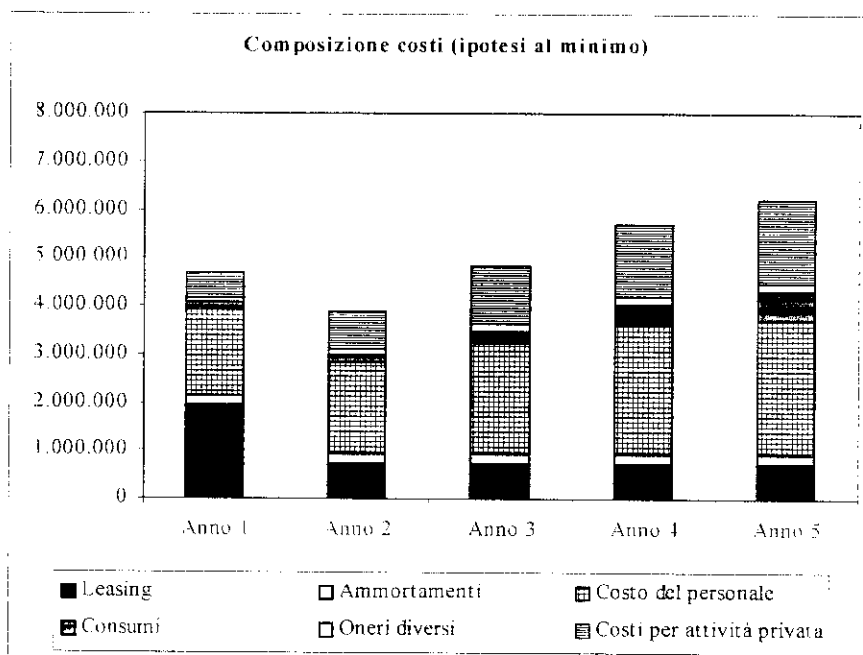


Figura 20: Confronto altri costi (ipotesi al minimo)

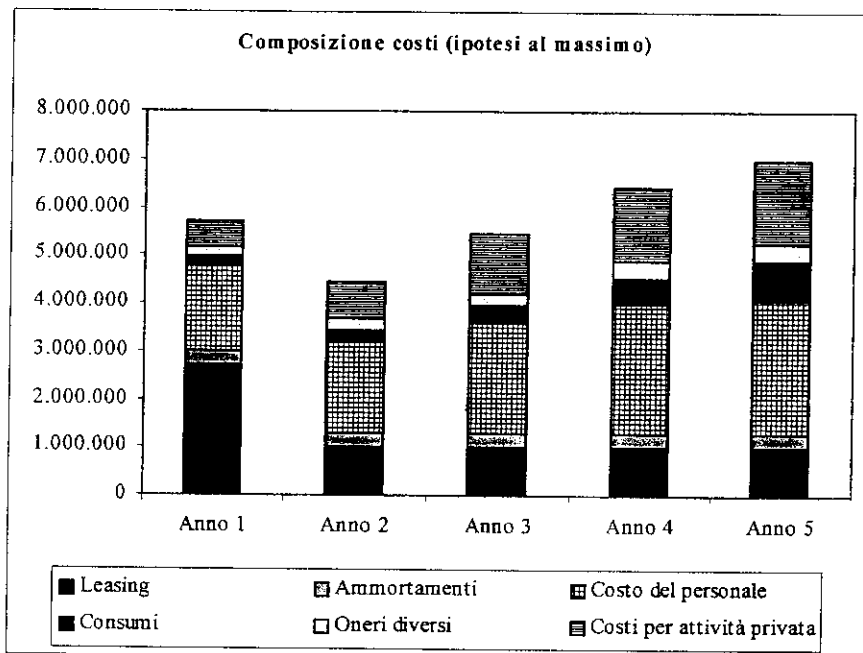


Figura 21: Confronto altri costi (ipotesi al massimo)

## 4.6 Ricavi

I ricavi provengono da due tipologie principali di prestazioni sanitarie:

1. prestazioni in convenzione con il SSN di chirurgia maxillo facciale
2. prestazioni a pagamento di chirurgia estetica

Il calcolo dei ricavi da prestazioni convenzionate è piuttosto semplice e si basa su due parametri:

- la tariffa per il corrispondente DRG (*diagnosis related group*), stabilita con decreto del Ministero della Salute nella misura di 201,42 euro per giorno di degenza
- le ipotesi sul numero totale di giorni di ricovero, definite considerando il numero di possibili interventi in un anno e la degenza media

I valori sono articolati diversamente nel quinquennio considerato:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
Interventi per anno	500	700	1.000	1.200	1.200
Degenza media (giorni)	9	9	9	9	9
Totale giorni	4.500	6.300	9.000	10.800	10.800
<b>Ricavo per ricoveri</b>	<b>906.390</b>	<b>1.268.946</b>	<b>1.812.780</b>	<b>2.175.336</b>	<b>2.175.336</b>



A questo dobbiamo sommare i ricavi in convenzione per prestazioni in day hospital e ambulatoriali. In base a ipotesi ragionevoli:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
Interventi in day hospital per anno	2.000	3.500	5.000	8.000	12.000
<b>Ricavo per day hospital</b>	<b>402.840</b>	<b>704.970</b>	<b>1.007.100</b>	<b>1.611.360</b>	<b>2.417.040</b>

Il calcolo per le prestazioni di chirurgia estetica a pagamento è più complesso. Il primo passaggio consiste nella determinazione della quantità possibile di interventi nell'arco di un anno, tenendo in considerazione i limiti logistici dovuti alla limitata disponibilità delle sale operatorie e degli ambulatori chirurgici.

Poniamo:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
Interventi a pagamento per anno	270	360	540	675	720

Per stimare i ricavi è necessario fare riferimento a prezzi differenziati per tipologie di intervento. La quota di ciascuna tipologia è definita in base alla frequenza riportata dalle statistiche disponibili. Moltiplicando il prezzo di ciascuna tipologia per la sua frequenza, otteniamo un prezzo unico medio ponderato per gli interventi di chirurgia estetica.

I prezzi degli interventi sono stati rilevati attraverso una rapida analisi di mercato e sono, tuttavia, definiti come puro riferimento, non corrispondendo, cioè, necessariamente al listino che sarà successivamente in vigore:

Ritidectomia temporale	3.200
Ritidectomia cervicale	4.000
Ritidectomia totale	6.000
Blefaroplastica	1.800
Rinoplastica	3.500
Otoplastica	1.500
Mentoplastica	2.500
Mastoplastica	4.500
Mastopessi	4.000
Dermolipsectomia addominale	4.000
Lipoaspirazione addome	2.500
Lipoaspirazione gambe	3.500
Trapianto capelli	3.500

Sapendo, inoltre, che la degenza media è non superiore a un giorno – il che ci permette di sommare il ricavo per l'uso delle camere a pagamento, data una tariffa giornaliera di 200 euro – abbiamo:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
Prezzo medio per intervento	3.700	4.000	4.200	4.200	4.500
Interventi a pagamento per anno	270	360	540	675	720
<u>Ricavi per chirurgia estetica</u>	<b>999.000</b>	<b>1.440.000</b>	<b>2.268.000</b>	<b>2.835.000</b>	<b>3.240.000</b>

Quindi:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
<b>Ricavi totali</b>	<b>2.308.230</b>	<b>3.413.916</b>	<b>5.087.880</b>	<b>6.621.696</b>	<b>7.832.376</b>

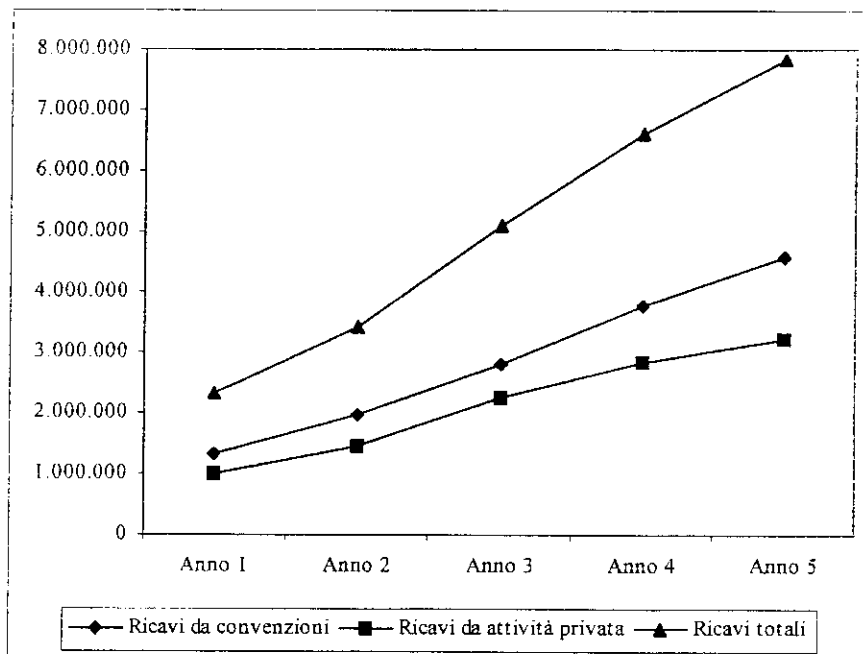


Figura 22: Ricavi per tipologia

## 4.7 I costi per l'attività privata

I costi di gestione che abbiamo finora stimato si riferiscono in via esclusiva alle prestazioni tipiche del Centro, cioè agli interventi di chirurgia maxillo facciale in regime di convenzione pubblica.

È ovvio che lo svolgimento dell'attività a pagamento di chirurgia estetica comporta costi aggiuntivi, formati, in particolare, da due componenti:

- il costo del personale dell'equipe chirurgica
- i consumi di materiale sanitario e non

Non si rilevano altre voci dal momento che le prestazioni dell'attività privata sfruttano risorse già "pagate" dall'attività in convenzione.

Il costo del personale è fissato nella misura del 50% del prezzo dell'intervento, mentre i consumi sono calcolati considerando un importo costante di 150 euro (ipotesi al minimo) o 200 euro (ipotesi al massimo) per singola operazione. Da qui otteniamo:

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
Interventi a pagamento per anno	270	360	540	675	720
<b><u>Ricavi per attività privata</u></b>	999.000	1.440.000	2.268.000	2.835.000	3.240.000
<b><u>Costo del personale</u></b>	499.500	720.000	1.134.000	1.417.500	1.620.000
<b><u>Consumi (ipotesi al minimo)</u></b>	40.500	54.000	81.000	101.250	108.000
<b><u>Consumi (ipotesi al massimo)</u></b>	54.000	72.000	108.000	135.000	144.000
<b><u>Margine lordo (ipotesi al minimo)</u></b>	459.000 45,9%	666.000 46,3%	1.053.000 46,4%	1.316.250 46,4%	1.512.000 46,7%
<b><u>Margine lordo (ipotesi al massimo)</u></b>	445.500 44,6%	648.000 45,0%	1.026.000 45,2%	1.282.500 45,2%	1.476.000 45,6%

## 4.8 Prime ipotesi di equilibrio economico

Con i valori quantificati fino a questo punto, siamo in grado di disegnare i conti economici dell'attività, secondo le ipotesi formulate che – è bene precisarlo – dovranno essere opportunamente verificate e, eventualmente, mutate nel corso dei successivi passaggi del processo di programmazione dell'iniziativa.

I prospetti economici sono definiti in due versioni, utilizzando, rispettivamente, le diverse ipotesi sui parametri dei costi, che abbiamo denominato "al minimo" e "al massimo".

L'orizzonte temporale di riferimento è di 5 anni: si tratta dei primi anni di quello che si è soliti chiamare periodo o fase di regime, vale a dire il tempo nel quale è tecnicamente possibile svolgere l'attività operativa. La fase di regime è, tuttavia, quasi sempre preceduta da una fase detta di cantiere, che corrisponde al periodo nel quale vengono materialmente realizzate le infrastrutture necessarie (se non altrimenti disponibili), quello, quindi, nel quale vengono effettuate le spese per gli investimenti iniziali, nel nostro caso dovute per la costruzione dell'immobile e per l'acquisto e l'installazione delle attrezzature.

I termini della fase di cantiere saranno, tuttavia, introdotti in un momento successivo della nostra analisi economico finanziaria. Qui – come indicatori analitici – ci limitiamo a calcolare due semplici valori di performance annuali, il ROI (*return in investment*) che misura il grado di redditività dell'investimento iniziale, e il ROS (*return on sales*), misura percentuale del risultato operativo sull'ammontare dei ricavi.

**Ipotesi al minimo:**

	<b>Anno 1</b>	<b>Anno 2</b>	<b>Anno 3</b>	<b>Anno 4</b>	<b>Anno 5</b>
<b>Ricavi</b>	<b>2.308.230</b>	<b>3.413.916</b>	<b>5.087.880</b>	<b>6.621.696</b>	<b>7.832.376</b>
Ricavi da convenzioni pubbliche	1.309.230	1.973.916	2.819.880	3.786.696	4.592.376
Ricavi da attività privata	999.000	1.440.000	2.268.000	2.835.000	3.240.000
<b>Costi annui di gestione</b>	<b>3.517.538</b>	<b>3.902.373</b>	<b>4.850.661</b>	<b>5.724.924</b>	<b>6.227.315</b>
Ammortamenti	950.000	950.000	950.000	950.000	950.000
Risorse umane	1.819.000	1.886.500	2.289.000	2.689.000	2.789.000
Medici a tempo pieno	690.000	690.000	990.000	1.290.000	1.290.000
Medici a tempo parziale	65.000	97.500	130.000	195.000	260.000
Infermieri professionali	560.000	595.000	665.000	700.000	735.000
Tecnici sanitari	176.000	176.000	176.000	176.000	176.000
Impiegati amministrativi	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000
Personale ausiliario	208.000	208.000	208.000	208.000	208.000
Consumi	111.989	188.141	268.773	412.118	591.300
Costi per attività privata	540.000	774.000	1.215.000	1.518.750	1.728.000
Oneri diversi di gestione	96.549	103.732	127.889	155.056	169.015
<b>Risultato operativo</b>	<b>-1.209.308</b>	<b>-488.457</b>	<b>237.219</b>	<b>896.772</b>	<b>1.605.061</b>
<b>ROI</b>	<b>-9,0%</b>	<b>-3,6%</b>	<b>1,8%</b>	<b>6,6%</b>	<b>11,9%</b>
<b>ROS</b>	<b>-52,4%</b>	<b>-14,3%</b>	<b>4,7%</b>	<b>13,5%</b>	<b>20,5%</b>

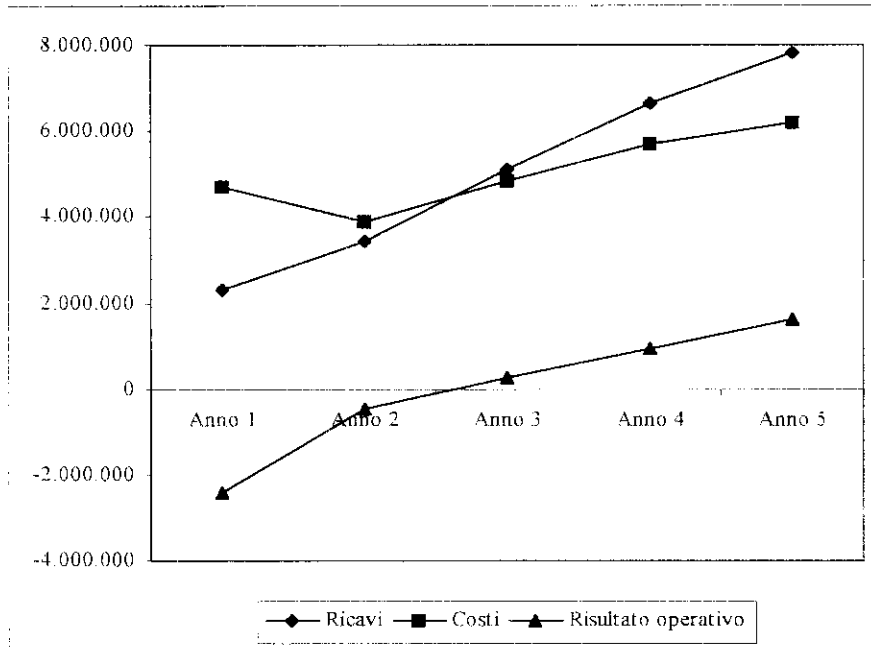


Figura 23: Ricavi, Costi e Risultato Operativo (ipotesi al minimo)

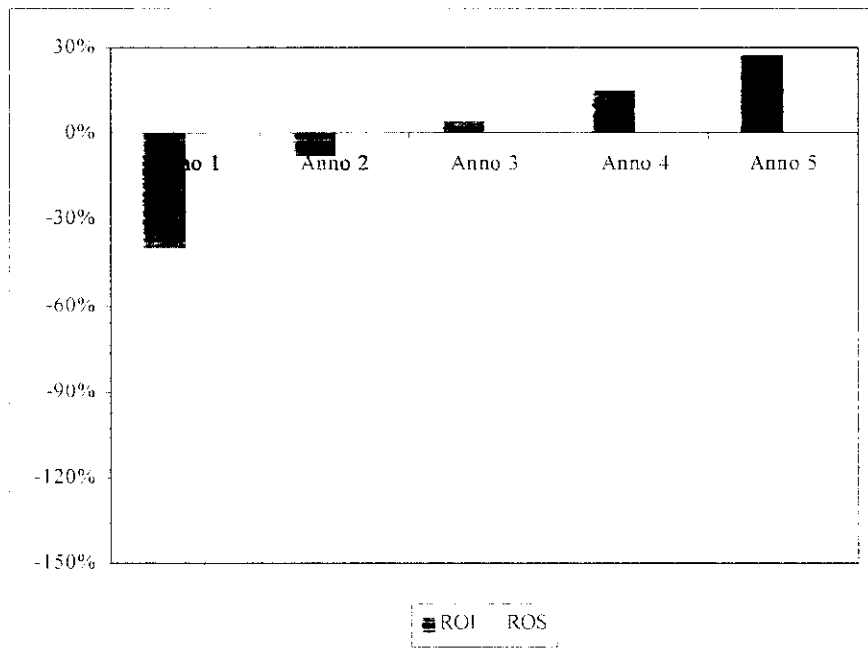


Figura 24: ROI e ROS (ipotesi al minimo)



**Ipotesi al massimo:**

	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5
<b>Ricavi</b>	<b>2.308.230</b>	<b>3.413.916</b>	<b>5.087.880</b>	<b>6.621.696</b>	<b>7.832.376</b>
Ricavi da convenzioni pubbliche	1.309.230	1.973.916	2.819.880	3.786.696	4.592.376
Ricavi da attività privata	999.000	1.440.000	2.268.000	2.835.000	3.240.000
<b>Costi annui di gestione</b>	<b>4.048.650</b>	<b>4.473.090</b>	<b>5.484.100</b>	<b>6.444.840</b>	<b>7.029.140</b>
Ammortamenti	1.330.000	1.330.000	1.330.000	1.330.000	1.330.000
Risorse umane	1.819.000	1.886.500	2.289.000	2.689.000	2.789.000
<i>Medici a tempo pieno</i>	690.000	690.000	990.000	1.290.000	1.290.000
<i>Medici a tempo parziale</i>	65.000	97.500	130.000	195.000	260.000
<i>Infermieri professionali</i>	560.000	595.000	665.000	700.000	735.000
<i>Tecnici sanitari</i>	176.000	176.000	176.000	176.000	176.000
<i>Impiegati amministrativi</i>	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000
<i>Personale ausiliario</i>	208.000	208.000	208.000	208.000	208.000
Consumi	149.318	250.855	358.364	549.491	788.400
Costi per attività privata	553.500	792.000	1.242.000	1.552.500	1.764.000
Oneri diversi di gestione	196.832	213.735	264.736	323.849	357.740
<b>Risultato operativo</b>	<b>-1.740.420</b>	<b>-1.059.174</b>	<b>-396.220</b>	<b>176.856</b>	<b>803.236</b>
<b>ROI</b>	-9,2%	-5,6%	-2,1%	0,9%	4,2%
<b>ROS</b>	-75,4%	-31,0%	-7,8%	2,7%	10,3%

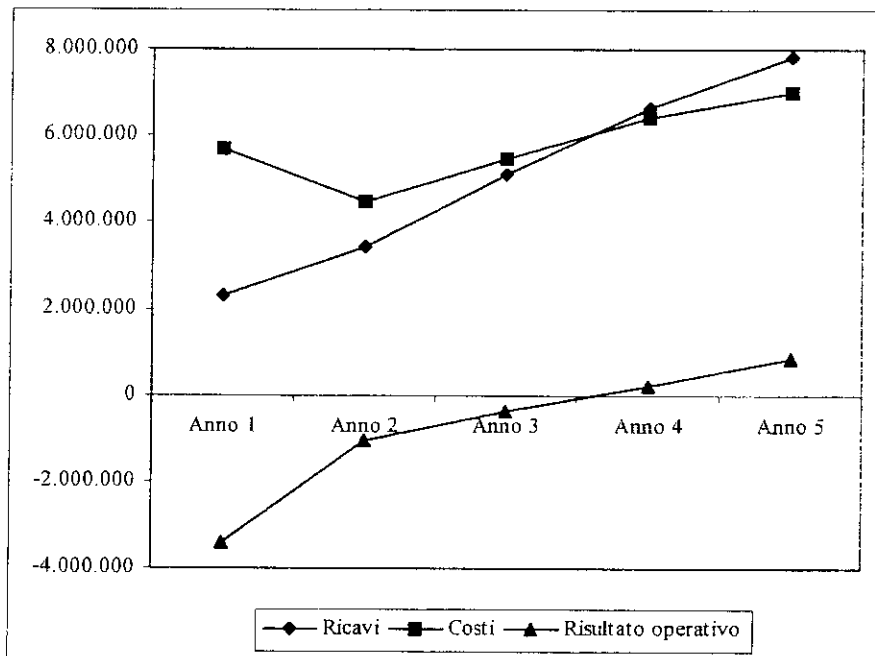


Figura 25: Ricavi, Costi e Risultato Operativo (ipotesi al massimo)

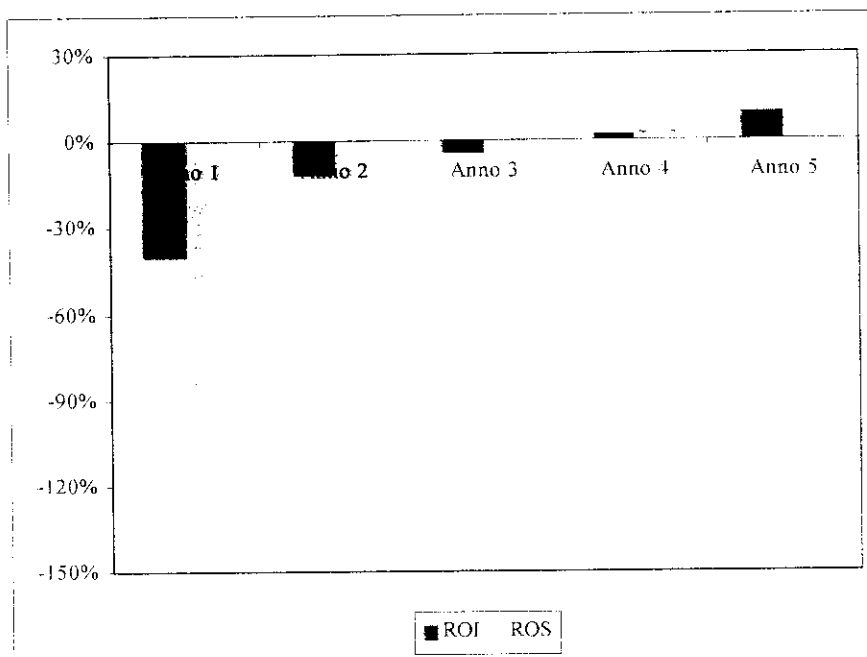


Figura 26: ROI e ROS (ipotesi al massimo)

Le due ipotesi limite differiscono abbastanza sensibilmente fra loro, ma entrambe mostrano la possibilità teorica di raggiungere una condizione di equilibrio economico, rispettivamente al terzo anno nell'ipotesi migliore e al quarto nella peggiore.

Tuttavia – come vedremo meglio in seguito – non è detto che questa sia una ragione sufficiente per dare un giudizio complessivo positivo riguardo alla fattibilità economico finanziaria dell'iniziativa: le differenze in termini di rendimento fra diverse le ipotesi, infatti, impongono una grande attenzione alla formazione dei costi per evitare di trovarsi in una situazione al limite fra convenienza e inadeguatezza dell'iniziativa.

## 4.9 Valutazione finanziaria delle ipotesi

Negli schemi precedenti si vede immediatamente che, in entrambe le ipotesi, negli anni precedenti al raggiungimento del pareggio, i tassi di rendimento sono fortemente negativi. Diventa importante, a questo punto, valutare l'iniziativa nel suo insieme, per cercare di evidenziare quanto tali (probabilmente inevitabili) performance negative incidano sulla fattibilità complessiva del progetto.

Si tratta, quindi, di determinare un tasso di rendimento globale, riferito ad un arco temporale adeguato che, nel nostro caso, portiamo a 20 anni, in modo da includere nell'analisi anche le necessità di reinvestimento dovute all'obsolescenza delle attrezzature sanitarie. Il riacquisto avviene, per ipotesi, all'undicesimo anno di attività.

È in questo tipo di schema che dobbiamo introdurre l'indicazione della fase di cantiere, poiché l'analisi che stiamo qui conducendo è effettuata in considerazione di un criterio finanziario, esprimendo i flussi di spesa e di incasso nei

momenti esatti del loro verificarsi. La durata della fase di cantiere è posta ragionevolmente in due anni, con i flussi di investimento così ripartiti nelle due ipotesi:

- primo anno di cantiere: 60% dei costi di costruzione dell'immobile
- secondo anno di cantiere: 40% dei costi di costruzione dell'immobile e 100% dei costi di acquisto delle attrezzature

**Ipotesi al minimo:**

	Primo anno	Secondo anno	Totale per voce
Costi di costruzione	3.600.000	2.400.000	<b>6.000.000</b>
Costi per attrezzature	0	7.500.000	<b>7.500.000</b>
<b>Totale per anno</b>	<b>3.600.000</b>	<b>9.900.000</b>	<b>13.500.000</b>

**Ipotesi al massimo:**

	Primo anno	Secondo anno	Totale per voce
Costi di costruzione	5.040.000	3.360.000	<b>8.400.000</b>
Costi per attrezzature	0	10.500.000	<b>10.500.000</b>
<b>Totale per anno</b>	<b>5.040.000</b>	<b>13.860.000</b>	<b>18.900.000</b>

All'undicesimo anno di attività (e tredicesimo dello schema) è inserito un nuovo flusso di investimento pari alla spesa iniziale per l'acquisto della attrezzature.

Adottando una certa semplificazione, i flussi delle spese di gestione (con la ovvia esclusione degli ammortamenti) e dei ricavi sono imputati identificando l'anno di manifestazione con l'anno di competenza. A partire dal sesto anno di attività (ottavo anno dello schema), si impone una condizione di costanza del valore dei flussi annui.

Oltre a determinare il tasso di rendimento complessivo attualizzato (cioè tenendo conto del trascorrere del tempo), calcoliamo anche la durata del periodo di recupero, che esprime la durata necessaria a rientrare, attraverso l'ottenimento dei profitti netti annuali, dell'esborso dell'investimento iniziale.



Ipotesi al minimo:

	Investimenti	Gestione	Ricavi	Flussi netti	Flussi cumulati
Anno 1	3.600.000	0	0	-3.600.000	-3.600.000
Anno 2	9.900.000	0	0	-9.900.000	-13.500.000
Anno 3	0	2.567.538	2.308.230	-259.308	-13.759.308
Anno 4	0	2.952.373	3.413.916	461.543	-13.297.765
Anno 5	0	3.900.661	5.087.880	1.187.219	-12.110.546
Anno 6	0	4.774.924	6.621.696	1.846.772	-10.263.774
Anno 7	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	-7.708.713
Anno 8	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	-5.153.652
Anno 9	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	-2.598.591
Anno 10	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	-43.530
Anno 11	7.500.000	5.277.315	7.832.376	-4.944.939	-4.988.469
Anno 12	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	-2.433.408
Anno 13	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	<b>121.653</b>
Anno 14	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	2.676.714
Anno 15	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	5.231.775
Anno 16	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	7.786.836
Anno 17	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	10.341.897
Anno 18	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	12.896.958
Anno 19	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	15.452.019
Anno 20	0	5.277.315	7.832.376	2.555.061	18.007.080
<b>Tasso di rendimento</b>					<b>8,3%</b>
<b>Periodo di recupero</b>					<b>13 anni</b>

**Ipotesi al massimo:**

	<b>Investimenti</b>	<b>Gestione</b>	<b>Ricavi</b>	<b>Flussi netti</b>	<b>Flussi cumulati</b>
<b>Anno 1</b>	5.040.000	0	0	-5.040.000	-5.040.000
<b>Anno 2</b>	13.860.000	0	0	-13.860.000	-18.900.000
<b>Anno 3</b>	0	2.718.650	2.308.230	-410.420	-19.310.420
<b>Anno 4</b>	0	3.143.090	3.413.916	270.826	-19.039.594
<b>Anno 5</b>	0	4.154.100	5.087.880	933.780	-18.105.814
<b>Anno 6</b>	0	5.114.840	6.621.696	1.506.856	-16.598.958
<b>Anno 7</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-14.465.722
<b>Anno 8</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-12.332.486
<b>Anno 9</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-10.199.250
<b>Anno 10</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-8.066.014
<b>Anno 11</b>	10.500.000	5.699.140	7.832.376	-8.366.764	-16.432.778
<b>Anno 12</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-14.299.542
<b>Anno 13</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-12.166.306
<b>Anno 14</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-10.033.070
<b>Anno 15</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-7.899.834
<b>Anno 16</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-5.766.598
<b>Anno 17</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-3.633.362
<b>Anno 18</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	-1.500.126
<b>Anno 19</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	<b>633.110</b>
<b>Anno 20</b>	0	5.699.140	7.832.376	2.133.236	2.766.346
<b>Tasso di rendimento</b>					<b>1,1%</b>
<b>Periodo di recupero</b>					<b>19 anni</b>

Gli indicatori di performance non appaiono soddisfacenti. Si riscontra un rendimento accettabile solo nell'ipotesi più ottimistica, la cui realizzazione, però, ha discreti margini di incertezza.

Si nota immediatamente, tuttavia, che c'è una discrasia fra gli esiti di questa analisi con le condizioni di equilibrio economico verificate in precedenza. In altre parole, è legittimo domandarsi perché, da una parte, si registra la possibilità di ottenere un utile di gestione già dal terzo, o al più tardi dal quarto anno, e, dall'altra, si trova un rendimento minimo o insufficiente e un periodo di recupero non inferiore a 13 anni.

La risposta a questo, solo apparente, dilemma sta nel peso degli investimenti iniziali, che nei precedenti conti economici è spalmato su più anni e, quindi, incide sensibilmente meno sui rendimenti. Ma va detto che l'analisi finanziaria offre un quadro certamente più realistico di quello rappresentato dal conto economico di costi e ricavi. Conseguenza logica è che occorre trovare opportune soluzioni per mitigare l'impatto delle spese di investimento.

## 4.10 L'opzione leasing

La soluzione più naturale per ridurre l'onere derivante dall'investimento è stipulare contratti di leasing per le attrezzature (soprattutto quelle sanitarie), in modo da sostituire il relativo flusso di spesa iniziale con diversi flussi di uscita scanditi nel tempo.

Dal punto di vista finanziario, ciò comporta due conseguenze:

- lo spostamento di una parte rilevante dei costi dalle voci di investimento alla gestione
- un incremento assoluto (stimato, per ipotesi verosimile, nell'ordine del 15%) dell'importo dell'esborso complessivo, in ragione dei tassi di interesse applicati

Va detto che, sia dal punto di vista concettuale che numerico, il discorso è il medesimo se, al posto del leasing, si faccia ricorso a un contratto di affitto pluriennale delle attrezzature. In ogni caso, per convenzione, manteniamo la dizione di "opzione leasing" nel suo significato più generale di locazione operativa o finanziaria.

La ripartizione dei canoni nel tempo che è stata adottata si riferisce ad un periodo di 10 anni ed ha il seguente andamento:

Anno 1	23,5%
Anno 2	8,5%
Anno 3	8,5%
Anno 4	8,5%
Anno 5	8,5%
Anno 6	8,5%
Anno 7	8,5%
Anno 8	8,5%
Anno 9	8,5%
Anno 10	8,5%

Il maggior valore al primo anno consente di simulare gli effetti dell'usuale anticipazione del canone, nonché di evidenziare la possibilità di acquistare in proprio una parte delle attrezzature, specialmente quelle non sanitarie.

Rispetto alle ipotesi precedenti, oltre ad inserire la voce relativa ai contratti di leasing, dobbiamo modificare gli importi annui delle quote di ammortamento, che si riferiscono, in questo caso, al solo immobile. Le restanti voci di costo (e i ricavi) non subiscono variazioni.



**Ipotesi al minimo:**

	<b>Anno 1</b>	<b>Anno 2</b>	<b>Anno 3</b>	<b>Anno 4</b>	<b>Anno 5</b>
<b>Ricavi</b>	<b>2.308.230</b>	<b>3.413.916</b>	<b>5.087.880</b>	<b>6.621.696</b>	<b>7.832.376</b>
Ricavi da convenzioni pubbliche	1.309.230	1.973.916	2.819.880	3.786.696	4.592.376
Ricavi da attività privata	999.000	1.440.000	2.268.000	2.835.000	3.240.000
<b>Costi annui di gestione</b>	<b>4.706.288</b>	<b>3.885.498</b>	<b>4.833.786</b>	<b>5.708.049</b>	<b>6.210.440</b>
Ammortamenti	200.000	200.000	200.000	200.000	200.000
Leasing/affitto attrezzature	1.938.750	733.125	733.125	733.125	733.125
Risorse umane	1.819.000	1.886.500	2.289.000	2.689.000	2.789.000
<i>Medici a tempo pieno</i>	690.000	690.000	990.000	1.290.000	1.290.000
<i>Medici a tempo parziale</i>	65.000	97.500	130.000	195.000	260.000
<i>Infermieri professionali</i>	560.000	595.000	665.000	700.000	735.000
<i>Tecnici sanitari</i>	176.000	176.000	176.000	176.000	176.000
<i>Impiegati amministrativi</i>	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000
<i>Personale ausiliario</i>	208.000	208.000	208.000	208.000	208.000
Consumi	111.989	188.141	268.773	412.118	591.300
Costi per attività privata	540.000	774.000	1.215.000	1.518.750	1.728.000
Oneri diversi di gestione	96.549	103.732	127.889	155.056	169.015
<b>Risultato operativo</b>	<b>-2.398.058</b>	<b>-471.582</b>	<b>254.094</b>	<b>913.647</b>	<b>1.621.936</b>
<b>ROI</b>	-40,0%	-7,9%	4,2%	15,2%	27,0%
<b>ROS</b>	-103,9%	-13,8%	5,0%	13,8%	20,7%



**Ipotesi al massimo:**

	<b>Anno 1</b>	<b>Anno 2</b>	<b>Anno 3</b>	<b>Anno 4</b>	<b>Anno 5</b>
<b>Ricavi</b>	<b>2.308.230</b>	<b>3.413.916</b>	<b>5.087.880</b>	<b>6.621.696</b>	<b>7.832.376</b>
Ricavi da convenzioni pubbliche	1.309.230	1.973.916	2.819.880	3.786.696	4.592.376
Ricavi da attività privata	999.000	1.440.000	2.268.000	2.835.000	3.240.000
<b>Costi annui di gestione</b>	<b>5.712.900</b>	<b>4.449.465</b>	<b>5.460.475</b>	<b>6.421.215</b>	<b>7.005.515</b>
Ammortamenti	280.000	280.000	280.000	280.000	280.000
	2.714.250	1.026.375	1.026.375	1.026.375	1.026.375
Risorse umane	1.819.000	1.886.500	2.289.000	2.689.000	2.789.000
<i>Medici a tempo pieno</i>	690.000	690.000	990.000	1.290.000	1.290.000
<i>Medici a tempo parziale</i>	65.000	97.500	130.000	195.000	260.000
<i>Infermieri professionali</i>	560.000	595.000	665.000	700.000	735.000
<i>Tecnici sanitari</i>	176.000	176.000	176.000	176.000	176.000
<i>Impiegati amministrativi</i>	120.000	120.000	120.000	120.000	120.000
<i>Personale ausiliario</i>	208.000	208.000	208.000	208.000	208.000
Consumi	149.318	250.855	358.364	549.491	788.400
Costi per attività privata	553.500	792.000	1.242.000	1.552.500	1.764.000
Oneri diversi di gestione	196.832	213.735	264.736	323.849	357.740
<b>Risultato operativo</b>	<b>-3.404.670</b>	<b>-1.035.549</b>	<b>-372.595</b>	<b>200.481</b>	<b>826.861</b>
<b>ROI</b>	-9,2%	-5,6%	-2,1%	0,9%	4,2%
<b>ROS</b>	-147,5%	-30,3%	-7,3%	3,0%	10,6%

Nei grafici successivi, possiamo avere un'idea di come cambi la situazione nei conti economici passando dall'opzione di acquisto delle attrezzature alla locazione.

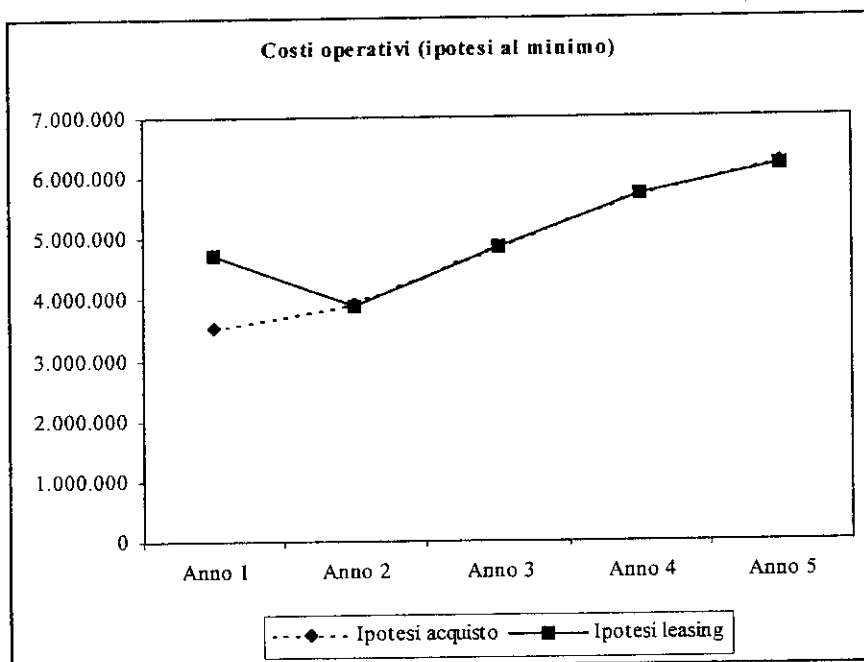


Figura 27: Costi Operativi locazione (ipotesi al minimo)

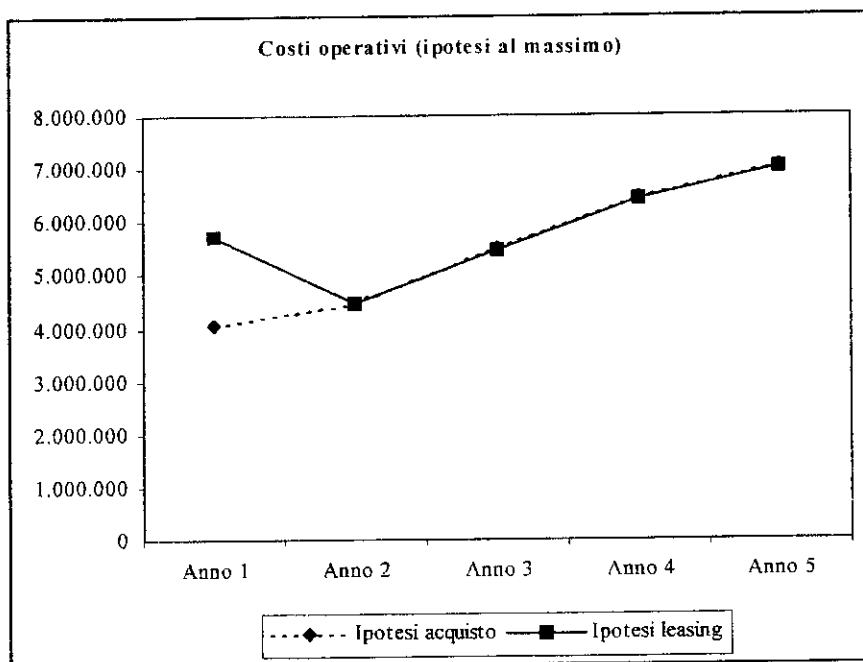


Figura 28: Costi Operativi locazione (ipotesi al massimo)

Di fatto, in questo quadro, si riscontra una variazione, peraltro peggiorativa, solo nel primo anno di gestione, mentre negli anni successivi l'esborso dei canoni equivale sostanzialmente all'incidenza delle quote di ammortamento, per cui – a regime – il ricorso all'opzione leasing non comporta variazioni apprezzabili, se non di punti decimali, nella performance economica.

Tuttavia, non è questo il contesto più adatto per effettuare confronti sull'efficacia delle due opzioni. Ben più significativo è, invece, il giudizio dato sulle

grandezze finanziarie, piuttosto che sui flussi economici. Ciò per tre ragioni, che in qualche modo abbiamo già visto:

- perché esprime, attraverso il calcolo del tasso di rendimento unico, una valutazione complessiva dell'operazione, non già sui singoli anni
- perché adotta un orizzonte temporale più ampio, comprendendo, peraltro, anche le ipotesi di reinvestimento
- perché considera il reale peso degli esborsi e, particolarmente, degli investimenti

Nei prospetti che seguono, il flusso di uscita dovuto al rinnovo dei contratti di locazione delle attrezzature appare nella colonna dei costi di gestione.

Ipotesi al minimo:

	Investimenti	Gestione	Ricavi	Flussi netti	Flussi cumulati
Anno 1	3.600.000	0	0	-3.600.000	-3.600.000
Anno 2	2.400.000	0	0	-2.400.000	-6.000.000
Anno 3	0	4.506.288	2.308.230	-2.198.058	-8.198.058
Anno 4	0	3.685.498	3.413.916	-271.582	-8.469.640
Anno 5	0	4.633.786	5.087.880	454.094	-8.015.546
Anno 6	0	5.508.049	6.621.696	1.113.647	-6.901.899
Anno 7	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	-5.079.963
Anno 8	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	-3.258.027
Anno 9	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	-1.436.091
Anno 10	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	<b>385.845</b>
Anno 11	0	7.216.065	7.832.376	616.311	1.002.156
Anno 12	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	2.824.092
Anno 13	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	4.646.028
Anno 14	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	6.467.964
Anno 15	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	8.289.900
Anno 16	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	10.111.836
Anno 17	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	11.933.772
Anno 18	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	13.755.708
Anno 19	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	15.577.644
Anno 20	0	6.010.440	7.832.376	1.821.936	17.399.580
<b>Tasso di rendimento</b>					<b>11,5%</b>
<b>Periodo di recupero</b>					<b>10 anni</b>



**Ipotesi al massimo:**

	Investimenti	Gestione	Ricavi	Flussi netti	Flussi cumulati
Anno 1	5.040.000	0	0	-5.040.000	-5.040.000
Anno 2	3.360.000	0	0	-3.360.000	-8.400.000
Anno 3	0	5.432.900	2.308.230	-3.124.670	-11.524.670
Anno 4	0	4.169.465	3.413.916	-755.549	-12.280.219
Anno 5	0	5.180.475	5.087.880	-92.595	-12.372.814
Anno 6	0	6.141.215	6.621.696	480.481	-11.892.333
Anno 7	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-10.785.472
Anno 8	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-9.678.611
Anno 9	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-8.571.750
Anno 10	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-7.464.889
Anno 11	0	8.413.390	7.832.376	-581.014	-8.045.903
Anno 12	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-6.939.042
Anno 13	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-5.832.181
Anno 14	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-4.725.320
Anno 15	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-3.618.459
Anno 16	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-2.511.598
Anno 17	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-1.404.737
Anno 18	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	-297.876
Anno 19	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	<b>808.985</b>
Anno 20	0	6.725.515	7.832.376	1.106.861	1.915.846
<b>Tasso di rendimento</b>					<b>1,3%</b>
<b>Periodo di recupero</b>					<b>19 anni</b>

Confrontiamo i risultati finora ottenuti:

	Tasso di rendimento	Periodo di recupero
Opzione acquisto (ipotesi al minimo)	8,3%	13 anni
Opzione leasing (ipotesi al minimo)	11,5%	10 anni
Opzione acquisto (ipotesi al massimo)	1,1%	19 anni
Opzione leasing (ipotesi al massimo)	1,3%	19 anni

Nelle ipotesi al minimo si riscontra una differenza significativa negli indicatori di performance, segno che l'opzione di ricorso al leasing presenta un'indubbia convenienza complessiva.

Tale convenienza, tuttavia, tende ad annullarsi al crescere dell'incidenza dei costi di gestione: come appare dalle ridottissime differenze fra le opzioni nelle ipotesi al massimo, i flussi operativi hanno una rilevante importanza nel determinare i profili di fattibilità economica e finanziaria del progetto.

## 4.11 Determinazione del fabbisogno finanziario

Ogni iniziativa economica richiede i giusti apporti di risorse finanziarie; queste possono essere distinte in due categorie generali, denominate fonti esterne e fonti da autofinanziamento. Le fonti esterne sono, principalmente, apporti dei soci e debiti, mentre l'autofinanziamento dipende direttamente dall'ottenimento dei ricavi.

Uno dei più tipici problemi finanziari consiste nel fatto che le esigenze di spesa anticipano sempre (o quasi sempre) i momenti di incasso dei ricavi. Ne consegue l'ovvia necessità di disporre di un capitale di partenza. Il problema è, inoltre, acuito dalla frequente presenza di un ciclo del circolante sfavorevole, dovuto all'usuale ritardo nell'incasso dei crediti rispetto ai tempi di pagamento dei debiti. Se è vero, infatti, che nel nostro caso la maggior parte dei costi operativi è rappresentato da stipendi del personale e dei collaboratori e che una parte rilevante dei ricavi è rappresentata dai rimborsi del SSN (i tempi di incasso comportano un ritardo "normale" di 6 mesi), si comprende come la gestione finanziaria anche a breve deve essere accuratamente pianificata.

Il problema della pianificazione del fabbisogno consiste nel determinare l'ammontare delle fonti esterne necessarie a sostenere l'attività e la durata del periodo di esposizione al debito (nell'ipotesi – puramente scolastica – che non vi siano apporti dei soci), ovvero il tempo necessario perché i flussi di cassa generati dalla gestione azzerino il fabbisogno di fonti esterne.

Riportiamo i risultati di questa analisi, espressi in termini di ammontare massimo del fabbisogno richiesto e di durata del periodo di esposizione, misurato a partire dall'inizio della fase di cantiere:

	<b>Fabbisogno massimo</b>	<b>Periodo di esposizione</b>
<b>Opzione acquisto (ipotesi al minimo)</b>	14.515.495	131 mesi
<b>Opzione leasing (ipotesi al minimo)</b>	6.565.994	76 mesi
<b>Opzione acquisto (ipotesi al massimo)</b>	20.161.965	179 mesi
<b>Opzione leasing (ipotesi al massimo)</b>	9.024.659	86 mesi

È, particolarmente, sotto questo aspetto che si può verificare l'opportunità di ricorrere alla locazione piuttosto che all'acquisto delle attrezzature, dal momento che le misurazioni di sostenibilità finanziaria presentano differenze estremamente significative in tutte e due le ipotesi.

Non va dimenticato, in questa prospettiva, che un quadro finanziario migliore incrementa la capacità del progetto di effettuare nuovi o ulteriori investimenti, preservando o, al più, incrementando il proprio livello di adeguamento biotecnologico.

## 5 CONCLUSIONI: PRIME VALUTAZIONI DI FATTIBILITÀ

Il progetto – almeno in riferimento alle ipotesi poste alla base delle analisi qui effettuate – permette di raggiungere valori accettabili dal punto di vista economico finanziario solo sotto determinate condizioni, valide particolarmente sul lato dei costi.

La prima di queste condizioni riguarda la necessità di minimizzare l'impatto degli investimenti iniziali. Una soluzione valida, soprattutto se vista nell'ottica della sostenibilità del debito, consiste, nel ricorso a forme contrattuali (leasing, locazione a lungo termine) alternative all'acquisto vero e proprio delle costose attrezzature sanitarie.

Se, tuttavia, è vero che questo progetto ha l'ambizione di rappresentare un'esperienza innovativa sotto l'aspetto del *project management*, è possibile pensare a soluzioni ancora più avanzate. Si può fare l'ipotesi, perfettamente ammissibile nel caso di strutture sanitarie di dimensioni ridotte, di condividere con altre organizzazioni l'acquisizione e l'uso delle attrezzature più impegnative dal punto di vista finanziario.

È evidente che un simile modello di *resource sharing* richiede un particolare approccio all'organizzazione territoriale del comparto della sanità convenzionata; ma, in fondo, può essere considerato come un'evoluzione della diffusissima pratica della stipula di convenzioni esterne, strumento cui si può fare più semplicemente ricorso nei primi anni di attività, verificando, nel frattempo, quale strategia adottare per la dotazione delle attrezzature.

Non va trascurato, poi, il fatto che una responsabilità non secondaria nella definizione del peso degli investimenti e, quindi, dei valori di fattibilità è rivestita dal problema della dotazione dell'immobile.

Per una ragione essenzialmente prudenziale, abbiamo fatto riferimento all'ipotesi di costruzione *ex novo* di un edificio, soluzione che, però, è probabilmente la più costosa. Il quadro finanziario, quindi, può cambiare sensibilmente se la precipua natura non profit dell'iniziativa permettesse di entrare in possesso – per esempio attraverso una concessione pubblica o un comodato d'uso – di una struttura che potrebbe richiedere, al massimo, spese di adeguamento strutturale.

L'ottenimento in uso gratuito della struttura immobiliare rappresenta indubbiamente la situazione ideale. Questo può essere posto come primo obiettivo della funzione di *fund raising*. Si noti, tuttavia, che nel corso dell'analisi non sono state volutamente considerate le opportunità che questa fondamentale funzione può apportare al quadro finanziario complessivo, sia perché difficilmente programmabili, sia per la naturale prudenza che deve caratterizzare analisi di questo tipo. Ma è indubbio che occorrerà produrre sforzi notevoli in questa direzione per rafforzare le condizioni finanziarie del progetto.

La seconda condizione di fattibilità relativa ai costi del progetto impone di considerare con particolare attenzione i costi di gestione, dal momento che anche questi hanno un impatto sui valori di performance. Probabilmente, su questo versante esistono vincoli maggiori, soprattutto perché la quota maggioritaria è data dai costi del personale, che possono essere ottimizzati solo

attraverso una programmazione attenta dei modelli e delle dinamiche organizzative, mentre i valori assoluti sono sostanzialmente incompressibili.

Le altre principali voci di costo – consumi interni, servizi esterni e oneri di gestione – possono dare spazi e occasioni per migliorare i rendimenti, senza, tuttavia, andare a detrimento della qualità complessiva della gestione sanitaria. Da questo punto di vista, sarà essenziale che gli organi di governo del centro definiscano correttamente e simultaneamente i criteri di qualità e di efficienza che dovranno informare la gestione e le funzioni di controllo.

Una notazione: le condizioni di equilibrio economico e, quindi, di sostenibilità del progetto dipendono in buona misura anche dai ricavi. Preferiamo, tuttavia, esimerci da un giudizio sulla congruità delle simulazioni e sul grado di criticità di questa componente a causa dei naturali limiti di questa analisi preliminare, che non ha previsto lo svolgimento di una specifica analisi di mercato a supporto della definizione dei valori quantitativi dei ricavi.

In sintesi, si può affermare che il progetto subisce l'esistenza di margini di fattibilità piuttosto ridotti, ovvero – detto in altri termini – di un grado di rischio operativo abbastanza elevato. Variazioni peggiorative dei costi possono facilmente portare ad un ribaltamento dei giudizi di fattibilità.

È indispensabile, pertanto, definire e seguire con elevato rigore una corretta politica di programmazione, sia nella fase di implementazione del progetto (dal punto di vista economico, strategico e organizzativo), sia nella sua gestione, anche attraverso uno stretto controllo delle performance.

Questo compito, tuttavia, è facilitato dalla natura non profit dell'iniziativa, perché l'obiettivo strategico della gestione non deve essere indirizzato a massimizzare i margini di profitto, ma ad assicurare almeno le minime condizioni di equilibrio economico, in modo da permettere il mantenimento in vita dell'attività e il suo costante adeguamento qualitativo e tecnologico.

È in questa chiave che devono essere espressi i giudizi di fattibilità, accettando margini di fattibilità più "morbidi" di quelli generalmente formulati per un'iniziativa *profit*.

Va detto, in conclusione, che il fattore *profit*, rappresentato dallo svolgimento dell'attività privata di chirurgia estetica, costituisce un elemento essenziale del progetto, dal momento che, senza questa fonte di ricavi, non sarebbe verosimilmente possibile assicurare le minime condizioni di equilibrio economico.

## APPENDICE A: ALLINEARE LA STRATEGIA AI PROGETTI

Come già anticipato, il principale fattore critico di successo di un'organizzazione "per progetti" è quello di assicurare il costante **allineamento fra obiettivi strategici ed obiettivi progettuali**, ovvero eliminare quel "gap" fra le idee e la loro attuazione che si manifesta in molte realtà.

Un primo strumento portante in questa direzione è certamente quello legato alla variabile "processo" e si sostanzia nell'**adozione di un flusso procedurale (workflow)** che si caratterizzi su alcuni aspetti essenziali quali:

- ☞ in primo luogo, la copertura del ciclo di vita progettuale nella sua interezza, a partire cioè dalla **fase iniziale di "ingaggio"**, nella quale gli obiettivi progettuali prendono forma attraverso dei processi di valutazione e selezione delle migliori opportunità;
- ☞ in secondo luogo, l'uso sistematico (per i progetti di maggior portata e criticità) del **Business Case**, ovvero di un documento nel quale siano esplicitati in modo chiaro ed oggettivo gli elementi di giustificazione della proposta progettuale e di supporto ai processi decisionali (*business gates*) di cui al punto precedente;
- ☞ infine, come ulteriore elemento atto a garantire la solidità del modello adottato, è necessario prendere spunto dalle buone prassi (*best practice*) che sono state codificate e standardizzate da enti internazionali di indubbia autorevolezza (ad esempio: il corpus disciplinare sviluppato dal **Project Management Institute**).

Al solo scopo esemplificativo, lo schema sottostante intende rappresentare un **percorso procedurale** conforme a tali requisiti e quindi utilizzabile quale spunto per il disegno del *process model* della nuova organizzazione<sup>19</sup>.

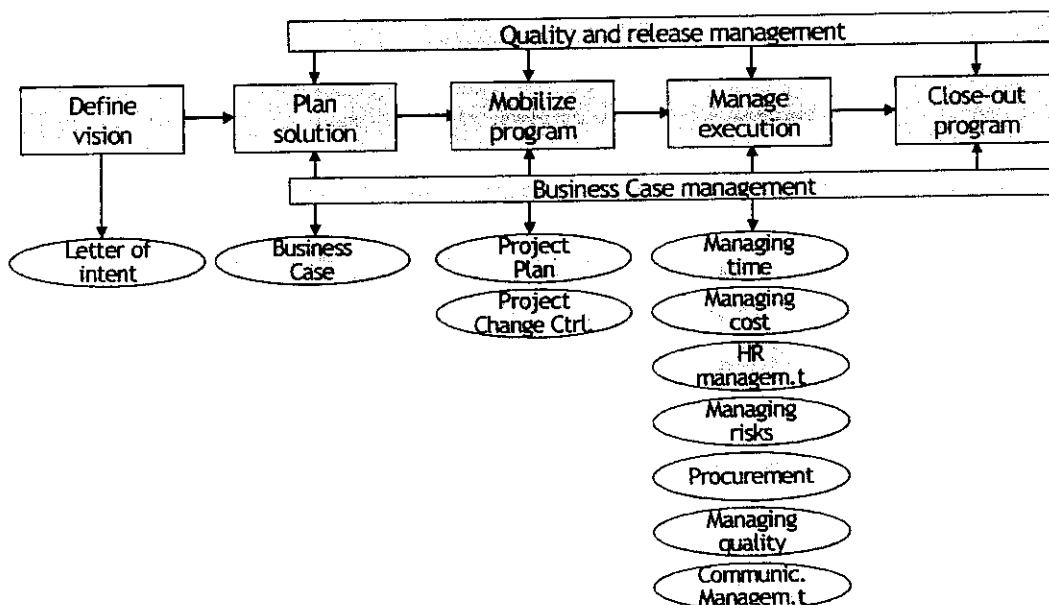


Figura 29: Esempio di processo globale per la gestione di programmi e progetti

Oltre alla **copertura orizzontale**, quella cioè riferita al percorso di sviluppo di un progetto o di un programma, è necessario che il sistema di processi sia in grado di garantire una sorta di **copertura verticale**, di assicurare cioè che i vari livelli in cui si articola l'attività di pianificazione e controllo del portafoglio progetti siano a loro volta in termini di processi e attività.

La figura sottostante esemplifica tale concetto mettendo in evidenza le differenze fra tre piani distinti

- ☛ Piano **strategico**: contiene l'insieme delle iniziative strategiche su cui poggia la scommessa imprenditoriale dell'organizzazione
- ☛ Piano **operativo**: coincide con la fase budgetaria (di solito annuale) nella quale il portafoglio progetti viene popolato di nuove iniziative
- ☛ Piano **esecutivo**: rappresenta il portafoglio progetti "in progress" su cui incidono esigenze puntuali che possono modificarne la composizione e lo *scheduling*

Anche in questo caso, i meccanismi attraverso cui gestire ciascuno stadio di pianificazione devono trovare corrispondenza a livello di processi, responsabilità, input, output e relative regole di trasformazione.

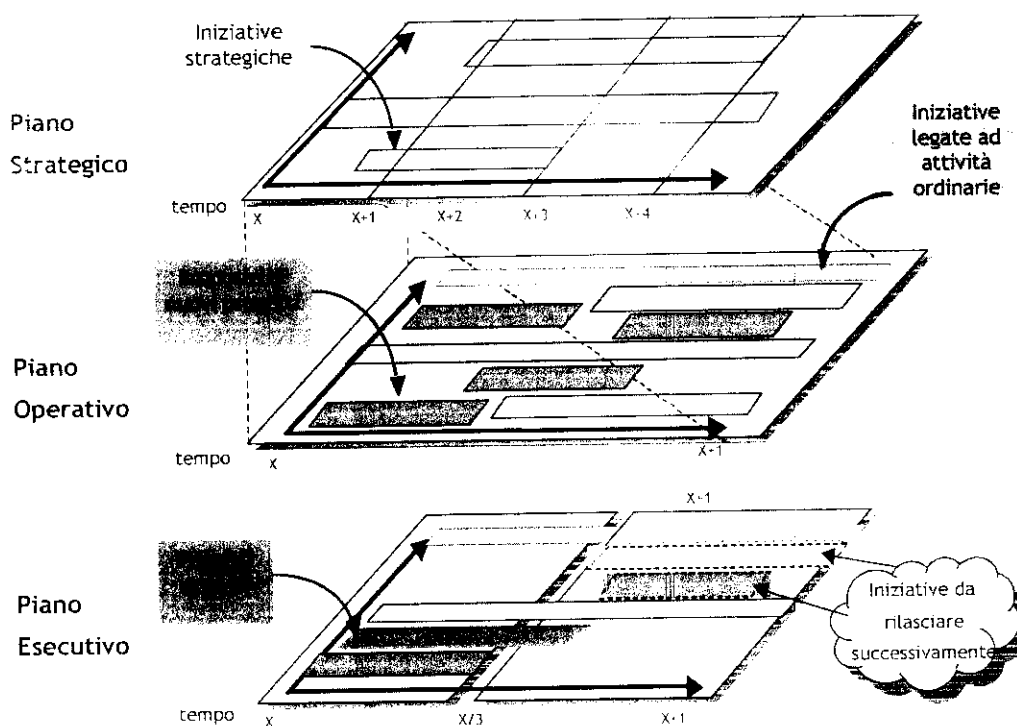


Figura 17: Livelli di pianificazione e controllo di programmi e progetti

## Il Balanced Score Card

Se l'impianto di un sistema di processi costituisce un pre-requisito per il governo di una struttura organizzata per progetti, altrettanto essenziale è l'approntamento di un **sistema di valutazione delle performance** che sia di fatto applicabile lungo tutta la filiera dei progetti dell'azienda. In tale contesto, uno strumento che in questi anni è stato applicato con successo anche nell'ambito della sanità (ad esempio, un ottimo caso è rappresentato dallo **IEO**: "Istituto Europeo di Oncologia", di Milano) è il "Balanced ScoreCard" (**BSC**).

BSC non è altro che "... uno strumento di misurazione della performance in grado di ricostruire (attraverso l'impiego bilanciato di differenti misure) una visione più organica ed esaustiva delle performance. .... BSC è articolato su quattro prospettive di analisi (economico-finanziario, cliente, innovazione e crescita e processi interni"<sup>20</sup>).

La difficoltà delle aziende non consiste, infatti, tanto nel definire le strategie, ma piuttosto nel metterle in pratica rimuovendo le barriere che spesso si frappongono tra pensiero ed azione manageriale.

In questa ottica, BSC rappresenta uno strumento non solo di misura, ma anche di governo della performance "... utilizzato come sistema di comunicazione, informazione e apprendimento, piuttosto che come sistema di controllo" (Kaplan & Norton). Nella figura successiva, tale approccio multidimensionale per la valutazione della performance aziendale è rappresentato attraverso un sistema bilanciato di diversi indicatori ricavati da prospettive diverse, quali:

- ☛ una **prospettiva economico-finanziaria**, data dalla capacità dell'azienda di operare in efficienza nel perseguire i propri obiettivi strategici;
- ☛ una **prospettiva lato cliente**, legata alla percezione che i clienti hanno rispetto alla performance aziendale;
- ☛ una **prospettiva di apprendimento e crescita**, misurata in termini di capacità di apprendimento organizzativo continuo per il miglioramento della performance;
- ☛ una **prospettiva di eccellenza dei processi interni**, misurata attraverso le caratteristiche ed i parametri sensibili dei processi di produzione interni.

Ciascuna delle 4 prospettive è definita, a livello strategico, attraverso le rispettive dimensioni (ad esempio, per la prospettiva economica-finanziaria, la dimensione sarà definita attraverso i risultati Economici e Finanziari ritenuti soddisfacenti a livello strategico) e spesso modulata sui vari punti di vista dei portatori di interesse del progetto (*stakeholder*).

Inoltre, per ognuna delle prospettive andranno definite le seguenti grandezze:

**Key Performance Area (KPA):** sono le *variabili sensibili* che, riflettendo la strategia adottata, non ci si può permettere di sbagliare. Ad esempio, per la prospettiva economico-finanziaria, il "Profit & Loss" dei progetti. Le KPA hanno il compito di orientare il processo di misurazione della performance sulle variabili/grandezze che si ritengono strategicamente importanti.

<sup>20</sup> S. Baraldi, "Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie", McGraw-Hill, 2005

**Key Performance Indicator (KPI):** rappresentano la misura del risultato raggiunto nella specifica KPA. Ad esempio, nell'ambito della prospettiva economico-finanziaria, e della KPA "Profit & Loss dei progetti", "l'incremento del margine". I KPI devono, quindi, essere entità a misurazione numerica in modo da rendere possibile una reale e concreta misurazione del raggiungimento dello specifico obiettivo strategico.

**Azioni:** Sono le azioni, definite a livello strategico, che il management deve implementare per avere successo nel raggiungimento degli obiettivi di ogni singola KPA. Ad esempio, nell'ambito della prospettiva economico-finanziaria, e della KPA "Profit & Loss dei progetti" e del KPI "incremento del margine", il management può definire e sviluppare politiche e procedure aziendali che favoriscano il controllo di questo KPI.

**Target:** è la quantificazione dell'obiettivo. Nell'esempio precedente: prevedere un incremento del margine del 10% annuo per i prossimi due anni.

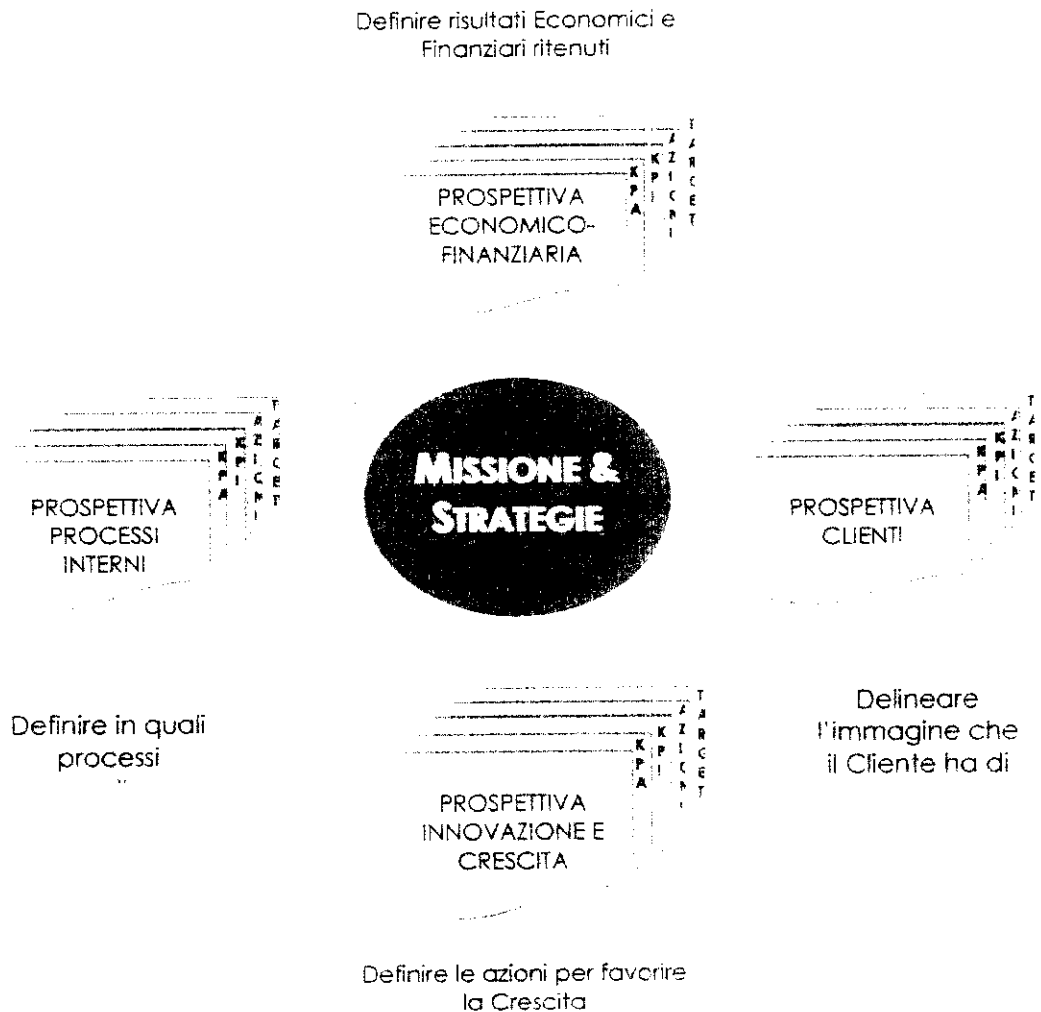


Figura 18: Balanced ScoreCard nella visione di Kaplan & Norton

Fondamentale è, inoltre, il concetto di relazione "**causa-effetto**" esistente nel considerare le diverse prospettive della performance aziendale.

Ad esempio, tra gli indicatori dobbiamo considerare quello di tipo "**leading**" che rappresentano indicatori causali: realizzare un loro miglioramento, produce automaticamente un analogo effetto positivo su altri indicatori che diremo di tipo "**lagging**".

Ad esempio, migliorando l'indicatore (*leading*) "qualità del servizio", indurremo in modo automatico un miglioramento dell'indicatore (*lagging*) "soddisfazione del Cliente".

## L'apprendimento organizzativo

Oltre agli strumenti di "governo" di una struttura organizzata per progetti, ovvero un impianto strutturato di processi ed un sistema di monitoraggio delle relative performance, è essenziale creare i presupposti affinché una struttura del genere possa migliorare costantemente la propria efficacia e la propria efficienza operativa. In un contesto caratterizzato da quella limitata ripetibilità che è tipica dello sviluppo progettuale, occorre quindi predisporre dei meccanismi (questi sì ad alta ripetibilità) con cui **capitalizzare le esperienze progettuali appena concluse** a tutto vantaggio di quelle di prossimo avvio.

L'applicazione diligente di una prassi che è quella di documentare a fine progetto le cosiddette "*lessons learned*" può rispondere a tale necessità ma rischia di non essere del tutto efficace, se non supportata da una vera e propria **metodologia con cui pianificare ed eseguire il cosiddetto "debriefing" del progetto** stesso.

Per questa ragione, riteniamo che l'adozione di un impianto metodologico molto ben strutturato, nonché applicato con successo in vari contesti pubblici e privati, possa rappresentare la risposta più adeguata a questa esigenza primaria di uno strumento per il miglioramento continuo dell'*Enterprise Project Management*.

Lo schema sottostante rappresenta i passi della metodologia messa a punto da un organismo internazionale<sup>21</sup> e denominata **DALE**<sup>®</sup> (*Debriefing and Lesson Extraction*).

<sup>21</sup> Institute For Organisational Learning (Israel), "DALE – Debriefing and Lesson Extraction", 2006  
©2006, n-ter – Confidential & Proprietary

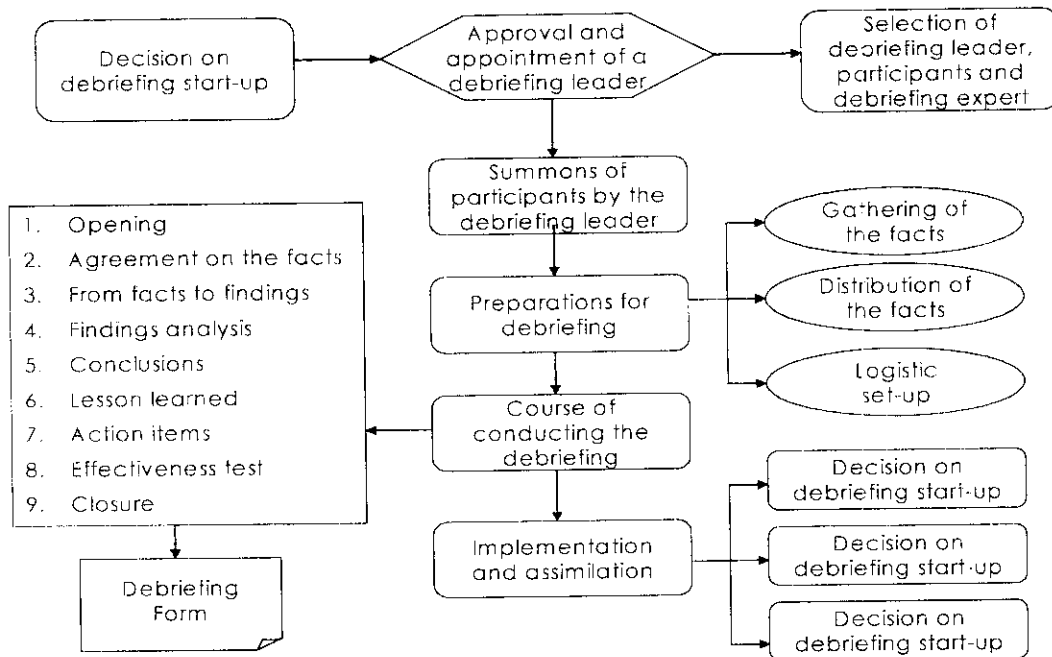


Figura 19: Schema di sintesi del processo di Debriefing

Le ragioni di tale proposta sono legate, oltre che alla robustezza dell'impianto e delle basi teoriche su cui è stato costruito, da una serie di elementi qualificanti che si possono così riassumere:

- ☞ anzitutto, un percorso procedurale che aiuta a distinguere chiaramente i diversi elementi in gioco: la corretta rilevazione dei dati fattuali da cui partire (facts), l'identificazione di quelli ritenuti più rilevanti ai fini dell'indagine (findings), la ricerca analitica delle principali motivazioni (root cause analysis), la precisa formulazione delle conclusioni cui si è arrivati (conclusions), la traduzione di queste ultime in indicazioni per i processi futuri (lessons learned) e infine l'elenco delle azioni mirate da intraprendere (action items).
- ☞ in secondo luogo, la presenza di linee guida e di regole in grado di indirizzare il lavoro del team su un binario collaborativo e privo di ambiguità (fra queste, il divieto di considerare accettabili delle cause del tipo "il gruppo era stressato" o delle lezioni generiche del tipo "avremmo dovuto procedere con cautela").
- ☞ infine, l'attivazione di un meccanismo grazie al quale questi insegnamenti non siano semplicemente depositati in un archivio elettronico, bensì resi noti a tutti coloro che potrebbero trarne vantaggio attraverso momenti di sensibilizzazione pianificati e gestiti.

**Da ciò la massima attenzione ai meccanismi procedurali ed organizzativi grazie ai quali assicurare il riuso delle esperienze progettuali.**

## APPENDICE B: PROGETTAZIONE DEL BALANCED SCORECARD

L'introduzione del Balanced ScoreCard si rende necessaria, da una parte, per assicurare un corretto allineamento tra strategie e operatività (comportamenti, gestione dei progetti, azioni, etc.), e, dall'altra, per misurare la coerenza dei risultati con gli obiettivi strategici e con i valori di *Smile House*. Inoltre, la multidimensionalità di BSC, permette di non ridurre alla sola misurazione economica lo studio delle performance, ma, anzi, di metterla in relazione, appunto, salvaguardandola, alla missione dell'azienda.

Confortati anche dalla specifica esperienza molto positiva di applicazione BSC, si prenderà in considerazione come modello lo IEO (Istituto Europeo Oncologico) di Milano. Un vantaggio iniziale è che, così come in IEO<sup>22</sup>, anche in *Smile House* l'implementazione di BSC si può considerare più agevole e più "profittevole", rispetto ad altre realtà organizzative, per una serie di buoni motivi, ovvero:

- la chiarezza della visione strategica e della sua formulazione, ma soprattutto l'elevato grado di condivisione, comune alla maggior parte delle aziende sanitarie, di tale visione da parte di tutti gli stakeholder;
- la possibilità di meglio armonizzare lo strumento in una struttura organizzativa progettata ex-novo e , quindi, senza strutture precostituite;
- la forte focalizzazione in una area di intervento specifica (la chirurgia cranio-maxillo-facciale) che rende più agevole la definizione del sistema;
- il forte supporto che tale strumento potrà dare allo sviluppo degli accreditamenti nazionali ma anche internazionali, quali quello presso la "Joint Commission International";
- il forte commitment del management dell'azienda.

Dovrà essere messo a punto un progetto che sviluppi il BSC in tutte le aree dell'azienda. Avendo, quindi, a che fare con un progetto interdisciplinare, il Project Manager dovrà essere accuratamente scelto così come lo stesso team che dovrà essere composto da professionisti provenienti non solo dall'area delle Risorse Umane, ma anche, ad esempio, dall'Area Sanitaria e dalla Ricerca. Il team risponderà, per lo sviluppo dei contenuti, al CSO e dovrà relazionare sia il CSO che la Presidenza con periodici avanzamenti del lavoro. Sarà **compito del CSO**:

- nominare i componenti del team di sviluppo del sistema BSC;
- sostenere la Direzione Risorse Umane, quale "agente del cambiamento", ovvero punto di riferimento e guida allo sviluppo dei nuovi processi organizzativi cui gli operatori reclutati non sono abituati o perché provenienti da strutture organizzative di tipo tradizionale, o perché al primo impiego nel mondo del lavoro;
- definire, in via preventiva, le linee guida del progetto BSC;
- verificare la metodologia di roll-out del sistema con/e nei vari gruppi operativi e nelle varie famiglie professionali, stimolandone la condivisione;
- definire le procedure e le modalità di accesso al sistema BSC;

- supportare la Direzione Risorse Umane nella progettazione delle attività di formazione del personale in quest'ambito;
- supportare la pianificazione dello sviluppo, messa a punto e roll-out del sistema.

Utilizzando il modello del progetto BSC in IEO, anche in questo caso saranno privilegiati, nella definizione della struttura logica del sistema:

- l'introduzione del sistema in tutte le unità organizzative dell'azienda;
- la personalizzazione del sistema alla specifica struttura. Ciò vuol dire che ogni unità organizzativa deve poter dire la sua nella scelta di KPA (Key Performance Area) e KPI (Key Performance Indicator);
- il coinvolgimento a livello di singole famiglie professionali che dovranno utilizzare il sistema BSC.

In questa ottica, si procederà all'articolazione in non più di **3 livelli del sistema**:

1. un livello "**corporate**", che offrirà una visione globale della performance dell'azienda;
2. un livello di "**area**", in cui sarà visibile il contributo di ciascuna area operativa alla performance globale;
3. un livello di **unità organizzativa**, ognuna appartenente ad una specifica area operativa, con obiettivi molto specifici e differenziati per potenzialità.

Una possibile strutturazione del sistema BSC per Smile House (ricalcando quella dello IEO) potrebbe essere la seguente:

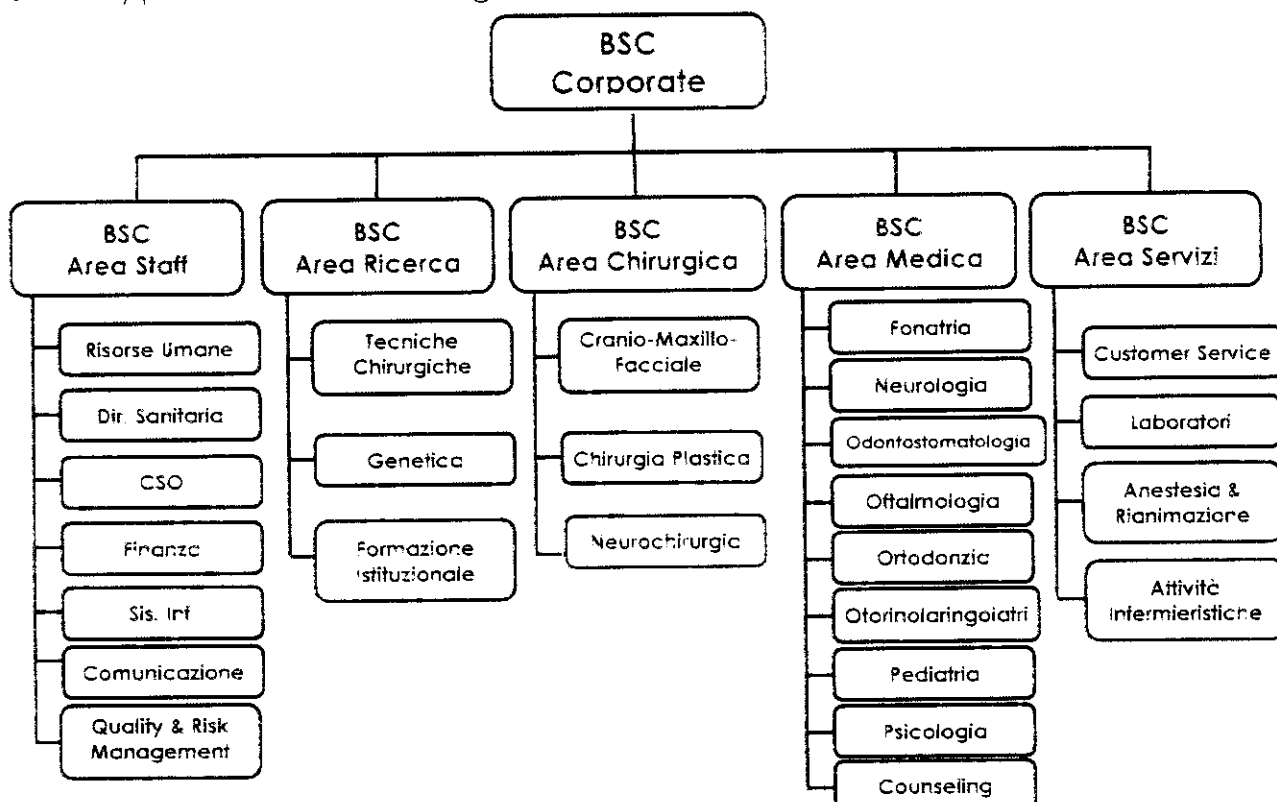


Figura 30: Sistema BSC in Smile House

Per mettere a punto e raggiungere il massimo grado di condivisione del sistema BSC, sarà utilizzata una introduzione graduale del sistema, prevedendo step successivi di inserimento per ogni singola struttura sia del secondo che del terzo livello, e la tecnica dei "workshop" già con successo sperimentata allo IEO.

Ovvero, la struttura logica del BSC sarà completata attraverso una serie di incontri (appunto "**BSC workshop**") tra il team responsabile del progetto, la Presidenza e componenti di ciascuna area operativa.

Il risultato del lavoro nei vari workshop è rappresentato dalla definizione di una serie di KPA ad ognuna delle quali sono associati degli indicatori (KPI) che ne definiscono la misura.

La definizione delle KPA avviene a partire dall'obiettivo strategico dell'area che si sta esaminando.

Ad esempio, nel caso del BSC Corporate, partiremo dalla definizione della mission dell'azienda. Nel nostro caso la mission di *Smile House* potrebbe essere così formulata:

***sviluppare un sistema efficiente nella gestione di tutte le risorse a disposizione, per studiare, mettere a punto, applicare e diffondere tecniche chirurgiche sempre più raffinate e percorsi di cura sempre più efficaci, nell'ambito delle malformazioni cranio-maxillo-facciali, perseguendo, a livello internazionale, l'eccellenza scientifica, l'eccellenza nella qualità del servizio offerto e nello sviluppo della ricerca chirurgica e genetica.***

Dalla missione così espressa si evince, ad esempio, la volontà di:

- a. crescere e sviluppare le proprie attività in maniera sostenibile mantenendo l'indipendenza;
- b. affermarsi come centro di eccellenza a livello internazionale;
- c. attrarre gli stakeholder a tutti i livelli (pazienti, professionisti, ricercatori, finanziatori, etc.);
- d. diffondere i propri valori e le proprie conoscenze.

Le prospettive da considerare, quindi, nel progettare il BSC saranno:

- una **prospettiva istituzionale** per la valutazione ed il miglioramento della capacità della struttura di interpretare efficacemente il proprio mandato istituzionale;
- una **prospettiva delle attività di ricerca**, attraverso le quali produrre innovazione;
- una **prospettiva clinica** che significa mettere a disposizione del paziente quanto prodotto dalla ricerca;

- una **prospettiva didattica** che significa porsi come alta scuola capace di attrarre e formare risorse professionali di eccellenza;
- una **prospettiva di rinnovamento e sviluppo** che esprima la effettiva capacità dell'azienda di sapere investire sul futuro, da una parte, mettendo a disposizione dei propri professionisti le tecnologie più avanzate, e dall'altra di valorizzarne le competenze, in modo da risultare un polo di eccellenza ambito dalle migliori menti.

I risultati, poi, realmente conseguiti andranno letti attraverso queste 5 prospettive a valle della definizione delle KPA collegate.

Ad esempio, alla prospettiva didattica possono essere collegate una KPA relativa allo sviluppo dell'offerta formativa, un'altra relativa alla soddisfazione delle esigenze formative dei discenti, e così via. Ad ogni KPA bisognerà poi associare degli indicatori (i KPI) che permettano la misura dei risultati raggiunti.

E' chiaro che i risultati dei workshop forniranno tutta una serie di possibili aree ed indicatori che andranno in seguito vagliati con attenzione per individuare quelli effettivamente applicabili. Questa attività passerà attraverso la rappresentazione di tali parametri in una matrice che ne consideri il costo di gestione e la rilevanza di ognuno, come rappresentato in figura 21:

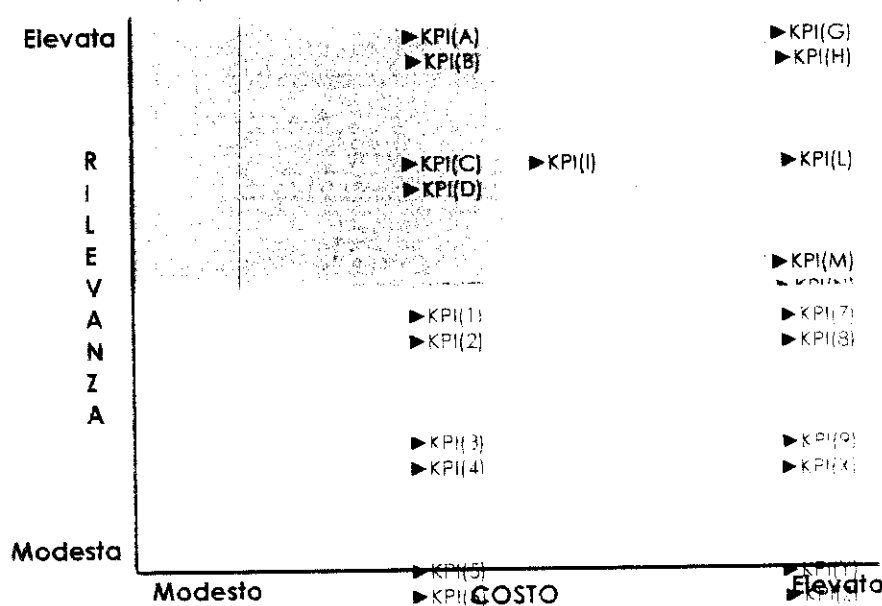


Figura 31: Matrice Costo-Rilevanza per la scelta dei KPI<sup>23</sup>

Nella scelta dei KPI, una importantissima caratteristica da tenere in considerazione sarà la sua automatica gestibilità da parte del sistema informativo. Infatti, l'elevato numero di parametri in gioco e di destinatari delle informazioni, richiedono un automatismo di gestione tale da renderne agile ed efficace la diffusione.

<sup>23</sup> Tratta da: Stefano Baraldi, "Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie", McGraw-Hill ©2006, n-ter – Confidential & Proprietary

La definizione delle KPA e KPI dei livelli inferiori andranno poi a meglio modulare quelle dei livelli superiori. E' proprio questa attività di modulazione che permetterà di ottenere una versione condivisa del sistema BSC e, quindi, delle strategie aziendali, nei tre livelli (vedi figura 16).

A completamento della progettazione logica del BSC, si dovrà procedere alla determinazione delle **relazioni causa-effetto** che legano le varie KPA. E', poi, attraverso il confronto interno al gruppo di lavoro che verranno determinati intensità e segno dei legami tra le performance realizzabili nelle varie KPA.

L'implementazione di un BSC così strutturato in una organizzazione articolata ed estesa come lo IEO, oltre a richiedere un significativo lasso temporale (circa 2 anni), ha presentato aspetti di complessità di una certa rilevanza, anche perché la progettazione è iniziata su una struttura già completamente avviata ed a regime da tempo.

Applicare un sistema BSC analogo in *Smile House* presenterebbe, invece, condizioni favorevoli per la completa possibilità di armonizzare la progettazione complessiva della strutture. Un esempio su tutti è dato dall'integrazione del SW per la gestione del sistema BSC a livello di Sistema Informativo aziendale.

Mentre IEO ha dovuto sviluppare tale integrazione<sup>24</sup> su un sistema avviato, in *Smile House* la progettazione del modulo SW di supporto al BSC sarebbe contemporanea a tutte le restanti parti del sistema informativo.

Del resto se l'ingente investimento, soprattutto in termini di anni/uomo interni, in IEO è stato giustificato:

- a. dall'**effettiva realizzazione delle strategie** formalizzate nel piano strategico 2004-2005, grazie soprattutto alla loro effettiva condivisione all'interno dell'organizzazione;
- b. dall'**effettivo allineamento dei comportamenti e degli sforzi ad ogni livello** verso le priorità definite;

ciò conforta, a maggior ragione, la medesima scelta anche per *Smile House*.

Bisogna, comunque, tener conto che il successo dell'utilizzo di tale strumento risiede in un paio di fattori determinanti:

1. la determinazione e la coesione del management nel perseguire l'obiettivo, ovvero la necessità che il management "ci creda";
2. un elevato coinvolgimento degli operatori dell'organizzazione nella fase di progettazione.

Solo in presenza di tali condizioni è possibile investire ed è assicurato un ROI interessantissimo.

<sup>24</sup> In IEO è stato utilizzato il prodotto SW *Strat&Go* della Procos (Professional Controlling Systems AG - <http://www.procos.com/it/default.asp>)

## APPENDICE C: IL PROGETTO DRIVE

(Tratto dal Forum PA 2003, Schede del Prof. Pierangelo Bonini e dall'Ing. Alberto Sanna)

### Scheda 1 – Il progetto DRIVE

Il progetto DRIVE (DRug In Virtual Enterprise), promosso dall'Ospedale San Raffaele come naturale evoluzione del Carrello Intelligente<sup>25</sup>, è stato finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del Quinto Programma Quadro di Ricerca e Sviluppo.

Obiettivo di DRIVE è rispondere all'esigenza sempre più sentita di offrire al paziente la migliore qualità di cura e sicurezza e, nel contempo, garantire il contenimento dei costi attraverso un uso efficiente delle risorse disponibili.

DRIVE è il prototipo dell'ospedale del futuro: un sistema ospedaliero tecnologicamente avanzato e fortemente innovativo. Riconosce operatori sanitari, pazienti e prodotti farmaceutici ed interagisce con loro attraverso sensori e dispositivi elettronici in grado di erogare, nel preciso istante e luogo in cui viene presa una decisione o eseguita una attività, gli allarmi, i promemoria, le informazioni e la conoscenza che gli stessi medici, infermieri, farmacisti hanno voluto insegnare al sistema.

DRIVE è dunque un sistema di supporto per ogni attività decisionale od operativa, clinica o amministrativa, connessa con il prodotto farmaco. Ogni decisione finale è però chiaramente e saldamente nelle mani della professionalità e della responsabilità individuale.

Gli obiettivi raggiunti nella sperimentazione del Pilota presso l'ospedale San Raffaele, il primo del genere in Europa per completezza e livello di innovazione, sono:

- 1) il miglioramento significativo della sicurezza del paziente in ospedale e la conseguente riduzione del rischio di errore per medici ed infermieri;
- 2) la tracciabilità completa del farmaco, dalla produzione al letto del paziente;
- 3) la riduzione dei costi operativi associati alla gestione dei farmaci (magazzini ed ordini) sia per la logistica interna all'ospedale (reparto, farmacia), sia per la logistica collaborativa (con i fornitori);
- 4) il miglioramento significativo del livello di protezione della privacy dei dati sensibili dei pazienti.

DRIVE è composto da **tre Moduli**, indipendenti ma fortemente integrati tra loro che garantiscono il flusso sicuro ed efficiente delle informazioni da e verso ogni terminale, fisso o mobile, del sistema: il **Modulo Clinica Sicura** (per la prescrizione, preparazione e somministrazione sicura del farmaco), il **Modulo Supply Chain** (per la logistica ospedaliera e collaborativa) e il **Modulo Trust** (per la sicurezza digitale e la protezione della privacy dei pazienti).

<sup>25</sup> Il Carrello Intelligente è stato inventato da Prof. Bonini e da Ing. Sanna del San Raffaele ed è protetto da brevetti internazionali: per dettagli, vedi Scheda 3

**Il Modulo Clinica Sicura.** Il Modulo Clinica Sicura razionalizza e rende sicura per il paziente l'attività di medici ed infermieri in reparto. Garantisce la condivisione di informazioni aggiornate su pazienti e farmaci tra gli operatori sanitari coinvolti e la farmacia; controlla ogni fase del processo di prescrizione, di preparazione e di somministrazione del farmaco mediante allarmi che intervengono ogniqualvolta sia rilevato un rischio per il paziente. Inoltre controlla con analoghe modalità ogni fase del processo di prescrizione di esami di laboratorio, di preparazione delle provette e 1 Il Carrello Intelligente è stato inventato da Prof. Bonini e da Ing. Sanna del San Raffaele ed è protetto da brevetti internazionali: per dettagli, vedi Scheda 3 di prelievo del sangue. La terapia farmacologica e la diagnostica di laboratorio sono infatti le attività più frequenti in ospedale e coinvolgono quotidianamente ogni paziente: il Modulo Clinica Sicura crea dunque nell'ospedale una infrastruttura di base per la gestione sicura del paziente, sulla quale riorganizzare progressivamente tutti gli altri servizi. I componenti più innovativi del Modulo Clinica Sicura sono: il Carrello Intelligente, che riconosce operatori, pazienti, prodotti, attività e consente, grazie alla sua mobilità, di supportare sistematicamente le attività di medici ed infermieri, anche al letto del paziente; il Bracciale Informatizzato del paziente, consegnatogli all'atto dell'ammissione in ospedale: permette il riconoscimento sicuro e rapido del paziente, dei suoi dati clinici critici e rappresenta l'elemento di sicurezza fondamentale che accompagna ogni atto medico.

**Il Modulo Supply Chain.** Il Modulo Supply Chain razionalizza le attività di gestione della logistica ospedaliera. Tiene sotto controllo in tempo reale i prodotti presenti nell'armadio di reparto; sfrutta l'integrazione con la parte clinica per attivare il riordino in funzione delle somministrazioni registrate e per segnalare le variazioni dei consumi sulla base delle variazioni di prescrizione; analogamente, supporta le attività in farmacia, favorendo una migliore gestione delle scorte. Le funzionalità di logistica collaborativa consentono alla farmacia di avere suggerimenti sulla miglior politica di acquisto, elaborati attraverso sofisticati e consolidati algoritmi basati sui consumi dell'ospedale e criteri economici. Consentono inoltre, attraverso un collegamento sicuro in Internet, di condividere informazioni ed attività di commercio elettronico con la casa farmaceutica (dal listino prezzi all'ordine, dalla bolla di consegna alla fatturazione).

**Il Modulo Trust.** Il Modulo Trust garantisce la fiducia reciproca tra tutti coloro che utilizzano il sistema DRIVE. Infatti, medici, infermieri, farmacisti e personale amministrativo interagiscono con il sistema solo dopo il riconoscimento sicuro della persona, effettuato con smart card: questo atto certifica dunque identità e ruolo. La smart card dell'operatore viene anche utilizzata per firmare digitalmente le informazioni inserite nel sistema durante le varie fasi cliniche (la prescrizione, la preparazione e la somministrazione) ed amministrative (per esempio: l'emissione di ordini). Nel processo clinico sono previste politiche di sicurezza che tengono conto anche di condizioni di urgenza ed emergenza. E' stato inoltre previsto un livello di protezione della privacy anche degli stessi operatori sanitari. Tutto ciò per fornire garanzie più elevate del diritto di privacy del paziente e di tracciabilità delle responsabilità. Infine, un processo di anonimizzazione dei dati relativi ai pazienti, permette la creazione di basi di dati per possibili studi epidemiologici e farmacologici.

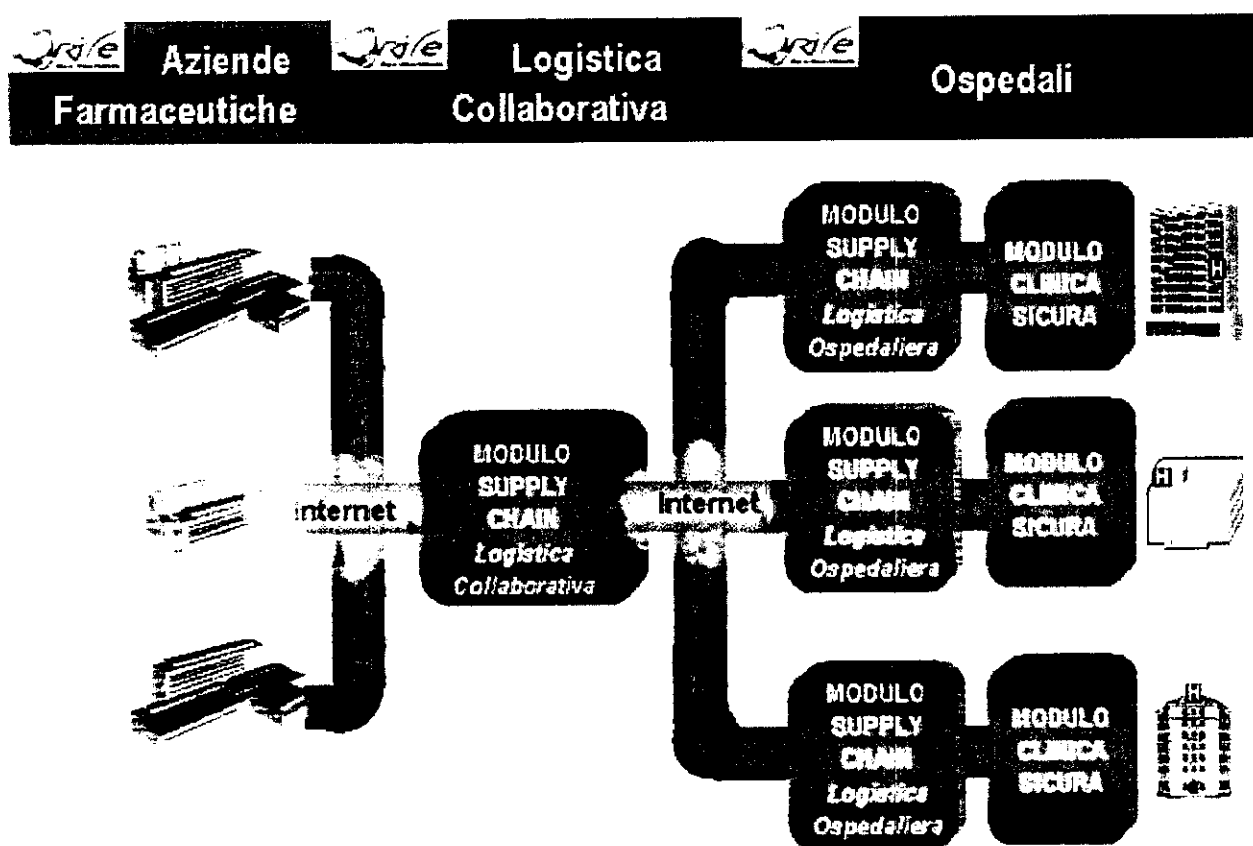


Figura 32: Visione di insieme del progetto DRIVE; il Modulo Trust è trasversale a tutto il processo e pervade tutto il sistema

## Scheda 2 - Criticità negli ospedali

La complessità organizzativa e gestionale in ambito sanitario è in crescita esponenziale ormai da molti anni. Infatti, se da un lato l'esplosivo progresso in campo tecnologico e medico produce opportunità di cura sempre più numerose e sofisticate, dall'altro la domanda incalzante di efficienza e qualità porta alla riduzione dei tempi di ricovero. Come conseguenza, il paziente è sottoposto in tempi sempre più stringenti, durante il ricovero, ad un numero crescente di attività mediche, di terapie e trattamenti diagnostici, che possono innalzare la probabilità di incorrere in errori.

Occorre pertanto studiare e predisporre modelli organizzativi e soluzioni tecnologiche che consentano di ridurre il rischio di errore, aumentando dunque il livello di sicurezza per il paziente in ospedale e supportino la diffusione delle più efficaci modalità di cura.

Un recente studio condotto in USA da IOM (Istituto di Medicina Americano) nel 1999<sup>26</sup>, indica che il 3-4% dei pazienti ricoverati sono stati danneggiati da errori medici, di cui più della metà (53-58%) evitabili; le stime sul farmaco riportano 7.000 casi mortali annui, più dei morti in USA per incidenti sul lavoro. Una ricerca condotta dalla U.S. Pharmacopeia<sup>27</sup> afferma che, considerando 105.000 errori rilevati in 368 ospedali americani, la distrazione è stata causa di danno nel 47% dei casi nel 2001. Il Commonwealth Fund, in base ad una ricerca pubblicata nell'aprile 2002, ha dichiarato che gli americani danneggiati da errori di terapia sarebbero uno su cinque.

In Italia non esistono dati altrettanto accurati in materia. Le informazioni più complete sono le osservazioni fornite dal servizio PIT Salute<sup>28</sup>, a cura del Tribunale per i Diritti del Malato: le segnalazioni evidenziano errori durante l'attività diagnostica, come l'interpretazione non corretta degli esiti degli esami, ed errori durante l'attività terapeutica, legati all'esecuzione dei trattamenti, al mancato rispetto dei protocolli ed alla scarsa valutazione dello stato del paziente durante il decorso della terapia in atto. Ad oggi, alcune strutture sanitarie hanno avviato indagini a livello locale che dimostrano come il problema degli errori si acuisca durante le operazioni di routine, quando la disattenzione, l'abitudine, la fretta e i carichi di lavoro eccessivi possono minare la sicurezza nei processi di cura. Molti errori sono legati alla mancata comunicazione sia tra i professionisti sanitari sia tra gli operatori ed il paziente. Strettamente legato alla somministrazione errata del farmaco è l'identificazione non corretta del paziente e del medicinale stesso. Un'indagine condotta a campione in varie realtà dal Progetto DRIVE, in collaborazione con il CESREM (Centro Studi San Raffaele Rischi Errori in Medicina), ha confermato che almeno un terzo circa dei rischi di errore riguardano l'errata identificazione del paziente o della terapia.

Una valida soluzione per l'abbattimento dei rischi del paziente in ambito ospedaliero è rappresentata dall'uso del Carrello Intelligente a supporto delle più frequenti attività di cura: dalla prescrizione di esami di laboratorio e terapie farmacologiche, alla preparazione e somministrazione dei medicinali, dal monitoraggio dei parametri vitali all'esecuzione dei prelievi di sangue. Il Carrello Intelligente interagisce con il personale sanitario nelle operazioni abituali, sia al letto del paziente sia nell'area infermieristica, grazie alle etichette informatizzate presenti sui prodotti stessi ed al braccialetto informatizzato del paziente. Il Carrello Intelligente, inoltre, garantisce sicurezza e privacy dei dati del paziente, riconoscendo l'operatore, grazie alla smart card personale e proteggendo i dati mediante firma digitale.

<sup>26</sup> "To err is human. Building a Safer Health System"

<sup>27</sup> Summary of Information Submitted to MedmarxSM in the Year 2001: A Human Factors Approach to Medication Errors

<sup>28</sup> Progetto Integrato per la Tutela della Salute

### Scheda 3 - Il Carrello Intelligente

Il Carrello Intelligente, inventato dal Prof. Pierangelo Bonini e dall'Ing. Alberto Sanna dell'Istituto Scientifico San Raffaele, è la versione tecnologica, ad alto contenuto informatico, del comune carrello utilizzato in corsia per la distribuzione del farmaco, funzionale a tutte le principali attività ospedaliere che avvengono al letto del paziente. E' la componente mobile del Modulo Clinica Sicura di DRIVE, dotato di un computer portatile,

collegato ad un dispositivo per il monitoraggio dei parametri vitali e provvisto di software dedicati al farmaco ed agli esami di laboratorio, di una stampante di etichette, di un lettore ottico per i codici bidimensionali, di un lettore di smart card e di un sistema di dispensazione dei farmaci automatizzato.

Il Carrello Intelligente riconosce:

- l'operatore, attraverso la smart card in dotazione, per garantire gli appropriati livelli di sicurezza in funzione dei diversi ruoli e per tracciare la responsabilità delle attività;
- il paziente, attraverso il Braccialetto Informatizzato (contenente dati identificativi e dati clinici critici) che il paziente riceve al momento dell'accettazione in ospedale;
- il farmaco, attraverso l'etichetta con codice bidimensionale (contenente l'identificativo del farmaco, il numero di lotto, il numero progressivo all'interno del lotto e la data di scadenza), ed ogni sua informazione caratteristica, in relazione all'attività che l'operatore sta eseguendo;
- i parametri vitali del paziente, attraverso uno strumento elettromedicale dedicato all'acquisizione automatica di pressione, temperatura, battito cardiaco, ecc.

Il Carrello Intelligente riceve le prescrizioni di farmaci ed esami di laboratorio effettuate dai medici attraverso il sistema di supporto alla prescrizione del Modulo Clinica Sicura: è dunque in grado di valutare la correttezza delle procedure di preparazione e somministrazione dei farmaci, di preparazione delle provette e di prelievo del sangue, supportando l'attività dell'infermiere con allarmi e controlli che riducono il rischio di errore nell'esecuzione delle procedure.

Il Carrello Intelligente consente infatti una significativa riduzione del rischio di errore al paziente e rappresenta, di conseguenza, un elemento di maggiore garanzia anche per l'operatore sanitario. Le stime preliminari della diminuzione del rischio (fig.2) indicano che questo dispositivo innovativo abbatte gli errori di identificazione del paziente e del farmaco in pratica del 100%, riduce il rischio di interpretazioni non corrette della prescrizione sia del farmaco sia del suo dosaggio. Riduce inoltre notevolmente gli errori durante la fase di preparazione del farmaco: per esempio, la preparazione del farmaco da somministrare per via parenterale<sup>29</sup> è una delle operazioni a più alto rischio ed il Carrello Intelligente abbatte tale livello del 71% mentre, nella fase di somministrazione degli stessi, il rischio è ridotto del 21%.

<sup>29</sup> In via endovenosa, intramuscolare, intradermica o sottocutanea

Come ultimo contributo a supporto delle attività del reparto, il Carrello Intelligente memorizza per ogni paziente le modalità e le informazioni relative a ciascuna somministrazione. Calcola in tempo reale le quantità effettivamente consumate ed informa tempestivamente il sistema di gestione della logistica ospedaliera, per garantire la puntualità degli approvvigionamenti<sup>30</sup>.

"In conclusione" afferma il Prof. Pierangelo Bonini del San Raffaele "il Carrello Intelligente è uno strumento di grande aiuto per il personale in quanto effettua continui e sistematici controlli di sicurezza ed automatizza le operazioni con più alto rischio di errore, contribuendo a ridurre lo stress da attenzione e da stanchezza".

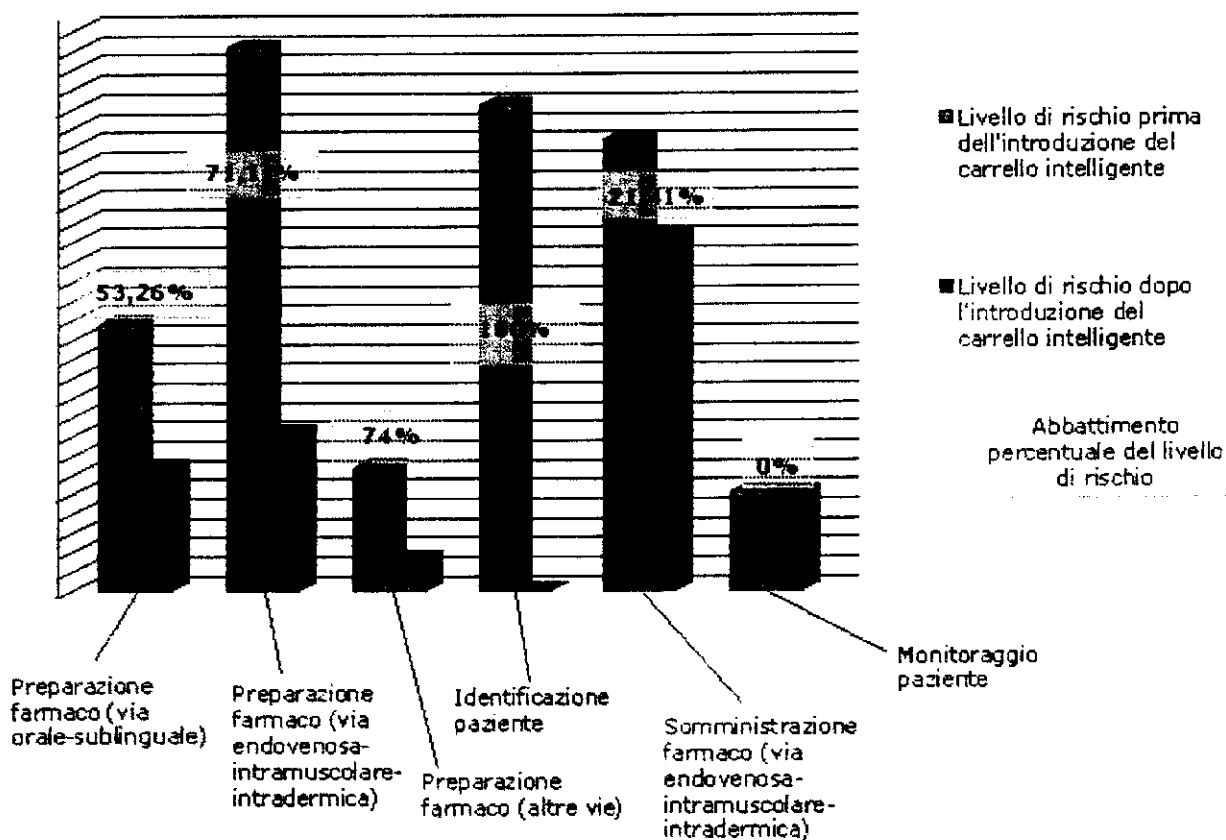


Figura 33: Abbattimento percentuale del rischio di errore dovuto all'introduzione del Carrello Intelligente

#### Scheda 4 – I risultati preliminari della sperimentazione

La sperimentazione del sistema DRIVE ha coinvolto realtà diverse, se pur strettamente connesse tra loro, sia all'interno dell'Ospedale San Raffaele sia in ambito produttivo: tre Unità Operative (reparti), la Farmacia Ospedaliera, l'Economato, il Ricevimento Merci e i reparti di Distribuzione delle due case farmaceutiche AstraZeneca e GlaxoSmithKline.

<sup>30</sup> Per approfondimenti, vedere la Scheda 5

I risultati preliminari del pilota, raccolti durante il periodo di attività, hanno fornito preziose

informazioni relative a:

- **Il gradimento del Braccialetto Informatizzato.** E' dimostrato il gradimento dei pazienti e degli operatori ospedalieri per il Braccialetto Informatizzato, introdotto nelle attività sanitarie per il miglioramento dell'operatività del personale e l'incremento della sicurezza del paziente. La sperimentazione del braccialetto, effettuata presso l'Ospedale San Raffaele, ha coinvolto più di 600 pazienti: i risultati evidenziano che 91,3 % dei pazienti è favorevole all'uso del Braccialetto Informatizzato e questo dato concorda con il gradimento mostrato dagli infermieri. Il Braccialetto Informatizzato non viene considerato dannoso per la dignità della persona per l'80,4% dei pazienti e per il 92,3% degli infermieri, né di ostacolo alle normali attività del paziente e non è lesivo per la privacy individuale, come affermato dal 71,7% dei pazienti e dall'84,6% degli infermieri.
- **La riduzione del rischio di errore.** La riduzione del rischio di errore è resa possibile dall'introduzione e dall'uso del Carrello Intelligente, unitamente al Braccialetto Informatizzato e all'etichetta informatizzata del farmaco. Le valutazioni quantitative sono state effettuate con un'analisi comparativa del livello di rischio registrato nel processo tradizionale e quanto rilevato in seguito all'introduzione del Carrello Intelligente in reparto. I risultati preliminari indicano per esempio: l'abbattimento del 71% per il rischio di commettere errori durante la fase, riconosciuta come altamente critica, di preparazione del farmaco da somministrare per via parenterale (endovenosa, intradermica, intramuscolare o sottocutanea) e la diminuzione del 21% nella fase immediatamente successiva la somministrazione degli stessi; il Carrello Intelligente inoltre garantisce una sicura identificazione, riducendo il rischio di errore praticamente del 100%.
- **Il miglioramento della sicurezza e della protezione dei dati.** Il miglioramento della sicurezza e della protezione dei dati del paziente è sostanziale dal punto di vista qualitativo, ma di difficile quantificazione. La privacy del paziente è garantita dall'identificazione informatica attraverso la lettura ottica di un codice bi-dimensionale, non decifrabile da occhio umano, applicato al braccialetto consegnato ad ogni degente. Le informazioni rilevanti, riguardanti il paziente, sono fornite dal sistema agli operatori solo previo riconoscimento con smart card. Il sistema è in grado di rilasciare informazioni aggiuntive e riservate in base alla natura dei dati ed alla qualifica del richiedente. In ogni caso, il sistema tiene traccia degli eventuali accessi. La smart card (personale) è necessaria affinché gli operatori possano accedere alle funzioni del Carrello Intelligente e quindi eseguire le operazioni cliniche supportate, queste ultime validate e protette attraverso l'uso della firma digitale.
- **Il miglioramento dell'efficienza della filiera logistica del farmaco.** Il progetto DRIVE permette il miglioramento dell'efficienza della filiera logistica del farmaco, partendo dal letto del paziente e superando i confini ospedalieri, per giungere fino ai produttori farmaceutici, attraverso l'utilizzo di internet, con la garanzia di poter operare in un ambiente protetto da intrusioni. Tecniche di simulazione hanno permesso di stimare un risparmio dei costi operativi logistici di oltre il 30%, considerando l'elevato livello informatico e organizzativo di una realtà ospedaliera, quale è il San Raffaele. Grazie all'organizzazione logistica

introdotta da DRIVE è possibile monitorare il fabbisogno del farmaco a partire dal consumo del singolo paziente, garantendo un controllo costante in funzione delle dinamiche degli effettivi consumi, per una previsione della domanda più precisa. In questo modo i magazzini sono ottimizzati ed è possibile evitare gli stock out. E' garantita inoltre la completa tracciabilità del farmaco e, grazie alle etichette informatizzate che riportano tutti i dati necessari in codice bidimensionale, è possibile risalire in tempo reale al codice prodotto, alla data di scadenza, al numero di lotto del prodotto ed al numero di serie interno al lotto.

### **Scheda 5 - Il Sistema integrato di logistica**

Il sistema integrato di logistica DRIVE (Modulo Supply Chain) è costituito da pacchetti software che, connessi fra loro, forniscono un supporto ad elevato valore aggiunto per la

gestione degli approvvigionamenti del farmaco nella catena Aziende Farmaceutiche – Farmacie Ospedaliere – Reparti Ospedalieri.

Tale sistema supporta nuove forme di intermediazione all'interno della Supply Chain del farmaco, concretizzate nel pacchetto software Logistica Collaborativa. Installato presso un fornitore di connettività Internet, costituisce un nuovo attore che opera da provider di servizi informatici per le aziende farmaceutiche e per gli ospedali.

Alcuni elementi caratterizzano l'insieme dei servizi forniti dalla Logistica Collaborativa di DRIVE:

- la *Connettività* orientata alle transazioni commerciali, per il trasferimento sicuro di documenti in formato elettronico come contratti, ordini, avvisi di spedizione, fatture, ecc., il tutto sfruttando le convenienti e versatili tecnologie Web;
- il *Replenishment*, supporto alla Farmacia nella gestione dello stock dei farmaci presenti negli ospedali. Questo servizio fornisce indicazioni sui quantitativi da ordinare contribuendo a migliorare l'operatività delle farmacie ospedaliere e permettendo al personale di concentrarsi maggiormente sui più rilevanti e delicati aspetti clinici;
- l'*Intelligence*, in grado di proporre agli attori coinvolti reportistica ad elevato contenuto informativo che consente di monitorare in tempo reale le prestazioni dell'intero sistema.

Spostando l'attenzione all'interno dell'Ospedale, il pacchetto software Logistica Ospedaliera di DRIVE, integrato con Logistica Collaborativa, garantisce continuità alla catena di gestione del farmaco fino al letto del paziente, grazie al Carrello Intelligente. Il Modulo Clinica Sicura<sup>31</sup>, supporta infatti la gestione individuale delle terapie e fornisce i dati relativi al consumo dei farmaci. Grazie a queste informazioni, il sistema di Logistica Ospedaliera è così in grado di provvedere al reintegro in tempo reale della scorta di prodotto dalla farmacia ospedaliera al reparto, minimizzando gli interventi manuali legati all'approvvigionamento interno all'ospedale. Applicando nella sanità soluzioni di Materialhandling, già consolidate in ambito industriale, il sistema di Logistica Ospedaliera consente di

<sup>31</sup> Per approfondimenti vedere Scheda 3 – Il Carrello Intelligente  
©2006, n-ter – Confidential & Proprietary

tracciare, con l'ausilio di etichette con codici bidimensionali e lettori ottici (o etichette con Tag RF-ID a Radio Frequenza), gli spostamenti delle confezioni di farmaco fino al loro consumo. I pacchetti software logistici DRIVE, se opportunamente configurati, possono portare considerevoli ottimizzazioni, anche in termini di costi, nella catena logistica del farmaco. Per raggiungere questo obiettivo sono stati sviluppati all'interno del progetto DRIVE due moduli aggiuntivi:

- uno di supporto alla configurazione che, avvalendosi di un simulatore delle dinamiche di utilizzo del farmaco, calcola i parametri ottimali per i pacchetti di logistica;
- l'altro un "cruscotto" di controllo delle prestazioni dell'intero processo logistico in grado di segnalare scostamenti dal funzionamento ottimale e di favorire il continuo miglioramento del sistema di approvvigionamento del farmaco.

#### ▪ **Scheda 6 - La logistica collaborativa di DRIVE dal punto di vista delle aziende: l'esperienza di AstraZeneca e GlaxoSmithKline**

Due tra le principali multinazionali farmaceutiche, AstraZeneca e GlaxoSmithKline partecipano al progetto DRIVE attraverso le loro sedi italiane.

Le due società hanno collaborato alla messa a punto di quella parte del progetto definita "logistica collaborativa". Si tratta della parte dedicata ai rapporti con i fornitori, in questo caso di farmaci, i quali attraverso un collegamento telematico comunicano direttamente con la farmacia, evitando che accadano errori.

La comunicazione informatica evita molti passaggi intermedi che possono generare problemi. Per esempio: attraverso la lettura manuale dei dati può sfuggire la scadenza di un lotto di farmaco. E' pur vero che questo dato è poi rilevato attraverso la filiera dei controlli e i farmaci sono in ogni caso bloccati prima dell'utilizzo, si perde però molto tempo e di conseguenza aumentano i costi di queste operazioni.

Con il rapporto diretto tra due postazioni telematiche, una in azienda e l'altra in ospedale, questi rischi d'errore e le conseguenti diseconomie sono praticamente impossibili.

AstraZeneca e GlaxoSmithKline, lavorando con l'Ospedale San Raffaele di Milano, hanno quindi messo a punto un nuovo modello che assicura all'ospedale un servizio particolarmente efficiente che permette di migliorare la tempestività degli approvvigionamenti, così come la gestione ottimale degli stock del farmaco. In sintesi, un sistema personalizzato di forniture che evita agli ospedali sprechi ed immobilizzi di spazi e capitali.

Le due società farmaceutiche hanno già sperimentato con successo questo sistema logistico al loro interno, dove l'informatizzazione delle comunicazioni fa conoscere in tempo reale ai propri centri d'approvvigionamento o di produzione l'andamento delle vendite a livello mondiale e nazionale. Questo è l'elemento chiave che consente alle aziende di produrre e fornire prodotti, laddove sono richiesti, nelle giuste dimensioni e nel minor tempo possibile.

DRIVE apre la strada per mettere a punto, in un prossimo futuro, un nuovo tipo di contratto tra ospedali e aziende farmaceutiche. La capacità del sistema informativo, che prevede con grande precisione le richieste di medicinali, consentirà di organizzare il fabbisogno per un ospedale, il cui stock resta di proprietà dell'Azienda sino al momento dell'effettivo consumo. E' evidente



quanto questo sistema generi vantaggi a tutti gli attori della filiera coinvolti in questo innovativo sistema.

Gli aspetti collaborativi non si fermano solo alla componente logistica, ma si estendono anche agli aspetti clinici.

La comunicazione in tempo reale tra aziende, istituzioni pubbliche e ospedali permette di trasferire in tempo reale ogni variazione che riguarda un farmaco dal punto di vista clinico: dalle modifiche ai foglietti illustrativi a eventuali segnalazioni di sospetti effetti collaterali. Questo processo di razionalizzazione, sviluppato da AstraZeneca e GlaxoSmithKline, è estendibile a tutti i fornitori di un ospedale moltiplicando così l'effetto efficienza e sicurezza per il paziente, che è una delle caratteristiche rilevanti di Drive.



## APPENDICE D: BIBLIOGRAFIA

- (1) Harold Kerzner, "PROJECT MANAGEMENT – Pianificazione, scheduling e controllo dei Progetti", Hoepli Editore – ISBN: 88-203-3426-7
- (2) Paul C. Dinsmore, "Winning in business with ENTERPRISE PROJECT MANAGEMENT", AMACOM (American Management Association) – ISBN: 0-8144-0420-0
- (3) Stefano Baraldi, "IL BALANCED SCORECARD NELLE AZIENDE SANITARIE", McGraw-Hill – ISBN: 88-386-2525-5
- (4) Plebani M., Trenti T., "PRATICARE IL GOVERNO CLINICO: QUALITA', EFFICACIA E PROFESSIONALITA' IN MEDICINA", Centro Scientifico Editore.
- (5) Del Poeta G., Mazzufero F., Canepa M., "IL RISK MANAGEMENT NELLA LOGICA DEL GOVERNO CLINICO", McGraw-Hill – ISBN: 88-386-1672-8
- (6) Galgano A., "TOYOTA - perché l'industria Italiana non progredisce", Guerini & Associati – ISBN: 88-8335-661-6
- (7) Galgano A., Galgano C., " IL SISTEMA TOYOTA PER LA SANITÀ – Più Qualità meno sprechi", Guerini & Associati – ISBN: 88-8335-754-X

