

P.O.R. Campania 2007-2013
Obiettivo Operativo 5.2
Regime di Aiuti per l'Innovazione Organizzativa, di Processo e di Prodotto
mediante l'I.C.T.

ALLEGATO N. 5

SCHEDA TECNICA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

A) – DATI SULL'IMPRESA RICHIEDENTE

A1) – Denominazione **HOME MEDICINE ITALIA SPA**

A2) – Forma giuridica **SOCIETA' PER AZIONI**

A3) – Codice Fiscale **09342261006** **Partita IVA** **09342261006**

A4) – Sede legale **ROMA** **RM** **00142**
Comune Provincia CAP

VIA CROCE BENEDETTO, 27

Via e n. civico

A5) – Telefono **0899954871** **Fax** **0899953064** **E-mail** **info@homemedicineitalia.it**

A6) – Legale Rappresentante **PISANO** **FRANCESCA** **LEGALE RAPPRESENTANTE**
Cognome Nome Qualifica

A7) – Atto costitutivo ⁽¹⁾ **26/01/2007** **31/12/2050**
Estremi Scadenza

A8) – Capitale sociale ⁽¹⁾ **€ 200.000,00** di cui versato **€ 50.000,00**

A9) – Iscrizione al Registro delle Imprese **ROMA** **09342261006** **14/02/2007**
Di Al n° Dal

A10) – Iscrizione all'INPS **Roma** **02/10/08** **Commercio, servizi, professioni ed enti**
Ufficio di Dal Settore

A11) – Categoria di impresa ⁽²⁾ **2008** **0,25** **€ 49.780,00** **235.058,00**
Periodo di riferimento Effettivi ULA Fatturato Totale di bilancio

A12) – Incaricato dell'impresa per la pratica **Vincenzo Schettini** **0899954871** **0899953064**
Sig. Tel. Fax

A13) – Indirizzo cui inviare la corrispondenza **Salerno** **SA** **84131**
Comune Provincia CAP

Via delle Risaie, snc

Via e n. civico

⁽¹⁾ Solo per le società ed i consorzi;

⁽²⁾ Tutti i dati devono riguardare l'ultimo esercizio contabile chiuso e sono calcolati su base annua. Per le imprese di costituzione recente i cui conti non sono stati ancora chiusi, i dati sono stimati in buona fede ad esercizio in corso.

P.O.R. Campania 2007-2013
Obiettivo Operativo 5.2
Regime di Aiuti per l'Innovazione Organizzativa, di Processo e di Prodotto
mediante l'I.C.T.

B) – DATI SUL PROGRAMMA DI INVESTIMENTI

B1) – Ubicazione dell'unità locale oggetto dell'investimento:

__HOME MEDICINE ITALIA SPA__

Comune **Salerno** Provincia **SA** CAP **84131**
Via e n° civico **Via delle Risaie, snc** Telefono **0899954871** Fax **0899953064**

B2) – Tipologia del programma di investimenti **Software, hardware, consulenze**

B3) – Date effettive o previste relative al programma:

B3.1) – Data (gg/mm/aaaa) di avvio a realizzazione del programma **01/11/2009**

B3.2) – Data (gg/mm/aaaa) di ultimazione del programma **31/10/2009**

B4) – Spese del programma (al netto dell'IVA) a fronte delle quali si richiedono le agevolazioni		
Voci di spesa	Spese dirette	Importo in migliaia di Euro
A	Progettazione, direzione lavori, piano marketing,accessorie	46
B	Impianti	0
C	Macchinari, attrezzature e strumenti	9
D	Immobilizzazioni immateriali	308
TOTALE		353

C) – ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL VALORE TECNICO DEL PROGETTO

C1) – Caratteristiche innovative e qualitative del progetto, sia ai fini dell'incremento di efficienza della macchina gestionale, sia in funzione del completamento/ potenziamento di infrastrutture ICT già esistenti :

La Mission di Home Medicine Italia SpA è diventare il punto di riferimento qualitativo per le cure domiciliari su tutto il territorio nazionale sviluppando un modello di business basato su etica, conoscenza e innovazione continua in grado di rendere realmente accessibili le cure domiciliari per un numero sempre crescente di persone, in un quadro di sostenibilità nell'impiego delle risorse.

Il progetto prevede l'introduzione di una soluzione Hardware e Software integrata che armonizza un contact center per la gestione delle relazioni con i pazienti ed il personale sanitario basandosi su piattaforme software di CRM specializzati quali PAI e P9 interfacciandosi con un sistema ERP ed un portale WEB specialistico.

Questo **Sistema Integrato per le Cure Domiciliari – SICuD**, ha per obiettivo la digitalizzazione di tutti i processi primari legati al servizio delle Cure Domiciliari ai privati, dall'inoltro dell'istanza, alla rilevazione del bisogno, all'erogazione della prestazione, al

monitoraggio della condizione dell'assistito, al management di tutti i processi aziendali. SICuD rappresenterà il "cuore pulsante" dell'attività di Home Medicine Italia SpA, ponendo la società su di un piano di elevata competitività e qualità dell'offerta legata, non solo alle competenze in ambito di erogazioni di prestazioni socio sanitarie, ma anche alla necessità di garantire una facilità di inoltro della richiesta, tempi di risposta ed organizzazione dell'intervento rapidi, trasparenza e conoscenza dello status degli interventi, monitoraggio risultati e reportistica in tempo reale. L'introduzione di un sistema ERP potenzierà la gestione di tutti i processi di supporto ed interagirà con i sistemi della gestione dei processi primari attraverso interfacciamenti predisposti allo scopo, confluenndo, insieme ad essi, nella gestione di un portale WEB specialistico dedicato.

A rafforzare tali concetti l'introduzione di un sistema di gestione per la qualità e di un sistema di gestione per l'ambiente. Esse saranno sviluppate su "best practices" quali ISO 9000 e ISO 14000 a supporto di efficacia ed efficienza di tutti i processi aziendali.

a)azioni specifiche da svolgere, con particolare riguardo alle modalità organizzative e gestionali :

Sistema Integrato Cure a Domicilio- SICuD

Contact Center

- Configurazione della centrale operativa -contact center- su requisiti verticali di progetto
- Integrazione con la soluzione crm PAI-P9 per la registrazione delle richieste, accessi, reclami, altro sotto cliente
- Organizzazione server pharm con attivazione linee dirette e di back up , firewall, router,
- Attivazione del contact center e formazione degli operatori telefonici
- Collaudo e controllo delle apparecchiature e dei processi .
- Help desk tecnico e formazione continua.

Sistema ERP

- Analisi requisiti funzionali
- Implementazione funzioni
- Realizzazione interfacce SICuD e Portale WEB
- Messa in esercizio provvisorio
- Test e collaudo
- Messa in esercizio definitivo

Portale WEB

- Analisi requisiti funzionali
- Implementazione funzioni
- Realizzazione interfacce SICuD ed ERP
- Messa in esercizio provvisorio
- Test e collaudo
- Messa in esercizio definitivo

Sistemi per la gestione della Qualità e dell'Ambiente

Regime di Aiuti per l'Innovazione Organizzativa, di Processo e di Prodotto mediante l'I.C.T.

- Analisi dei processi
- Implementazione procedure documentali
- Introduzione sistema
- Audit per rilevazione anomalie
- Riesame direzione, messa in opera azioni correttive
- Azioni di monitoraggio e miglioramento continuo

b) gli interventi da realizzare potenzieranno le attività della filiera produttiva (impianti di trasformazione, punti vendita aziendali, introduzione e/o sviluppo dell' e-commerce)

Home Medicine Italia SpA, come azienda in primis, colma alcune lacune del SSN e si propone come alternativa ed integrazione ad esso. Un'attenta ricerca di mercato con relativo studio di fattibilità preventiva, hanno evidenziato delle nuove opportunità di business nell'ambito Cure a Domicilio. La collaborazione con altra azienda sanitaria già presente a livello nazionale ha offerto il giusto viatico commerciale per offrire ad Home delle ottime opportunità di successo. Per questo Home, come azienda in primis, con il progetto SICuD a potenziamento, tende a **coprire l'intera filiera produttiva del processo "Cure a Domicilio"**, partendo dal primo contatto in farmacia, passando per la gestione dell'acquisizione dei dati del paziente, dallo studio alla pianificazione delle cure da erogare, alla calendarizzazione delle stesse, alla gestione ed incarico del personale sanitario coinvolto, alla gestione dei farmaci e quant'altro. Potremmo definire Home Medicine Italia SpA, "la filiera", in quanto è motore unico fra clienti (pazienti) e fornitori (farmacie, personale sanitario, SSN e altri stakeholders).

Effetto di tutto ciò, il miglioramento della produttività e la qualità delle prestazioni domiciliari, avendo il paziente un unico interlocutore che agisce direttamente e/o che si fa da tramite responsabile, essendo interlocutore tecnico privilegiato dell'intero universo sanitario, anche attraverso l'adozione di tecnologie sempre più evolute.

c) il progetto è a completamento/potenziamento di infrastrutture di Information & Communication Technology già esistenti:

Il progetto non può che potenziare e completare le infrastrutture ICT di HoMe, trattandosi di azienda giovane costituita nel 2007.

All'interno dell'azienda oggi è presente solo una piccola LAN ed un software gestionale per la fatturazione.

L'intervento di completamento/potenziamento, sinteticamente, prevede:

- la dotazione di una nuova server pharm interna con server di dominio ed apparati attivi (router, switch, ecc.), firewalling, centrale telefonica per il contact center
- due nuovi abbonamenti adsl , una linea primaria, e l'altra di back up , permette la creazione di una server pharm per la gestione dei servizi tutti
- dotazione di un CRM specialistico (P9)
- dotazione sistema ERP
- dotazione di un portale WEB specialistico

d) il progetto prevede il miglioramento dell'organizzazione aziendale (riduzione della sottoccupazione aziendale, riconversione e/o incremento occupazionale, ecc.) e della sicurezza sui luoghi di lavoro :

Home Medicine Italia SpA, nata nel 2007, investe da due anni nel progetto e solo adesso parte con delle iniziative locali che saranno banco di prova per le attività di livello nazionale.

Per questo sono previste delle assunzioni relative a personale amministrativo e tecnico che incrementeranno la singola unità assunta ad oggi fino ad arrivare a 6-7 unità per le attività iniziali, che, a regime, potranno superare anche la ventina di unità.

(ampliare lo spazio quanto necessario)

C2) – Incidenza sulla qualificazione del prodotto/servizio con un relativo aumento della competitività sul mercato

Come già delucidato nei punti precedenti, gli obiettivi del progetto sono totalmente rivolti alla qualità del servizio erogato e al raggiungimento di obiettivi di efficacia ed efficienza notevoli. Ciò consentirà all'azienda, data la novità assoluta che l'iniziativa rappresenta sul mercato e per l'assenza iniziale di competitors diretti, di applicare delle tariffe vantaggiose per i clienti e redditizie per l'azienda, che consentiranno comunque dei margini di miglioramento all'insorgere, inevitabile, di una concorrenza diretta.

a) il progetto prevede la realizzazione di nuovi prodotti e/o la diversificazione di alcuni altri e/o la certificazione di qualità delle produzioni/servizi aziendali :

Come accennato nel punto precedente, l'azienda Home Medicine Italia SpA rappresenta di per sé, per il mercato di riferimento, una novità assoluta. Lancia sul mercato, a seguito di studi di fattibilità e ricerche di mercato molto serie, coadiuvata da una società del settore sanitario già presente in Italia con una rete di vendita capillare, presente in tutte le regioni, dei servizi unici nelle modalità di erogazione e gestione, molto competitivi sul piano economico, che rispondono, in modo attento e continuativo, a delle esigenze sempre più sentite di una clientela privata alla ricerca della qualità del servizio più che della economicità.

Tutto ciò sarà sancito e certificato da sistemi di gestione per la Qualità e per l'Ambiente.

b) Incremento percentuale del Valore Aggiunto aziendale atteso con gli interventi cofinanziati a regime :

L'incremento percentuale del Valore Aggiunto non può che essere alto vista la situazione di partenza recente. Comunque nelle previsioni fatte nel business plan, alle quali si rimanda per il dettaglio, abbiamo un VA al 31/12/2008 di € 11.993 mentre al 31/12/2011 (anno a regime successivo alla chiusura dell'investimento) sarà di € 256.674, con un incremento percentuale del 2040%, cioè 20 volte superiore all'attuale.

c) Sostenibilità economica, deducibile dal rapporto fra costo totale del progetto e fatturato annuo aziendale :

Nel ricordare che Home è di fatto una start up, il rapporto fra costo totale del progetto e fatturato annuo, alla data del 31/12/2008, è pari a 7, mentre lo stesso parametro calcolato con la previsione di budget al 31/12/2011 si capovolge, con un valore pari a 0,70.

d) Sostenibilità ambientale, in presenza di interventi e/o macchinari che consentono di ridurre le emissioni in atmosfera ovvero di migliorare la gestione dei rifiuti aziendali :

Grazie ad un'attenta gestione del quadro clinico del cliente e ad un'attenta pianificazione degli interventi a domicilio del personale sanitario, sarà possibile effettuare delle economie

Regime di Aiuti per l'Innovazione Organizzativa, di Processo e di Prodotto mediante l'I.C.T.

ambientali che costituiranno, nel loro piccolo, un discreto contributo alla diminuzione dell'impatto ambientale derivante da un notevole numero di mezzi in meno in circolazione sulle pubbliche strade. La corposità di tale economia ambientale sarà tanto maggiore quanto più alto sarà il livello di attività dell'azienda, fino a raggiungere obiettivi di significatività degni di apprezzamento. Inoltre la decisione di procedere alla certificazione ISO 14001 del proprio sistema di gestione ambientale, consentirà di introdurre obiettivi di miglioramento dei propri impatti ambientali diretti, ricorrendo in primo luogo alla digitalizzazione e dematerializzazione dei propri documenti, con un risparmio in termini di consumo di carta ed inchiostro, gli unici consumi che realmente hanno una significatività dal punto di vista ambientale per un'impresa di servizi come Home.

(ampliare lo spazio quanto necessario)

C3) – Rilevanza della componente giovanile e femminile

a) Età del richiedente (impresa individuale) - Età media dei soci (per Società di persone) - Età dell'Amministratore unico ovvero media dei componenti il consiglio di amministrazione (per Società di capitali):

L'età media del CDA è di 38 anni.

b) Sesso del richiedente (impresa individuale), Sesso prevalente dei soci (per Società di persone), dell'Amministratore Unico ovvero prevalente fra i componenti del consiglio di amministrazione (per Società di capitali)

L'unico componente femminile del CDA è il Presidente/Amministratore Delegato

(ampliare lo spazio quanto necessario)

D) - Allegato Tecnico		
Spese agevolabili	Descrizione	(In k/euro)
A) PROGETTAZIONE		
Progettazione		0,00
Direzione dei lavori		0,00
Piano di marketing e accessorie	Consulenze Qualità, Ambiente e Comunicazione	46,00
TOTALE A) PROGETTAZIONE		46,00
TOTALE SPESE DI PROGETTAZIONE AMMISSIBILI		46,00
B) IMPIANTI		
Elettrico		0,00
Telematico		0,00
TOTALE B) IMPIANTI		0,00
C) MACCHINARI, ATTREZZATURE E STRUMENTI		
C.1) Macchinari		
Macchinario 1		
Macchinario 2		
Macchinario 3		
TOTALE MACCHINARI		0,00

**P.O.R. Campania 2007-2013
Obiettivo Operativo 5.2
Regime di Aiuti per l'Innovazione Organizzativa, di Processo e di Prodotto
mediante l'I.C.T.**

C.2) Attrezzature		
Attrezzatura 1		0,00
Attrezzatura 2		0,00
Attrezzatura 3		0,00
TOTALE ATTREZZATURE		0,00
C.3) Strumenti		
Strumento 1	1 Server rack	4,50
Strumento 2	4 pc desktop	2,50
Strumento 3	1 pc acer	0,35
Strumento 4	1 multifunzione laser colori	1,00
Strumento 5	3 ups professionali	0,60
Strumento 6	2 switch	0,5
TOTALE STRUMENTI		9,40
TOTALE C) MACCHINARI, ATTREZZATURE E STRUMENTI		9,40
D) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI		
Programmi informatici	Licenze, implementazioni ed integrazioni	298,00
Acquisizione tecnologia		0,00
		0,00
TOTALE D) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI		298,00
TOTALE INVESTIMENTO		353,40

La sottoscritta **PISANO FRANCESCA** nata a **CAVA DE' TIRRENI** il **17/05/1971** residente in **MONTECORVINO PUGLIANO (SA)** via **ORGOLA n° 5** Comune **MONTECORVINO PUGLIANO** CAP **84090** Provincia **(SA)** in qualità di legale rappresentante dell'impresa denominata: **HOME MEDICINE ITALIA SPA** forma giuridica **SPA** con sede legale in via **CROCE BENEDETTO n° 27** Comune **ROMA** CAP **00142** Provincia **RM** Iscritta al registro delle imprese di **ROMA** con il n° **09342261006** C.F. **09342261006** P.IVA **09342261006**

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76

che tutte le notizie fornite nella presente Scheda tecnica, composta di n. 7 fogli, e nell'altra documentazione a corredo del modulo di domanda corrispondono a verità.

Salerno, 07 ottobre 2009

IL LEGALE RAPPRESENTANTE⁽³⁾

(3) Allegare copia di un documento di identità in corso di validità e sottoscritto, avendo cura che tale copia sia leggibile. In caso di cittadini extracomunitari occorre invece l'autenticazione da parte di un pubblico ufficiale (circoscrizione, notaio o ambasciata).

Relazione Tecnico-Economica Home Medicine Italia SpA

Salerno, 07 ottobre 2009

Autore: Antonio Magliulo – amministratore unico AM SOFTWARE sas

Indice

Premessa: Innovazione come strategia.....	2
Premessa: le professionalità - i ruoli tecnici e gestionali.....	4
Premessa: Ingegneria dei processi ed Enterprise Process Management.....	5
Home: Definizione del business.....	6
Home: Mission e Vision.....	12
Home: Fattori critici di successo e obiettivi strategici.....	14
Il progetto SICuD: Descrizione Generale.....	16
Il progetto SICuD: Centrale Operativa – Contact Center.....	16
Il progetto SICuD: Sistema CRM P9.....	23
Il progetto SICuD: Sistema ERP.....	36
Il progetto SICuD: Portale WEB.....	39
Il progetto SICuD: Sistemi UNI EN ISO 9001 e UNI EN ISO 14001.....	40
Il progetto SICuD: Marketing e Comunicazione.....	40
Il progetto SICuD: Parte Economico-Finanziaria.....	43
Conclusioni.....	44



Introduzione

Premessa: Innovazione come strategia

Le Aziende tutte operano in un ambiente turbolento, spesso caratterizzato da elevata incertezza. Per interpretare i segnali provenienti dal mercato e dal mondo della tecnologia e per delineare un proprio percorso di sviluppo devono adottare un comportamento strategico, pena la condanna ad una mera sopravvivenza e alla perdita delle loro capacità innovative e quindi competitive (costi).

La loro vita è segnata da trasformazioni che possono dare luogo a risultati diversi, quali il *mantenimento di un livello di efficienza* soddisfacente, la *sopravvivenza*, la *marginalizzazione* e/o la *morte* e, infine, ad una vera e propria *crescita*.

In tutti i casi fronteggiano problemi di cambiamento, sia dell'ambiente esterno (competitori, mercato, tecnologia), sia dell'ambiente interno all'impresa (professionalità, organizzazione, gestione).

In una situazione di elevata complessità ambientale e di elevata incertezza in generale, la strategia implicita o esplicita diventa un punto d'avvio di quel rapporto circolare e dialettico tra elaborazione strategica da un lato e modifiche organizzative dall'altro, che contraddistingue ogni impresa nel suo sviluppo [Chandler].

Possiamo distinguere, tomando utile al nostro scopo, due tipi di strategie: le **strategie di crescita** e le **strategie di sopravvivenza**.

Le strategie di sopravvivenza sono quelle che hanno come obiettivo il mantenimento o il ridimensionamento delle attuali dimensioni; quelle di crescita che mirano appunto ad obiettivi di crescita dell'impresa.

Una strategia di crescita diviene praticabile nella maggior parte dei casi se l'impresa riesce ad utilizzare opportunamente il potenziale tecnologico esistente per modernizzare ed approfondire le linee di prodotto/servizi esistenti, o riesce ad acquisire nuove competenze tecnologiche per sviluppare nuove linee di prodotto [Raffa e Zollo].

.....

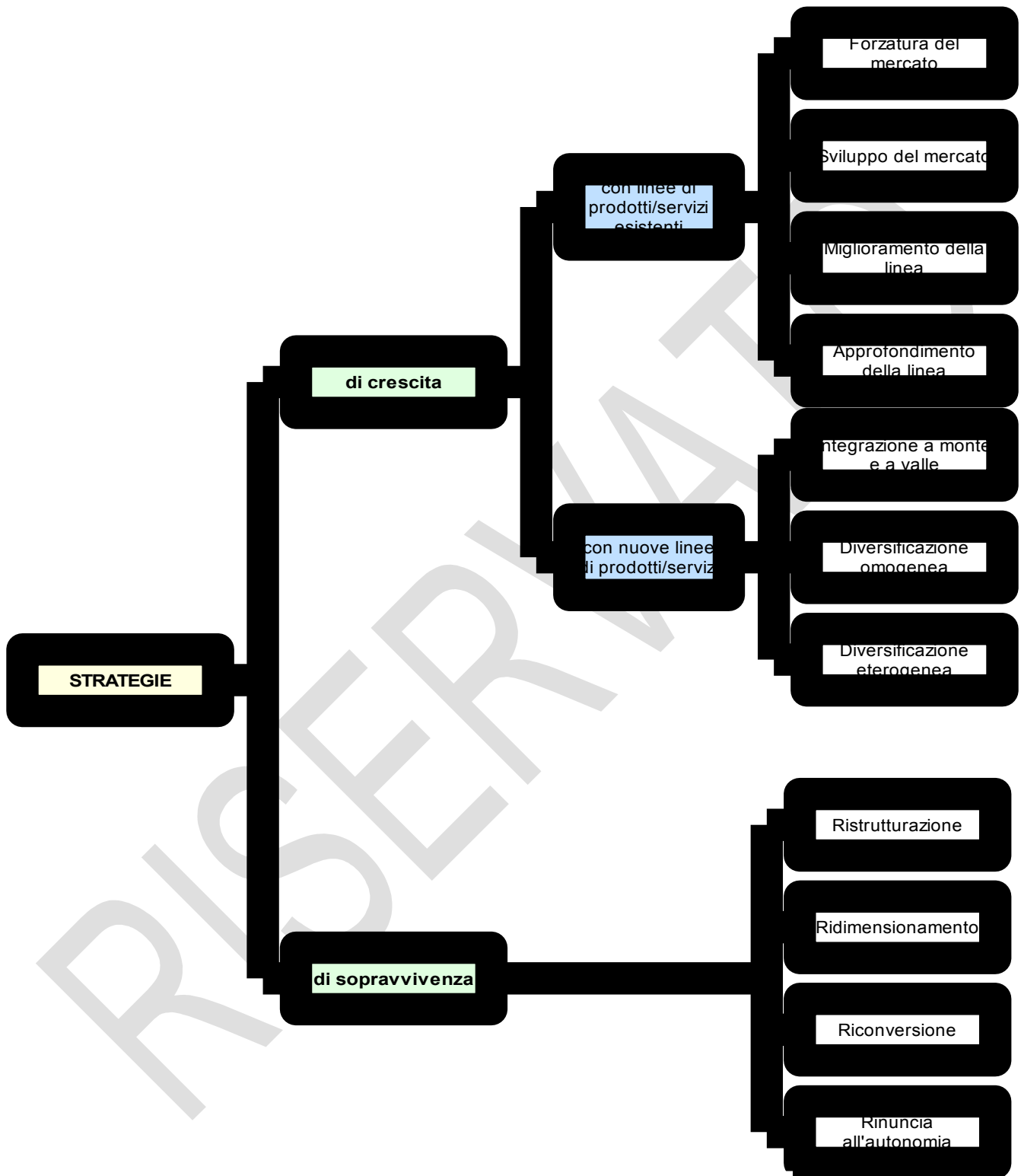


Figura 1: Classificazione delle strategie di crescita e di sopravvivenza



Innovazione come processo

Premessa: le professionalità - i ruoli tecnici e gestionali

Il processo di innovazione tecnologica è intrinsecamente complesso ed incerto. L'innovazione è funzione della capacità di acquisire la tecnologia circolante nell'ambiente. Il processo di trasferimento della tecnologia dall'ambiente all'impresa deriva essenzialmente dalle modalità di acquisire la tecnologia circolante nell'ambiente. Il processo di trasferimento della tecnologia dall'ambiente all'impresa deriva essenzialmente dalle modalità e dall'intensità con cui l'impresa organizza i propri rapporti con le risorse professionali. Queste diventano i canali privilegiati di trasferimento di competenze tecnologiche dall'ambiente all'impresa, funzionando da veri e propri *portieri* tecnologici.

L'interazione che si stabilisce tra organizzazione e professionalità è una interazione complessa, nel senso che l'impresa vede la coesistenza di "soggetti" e "sistemi" irriducibili gli uni agli altri [Rispoli]. L'interazione tra i diversi soggetti, e tra diversi fini e diverse strategie che questi esprimono, è alla base della formazione delle regole che l'impresa utilizza per perseguire in modo efficiente i propri obiettivi. I soggetti esprimono così la parte dinamica dell'impresa, cioè la strategia, mentre le regole esprimono la parte statica, cioè la struttura [Chandler]. Le regole, lette come routine aziendali [Nelson e Winter] non sono altro che procedure funzionanti come memoria organizzativa, vale a dire il *locus* dove viene depositata e tramandata l'abilità dell'impresa nel suo complesso. Le routine aziendali sono il risultato di una convergenza temporanea (tregua) tra i diversi soggetti e i fini che questi perseguono.

In questo rapporto strategie/struttura, soggetti/organizzazione, le professionalità giocano un doppio ruolo. Infatti le professionalità, all'interno delle regole organizzative, svolgono il ruolo di "operatori" che eseguono in modo efficiente le procedure implementate nell'impresa. È questo il concetto di *skills as program*. D'altra parte le professionalità, all'interno delle strategie, agiscono come portatrici di un insieme di esperienze che possono dar luogo a strategie emergenti, che correggono ed indirizzano le strategie deliberate dall'impresa, adeguando queste ultime ai cambiamenti del mondo esterno [Mintzberg].

I progetti innovatori di successo sono quelli che hanno stabilito un'efficiente rete di comunicazione interna ed esterna, che permette all'impresa un efficace e rapido processo di apprendimento delle idee e delle soluzioni tecniche circolanti all'esterno nella comunità scientifica e tecnica.

Un ruolo decisivo è svolto dalla direzione che, pur riassumendo in sé molteplici cognizioni, tecniche e gestionali, e proprio in base a queste competenze, vede lo sviluppo come un progressivo decentramento delle funzioni svolte da altri individui (interni ed esterni all'impresa), e sempre più come coordinamento dei vari ruoli e funzioni nell'ambito di una struttura organizzativa per progetti.



EPM

Premessa: Ingegneria dei processi ed Enterprise Process Management

Il progettista di sistemi informativi ha sempre guardato l'impresa da un punto di vista processivo, focalizzando cioè la sua analisi più sui flussi delle attività gestionali che non sulle strutture organizzative e sulle singole mansioni. Del resto i titoli stessi di molti classici sistemi informativi, come *Manufacturing Resource Planning* o *Airline Reservation Systems*, sottolineano questa focalizzazione sui processi gestionali.

Tuttavia, l'avvento dell'EPM (*Enterprise Process Management*) ha modificato sia la cultura sia l'approccio concreto alla realizzazione dei sistemi. In primo luogo, ha modificato l'atteggiamento verso il cambiamento e l'innovazione organizzativa. Tradizionalmente il progettista si limitava ad automatizzare i processi esistenti, cercando di minimizzare i cambiamenti alle procedure aziendali, partendo dall'ipotesi implicita che il cambiamento è male e può fare fallire un progetto di sistema. Con l'EPM questa idea è stata ribaltata nell'idea che il cambiamento (buono) è bene e i sistemi devono servire a cambiare (in meglio). I sistemi, specie nelle applicazioni innovative come gli ERP (*Enterprise Resource Planning*), sono utilizzati largamente in progetti di innovazione organizzativa: come si cambia l'hardware si cambia anche il modo di lavorare.

Per queste ragioni riteniamo che un approccio sistematico attraverso l'ingegneria dei processi sia oggi un prerequisito essenziale all'ingegneria dell'informazione e più in generale alla gestione dell'informazione aziendale.

La nostra idea progettuale si focalizza sul concetto di EPM, in generale, di BPR (*Business Process Reengineering*) in particolare, può essere definito come un *procedimento di innovazione organizzativa, centrato sui business process*.

Reingegnerizzare con successo è cosa non facile, perché la riprogettazione e la realizzazione di un processo aziendale interfunzionale comportano una complessa combinazione di cambiamento organizzativo e di introduzione di infrastrutture innovative di informatica e telecomunicazioni.



Home Medicine Italia Spa

Home: Definizione del business

Nel nostro Paese lo 'schema' dell'**assistenza domiciliare** nell'ambito problematico del governo dei sistemi sanitari, purtroppo, sta progressivamente rischiando di assumere i medesimi connotati incerti, generali e contraddittori di altri 'schemi' in ambiti problematici altrettanto complessi:

1. la 'raccolta differenziata' nel governo del ciclo dei rifiuti;
2. le 'energie rinnovabili' nel governo dei sistemi energetici;
3. le 'riforme strutturali' nell'ambito del dibattito sulla competitività delle imprese e della Pubblica Amministrazione.

E così, come per gli schemi citati – e per altri che potremmo citare – anche l'assistenza domiciliare:

- a) pur essendo la strada sulla quale, da parecchi anni, molti Paesi hanno scelto di investire per migliorare efficacia ed efficienza dei loro sistemi sanitari¹;
- b) pur essendo al centro del dibattito degli addetti ai lavori da almeno 15 anni come un modello alternativo a quello 'ospedale centrico' in quanto in grado di fornire prestazioni di maggiore qualità e, al tempo stesso, di maggiore efficienza per il SSN²;
- c) pur essendo stata progressivamente riconosciuta dai decisori dell'ambito sanitario del nostro Paese, a tutti i livelli istituzionali, come una delle modalità assistenziali su cui investire maggiormente³;
- d) pur essendo uno dei "MATTONI", il numero 13 – *Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari*, previsti espressamente dal Progetto Mattoni del SSN⁴;

¹ Ad esempio, in Canada, a seguito della riforma del servizio sanitario avviata alla fine degli anni '80 e del conseguente contenimento dei costi, mentre la spesa sanitaria è stata ridotta, la spesa per assistenza domiciliare è aumentata mediamente dell'11% all'anno dal 1990 al 1998, anno in cui era già pari al 4% della spesa sanitaria complessiva. Oggi, in Canada si registra un peso della spesa per assistenza domiciliare pari a circa il 12% della spesa sanitaria complessiva.

² Non sono moltissime le fonti dalle quali attingere dati sull'argomento. Tuttavia, tutte quelle disponibili fanno registrare un contenimento dei costi da attribuire alla riduzione dei ricoveri ospedalieri e delle giornate di degenza (che ha raggiunto livelli del 50% sul gruppo assistito a domicilio) o in strutture di lungodegenza/RSA. Si è inoltre registrato stabilmente il miglioramento o la stabilizzazione delle condizioni di salute dei pazienti trattati. Dal punto di vista quantitativo le sperimentazioni condotte sulla popolazione anziana – soprattutto in Veneto, Trentino, Lombardia e nelle Marche – a partire dal 1995 hanno dimostrato una riduzione della spesa complessiva con risparmi compresi tra il 25% e il 50% che si fanno più elevati per i pazienti in condizioni stabili. Si è, infine, verificato che il costo medio di un anno di ricovero per un paziente in lungodegenza equivale al trattamento di circa dieci pazienti in assistenza domiciliare per lo stesso periodo. Cfr. MARCECA M., "Assistenza Domiciliare", in *Care*, n. 3, 2003.

³ La prima formalizzazione della necessità di sviluppare lo schema dell'assistenza domiciliare è addirittura del 1991 nell'ambito del "Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani – 1991-1995". Lo stesso documento poneva come obiettivo "attivare o potenziare i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI) in modo da assistere al termine del quinquennio almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità". Estendendo inoltre la possibile applicazione dell'ADI oltre l'ambito geriatrico, il Progetto Obiettivo definiva il Servizio di assistenza domiciliare integrata come "un servizio incaricato di soddisfare le esigenze di soggetti di qualsiasi età aventi necessità di assistenza continuativa, che può variare da interventi di tipo esclusivamente sociale ad interventi misti sociosanitari".

Successivamente, come si avrà modo di ricostruire nell'ambito del presente documento, l'assistenza domiciliare è entrata in tutti i piani sanitari nazionali, nei LEA, nei piani sanitari regionali, negli atti aziendali delle ASL, senza soluzione di continuità per quel che concerne le dichiarazioni di intenti e, purtroppo, senza continuità e con grandissima varietà sul territorio nazionale, per quel che concerne la reale implementazione.

⁴ Gli obiettivi del Mattone "Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari" sono la costruzione di un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale e la definizione dei suoi contenuti informativi, per la rilevazione dell'assistenza primaria e delle prestazioni domiciliari.

▪
▪
▪
▪
▪
▪
▪
▪
▪
▪

- e) pur essendo già presente nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) definiti dal DPCM del 29 novembre 2001 e avendo avuto maggiore spazio e riconoscimento nei nuovi LEA fissati con DPCM del 23 aprile 2008⁵;

non trova ad oggi nel nostro Paese un riscontro concreto, che sia strutturale segno di una strategia di rinnovamento delle tecnologie di offerta del nostro SSN. E questo nonostante i numerosissimi ed inequivocabili segnali di cedimento – qualitativo ed economico-finanziario – dell’attuale opzione di offerta centrata sull’ospedalizzazione del malato.

La domanda da porsi a questo punto è: **perché?**

Perché una opportunità di miglioramento del SSN così apparentemente evidente non è stata ancora sfruttata a pieno? Quali sono gli ostacoli che ne rallentano la rapida diffusione nelle buone pratiche del management sanitario nel nostro Paese?

Proviamo a fornire **alcune risposte**.

Il primo elemento da considerare sono le **resistenze al cambiamento** dell’attuale assetto dell’erogazione delle prestazioni sanitarie.

Partiamo dalle **resistenze di carattere organizzativo** che rimandano alla modificazione dell’assetto di potere che la rivoluzione delle cure domiciliari inevitabilmente porta con sé. L’assetto ospedale-centrico, infatti, ha realizzato negli anni un territorio di relazioni di potere di tipo 1-Molti. Questa concentrazione dell’offerta in un ‘luogo’ sociale ben definito (l’ospedale), con valori, modelli culturali, di carriera, di premio e di sanzione, di comportamento quotidiano trasferiti per effetto di una reiterazione sociale ‘a circuito chiuso’ ha creato due classi di individui: coloro che sono ‘nel’ mondo della sanità e coloro che sono ‘fuori’. Le cure domiciliari non sono compatibili con questo schema perché il modello logico che alimenta un sistema di cure domiciliari che funziona è un modello di network, che ridistribuisce il potere sul territorio, tra una serie di agenti e di agenzie (MMG, associazioni di volontariato, associazioni di tutela e controllo, distretti, ambulatori, famiglie, imprese private) che si aggiungono all’ospedale. Questo cambiamento è paradigmatico, spacca l’attuale campo organizzativo, lo apre, lo rende trasparente e ne ridefinisce i ruoli all’interno del complessivo processo di cura degli individui. Quanto detto, tra l’altro, consente anche di comprendere perché i progetti di assistenza domiciliare che vengono avviati senza cambiare lo schema ospedale-centrico non apportano risultati sostanziali e, inevitabilmente, finiscono per sgonfiarsi tra la demotivazione degli operatori coinvolti e l’insoddisfazione dei pazienti.

Passiamo poi ad un secondo tipo di **resistenza al cambiamento, di carattere economico-industriale**. L’ospedale, letto con le lenti dell’economia d’impresa, è un impianto basato sui volumi di attività realizzata, sulla standardizzazione di prodotti e processi e sui costi fissi legati all’impianto. Questo ne fa un luogo in cui è economicamente possibile produrre una grande quantità di prestazioni a costi unitari sempre più bassi a patto che si tratti di prestazioni standardizzate. La varietà del bisogno assistenziale, la personalizzazione del prodotto e del processo di erogazione, sono come bastoni tra le ruote del ‘meccanismo’ ospedale.

⁵ Per quanto riguarda l’assistenza domiciliare e territoriale le principali novità introdotte dai nuovi LEA riguardano:

- l’articolazione delle **cure domiciliari in quattro livelli** caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità dell’intervento assistenziale;
- i **malati in fase terminale**, per essi infatti è prevista un’area specifica di cure domiciliari, di elevata intensità assistenziale, che tutela e sostiene non soltanto il paziente ma anche la famiglia;
- i **servizi territoriali di assistenza sociosanitaria** (consultori familiari, centri di sostegno alla maternità, dei servizi neuropsichiatrici per minori, servizi di riabilitazione per disabili gravi, servizi per le persone con dipendenze patologiche), per loro infatti è presente la declinazione puntuale delle prestazioni erogate; la nuova definizione di servizi per le persone con dipendenze patologiche consente di includere i centri per il trattamento delle dipendenze da alcool, da fumo, ecc. già attivati in numerose Regioni.



Questo significa che non è possibile sostenere la tesi secondo la quale sviluppare servizi domiciliari alternativi all'ospedale o ad altre istituzioni assistenziali (RSA e Hospice⁶, in primo luogo) determina automaticamente un risparmio. L'effetto di riduzione di costo si ha solo e soltanto se i preesistenti centri di erogazione dei servizi de-ospedalizzati vengono chiusi oppure trasferiti a svolgere le nuove attività sul territorio. In caso contrario si hanno costi aggiuntivi per i nuovi servizi e per il minore rendimento delle vecchie strutture che vengono sottoutilizzate. Del resto, nel concreto, non è semplice spostare risorse sul territorio, soprattutto in riferimento alle risorse umane portatrici di attese e aspettative legate alle loro competenze professionali e alla loro carriera. Più concretamente si debbono prevedere percorsi di deospedalizzazione graduale, legati al turnover del personale ovvero all'avvio di nuovi investimenti. In ogni caso, non è ipotizzabile uno switch sincrono tra processi sanitari deospedalizzati e processi svolti in ospedale. **È necessario sopportare, seppure per un periodo transitorio, un doppio costo dovuto al mero effetto di trasferimento del processo.**

Il terzo elemento di attrito alla diffusione dell'assistenza domiciliare è indubbiamente caratterizzato dal fatto che organizzare un processo sul territorio coordinando una rete ampia di attori, non tutti rientranti in un unico schema gerarchico-organizzativo nel senso classico, ma accomunati dall'appartenenza ad un comune processo – la cura del paziente – è **più difficile rispetto all'alternativa ospedale-centrica**. Il servizio si 'monta' coordinando una rete di attori attraverso molteplici meccanismi di coordinamento, molti dei quali non presenti nel modello ospedale. Per far partire servizi di questa natura è necessario che sia presente uno strato di competenze ulteriore rispetto agli skills oggi detenuti. **C'è dunque bisogno di formazione** e occorre che ogni progetto generi in riferimento al suo contesto un percorso di apprendimento. Ad esempio, occorre una formazione specifica sui temi dell'invecchiamento che sia multidisciplinare e che superi l'attuale tendenza degli operatori a concentrarsi solo sulla dimensione del processo che più padroneggiano.

Alla luce delle riflessioni appena riportate è evidente che occorre individuare una strategia di ingresso nel mercato che tenga conto di queste criticità senza commettere l'errore di operare come se non ci fossero.

Prima di passare alla definizione del business facciamo un passo indietro, per accennare alle origini e alle caratteristiche essenziali dell'assistenza domiciliare, non senza premettere alcune precisazioni che aiutino a distinguere le sue diverse forme di applicazione. I termini (e i corrispettivi acronimi) più frequentemente impiegati, sono quelli di:

- **assistenza domiciliare (AD)**, utilizzato tanto dal settore sanitario quanto da quello sociale per riferirsi a prestazioni di propria competenza erogate al domicilio dell'utente;
- **assistenza domiciliare programmata (ADP)**, con cui, in ambito sanitario, si fa riferimento a prestazioni erogate dal Medico di Medicina Generale (MMG) al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico competente e secondo una calendarizzazione predefinita;
- **assistenza domiciliare integrata (ADI)**, con cui, di norma, si intende il coordinamento – secondo un Piano assistenziale individualizzato e concordato – tra le prestazioni e gli interventi di natura sanitaria (erogate dalle ASL) e quelli di natura sociale (erogate prevalentemente dai comuni). Secondo una differente impostazione, peraltro adottata da alcuni orientamenti regionali, è possibile e opportuno, utilizzare il concetto di ADI anche per riferirsi all'integrazione tra prestazioni di natura esclusivamente sanitaria, ma facenti capo a discipline o contesti diversi. L'eventuale complessità del caso, richiedendo

⁶ È comune la convinzione che lo schema dell'assistenza domiciliare sia alternativo al ricovero ospedaliero, per i vantaggi di natura economica che offrirebbe. In realtà, l'assistenza domiciliare è una modalità assistenziale che può sostituire il ricorso al ricovero ospedaliero improprio, ovvero a quello per bisogni assistenziali non in condizioni di acuzie. La gestione delle acuzie, richiedendo tecnologie altamente complesse (ad esempio, la sala operatoria) e personale molto specializzato rendono economico il trasporto del paziente in ospedale.

Al contrario, laddove adeguatamente effettuata, l'assistenza domiciliare evita il ricorso ripetuto al ricovero o all'istituzionalizzazione in un breve intervallo di tempo (negli studi ad hoc di norma assunto in 30 giorni), di per sé indice di inappropriata clinica e/o organizzativa.

L'assistenza domiciliare può inoltre, dati certi presupposti, essere considerata a tutti gli effetti alternativa ad altre forme assistenziali a medio-lungo termine di natura residenziale, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), a patto che il malato possa contare su un elemento di supporto essenziale: la sua famiglia.



un mix di prestazioni differenziate, può quindi configurare l'ADI anche laddove non sussistano esigenze di natura socio-assistenziale;

- **assistenza domiciliare oncologica (ADO)**, con cui si intendono le prestazioni e gli interventi di natura palliativa comunemente legati alla cosiddetta *fase terminale* nella quale la persona ammalata è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale, tale da mettere spesso in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari;
- **ospedalizzazione domiciliare (OD)**, con cui si devono invece intendere forme assistenziali che vedono l'intervento al domicilio del paziente di professionisti e tecnologie di esclusiva pertinenza ospedaliera.

I principali obiettivi dell'ADI sono orientati alla soddisfazione di bisogni plurimi correlati ad una condizione di non autosufficienza parziale o totale, attraverso la continuità e l'integrazione assistenziale, con particolare attenzione alla qualità di vita del paziente, perseguita attraverso il mantenimento del suo abituale ambiente di vita e delle sue relazioni significative. Secondo numerosi studi, la possibilità di preservare tali elementi rassicuranti è alla base di una migliore *compliance* e di migliori esiti.

Va peraltro esplicitato che essendo l'assistenza domiciliare compresa tra i LEA le Aziende Sanitarie Locali sono obbligate all'erogazione di tale modalità assistenziale – laddove ritenuta efficace ed appropriata – per tutti i cittadini iscritti nella loro anagrafe degli assistiti. Per coprire tali costi debbono attingere al fondo generale della propria quota capitolina.

ALCUNE DEFINIZIONI DI ADI

Progetto Obiettivo "Tutela degli anziani" valido per il quadriennio 1991-1995

"L'ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socioassistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso".

DPR 23 luglio 1998: Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000

"... Le cure domiciliari, e in particolare l'assistenza domiciliare integrata, rappresentano una base privilegiata di azione per garantire flessibilità ed efficacia agli interventi. L'assistenza domiciliare diventa integrata (ADI) quando professionalità diverse, sanitarie e sociali, collaborano per realizzare progetti unitari, cioè mirati sulla diversa natura dei bisogni. La programmazione dell'ADI deve prevedere la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali, la valorizzazione del nursing, la collaborazione delle famiglie, tenendo conto che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può favorire la permanenza a casa anche di persone non autosufficienti".

Manuale Home Care, 2002

"Insieme coordinato di attività sanitarie, mediche, infermieristiche, riabilitative integrate fra loro e con gli interventi socioassistenziali, per la cura della persona nella propria casa, dove può mantenere il legame con le proprie abitudini e le persone che gli sono care. L'ADI è parte integrante e fondamentale della rete dei servizi".

Rispetto a questa situazione, i nuovi LEA, approvati con **DPCM del 23 aprile 2008** fanno un po' di chiarezza e tracciano alcuni punti fermi. In primo luogo, il decreto individua tre macro classi di LEA:

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- b) Assistenza distrettuale
- c) Assistenza ospedaliera

Nell'ambito poi dell'assistenza distrettuale sono previste le seguenti attività:

- assistenza sanitaria di base
- emergenza sanitaria territoriale



- assistenza farmaceutica
- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza termale
- **assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale**
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

Questo passaggio è essenziale in quanto individua nel distretto la cabina di regia delle attività di cura domiciliare.

Successivamente, agli articoli 22 e 23 sono regolamentate, rispettivamente, le “cure domiciliari” e le “cure palliative domiciliari alle persone nella fase terminale della vita”. Data l’importanza di queste due norme le riportiamo integralmente.

Art. 22 Cure domiciliari

1. Nell’ambito delle cure domiciliari il Servizio sanitario nazionale garantisce **alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità**, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall’insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.
2. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria”. **Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale** che consentano la presa in carico della persona e la definizione del “**Progetto di Assistenza Individuale**” (PAI) sociosanitario integrato, fatto salvo quanto previsto dal comma 3, lett. a).
3. In relazione al bisogno di salute dell’assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale, **le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:**
 - a. **cure domiciliari prestazionali:** costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo, che non richiedono la “presa in carico” della persona, né la valutazione multidimensionale. Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali;
 - b. **cure domiciliari integrate (ADI) di I^a e II^a livello:** costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (I^a livello) o su 6 giorni (II^a livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di Assistenza Individuale” (PAI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;
 - c. **cure domiciliari integrate a elevata intensità (III^a livello):** costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un “Progetto di Assistenza Individuale” (PAI). La responsabilità clinica è affidata al medico di medicina generale, al pediatra di libera scelta o al medico competente per la terapia del dolore, secondo gli indirizzi regionali.



4. Ai sensi dell'art. 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria", le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni, sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale per una quota pari al 50%.

Art. 23

Cure palliative domiciliari alle persone nella fase terminale della vita

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative nell'ambito della Rete di assistenza ai malati terminali. Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un "Progetto di Assistenza Individuale (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Alla luce di quanto sinora esposto è possibile provare a schematizzare il business della salute del cittadino, attraverso un modello tridimensionale (vedi Errore: sorgente del riferimento non trovata), che pone l'attenzione su tre variabili fondamentali:

- **i gruppi di clienti:** la domanda fondamentale è "**CHI?**". Chi è il portatore di uno specifico bisogno di assistenza sanitaria? In che stadio del processo di assistenza si colloca? È interessato a mantenere il suo stato attuale di salute? È interessato a conoscere la diagnosi medica per comprendere la natura di alcuni sintomi? Oppure ha altri bisogni (acuzie? riabilitazione post-acuzie? assistenza?)
- **le funzioni assistenziali sanitarie:** la domanda fondamentale è "**CHE COSA CHIEDE?**". Rispetto a questa domanda è opportuno sgombrare il campo da interpretazioni soggettive e ricorrere alla macro classificazione presentata nei nuovi LEA (DPCM 23 aprile 2008).

Il sistema della **domanda sanitaria**, o in termini tecnici il **mercato sanitario**, è dato dall'incrocio di queste due variabili.

- **i sistemi organizzati di offerta:** la domanda fondamentale è "**OFFERTO COME?**". Questa dimensione esplicita le diverse modalità di offerta, individuando un concetto ampliato di 'tecnologia' di realizzazione ed erogazione di un prodotto-servizio.

L'insieme delle funzioni assistenziali e dei sistemi organizzati di offerta qualificano quello che definiremo il **settore sanitario**, ovvero il sistema dell'**offerta sanitaria**.

L'aver definito il business offre vantaggi notevoli sia alla fase di analisi delle tendenze del mercato (domanda) e del settore (offerta) sia alla definizione della strategia competitiva di Ho.Me. S.p.a. che, ad esempio, potrebbe tendere, alternativamente, verso una elevatissima specializzazione (servendo uno solo dei quattro macro segmenti individuati) ovvero verso una copertura globale del mercato (offrendo servizi verso tutti i segmenti individuati).

Home Medicine Italia Spa



Home: Mission e Vision

Molto spesso i concetti di visione e missione sono approcciati con atteggiamenti del tipo “belli, ma inutili”. È fondamentale, invece, comprendere quale sia la reale utilità di definire visione e missione di una qualsiasi organizzazione e spiegarsi come mai le organizzazioni meglio gestite al mondo, siano esse imprese oppure no, fondano il loro successo sulla definizione di una visione vincente e di una missione in grado di creare valore a supporto di quella visione. La questione fondamentale è rispondere alla seguente domanda: **“Qual è il riferimento più profondo che guida le azioni di un’impresa?”**.

Per rispondere a questo quesito ci sono due opzioni principali:

- la prima, che viene subito in mente a coloro i quali qualificano sé stessi come “gente pratica”, “uomini del fare”, “gente che non perde tempo”, è che le imprese debbono essere guidate dal mercato, dalle opportunità che da esso provengono, continuamente e senza soluzioni di continuità;
- la seconda, che viene in mente a coloro che già hanno vissuto sulla propria carne quanto insuccesso possa derivare dalla prima strada, è che le imprese debbono essere guidate, come riferimento ultimo e più profondo del loro agire, dalla visione che hanno alla base: che cosa sarà il mio mondo tra dieci anni? Quanto di quello che oggi pare un dato di natura, quasi una gabbia, sarà invece stravolto dal cambiamento della società, della tecnologia, della politica, dell’economia, dell’etica delle persone?

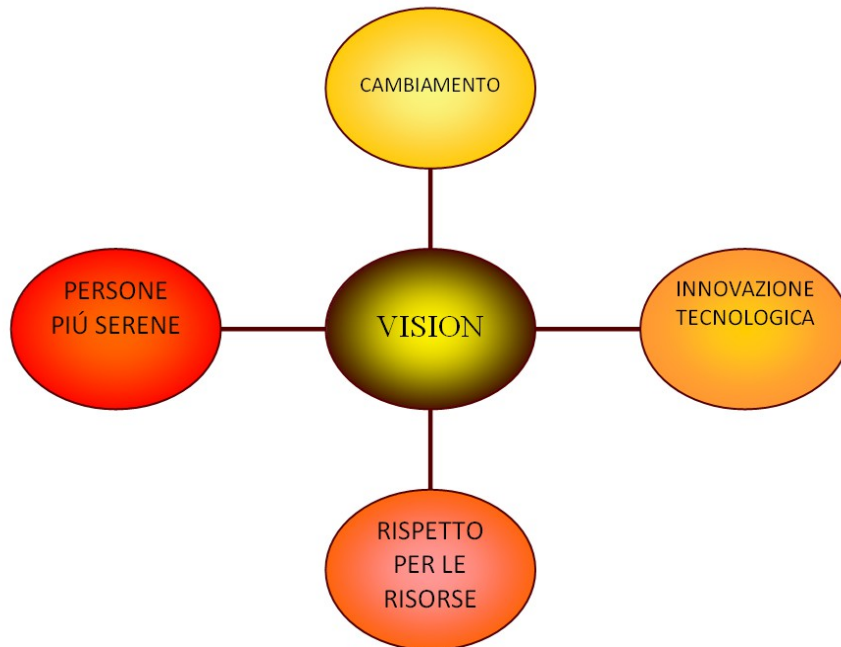
Home deve avere il coraggio di non lasciarsi ammaliare dalle Sirene del breve termine, dalla necessità che pure pare evidente di seguire le attuali modalità di business presenti nel mercato, non deve entrare nella gabbia di quello che oggi è, non deve nascere con la visione di sopravvivere.

Se ci facciamo guidare dalla visione, e non spingere dalle opportunità del giorno per giorno, allora il quadro della situazione e delle evoluzioni future risulta essere molto nitido ed emerge la possibilità di condurre questa intrapresa (redigendo un piano di azione) così come è possibile condurre una partita a scacchi. Chi perde al gioco degli scacchi è colui che gioca **mossa per mossa**; mentre chi vince ha la capacità di giocare essenzialmente puntando al risultato e **predisponendo tutti i pezzi in maniera strategica**, prima di poter sferrare l’attacco in grado di condurlo verso uno scacco matto.

Il mondo che abbiamo in mente è un mondo in cui:

- il cambiamento è l’unico punto fermo;
- la conoscenza è il primo motore del cambiamento, il fattore produttivo per eccellenza, non il capitale, non la terra o il lavoro, ma la conoscenza. Fattore produttivo che non si consuma con l’uso ma più si usa più aumenta il suo valore; fattore produttivo che non ha dimensioni efficienti minime o massime e che può essere spostato velocemente da un business all’altro; la tecnologia e l’innovazione tecnologica sono tra i principali riflessi del procedere della conoscenza; l’altro riflesso fondamentale è la globalizzazione delle esperienze, del vissuto individuale e collettivo;
- le persone, al crescere della conoscenza individuale, saranno in grado di ottenere maggiore rispetto per le loro esigenze più profonde e per le loro risorse, materiali e immateriali e opereranno affinché i meccanismi di governo siano sempre più in grado di selezionare tra modalità alternative di soddisfazione dei bisogni delle persone perché la conoscenza renderà sempre più trasparenti le pareti delle imprese.

• Figura 1: la vision di Ho.Me



Questa è la visione di Ho.Me., la visione di un nuovo futuro che può non apparire a tutti chiaro, ma che è sicuramente possibile. Al fine di contribuire a rendere possibile questa visione Ho.Me. intende darsi la seguente missione che sarà poi il pilastro inamovibile della strategia aziendale, giungendo fino a guidare l'azione quotidiana di tutti coloro i quali lavorano e lavoreranno per Ho.Me. o con Ho.Me.

La Mission di HO.ME. è diventare il punto di riferimento qualitativo per le cure domiciliari su tutto il territorio nazionale sviluppando un modello di business basato su etica, conoscenza e innovazione continua in grado di rendere realmente accessibili le cure domiciliari per un numero sempre crescente di persone, in un quadro di sostenibilità nell'impiego delle risorse.

Home: Fattori critici di successo e obiettivi strategici

Il concetto di FCS – Fattori Critici di Successo è stato introdotto negli anni '70 da due padri della formulazione della strategia aziendale, Hofer e Schendel. Da allora è divenuto punto di riflessione cruciale nell'ambito del processo decisionale che conduce dall'idea di business alla definizione della strategia, generale e competitiva.

I due autori hanno definito i fattori critici di successo come “**le variabili che possono incidere in modo consistente sulla posizione competitiva dell'impresa e sulle quali il management può agire con le sue decisioni**”⁷.

Appare evidente, dunque, che se manca l'uno o l'altro dei due requisiti fondamentali (la rilevanza per il successo dell'impresa e la manovrabilità manageriale) non si tratta di fattori critici di successo. Nell'ambito delle cure domiciliari, anche alla luce dell'analisi di definizione del business più sopra realizzata, i fattori critici di successo sono i seguenti:

- **possesso di relazioni qualificate all'interno del sistema sanitario nelle sue diramazioni territoriali:** questo richiede la ricerca sistematica volta alla creazione di momenti di cooperazione attiva con attori interni al sistema sanitario e in particolare a livello di distretti sanitari e di presidi ospedalieri; questo elemento è in grado di attenuare le resistenze politiche al cambiamento;
- **possesso di relazioni qualificate con associazioni presenti sul territorio:** questo elemento qualifica la capacità di intercettare le reali situazioni di bisogno che oltre che in ospedale possono essere assai meglio conosciute presso le strutture che offrono servizi di assistenza e di sollievo senza fini di lucro, quali le associazioni;
- **possesso di relazioni qualificate con attori specializzati su specifiche componenti di prodotto:** questo elemento consente la velocità nella messa a punto di progetti di offerta ad hoc senza richiedere l'internalizzazione di strutture organizzative ad elevato costo che non sarebbero sempre sfruttabili in maniera efficiente;
- **conoscenza/simulazione dell'impatto sull'attuale modello di offerta:** occorre potersi confrontare con l'attuale modello ospedale-centrico ponendo su elementi di razionalità tecnico-economica e organizzativa i principali impatti dovuti alla deospedalizzazione di alcune fasi o di interi processi di cura. È opportuno possedere un elevato bagaglio informativo in grado di simulare, con pochi ma significativi indicatori, gli efforts in termini economici e organizzativi;
- **innovazione tecnologica:** ricerca continua su scala internazionale di nuove modalità di deospedalizzazione ovvero di elementi grazie ai quali le attuali tecniche di cura in ospedale che fanno da ostacolo, per la loro complicazione, al trasferimento a domicilio possano essere sostituite grazie a nuovi ritrovati della scienza e della tecnologia medica ma non solo medica;
- **modularità dell'offerta:** l'azienda deve essere in grado di non soffrire diseconomie legate a dimensioni minime di scala, ovvero deve poter rendere un servizio ad elevata qualità anche in relazione a pochissime persone o una sola; questo elemento è in grado di innestare le cure domiciliari in maniera graduale, attenuando le resistenze economico-industriali al cambiamento;
- **personalizzazione dell'offerta:** l'azienda deve essere in grado di non soffrire diseconomie legate alla varietà delle componenti assistenziali da erogare, ovvero deve poter far fronte potenzialmente ad infinite articolazioni del PAI rinunciando ad una politica di standardizzazione del prodotto;
- **elevata specializzazione tecnico-sanitaria:** nei casi in cui si propenda per la totale erogazione diretta di tutte le attività del processo non è possibile optare per un posizionamento generalizzato e al tempo stesso puntare alla leadership qualitativa. Occorre dunque procedere con un approccio graduale che, partendo da un primo nucleo di specializzazione possa poi ampliare la gamma di offerta aggiungendo specializzazioni ulteriori;
- **conoscenza e capacità di governo del processo:** nei casi in cui si propenda per un modello erogativo di network, di tipo progettuale, questo fattore fa riferimento alla capacità di gestire conoscenza, relativamente a tutti gli attori e alle attività che entrano nel processo. L'elemento chiave è l'integrazione

⁷ Vedi HOFER C., SCHENDEL D., *La formulazione della strategia aziendale*, Franco Angeli, Milano, 1984, p. 108.



della conoscenza, dalle fasi di analisi del potenziale impatto di un progetto di cure domiciliari, a quelle di definizione dei requisiti di accesso e di valutazione multidimensionale⁸, al coordinamento e al controllo di tutti gli interventi, alla valutazione degli esiti sanitari ed economico-organizzativi delle cure prestate.

Così definiti i fattori critici di successo, **gli obiettivi strategici di Ho.Me.** possono essere esplicitati nel seguente modo:

1. diventare il primo e più efficiente ed efficace **project integrator** per le cure domiciliari sviluppando la **leadership nazionale** relativamente ai seguenti fattori critici di successo:
 - a. conoscenza e capacità di governo del processo;
 - b. conoscenza/simulazione dell'impatto sull'attuale modello di offerta;
 - c. innovazione tecnologica.

In questa veste Ho.Me. **vende conoscenza gestionale, organizzativa e operativa**. L'obiettivo di medio e lungo termine è di assumere il ruolo di general contractor con la ASL acquisendo i servizi diretti da altre aziende e/o coordinando risorse messe a disposizione dalla stessa ASL. Nel breve termine Ho.Me. può accettare di partecipare a progetti che prevedono terzi attori come capofila offrendo la gestione del processo e le attività informative a monte e a valle;

2. **sviluppare in maniera diretta una prima area di business** ad elevata specializzazione sanitaria nella quale poter offrire, a marchio Ho.Me., l'intero sistema di attività utili al completamento del processo di assistenza domiciliare. Il riferimento è alle patologie croniche degenerative dell'apparato respiratorio, con particolare attenzione alla BPCO. L'ulteriore riferimento è, per i primi 18 mesi (fino alla metà del 2010) oggetto del piano, alle cure domiciliari di I, II e III livello, senza allargare l'attività alle cure palliative domiciliari;
3. avviare una **sistematica attività di marketing relazionale e di sviluppo di sinergie** commerciali al fine di costruire nel tempo, partendo dal territorio di riferimento (regione Campania), una rete di relazioni qualificate con:
 - a. operatori del sistema sanitario regionale, nelle varie regioni italiane, con particolare riferimento alle strutture distrettuali;
 - b. operatori del sistema delle associazioni operanti a livello territoriale, nei singoli territori;
 - c. operatori privati in grado di fornire, ad elevati livelli di qualità e nel rispetto dei valori di Ho.Me., specifiche componenti del sistema di offerta.

Home Medicine Italia SpA

⁸ I requisiti di eleggibilità sono numerosi a seconda della tipologia di valutazione e del modello selezionato. Tuttavia, è possibile individuare quattro macro classi:

1. tipo e gravità della patologia,
2. grado di autonomia/mobilità del soggetto,
3. grado di assistenza diretta ottenibile dalla famiglia,
4. idoneità strutturale e funzionale del domicilio.



Il progetto SICuD: Descrizione Generale

Il **Sistema Integrato per le Cure Domiciliari – SICuD**, ha per obiettivo la digitalizzazione di tutti i processi primari legati al servizio delle Cure Domiciliari ai privati, dall'inoltro dell'istanza, alla rilevazione del bisogno, all'erogazione della prestazione, al monitoraggio della condizione dell'assistito, al management di tutti i processi aziendali. SICuD rappresenterà il "cuore pulsante" dell'attività di Home Medicine Italia SpA, ponendo la società su di un piano di elevata competitività e qualità dell'offerta legata, non solo alle competenze in ambito di erogazioni di prestazioni socio sanitarie, ma anche alla necessità di garantire una facilità di inoltro della richiesta, tempi di risposta ed organizzazione dell'intervento rapidi, trasparenza e conoscenza dello status degli interventi, monitoraggio risultati e reportistica in tempo reale. L'introduzione di un sistema ERP potenzierà la gestione di tutti i processi di supporto ed interagirà con i sistemi della gestione dei processi primari attraverso interfacciamenti predisposti allo scopo, confluyendo, insieme ad essi, nella gestione di un portale WEB specialistico dedicato.

A rafforzare tali concetti l'introduzione di un sistema di gestione per la qualità e di un sistema di gestione per l'ambiente. Esse saranno sviluppate su "best practices" quali ISO 9000 e ISO 14000 a supporto di efficacia ed efficienza di tutti i processi aziendali.

I moduli tecnologici che compongono il SICuD:

Centrale Operativa - Contact Center
Sistema CRM P9
Sistema ERP
Portale WEB

I moduli organizzativi:

realizzazione di sistemi per la gestione di Qualità e Ambiente a norme ISO 9000 e ISO 14000

attività di marketing e WEB marketing

Il progetto SICuD: Centrale Operativa – Contact Center

PREMESSA DEL PROGETTO

Autore: Antonio Magliulo – amministratore unico

AM SOFTWARE – Relazione TECNICO-ECONOMICA sistema informativo HOME MEDICINE ITALIA SPA



Nell'ambito del progetto di sviluppo delle piattaforme informatiche per Home medicine spa, svolge un ruolo importante e plurimo la centrale operativa, sia come prodotto a se stante che come modulo da integrarsi nel PAI management system.

SCOPO DEL PROGETTO

Lo scopo di progetto risiede nell'organizzazione di:

1. **Sviluppo dell'area operatore** : con la gestione delle chiamate in inbound e di quelle in outbound finalizzate alla fornitura di informazioni generali sulle cure domiciliari, alla loro vendita al privato, alla prenotazione delle prestazioni singole o incluse in un PAI, al supporto tecnico agli operatori socio sanitari; altro.
 - a. **Sviluppo workflow chiamata in ingresso** :
2. **Sviluppo centrale telefonica VOIP**, su piattaforma informatica per acquisizione dati chiamata e gestione digitale delle telefonate.
3. **Integrazione con PAI management system** : (svolge da crm per il P9) con la gestione di tutte le informazioni legate all'assistito. ;
4. **Integrazione con l'erp aziendale**: per ora l'interesse è verso una soluzione web based che agevoli la consultazione on line anche dei documenti contabili legati al cliente.
5. **Creazione area cliente su sito istituzionale** : per l'accesso alle prestazioni acquisite, alla documentazione tecnico, socio sanitaria ed amministrativa ammessa .

1. SVILUPPO DELL'AREA OPERATORE

Obiettivi Generali

Gli obiettivi principali del sistema sono quelli di realizzare un software per gestire le attività legate a una Centrale Operativa Telefonica.

Il progetto si adatta per le strutture che vogliono consentire una gestione facile, comoda e completa dei servizi volti alla soddisfazione delle richieste telefoniche da parte di clienti/assistiti fidelizzati o potenziali.

Con un semplice click del mouse e con la rappresentazione grafica delle operazioni l'utente potrà gestire i seguenti servizi:

1. Smistamento delle telefonate.
2. Servizi telefonici integrati (visualizzare le telefonate in ingresso, rispondere alle telefonate, chiusura di una telefonata, attesa di una telefonata, trasferimento di telefonata, effettuare telefonate in uscita, instaurare una conferenza, etc.)
3. Registrare le informazioni su una telefonata.
4. Registrare il tipo di telefonata - Richiesta informazione, Prestazione PAI, Singola Prestazione, Telefonata di emergenza (richiederà un'analisi più approfondita in ottica 118)
5. Registrare l'oggetto della telefonata.
6. Registrare le informazioni sul chiamante.
7. Gestire la telefonata in base al tipo con la possibilità di assegnare risorse (infermieri, materiale, etc.)
8. Chiudere una richiesta.

I Servizi Telefonici sono offerti utilizzando la piattaforma Asterisk (www.asterisk.org) e implementando un'interfaccia user-friendly, con la quale di utenti o operatori potranno gestire le code di telefonata, i messaggi vocali direttamente sulla propria casella email.

Asterisk oltre ad avere le funzioni di un centralino tradizionale, ha funzionalità avanzate quali:



- voice mail;
- centralino automatizzato multilivello (risponditore automatico - IVR);
- integrazione e-mail/voice mail, piano di telefonata completo;
- modalità di risposta differenziate e selezione automatizzata dell'instradamento (ARS);
- report dei dettagli delle telefonate (CDR).

Asterisk consente la scalabilità da 1 fino a 120 linee senza necessità di operare sostituzioni del software. E' possibile utilizzare più centralini Asterisk presso sedi diverse (o presso la stessa sede) realizzando un'unica "lan telefonica", nella quale le linee telefoniche sono presso una sola sede e le altre comunicano con queste mediante rete IP. Tra i numerosi vantaggi di questa soluzione si possono citare:

- necessità di un solo contratto telefonico;
- un solo piano di telefonata per tutti gli interni;

controllo centralizzato del traffico telefonico e nessun costo di telefonata tra le due sedi.

Servizi telefonici

Come abbiamo accennato in precedenza i servizi telefonici saranno implementati utilizzando le potenzialità della piattaforma Asterisk.

Smistamento delle telefonate in entrata

Le telefonate in ingresso al centralino telefonico vengono automaticamente distribuite agli operatori connessi al sistema. Se tutti gli operatori abilitati alla ricezione sono impegnati, il sistema effettua un accodamento delle telefonate entranti in modo centralizzato per poi distribuirle appena possibile.

In fase di ricezione il centralino permetterà l'instradamento della telefonata in base al tipo di richiesta:

- a) Richiesta informazione.
- b) Prestazioni di un P.A.I.
- c) Prestazione Singola.
- d) Telefonata di Emergenza (richiederà un'analisi più approfondita in ottica 118).

Servizi telefonici integrati

Di seguito sono elencati i servizi telefonici integrati sulla postazione Operatore Centrale Operativa (postazione O.C.O.) disponibili attraverso il software.

Telefonate in ingresso

Le telefonate entranti in Centrale Operativa vengono intercettate dal sistema e rappresentate nella postazione O.C.O. in una delle code logiche disponibili (Richiesta informazione, Prestazione P.A.I., etc.).

La visualizzazione di una nuova telefonata è accompagnata da un segnale acustico e dal lampeggiare della coda in questione. In questo modo viene data un'immediata visibilità dello stato delle telefonate entranti ed è possibile rispondere mediante il click sulla coda stessa.

Oltre alla distinzione in base al tipo di richiesta il software consentirà il riconoscimento automatico in base a vari parametri quali il fascio di provenienza:



- Telefonate da utenti già registrati.
- Telefonate utenti non riconosciuti in automatico.
- Telefonate da Enti (113, 112, etc.).
- Telefonate interne.
- Altre telefonate.

Ad ogni singola coda è possibile assegnare una diversa priorità in base alla quale dipenderanno i tempi di soddisfazione della telefonata in ingresso.

Ogni telefonata viene identificata da un codice univoco che verrà assegnato in automatico dal sistema.

Potrebbe essere utile definire una codifica della telefonate entranti in modo da renderne più agevole l'identificazione; ad esempio concatenare ad un numero progressivo, la data, il tipo di telefonata, l'identificativo dell'operatore che ha soddisfatto la telefonata (da valutare in ottica 118).

La nuova telefonata viene visualizzata con le seguenti informazioni:

Stato

Indica lo stato della telefonata che può essere:

- RING: la telefonata è in coda sulla postazione O.C.O. e può essere risposta;
- ATTESA: la telefonata è stata messa in attesa;
- INTERNA: la telefonata proviene dalla rete interna;
- NOME OPERATORE: la telefonata è in gestione dall'operatore;
- PRIVATE: le dirette al proprio numero.

Lo stato della telefonata oltre ad essere visualizzato esplicitamente è rappresentato dal colore con cui la riga è visualizzata:

- AZZURRO : RING;
- GIALLO : ATTESA;
- VERDE : INTERNA;
- NERO : NOME OPERATORE;
- BLU : PRIVATA.

Provenienza

Se la telefonata ha origine da una lista dedicata (clienti/assistiti fidelizzati, Enti, etc.) è possibile identificare la provenienza.

Numero chiamante

Questa informazione indica il numero di telefono o l'estensione da cui la telefonata ha origine.

Tipo telefonata

Indica il tipo di telefonata (Richiesta informazione, Prestazioni di un P.A.I., Prestazione Singola, etc.).

Priorità

Assegnata in automatico dal sistema in base alla coda logica a cui viene assegnata. Potremmo distinguere tre livelli di priorità: Bassa, Media, Alta (da definire la logica di assegnazione).

Arrivo telefonata

Autore: Antonio Magliulo – amministratore unico

AM SOFTWARE – Relazione TECNICO-ECONOMICA sistema informativo HOME MEDICINE ITALIA SPA



Indica la data e l'ora di arrivo della telefonata in Centrale Operativa.

Prima risposta

Indica la data e l'ora in cui avviene la prima risposta in Centrale Operativa della telefonata.

Login e Logout Asterisk

Permette di attivare e disattivare il login alla piattaforma Asterisk con la configurazione legata all'operatore. Questa operazione è fatta in automatico contestualmente al login/logout alla Centrale Operativa.

Risposta alle telefonate in entrata

È possibile rispondere ad una telefonata selezionandola direttamente dalla coda interessata e cliccando sul pulsante per rispondere; oppure cliccando semplicemente sul pulsante per rispondere, in questo caso il sistema selezionerà la telefonata in entrata in base alla priorità assegnatagli.

Trasferire una telefonata

È possibile inoltrare una telefonata verso un numero interno o esterno selezionando l'apposito tasto di inoltro telefonata digitando il numero. Il numero può essere composto digitandolo attraverso l'apposito tastierino numerico oppure selezionandolo dalla rubrica telefonica.

Telefonata in uscita

È possibile effettuare una telefonata in uscita verso un numero interno o esterno digitando il numero desiderato e selezionando l'apposito tasto per avviare la telefonata. Analogamente all'inoltro di una telefonata, il numero può essere composto digitandolo attraverso l'apposito tastierino numerico oppure selezionandolo dalla rubrica telefonica.

Mettere in attesa una telefonata

È possibile mettere in attesa la telefonata corrente cliccando l'apposito tasto, in questo caso la telefonata sarà rappresentata nella coda della telefonate in attesa.

Recuperare una telefonata in attesa

La telefonata in attesa può essere recuperata agendo sull'apposita coda, selezionandola e cliccando sull'apposito tasto di recupero, oppure analogamente alle telefonate in entrata cliccando direttamente il tasto di recupero, verrà gestita la prima telefonata in ordine di accodamento.

Telefonata di consultazione

Nel corso di una telefonata è possibile effettuare una telefonata di consultazione verso una terza entità cliccando sull'apposito tasto, il chiamante originario in questo caso verrà messo in attesa.



Alla chiusura della telefonata di consultazione sarà possibile riprendere la telefonata in attesa cliccando il tasto di recupero d'attesa, allora il sistema riprenderà la telefonata messa in attesa precedentemente alla telefonata di consultazione.

Conferenza

Successivamente al comando di consultazione è possibile instaurare un conferenza a più parti.

Visualizzare telefonate di altri operatori

In condizioni di emergenza, è possibile visualizzare e gestire le telefonate locali ad una sola postazione O.C.O. (telefonate private, telefonate interne e telefonate in attesa). Questa funzionalità è attivabile mediante l'apposito tasto, in questo modo verranno recuperate le telefonate private, interne o in attesa di un operatore.

2. WORKFLOW CHIAMATA

- 2 Ricezione chiamata.
 - a. Richiesta informazioni
 - i. Informazioni via telefono da parte dell'operatore. L'operatore telefonico dà informazioni di primo livello.
 - ii. Qualora l'utente si mostri interessato e/o faccia molte domande, l'operatore propone l'invio di informazioni via e-mail oppure suggerisce il sito web. Dopo aver registrato l'utente, via e-mail si inviano brochure e/o materiale informativo vario.
 - b. Richiesta di prestazione sanitaria
 - i. Verifica dati di base (tipo di prestazione, utente nuovo, compatibilità di data/ora (operatore – utente))
 1. Verifica da parte dell'operatore se la prestazione sia esistente (presente a listino). In caso negativo, stabilire criterio di comportamento. In caso positivo, si procede alle successive verifiche.
 2. Verifica di compatibilità e di esigenze utente e Home sulla data e sull'ora della esecuzione della prestazione. L'operatore, consultando il calendario, proporrà sempre alternative all'utente, nel caso in cui la data/ora desiderata non sia disponibile. ATTENZIONE: non prendiamo qui in considerazione i tempi di spostamento – parcheggio e affini. Quando l'operatore telefonico verifica la disponibilità oraria, deve poter "impegnare" la fascia oraria (e operatore sanitario) proposta all'utente e, in fase successiva, deve poter abbinare tale fascia oraria all'utente.
 3. Criterio di verifica utente esistente: verificato nome e cognome dell'assistito, l'operatore telefonico accede all'anagrafica corrispondente e verifica di dati di nascita e residenza/domicilio.
 4. In caso di nuovo utente, compilazione scheda utente a cura dell'operatore⁹
 - ii. Associazione prestazione. Verificati tutti i punti di cui sopra, l'operatore provvede ad associare la prestazione impegnata (vedi punto 1.2.1.2) all'utente.
 1. Conferma all'utente. Le conferme saranno inviate dal sistema in automatico via e-mail e via sms ai recapiti indicati nella scheda anagrafica, sia del caregiver sia dell'assistito.¹⁰ L'SMS e l'E-mail dovranno indicare data e ora della prestazione,

⁹ Verificare se è sempre l'operatore ad inserire una nuova anagrafica, oppure se l'utente può inserire i propri dati per poi avviare un processo di validazione (telefonica, via sms, via email) della registrazione. Da decidere per evitare telefonate lunghe. Verificare inoltre se sia opportuno indicare un terzo domicilio al quale si desidera essere raggiunti dall'operatore sanitario.

¹⁰ Importante: prevedere il campo "Cellulare" e indirizzo email nella scheda anagrafica sia per l'utente sia per il caregiver.



oggetto della prestazione, nome dell'operatore sanitario, indirizzo sintetico dove sarà effettuata la prestazione.

- 3 Check sugli appuntamenti.
 - a. Check operatore sanitario. L'operatore sanitario accede alla propria area riservata e verifica gli appuntamenti presi dagli operatori telefonici. In caso di discordanze, indisponibilità o altro, l'operatore sanitario contatta (telefonicamente o di persona) la centrale operativa, che provvede a:
 - i. Sostituire l'operatore sanitario per l'appuntamento, se possibile;
 - ii. Qualora non sia possibile, l'utente viene contattato e si rientra nel caso 1.2.1.2. e punti successivi.
 - b. Check utente: l'operatore contatta telefonicamente¹¹ l'utente per ricordare / confermare l'appuntamento per la prestazione domiciliare.
 - i. In caso positivo, non viene intrapresa alcuna azione.
 - ii. In caso negativo, si provvede ad annullare l'appuntamento originale e si schedula un nuovo appuntamento con i tempi e le modalità descritte al punto 1.2.1.2.
 1. Nel caso in cui non si riesca a concordare un appuntamento, la prestazione viene annullata.
 - iii. Nel caso in cui non sia possibile raggiungere telefonicamente i recapiti indicati, cosa fare?
 - iv. Gestione degli alert per operatore schermata in accesso sua welcome; da fare come prima operazione della giornata ???
- 4 Esecuzione della prestazione.
 - a. L'operatore si reca presso il domicilio dell'utente ed effettua la prestazione. Presumibilmente, l'utente firma il modulo di avvenuta prestazione. Si , liberatoria con scansione , fino a quando non informatizziamo la ricevuta ¹²
 - b. Nel caso di indisponibilità / assenza dell'utente da assistere, l'operatore contatta la centrale operativa per comunicare l'assenza dell'utente.
 - i. La centrale operativa tenta di contattare l'utente o il caregiver per verificare se la prestazione sia eseguibile in tempi ristretti. In caso negativo, si procede al punto successivo, informando l'operatore sanitario dell'esito.
 - ii. La centrale operativa annota nella scheda dell'appuntamento che l'utente è assente e "chiude" il rapporto di visita.¹³
 - iii. Verificare come "trattare" questi casi (ricontattare l'utente per nuovo appuntamento? Bisogna lasciar perdere?)

L'operatore, a fine giornata, accede alla propria area riservata e compila i rapporti di visita che attestano che le prestazioni schedate siano state effettuate.

Recupero automatico delle informazioni della telefonata in entrata

Al verificarsi di una telefonata in entrata il sistema recupera le informazioni dalla piattaforma Asterisk, cioè:

IdTelefonata, Tipo di telefonata, Numero chiamante, Numero chiamato, Data e ora di arrivo della telefonata, Numero che ha chiuso la telefonata, Data e ora chiusura della telefonata, ect.

Il sistema visualizza la telefonata in entrata in base alla coda logica a cui appartiene (richiesta informazione, prestazioni di un P.A.I., prestazione singola, etc.), registra le informazioni della telefonata e l'operatore che l'ha preso in carico.

L'informazione principale è il numero di telefono del chiamante, che consente di ristabilire un contatto in caso cada la linea.

¹¹ STABILIRE QUANTO TEMPO PRIMA. Verifica degli alert e verifica della possibilità che nella scheda della prestazione sia inserito un campo "cliente avvisato" SI/NO con data e ora. Prevedere la possibilità che, una volta riempiti i campi nella scheda della prestazione, l>alert sia archiviato.

¹² Da verificare già se possiamo

¹³ Verificare se viene addebitata qualcosa all'assistito....



In base a questa funzionalità il numero di telefono viene inserito in automatico nel campo telefono e il sistema identificherà il nome del chiamante se è presente in archivio (clienti/assistiti, contatti rubrica telefonica).

All'atto dell'inserimento di un qualsiasi campo sono automaticamente riempiti i campi della data e dell'ora di inizio presa in carico.

Presa in carico della telefonata

L'operatore clicca sul pulsante Rispondi, il sistema visualizza la scheda Ricezione Telefonata (la scheda ha dei campi verticali in base al tipo di telefonata – da verificare) e prende in carico la telefonata. L'evento viene notificato a tutti gli operatori connessi aggiornando la coda delle telefonate in entrata e indicando il nominativo di chi ha in carico la telefonata.

Identificare l'oggetto della telefonata

L'operatore appena stabilito un contatto con l'interlocutore identifica l'oggetto della telefonata. In base al tipo di telefonata:

1. richiesta informazione
2. prestazioni P.A.I.
3. prestazione singola

l'operatore selezionerà l'oggetto da un elenco prestabili. Ad esempio:

1. richiesta informazione:
 - 1.1. Servizi offerti
 - 1.2. Generica sulle cure domiciliari
 - 1.3. Generica sulle prestazioni offerte
2. prestazioni P.A.I.
 - 2.1. Informazione su un accesso programmato
 - 2.2. Modifica accesso programmato
3. prestazione Singola
 - 3.1. Nuova prestazione domiciliare
 - 3.2. Modifica prestazione programmata

Il progetto SiCuD: Sistema CRM P9

SCOPO DEL PROGETTO

Lo scopo di progetto si struttura nel modo che segue:

6. **Raccolta dei requisiti:** si tratta di studiare e disegnare il processo produttivo ed organizzativo attuale, che organizza le cure domiciliari ai privati .
7. **Definizione delle funzionalità:** dopo una prima sommaria analisi possiamo già anticipare che si tratta di realizzare un applicazione di tipo CRM che gestisce tutte le prestazioni sanitarie effettuate dagli operatori



sugli assistiti , con la gestione dei materiali e dei beni strumentali per ogni singolo servizio . Di seguito descriveremo sommariamente le funzionalità in sviluppo.

8. Sviluppo delle applicazioni, test e collaudo

9. **Porting dei clienti:** Importeremo i clienti che derivano dall'accordo della HoMe con società di Home-care che opera a livello nazionale e che conta circa 10.000 account gestiti dall'erp aziendale .
10. **Formazione e start up:** rivolta agli operatori che gestiranno l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni, oltre alla creazione di un manuale utente, utile anche all'assistito che entra in area cliente di HoMe.

2. SVILUPPO DELL'AREA OPERATORE

Requisiti Generali

Gli obiettivi principali del sistema sono quelli di realizzare un software per la presa in carico di un assistito e la gestione del processo esecutivo delle Cure Domiciliari (C.D.).

Il progetto si adatta per consentire una gestione facile, comoda e completa dei servizi volti alla soddisfazione dell'assistito e alla gestione del processo esecutivo, secondo i seguenti input:

9. Registrare un nuovo assistito
10. Rilevare la complessità del bisogno (semplice o complesso) in modo da valutare il grado di autosufficienza e di fragilità dell'assistito, e indirizzarlo verso l'unità operativa distrettuale più idonea a soddisfare il bisogno.
11. Avviare le pratiche parallele alla rilevazione del bisogno mediante la somministrazione dei documenti necessari.

Rilevato un bisogno complesso:

12. Convocare l'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) o l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.).
13. Compilare la Scheda di Valutazione Multidimensionale (S.V.M.D.).
14. Redigere il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) o Piano Individuale Terapeutico (P.I.T.).
15. Rivalutare il P.A.I./P.I.T., all'occorrenza o in base ad una data prestabilita.
16. Conoscere il budget preventivo e consuntivo per singolo assistito in carico.
17. Stampare e Firmare il P.A.I./P.I.T.
18. Pianificare (Quadratura e Calendarizzazione) le attività per ogni operatore, in base ai nuovi P.I.T./P.A.I. caricati o rivalutati modo da ottimizzare le risorse e i costi.
19. Visualizzare e stampare le distinte di prestazione per ogni operatore.
20. Gestire lo scarico dei materiali sanitari e/o presidi medici chirurgici dal magazzino della farmacia.
21. Inserire e Aggiornare il rapporto visite di ogni operatore.
22. Inserire e gestire i reclami/richieste.
23. Aggiornare la "Cartella Socio-Sanitaria" dell'assistito.
24. Analisi costi e ricavi.
25. Stampare la reportistica.

Tutte le fasi saranno gestite da un server centrale specializzato che svolgerà l'intero processo: dalla Registrazione di un nuovo assistito alla Stampa della reportistica.

Il software non solo permetterà un aumento della comodità e della semplicità da parte di ogni operatore, ma anche un monitoraggio dell'intero processo esecutivo da parte della centrale operativa; infatti metterà a disposizione servizi atti ad una facile, comoda e veloce gestione di ogni singolo processo.

Tali servizi riguarderanno:

- La presa in carico dell'assistito con la relativa valutazione del bisogno.
- La valutazione della complessità del bisogno con la successiva redazione del P.A.I./P.I.T. .
- La quadratura e la calendarizzazione delle prestazioni.



- La gestione delle distinte di prestazione degli operatori.
- La gestione dei rapporti visita con lo scarico dei materiali sanitari e/o presidi medici chirurgici dal magazzino della farmacia.

L'architettura del software è tipo web-based, grazie a questa tipologia di architettura è possibile accedere in modo sicuro a tutte le informazioni aziendali senza obbligatoriamente essere presente sul posto.

Sarà possibile accedere alle informazioni condivise semplicemente grazie ad una connessione a Internet o Intranet.

Per utilizzare le funzionalità del software non sono necessari particolari software, infatti l'architettura del client passa in secondo luogo e l'intero carico di lavoro ed elaborazione viene gestito del server centrale, ma basta utilizzare un comune browser (Internet Explorer, Firefox, Opera, etc.) per sfruttarne tutte le potenzialità.

Principali funzionalità

Il software consente la gestione dell'intero processo per l'erogazione del Servizio di Cure Domiciliari. Abbiamo individuato 10 macrofunzionalità:

1. Autenticazione
2. Rilevazione del bisogno
3. Startup processo assistenziale
4. Esecuzione processo assistenziale
5. Servizio call center
6. Servizio reclami/ricieste
7. Gli indici (grafici e report)

Autenticazione

Ogni utente accede alle funzionalità del sistema in base ad una logica di permessi, e mediante una login e password.

Rilevazione del bisogno

La fase di rilevazione del bisogno consiste nella rilevazione della situazione sanitaria dell'assistito in modo da valutare il grado di autosufficienza e di fragilità dell'assistito.

- Valutazione del bisogno. La rilevazione del bisogno consiste nel valutare il grado di autosufficienza e di fragilità dell'assistito.
- Avvio pratiche parallele. Somministrazione della documentazione necessaria all'avvio dei processi paralleli all'assistenza socio-sanitaria.

Compilazione istanza

L'operatore si collega al Sistema per compilare la cartella sanitaria dell'assistito rilevando i dati anagrafici, i dati del medico di medicina generale o medico di assistenza primaria (MMG/MAP), il comune di residenza e cosa fondamentale la rilevazione del bisogno.

Valutazione del bisogno

L'operazione consiste nel valutare il grado di autosufficienza e di fragilità dell'assistito avvalendosi delle seguenti schede o indici:

- G.E.F.I.¹⁴ o Karnofsky
- A.D.L.¹⁵
- I.A.D.L.¹⁶

¹⁴ Indice di Valutazione Funzionale Globale

¹⁵ Basic Activities of Daily Living

¹⁶ Instrumental Activities of Daily Living



Per ogni scheda, o indice, rilevato in questa fase dovrà essere mantenuto lo storico delle informazioni: se una scheda G.E.F.I. (I.A.D.L. , A.D.L. , etc) verrà modificata dovranno essere aggiornate le informazioni mantenendo traccia

dei precedenti valori. A questo punto per ogni assistito potranno esserci più schede G.E.F.I. (I.A.D.L. , A.D.L. , etc) con la data di rilevazione e operatori P.U.A. diversi.

L'operatore analizza le informazioni acquisite in modo da identificare il bisogno e indirizzare l'assistito presso l'unità operativa distrettuale di competenza⁴.

L'identificazione del bisogno è soggettiva, per questo motivo gli operatori sono opportunamente formati a rilevare il bisogno e successivamente a selezionare l'unità operativa che accoglierà l'assistito in modo da far fronte al bisogno.

All'atto della rilevazione del bisogno verrà inviata una notifica, per e-mail, al responsabile¹⁷ di competenza e al MMG/MAP dell'assistito.

Inoltre si potrebbe ipotizzare la gestione di un'agenda informatizzata per singola U.O. in base alla quale l'operatore P.U.A. possa prenotare l'appuntamento, per il cittadino, presso l'unità operativa distrettuale selezionata ad accogliere il bisogno. Per questo motivo si deve prevedere un codice di prenotazione, un numero di telefono per eventuali comunicazioni da parte del cittadino e la stampa della prenotazione.

Avvio pratiche parallele

L'operatore oltre a ricevere il bisogno avvia una serie di pratiche parallele, mediante la somministrazione dei documenti necessari ad avviare i processi:

- Richiesta beni strumentali.
- Prescrizione protesi, ausili e farmaci.

L'operatore deve essere in grado di poter risalire ai moduli e a poterli stampare.

Nel caso si tratti di Prescrizione protesi, ausili e farmaci il sistema si sincronizzi con la Banca dati della U.O. Farmaceutica in modo da rilevare la disponibilità dei materiali e eventualmente mandare una comunicazione al responsabile dell'unità.

Note

Per ogni assistito in carico tutte le informazioni socio-sanitarie raccolte in questa fase devono alimentare le singole parti della cartella socio-sanitaria.

Le informazioni acquisite in questa fase alimenteranno, qualora si tratti di un bisogno complesso, la scheda di valutazione multidimensionale (V.M.D.) che si intenderà utilizzare:

- S.V.A.M.A.
- V.A.O.R.
- Val.Graf.

Startup processo assistenziale

La fase di startup del processo assistenziale consiste nella valutazione del bisogno complesso rilevato nella fase precedente, in modo da soddisfarlo al meglio nelle fasi successive.

L'elenco che segue, descrive in modo sintetico le varie attività coinvolte in questa fase; tali attività sono illustrate più in dettaglio nei paragrafi successivi.

- Convocazione nucleo valutazione. Il responsabile. Convoca le figure professionali che ritiene siano necessarie per la valutazione.
- Valutazione multidimensionale. Valutazione della complessità del bisogno.
- Piano di assistenza integrato o Piano integrato d'intervento. Successivamente alla valutazione multidimensionale vengono individuate le prestazioni da effettuare al domicilio dell'assistito per soddisfare



il bisogno.

- Rivalutazione del P.A.I./P.I.T. . Rivalutazione programmata, o successivamente ad una richiesta, del P.A.I./P.I.T. per uno specifico assistito in carico.

Convocazione U.V.I./U.V.M.

Il responsabile U.V.I./U.V.D. riceve la notifica di una nuova pratica per le Cure Domiciliari e convoca la seduta U.V.I./U.V.M.D., con almeno “20 giorni” di latenza, inviando una richiesta formale ad ogni operatore interessato dal processo:

- MMG/MAP.
- Caregiver¹⁸.
- Specialisti per delucidazioni sul caso.
- Infermieri ed operatori.

Il periodo di latenza per la convocazione dell'U.V.I./U.V.D. dovrà essere settabile all'atto della configurazione del Sistema e si dovrà rendere possibile la modifica per ogni singola convocazione. Le richieste formali della convocazione U.V.I./U.V.D. verranno inviate all'indirizzo di posta elettronica del singolo operatore convocato.

Valutazione multidimensionale

Gli operatori convocati alla seduta di valutazione, ricevono la notifica della convocazione e nel periodo antecedente alla convocazione della seduta sono tenuti a recarsi presso il domicilio dell'assistito in carico per fare le proprie interviste e redigere la propria valutazione che verrà sottoposta all'attenzione del nucleo. L'operatore presso il domicilio del cittadino compilerà le schede/scale di valutazione di propria competenza, che verranno allegate alla cartella socio-sanitaria dell'assistito in carico.

Esistono diverse schede di valutazione multidimensionale e a seconda delle disposizioni di legge si potranno utilizzare schede diverse. Per questo motivo il Sistema implementerà tre schede di valutazione multidimensionali diverse:

1. S.V.A.M.A.
2. V.A.O.R. - A.D.I.
3. Val.Graf.

In fase di configurazione del Sistema si deciderà quale scheda adottare per la valutazione multidimensionale dell'assistito.

Durante la compilazione della scheda di valutazione multidimensionale le informazioni acquisite nelle precedenti fasi (P.U.A.) dovranno essere richiamate e qualora saranno diverse dovranno essere salvate senza modificare le precedenti: bisogna mantenere lo storico delle informazioni.

Per ogni scheda V.M.D. rilevata dovrà essere mantenuto lo storico delle informazioni: se una scheda verrà modificata dovranno essere aggiornate le informazioni mantenendo traccia dei precedenti valori. A questo punto per ogni assistito in carico potranno esserci più schede V.M.D. con la data di rilevazione e operatori diversi che hanno effettuato la rilevazione.

Contestualmente alla valutazione a domicilio da parte dell'operatore U.V.I./U.V.D. vengono risolte le situazioni più impellenti (prelievo, trasfusione, ect.), in modo da tamponare l'emergenza più immediata. Per questo motivo l'operatore deve avere a disposizione gli strumenti per assolvere all'emergenza e per poter tener traccia della prestazione effettuata.

Piano d'assistenza integrato o Piano d'intervento programmato

Durante la seduta l'U.V.I./U.V.D. vengono valutati contemporaneamente più soggetti, per ognuno dei quali viene valutato il bisogno sulla base alle V.M.D. redatte e viene deciso il P.A.I./P.I.T. indicando:

¹⁸ Il familiare o la persona di riferimento per l'assistito in carico



1. Il bisogno
2. L'obiettivo
3. Gli accessi da parte delle figure (MMG/MAP, ota¹⁹, oss²⁰, infermieri, comune, specialisti)
4. Durata del programma
5. Data Inizio e data Fine
6. Data per la rivalutazione programmata, per poter eventualmente aggiornare il P.A.I./P.I.T.

Al termine della seduta viene redatto il verbale, contenente il P.A.I./P.I.T. stabilito, firmato per condivisione da tutti i soggetti intervenuti alla seduta. Allora deve essere possibile stampare i verbali in modo da poterli firmare.

Nel Sistema deve essere disponibile l'elenco delle prestazioni distinte per figura professionale, e per ogni prestazione è indicato il tempo necessario all'esecuzione, l'elenco dei materiali necessari e il costo. Nella redazione del P.A.I./P.I.T. sarà sufficiente selezionare la prestazione e verrà importata in automatica nel piano dell'assistito. Nel caso la prestazione non è presente l'operatore potrà inserirla specificandone le caratteristiche.

All'atto della redazione del P.A.I./P.I.T. deve essere possibile la valutazione dei costi, ovvero il budget preventivo e consuntivo del singolo assistito in carico per l'intera durata del piano assistenziale.

Per ogni singolo P.A.I./P.I.T. stabilito dovrà essere mantenuto lo storico delle informazioni: se durante la rivalutazione di un piano viene modificato dovranno essere aggiornate le informazioni mantenendo traccia dei precedenti valori. A questo punto per ogni assistito in carico potranno esserci più P.A.I./P.I.T. con data diversa.

Rivalutazione del P.A.I./P.I.T.

Per ogni singolo assistito in carico deve essere possibile la rivalutazione del piano assistenziale permettendo l'aggiornamento dei dati assistenziali, facendo in modo che i precedenti valori non vadano persi, e modificare il piano all'occorrenza.

Il processo di rivalutazione può essere attivato in due casi diversi:

1. In base a quanto stabilito nel P.A.I./P.I.T.
2. Il personale medico-infermieristico indipendentemente da quanto stabilito nel P.A.I./P.I.T. effettua le valutazioni ciclicamente utilizzando le seguenti schede:
 - ADL²¹
 - IADL²²
 - DISCO²³
 - CIRS²⁴

alla luce di queste viene redatta la valutazione complessiva e deve essere possibile richiedere, se necessario, la rivalutazione per l'aggiornamento del P.A.I./P.I.T. .

La rivalutazione consiste nel ripetere la fase di startup del processo assistenziale.

Come ribadito nel precedente paragrafo per ogni singolo P.A.I./P.I.T. stabilito dovrà essere mantenuto lo storico delle informazioni.

Note

Per ogni assistito in carico tutte le informazioni socio-sanitarie raccolte in questa fase devono alimentare le singole parti della cartella socio-sanitaria.

¹⁹ Operatore Tecnico addetto all'Assistenza

²⁰ Operatore Socio Sanitario

²¹ Autonomia nelle attività della vita quotidiana

²² Autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana

²³ Disturbi cognitivi del comportamento

²⁴ Malattie concomitanti



Esecuzione processo assistenziale

La fase di esecuzione processo assistenziale racchiude tutte le funzionalità atte a pianificare e soddisfare il servizio di assistenza.

L'elenco che segue, descrive in modo sintetico le varie attività coinvolte in questa fase; tali attività sono illustrate più in dettaglio nei paragrafi successivi.

- Quadratura e Calendarizzazione. Pianificazione gli accessi a domicilio da parte degli operatori in base ai P.A.I./P.I.T.
- Distinte di prestazione. L'elenco delle prestazioni, che l'operatore, deve effettuare al domicilio dell'assistito.
- Rapporto visita. L'operatore effettua l'accesso e all'atto della prestazione annota quello che ha fatto nel diario clinico.

Quadratura e Calendarizzazione

La persona preposta a questa attività è il case manager²⁵.

Nel redigere i calendari bisogna considerare:

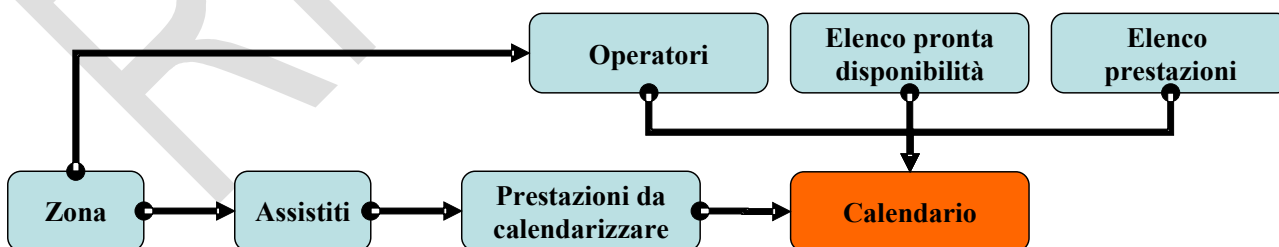
- Il periodo da calendarizzare (settimana, mese, etc.).
- Il calendario già stabilito.
- Le zone (comuni, presidi, etc.) stabilite nella fase di configurazione del sistema.
- L'elenco degli assistiti e del personale in carico distinti per singola zona.
- P.A.I./P.I.T. da calendarizzare.
- L'elenco delle prestazioni.
- L'elenco infermieri pronta disponibilità.
- La sovrapposizione del personale durante gli accessi: due operatori non possono recarsi contemporaneamente presso il domicilio dell'assistito.
- La calendarizzazione di interventi provenienti da Unità Esterne (es. Arriva la richiesta da parte dell'unità di riabilitazione per una valutazione riabilitativa, allora al prossimo accesso, previsto nel P.A.I./P.I.T., l'infermiere provvederà ad effettuare anche la valutazione).

Al termine di questa operazione deve essere possibile visualizzare, e stampare, i turni per l'intero periodo di riferimento (settimana, mese, etc.), le prenotazioni giornaliere e le distinte di prestazione per singolo operatore.

Ad ogni turno di lavoro calendarizzato verrà inviata ad ogni operatore coinvolto nel processo la notifica, per e-mail, di nuova assegnazione. In questo modo l'operatore accede al sistema visualizza, e eventualmente stampa, i nuovi accessi calendarizzati.

Bisogna prevedere delle viste degli accessi per singolo operatore già calendarizzati raggruppati per assistito e per zona, e delle viste delle prestazioni già calendarizzate distinte per assistito e per zone.

Il processo



²⁵ Il MMG/MAP o nei casi particolari una persona diversa, ad esempio nel distretto di Pontecagnano, ASL SA/2, è il dot. Baldi.



Step 1

I nuovi P.A.I./P.I.T. approvati, o rinnovati, vengono scomposti in singole prestazioni, viene identificata la ZONA/PRESIDIO del domicilio dell'ASSISTITO e la FIGURA PROFESSIONALE che deve effettuare l'accesso.

Step 2

Per ogni singola prestazione viene stabilito il GIORNO in cui effettuare l'accesso a domicilio considerando:

1. il CALENDARIO già stabilito – la presenza della figura professionale nella zona in questione
2. la FREQUENZA della prestazione – stabilita nel P.A.I./P.I.T.

Step 3

Per ogni singola prestazione viene stabilito l'operatore che effettuerà l'accesso e gli orari dell'accesso (ora inizio e ora fine), considerando:

1. il CALENDARIO già stabilito – l'operatore a cui è assegnato l'accesso, l'ora inizio e l'ora fine
2. la DISPONIBILITA' DELL'OPERATORE – orario di lavoro, ferie o permessi
3. il CARICO DI LAVORO – ore lavorative effettuate diviso ore totali
4. la DURATA di una prestazione

Se il giorno da calendarizzare è FESTIVO viene considerata la PRONTA DISPONIBILITA' (giorno della settimana – data – orario – operatore in servizio)

Distinte di prestazione

L'operatore accedere al sistema e visualizza il piano di lavoro.
Può visualizzare la propria distinta accedendo:

1. al calendario e cliccando sul giorno di suo interesse;
2. alla sezione "Distinte di prestazione" e ricercando la distinta.
3. può vedere una vista per prestazione per settimana , ovvero per assistito ;

L'operatore deve avere la possibilità di scaricarsi e stamparsi le distinte di suo interesse.

Rapporto visita

Ogni operatore in base alla propria distinta di prestazione si reca presso il domicilio dell'assistito e assolve alle prestazioni assegnategli. In relazione ad ogni singola prestazione deve compilare il rapporto visita, consiste nell'indicare:

- L'orario che è stata effettuata la prestazione (Inizio e Fine).
- Se si sono verificati degli imprevisti.
- Il materiale medico-sanitario effettivamente utilizzato.

Queste informazioni alimenteranno il diario clinico del singolo assistito, contenuto nella cartella socio-sanitaria e saranno a disposizione di tutti gli operatori che hanno in carico l'assistito, oltre al case manager ed all'amministratore del progetto ADI

L'operatore durante l'accesso deve avere la possibilità di effettuare la valutazione intermedia (a cadenza regolare o all'occorrenza) mediante la compilazione delle schede:

- A.D.L.
- I.A.D.L.
- D.I.S.C.O.



- C.I.R.S.

alla luce di queste redige la valutazione complessiva e deve poter richiedere, se necessario, la rivalutazione per l'aggiornamento del P.A.I./P.I.T.

Per ogni assistito in carico tutte le informazioni socio-sanitarie raccolte in questa fase devono alimentare le singole parti della cartella socio-sanitaria.

Servizio call-center

Il servizio call center consiste in quelle operazioni di supporto all'esecuzione del servizio di assistenza. L'elenco che segue, descrive in modo sintetico le varie attività coinvolte in questa fase; tali attività sono illustrate più in dettaglio nei paragrafi successivi.

- Modifica distinte di prestazione. L'operatore della centrale operativa ricerca la distinta e l'assegna ad un altro operatore di pari grado.
- Abilitazione operatore di emergenza. L'operatore della centrale operativa in alcuni casi ha la necessità di abilitare l'operatore di emergenza. Questa operazione si rende necessaria qualora si fornisce il servizio di assistenza H24.

Modifica distinte di prestazione

L'operatore della centrale operativa ha la necessità di modificare le distinte di prestazione pianificate; potrebbe succedere per rinvio degli accessi per mancata disponibilità dell'assistito, oppure l'operatore a cui è stata assegnata non è disponibile, etc.

L'operatore della centrale operativa deve poter:

1. Ricercare la distinta.
2. La visualizza.
3. Apportare le modifiche al singolo accesso, rinviandolo.
4. (oppure) assegnare la distinta ad un altro operatore di pari grado.

In caso 1 – posticipazione di una o più accessi:

- Contestualmente alla modifica viene inviata la notifica, per e-mail, all'operatore a cui è assegnata la distinta, in modo da comunicargli gli accessi spostati.
- Vengono inviate notifiche anche all'assistito/care giver, al case manager ed altri attori scelti di volta in volta
- Vengono calendarizzati gli accessi rinviati.

In caso 2 – assegnazione dell'intera distinta ad un operatore diverso:

- Contestualmente alla modifica viene inviata la notifica, per e-mail, al nuovo operatore.

In entrambi i casi per ogni modifica bisogna mantenere lo storico delle informazioni.

Abilita operatore di emergenza

Deve essere previsto un operatore disponibile in modo da poterlo attivare in qualunque momento nei casi di emergenza. L'assistito ha avuto un'urgenza improvvisa durante i giorni festivi, oppure durante la notte.

Ad es.:

- Si è staccato il catetere.
- Ha bisogno di una flebo urgentemente.
- etc.



Il processo:

1. La centrale operativa riceve la chiamata.
2. Recupera le informazioni sull'assistito in carico.
3. Rileva l'emergenza.
4. Recupera le informazioni sull'operatore di emergenza.
5. Attiva l'operatore notificandogli l'accesso tramite email e telefonandolo sul cellulare.

Per ogni assistito in carico tutte le informazioni socio-sanitarie raccolte in questa fase devono alimentare le singole parti della cartella socio-sanitaria.

Servizio reclami/richieste

Il servizio reclami o segnalazioni consiste nelle operazioni di relazione con il cliente, in questo caso è l'assistito in carico, legate all'assistenza. L'assistito si rivolge alla centrale operativa per fare delle segnalazioni.

Nuovo Reclamo

L'operatore della centrale operativa o l'operatore inseriscono il nuovo reclamo, indicando l'assistito soggetto del reclamo, e lo assegnano al Case Manager, il responsabile del processo assistenziale per quel specifico assistito.

Il sistema contestualmente all'inserimento invia una mail di notifica al responsabile.

Gestisci Reclamo

Il responsabile del reclamo visualizza il reclamo notificatogli, compie tutte le operazioni necessarie a risolverlo e se necessario assegna il caso all'eventuale operatore incaricato a risolverlo materialmente.

In caso di nuova assegnazione il sistema invia la notifica all'operatore e tenendo traccia del flusso e delle informazioni nei vari step.

Visualizza Reclamo

L'operatore della centrale operativa o l'operatore visualizzano l'elenco dei reclami cliccano su uno specifico reclamo visualizzando il dettaglio.

Da prevedere nel ciclo di vita del reclamo la sua chiusura che può chiudere le attività relative al reclamo, ovvero rimandare ad un accesso presso assistito, o incontro del care giver con case manager (MMG), etc etc (sempre con le relative notifiche)

Requisiti non funzionali

Interfaccia utente

Per utilizzare il sistema non occorre nessuna particolare abilità informatica in quanto si presta all'utilizzo di qualunque tipo di utente che troverà molto comprensibili le interfacce grafiche del sistema per accedere alle informazioni che desidera.

Le interfacce user friendly²⁶ eviteranno gli errori e le incomprensioni e, qualora vi fosse qualche errore in fase di inputazione, non causerebbe alcun problema in quanto l'utente sarà guidato dal sistema alla corretta reinputazione.

La forma di presentazione si presenta da subito molto intuitiva, con pulsanti grandi e menu chiari e di facile gestione, realizzati con una grafica che renda il tutto più semplice e piacevole.

Architettura informatica

Dal momento che l'architettura del sistema informativo che si propone di realizzare è basata sul modello "web-based". Grazie a questo tipo di architettura è possibile accedere in modo sicuro a tutte le informazioni aziendali

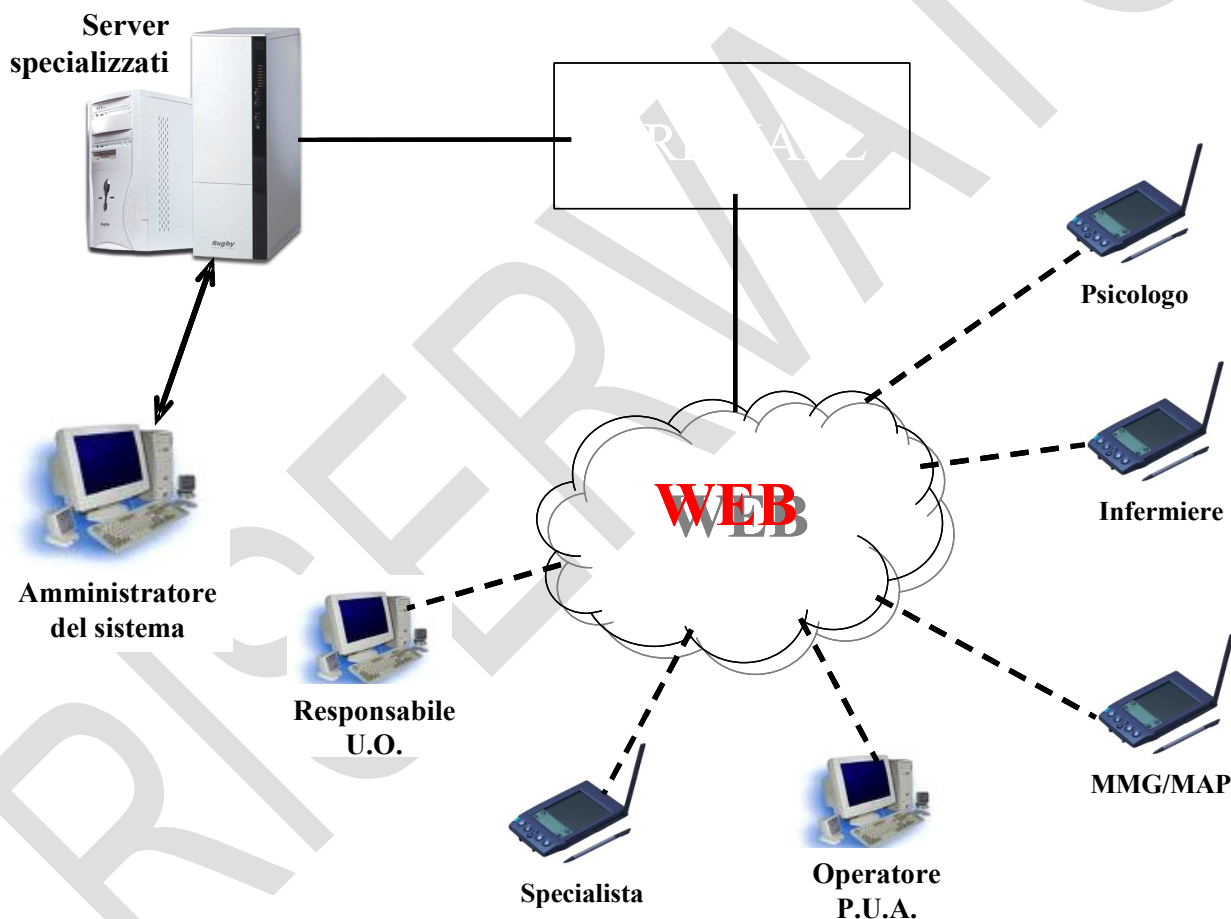
²⁶ Software di facile usabilità. Grazie ad una interfaccia grafica (GUI) accattivante e all'uso di menu, pulsanti, icone, mouse, lo accompagna amichevolmente alla finalizzazione del compito prefisso.



Gli accessi alla rete dovranno avvenire almeno due volte al giorno:

- A inizio giornata per poter accedere alle distinte di prestazione.
- A fine giornata per poter caricare il rapporto visite in modo da aggiornare la cartella socio-sanitaria di ogni assistito.

Vista la necessità di accedere ad Internet allora sarà di vitale importanza, per ovvi motivi di sicurezza, disporre di una macchina dedicata al servizio di firewall³⁴ per proteggere la macchina server da accessi esterni non autorizzati ed evitare che virus o attacchi mirati di persone malintenzionate compromettano l'integrità e il corretto funzionamento del sistema.



Trattamento degli Errori

Il software sarà sviluppato in modo tale da controllare accuratamente le informazioni date in input dagli utenti. Tali controlli riguarderanno in generale l'aspetto formale (ad esempio la coerenza delle date) e saranno applicati sia alle informazioni immesse dagli operatori sia a quelle di carattere gestionale. L'utente che

³⁴ Apparato di rete hardware o software che filtra tutti i pacchetti entranti ed uscenti, da e verso una rete o un computer, applicando regole che contribuiscono alla sicurezza della stessa.



commette un errore in fase di input sarà avvisato tempestivamente e invitato a reinserire le informazioni risultate incorrette.

Un esempio di errore da parte di un operatore può essere il tentativo d'inserire l'orario di fine di un accesso posteriore all'orario d'inizio, in questo caso il sistema dovrà informarlo dell'errore e non dovrà consentirgli di portare a termine l'operazione.

Un altro esempio potrebbe essere la richiesta contemporanea, da parte di due utenti, di modificare una distinta di prestazione; se al momento della richiesta non è possibile soddisfare entrambe le richieste, il sistema dovrà ricorrere al principio di mutua esclusione e decidere quale dei due servire onde evitare che il sistema stesso entri in uno stato anomalo compromettendo, così, il suo corretto funzionamento.

Interfaccia del sistema

Per una gestione corretta e funzionale dello scambio delle informazioni tra gli utenti e il sistema sono state elaborate le seguenti linee guida:

- 1) Prevedere dei form che consentano agli utenti di usufruire delle diverse funzionalità scegliendo tra varie opzioni prestabilite, riducendo, in questo modo, il più possibile la necessità dell'immissione diretta dei dati e, di conseguenza, la possibilità di commettere errori.
- 2) Evitare che il sistema accetti dati provenienti dall'esterno.
- 3) Nei casi in cui l'immissione diretta dei dati è inevitabile si farà ricorso ad opportune componenti grafiche per l'immissione controllata (o mascherata) dei dati. In questo modo si riuscirà a ridurre la complessità del sistema e, allo stesso tempo, si ridurrà notevolmente la quantità di messaggi di errore da proporre agli utenti. Ad esempio, è possibile stabilire un particolare formato per l'inserimento di date e orari e demandare a tali componenti la verifica della coerenza e della correttezza dei dati immessi.

Qualità del sistema

Per quanto concerne gli aspetti della qualità del sistema, si farà riferimento alle seguenti linee guida:

- 1) Prevedere degli alert temporali in modo da prendere gli opportuni provvedimenti. Ad esempio uno operatore prende delle ferie per malattia, allora il sistema avvertirà l'operatore dei buchi che si sono generati nelle distinte di prestazione..
- 2) Nell'assegnazione degli accessi agli operatori bisogna stabilire delle etichette che permetteranno al sistema di identificare quelle nuove in modo da evidenziarle nel calendario.
- 3) Tutte le operazioni saranno gestite attraverso transazioni, cioè tutti i passaggi coinvolti in una operazione saranno considerati come un'unica operazione inscindibile che ha inizio con l'immissione dei dati da parte dell'utente e si conclude con la notifica della sua corretta riuscita da parte del sistema. Qualora si verificasse un imprevisto in uno qualunque dei passi coinvolti, la transazione sarà annullata e tutte le informazioni eventualmente memorizzate nel database saranno rimosse. L'utente sarà informato dell'inconveniente e sarà invitato a ripetere l'operazione. Ciò garantirà, ad esempio, l'assenza di informazioni duplicate in seguito alla ripetizione di operazioni per le quali si verificano degli inconvenienti (mancanza di energia elettrica o una temporanea interruzione della comunicazione) durante la fase di notifica (difetto caratteristico dei sistemi non basati su transazioni).

Sicurezza del sistema

Per ogni operatore sarà previsto un controllo degli accessi completo, ciascuno disporrà di un account personalizzato. Questo consentirà di monitorare con più rigore le attività di amministrazione del sistema. Infatti sarà previsto un meccanismo di tracciamento per tali attività che consentirà di individuare con precisione cosa è stato modificato, quando sono state apportate tali modifiche e chi le ha apportate.

Risorse del sistema

Per quando riguarda il problema delle risorse, bisognerà seguire le seguenti considerazioni:

- 1) Il sistema, formato da parte software e hardware organizzato in un certo modo, sarà installato da un team specializzato con le conoscenze di funzionamento del sistema.
- 2) La manutenzione del sistema dovrebbe essere effettuata annualmente (o semestralmente) per controllare e aggiornare il sistema.
- 3) Ogni operatore è tenuto a comunicare eventuali malfunzionamenti del sistema alla centrale operativa. Quest'ultima si preoccuperà di informare chi di dovere.
- 4) All'interno della centrale operativa può essere selezionato un addetto particolare che controlli il funzionamento del sistema (avvisando l'assistenza tecnica del software per informarli di eventuali malfunzionamenti) e per effettuare il backup giornaliero.

Il progetto SICuD: Sistema ERP

OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO

La Home Medicine S.p.A. intende dotarsi di un sistema informatico di classe ERP in grado di rispondere alle attuali esigenze funzionali nell'ambito della gestione caratteristica della propria organizzazione.

Obiettivo principale del progetto è quindi l'implementazione di un sistema informatico che copra funzionalmente tutte le aree ad esso afferenti ad oggi; non ultimo però, la rilevazione di quelle particolari aree **potenzialmente** non ancora gestite in maniera ottimale per una completa e totale gestione aziendale. Il sistema informatico proposto con il quale si intende gestire lo scenario descritto è **Microsoft Dynamics NAV**

Obiettivo secondario è l'integrazione della procedura ERP con l'applicazione Home PAI-P9 Management System al fine di creare, in ambito CRM, un'area contabile che possa informare sulla produzione documentale amministrativa, sia l'operatore, sia il cliente finale. Di seguito vedremo la strategia di integrazione.

L'adozione quindi di Dynamics NAV è mirato a supportare i processi gestionali del committente, beneficiando di tutti i vantaggi derivanti dall'utilizzo di un sistema integrato intrinseco in Dynamics NAV.

A seguito dell'incontro tenutosi, si sono rilevate le seguenti macro aree funzionali di sicuro interesse:

1. Contabilità e Finanza
2. Contabilità Industriale e Controllo di Gestione
3. CRM

Allo scopo di tracciare in via preliminare i requisiti funzionali del sistema sulla base di quanto rilevato, di seguito sarà descritto, in maniera molto sintetica, lo scenario di riferimento che sarà implementato nel sistema a copertura delle aree funzionali sopra indicate.

Sarà infine fornita una valutazione del progetto di base che prevede l'acquisizione del sistema informatico ed i granuli relativi specifici per le diverse attività aziendali nonché il dimensionamento dei servizi di avviamento necessari.

LE COMPONENTI DEL SISTEMA E LA COPERTURA FUNZIONALE



Il sistema, dal punto di vista prettamente applicativo, sarà dotato dei seguenti moduli:

1. **GESTIONE CONTABILE.** Piano dei conti, registrazione di prima nota, gestione conti correnti bancari, IVA, bilancio CEE.
2. **CICLO ATTIVO E PASSIVO.** Contabilità clienti e fornitori, richieste di acquisto, ordini di acquisto, ricevimento di beni e servizi, utilizzo su commessa, offerte di vendita, ordini di vendita, spedizioni (beni e servizi – consegne), fatturazione attiva, pagamenti, incassi, effetti attivi e passivi, solleciti.
3. **CONTABILITA' INDUSTRIALE e CONTROLLO di GESTIONE.** Centri di consuntivazione, situazioni contabili, analisi per dimensioni.
4. **CONTABILITA' SIMULATA.** Sistema di contabilità parallelo a quella ordinaria per la gestione delle competenze e/o il ribaltamento dei costi per centri di consuntivazione. Situazioni contabili integrate fra contabilità generale e simulata.
5. **DM TOOL.** Sistema per la manipolazione dei documenti registrati (prima nota, fatture/note credito vendita, fatture/note credito acquisto).
6. **CRM.** Gestione Contatti, Gestione Attività, Gestione Opportunità, Integrazione con Controllo di Gestione.



L'INTEGRAZIONE CON IL PAI-P9 MANAGEMENT SYSTEM

L'integrazione tra le due procedure avverrà tramite una libreria di web service che Microsoft Navision mette a disposizione dei programmatori delle terze parti. Questi in particolare riguardano le seguenti classi di informazioni :

1. **GESTIONE LISTINI** . le chiamate al web service offriranno i listini attribuiti al cliente ovvero alla sua categoria;
2. **GESTIONE SCONTI** . In questo caso l'integrazione sarà afferente ad una scala sconti legata ad una politica di fidelizzazione del cliente rispetto anche ai committenti : farmacia, medico di base, asl, etc .
3. **GESTIONE ANAGRAFICHE** . per un aggiornamento live dei dati sensibili sia degli assistiti che degli operatori socio sanitari coinvolti nel processo
4. **GESTIONE ARTICOLI A MAGAZZINO**. La gestione del magazzino in Home è abbastanza complessa dal momento che i presidi o le strumentazioni di diagnostica domiciliare provengono da trattative e forniture molto destrutturate, avvolte legate all'approvvigionamento diretto dell'assistito , il cui uso (quota di ammortamento) va comunque preso in considerazione dal sistema. La difficoltà si estende anche al prezzo di acquisto del materiale e dalla sua strategia di contabilizzazione scelta di volta in volta dal cliente.
5. **DM TOOL**. Sistema per la manipolazione dei documenti registrati (prima nota, fatture/note credito vendita, fatture/note credito acquisto).

Non essendo al momento disponibile una rilevazione delle specifiche esigenze, ne, tanto meno, le procedure operative di fatto già adottate dall'organizzazione, non è possibile definire una precisa copertura funzionale del sistema.

L'architettura di sviluppo è three tier , ed usa Microsoft .Net (C#) come logica di business e Microsoft SQL Server come RDBMS.

Il progetto si svilupperà attraverso le seguenti fasi:

- Fase 1** – Attività di base
- Fase 2** – Analisi e setup
- Fase 3** – Disegno e sviluppo
- Fase 4** – Migrazione dati
- Fase 5** – Formazione
- Fase 6** – Go Live

Fase 1 – Attività di base

- Kick off meeting (presentazione progetto, obiettivi del progetto, project management, team)
- Installazione database server
- Installazione dei client (compresa formazione al personale edp)

Fase 2 – Analisi e Setup

- Interviste Key User
- Simulazioni sul sistema
- Progettazione prototipi
- Elaborazione FRD (Functional Requirements Document)
- Condivisione, revisione ed approvazione FRD

Fase 3 – Disegno e sviluppo

- Implementazione e rilascio procedure

Fase 4 – Migrazione dati

- Migrazione dati (Clienti, Fornitori, Partite aperte...)

Fase 5 – Formazione

- Formazione in aula (Key Users)
- Formazione on the Job



Fase 6 – Go Live Supporto al Go Live

Il progetto SICuD: Portale WEB

Il portale sarà realizzato su soluzione ecube ecms che permette un'agevole redazione dei contenuti ed un veloce aggiornamento della struttura grafica e fisica del portale che cambierà continuamente fisionomia in accordo con le esigenze redazionali.

Il progetto editoriale parte da una mappatura dei contenuti sviluppati, che indica le rubriche statiche e dinamiche del portale.

L'indice degli argomenti saranno affidati ad un lavoro di "datamining" dei contenuti che verranno successivamente rielaborati ai fini di un'efficace lettura e registro delle parole chiave e dei tags da parte dei motori di ricerca.

Allo stesso tempo sarà realizzato un'analisi di benchmarking volta non solo a verificare la presenza di portali e siti legati al tema delle CD, sia come offerta di informazioni che di servizi di CD. L'analisi ha anche l'obiettivo di delineare l'appeal e la struttura grafica del primo e del secondo livello, oltre all'individuazione dei sistemi e delle funzionalità che si ritengono utili al conseguimento della mission (quali il glossario, il blog, la gestione di reclami, lo screening delle opportunità, etc).

In particolare saranno montati i seguenti componenti :

- Gestione redazionale statici : per la creazione ed il montaggio di pagine statiche;
- Gestione news e redazionale dinamici: per la pubblicazione di notizie, eventi, convegni;
- Gestione delle faq: per la pubblicazione delle domande e delle risposte frequenti ;
- Gestione dei menu: gestione dinamica dei tab dei menu sia verticali che orizzontali in accordo con sviluppo grafico e navigazione ipertesto;
- Gestione del path di navigazione e della data;
- Gestione delle immagini dinamiche: per la pubblicazione dei banner di tecnologia flash per l'immagine del portale;
- Gestione dei banner: per la pubblicazione di banner pubblicitari e redazionali;
- Gestione del servizio cerca nel sito: list box per un accesso rapido alle sezioni primarie del portale ;
- Gestione del motore di ricerca: per la ricerca full text delle informazioni all'interno delle parti statiche e dinamiche del portale;
- Gestione delle newsletters: motore per la creazione ed invio a gruppi di interesse delle newsletter pluritematiche del portale;
- Gestione del sitemap: gestione dinamiche delle voci del portale;

Il progetto prevede per ora anche lo sviluppo di moduli verticali seguenti:

- ❖ modulo blog: area destinata alla manifestazione di opinione ed interesse dell'utente web organizzata su blog dedicato;
- ❖ modulo screening: form per la raccolta dati di un cittadino per una valutazione sommaria e generale di multidimensionalità per verificarne la suscettibilità a chiedere di far parte di un progetto di cure domiciliari³⁵;
- ❖ modulo glossario: area dedicata ad un glossario tematico su CD;

Il portale verrà sviluppato su tecnologia **microsoft .net e rdbms microsoft sql server** e risiederà su servizi ISP presso la INET Spa.



Il progetto SICuD: Sistemi UNI EN ISO 9001 e UNI EN ISO 14001

L'attività di consulenza per la realizzazione di sistemi di gestione per la qualità e l'ambiente certificabili in conformità delle norme UNI EN ISO 9001:2008 e UNI EN ISO 14001:2004, consta delle seguenti fasi:

1. analisi dei processi aziendali e dei controlli già in essere per la gestione degli aspetti rilevanti;
2. definizione e progettazione di un sistema di gestione dei processi aziendali che tenga conto della realtà operativa attuale, integrato con le opportune correzioni per renderlo coerente con i requisiti previsti dalle norme;
3. redazione del sistema documentale a supporto dei processi composto da un manuale di gestione integrata (conforme a quanto previsto dalle norme), procedure documentate come previsto dalle norme oltre a quelle che di concerto con la direzione l'azienda riterrà opportuno introdurre al fine di standardizzare i processi stessi, istruzioni operative e moduli per la gestione quotidiana dei processi, ogni altro documento ritenuto utile al raggiungimento dell'obiettivo della consulenza;
4. formazione e addestramento del personale sui sistemi di gestione adottati;
5. conduzione di un ciclo di audit interni e assistenza alla redazione di un primo riesame della direzione (previsti dalle norme ISO);
6. assistenza nella scelta dell'ente di certificazione più adatto allo scopo e nelle fasi dell'iter di certificazione, fino alla sua conclusione.

Il progetto SICuD: Marketing e Comunicazione

Home usufruirà di una consulenza completa di comunicazione che parte dallo studio del marchio e si sviluppa coerentemente in un'analisi di mercato che punta a posizionare correttamente sul mercato i prodotti aziendali, attraverso lo studio dei competitors.

Il lavoro sarà organizzato sia per la struttura aziendale sia per la sua offerta distinta in :

1) Ho.Me. Consonance Analysis Toolkit®

Ecco alcune ipotesi:

1. Prima della strategia, devi conoscere il tuo contesto
2. Conosci il tuo contesto e disegna la tua strategia
3. Se non conosci il tuo contesto, il tuo decidere è affidato al caso
4. Ti aiuta a scegliere la soluzione più adatta per la tua organizzazione
5. Non esistono progetti eccellenti. Solo progetti consonanti al loro contesto

2) Ho.Me. PAI Management System®

Ecco alcune ipotesi:

1. La soluzione gestionale integrata per le cure domiciliari
2. Dalla pianificazione al controllo del tuo modello di cure domiciliari
3. Il sistema gestionale integrato per la gestione delle cure domiciliari
4. Il software che gestisce il tuo modello di cure domiciliari

3) Ho.Me. Bed Shower System® (in alternativa Ho.Me. Shower Comfort®)

Ecco alcune ipotesi:



1. Igiene, pulizia e cura personale per i pazienti fragili o non autosufficienti
 2. Igiene, pulizia e cura personale per le persone fragili o non autosufficienti
 3. Il sistema di doccia a letto per i pazienti fragili o non autosufficienti
 4. Il sistema di doccia a letto per le persone fragili o non autosufficienti
- 4) **Ho.Me. School®**
 - 5) **Ho.Me. Time Project®**
 - 6) **Ho.Me. Personal Health care®**
 - 7) **Ho.Me. Central Office ®**
 - 8) **Ho.Me. Business consulting®**
 - 9) **Ho.Me. Diagnostic and health Care®**

Per ogni soluzione sarà curata la registrazione del marchio , il concept di prodotto , l'appeal del logotipo, il claim o pay off e la sua Comunicazione integrata.

Il marchio e l'identità aziendale

Il marchio rappresenta una promessa che l'azienda fa ai clienti e nello stesso tempo la valutazione che i clienti fanno sul mantenimento di tale promessa. Un marchio di successo stabilisce un legame emotivo e contribuisce a fidelizzare la clientela, può essere considerato la "personalità" dell'azienda, la base su cui impostare l'intera strategia di marketing, è importante quindi che sia ben costruito e facilmente identificabile.

Dopo aver creato il marchio sarà progettata l'immagine coordinata e una serie di supporti necessari per la comunicazione e la promozione dell'attività. Tutto il coordinato sarà realizzato a partire da un progetto che nasce dalle informazioni sull'azienda e si sviluppa secondo un percorso chiaro ed univoco che dia un'identità precisa ed un'immagine della società coerente con le sue finalità.

Allo stesso modo ci si occuperà del naming dei prodotti e dello sviluppo dei rispettivi marchi.

La comunicazione integrata

La comunicazione integrata si svilupperà attraverso:

comunicazione istituzionale

comunicazione pubblicitaria/promozionale

Un secondo step sarà costituito dalla progettazione delle iniziative di comunicazione che si intendono realizzare in un piano integrato di tempi e di mezzi. I messaggi saranno coordinati, coerenti e riconoscibili. La strategia di comunicazione sarà indirizzata ai canali/settori che interessano l'azienda.

Comunicazione istituzionale: riguarderà l'impresa, la sua storia e quindi la sua identità e i suoi valori. Saranno ideate pagine pubblicitarie con layout e pay-off che sintetizzano l'azienda.



Comunicazione promozionale: riguarderà la promozione dei prodotti specifici con una vera e propria campagna pubblicitaria che partirà dall'individuazione del marketing mix per una spinta all'acquisto e proseguirà con l'ideazione e la progettazione dell'immagine della campagna e di tutti i supporti necessari.

RISERLEVATO

Il progetto SICuD: Parte Economico-Finanziaria

Il conto economico previsionale, calcolato a regime nel 2011 quando il programma sarà presumibilmente completato e i fattori di successo illustrati in precedenza si saranno manifestati, seppure ancora non completamente come tutte le start up, è il seguente:

Voce	2008	2011
Ricavi	49.783,0 0	500.000,00
Costi diretti	35.144,0 0	170.000,00
Ammortamenti	2.646,00	73.326,00
Valore aggiunto	11.993,0 0	256.674,00

Nella tabella proposta non sono richiamati i costi del personale, che a regime sarà sicuramente incrementato, ma poiché il calcolo più interessante ai fini dell'investimento riguarda l'incremento di valore aggiunto, così come peraltro indicato anche nella griglia di valutazione del bando della misura, non sono stati indicati tali costi. Si ritiene però che l'incremento di personale diretto sarà abbastanza limitato, mentre sarà maggiormente significativo quello delle collaborazioni sanitarie.

I dati proposti sono assolutamente prudenziali e si ritiene che in un orizzonte temporale di 5 anni dopo la chiusura del progetto ci sarà un incremento dei ricavi fino ad una somma sempre prudenziale pari ad 1 milione di euro. Tale stima si basa sulla potenzialità dell'accordo commerciale stipulato e sul fatto che il bacino di utenza è quello dell'intera nazione, piuttosto che quello delle 3 regioni della sperimentazione iniziale. Infatti da un lato ci sarà l'effetto dell'incremento dovuto all'allargamento della base geografica di riferimento, dall'altro quello della maggiore incisività ed efficacia, che consentiranno economie di scala significative con impatto positivo sui conti aziendali.

Il piano finanziario di copertura delle spese prevede il ricorso alla parte di cofinanziamento a mezzi propri, intesi come acquisizione della parte ancora non versata del capitale iniziale sottoscritto dai soci e del ricorso all'autofinanziamento grazie al cash flow generato dal programma. Inoltre data la rilevanza dell'investimento rispetto all'attuale totale dei ricavi, si ritiene che il maggior costo dell'IVA del 2009 possa essere compensato su altre imposte da versare, oltre che sull'iva da versare a fronte dell'incremento dei ricavi previsto nello stesso anno.

Qualora si rendesse necessario il ricorso al credito bancario, questo lo sarebbe solo per un periodo limitato di tempo e limitatamente al finanziamento del circolante piuttosto che dell'investimento.

Di seguito si riporta una tabella sintetica di copertura dei costi:

voce	Importo
Investimento al netto dell'IVA	353.400,00
Contributo misura 5.2 POR	176.700,00
Versamento soci ancora dovuto	83.000,00
Finanziamento da cash flow e/o da mezzi propri	93.700,00

Conclusioni

Ci piace concludere la nostra relazione con una rappresentazione grafica che evidenzia tutti i fattori critici per il successo di un progetto d'innovazione.

