



POLITICA PER LA QUALITA

Codice documento: PDQ

Rev.: 0

Data: 18/12/2022

	Funzione	Nome	Firma
Emissione	Responsabile Qualità e Risk Management	Monica Bricchi	
Verifica e Approvazione	Direttore Generale	Angelo Cordone	

Premessa

La Politica per la Qualità si declina direttamente dai valori sui quali è imperniata la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, valori che ispirano e orientano tutta l'attività dell'organizzazione secondo **principi di qualità, eticità e innovazione scientifica**, avendo come valore di riferimento **la centralità della persona**, sia paziente che dipendente, che privato cittadino.

Per promuovere l'attività nel rispetto della propria mission in un'ottica di rinnovamento continuo e secondo un orientamento "risk based thinking", la Fondazione ha imperniato la sua organizzazione adottando un Sistema Gestione Qualità (SGQ) secondo la NORMA UNI EN ISO 9001:2015.

«Per una organizzazione l'adozione di un sistema di gestione per la qualità è [.....] una decisione strategica che può aiutare a migliorare la sua prestazione e costituire una solida base per iniziative di sviluppo sostenibile». Rif. ISO 9001:2015 p.to 0.1

Cenni storici

Alla fine del primo conflitto mondiale Carlo Besta, (1876 - 1940), medico valtellinese cresciuto nella ricerca e negli studi a Pavia come discepolo di Camillo Golgi, vide la possibilità di ricoverare e curare migliaia di reduci "feriti cerebrali di guerra" e creare, al contempo, le competenze per migliorare la scienza medica nel campo delle "malattie nervose e mentali". Seguendo questa intuizione nel 1918 fondò un complesso clinico monotematico dedicato alle neuroscienze in grado di confrontarsi per qualità di ricerca e competenza nella cura dei malati neurologici con i più importanti istituti del mondo.

Nel 1978 è stato riconosciuto quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico.

Con Decreto del Ministro della Salute del 28.04.2006 è stata disposta la trasformazione dell'IRCCS in Fondazione con personalità giuridica di diritto pubblico e dal 15 luglio 2006, ha assunto la nuova ragione sociale di "Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta". Il punto di riferimento essenziale per l'attività istituzionale è rinvenibile nello Statuto approvato con il citato Decreto. Con tale atto sono state definite la *Mission* della Fondazione, le attribuzioni dei diversi Organi e la loro composizione.

Valori, Mission e Vision

Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

Obiettivo fondamentale della Fondazione è quello di rispondere al bisogno di salute avendo come valore di riferimento **la centralità della persona**, secondo **principi di qualità, eticità e innovazione scientifica**.

Di conseguenza per realizzare la sua mission persegue le seguenti *finalità fondamentali*:

- **svolgere attività di assistenza sanitaria e di ricerca** biomedica, sanitaria, di tipo clinico e finalizzata alla cura (ricerca traslazionale) **secondo principi di qualità, eticità, trasparenza e integrità**
- **elaborare ed attuare** programmi di **formazione** professionale e di **educazione** sanitaria;
- **fornire supporto** alle **università** (istruzione e formazione pre e post laurea);
- **sperimentare e monitorare forme innovative** di gestione e organizzazione in campo sanitario e di ricerca biomedica

In quanto IRCCS di secondo/terzo livello e contemporaneamente per conseguire i risultati attesi, sono rilevanti i seguenti **fattori esterni**:

- **le politiche nazionali di sviluppo della ricerca e del SSN** anche rispetto alle normative e politiche europee ed internazionali quali l'OMS, non ultimi gli aspetti correlati all'evoluzione della recente pandemia COVID 19
- la legislazione inerente le tematiche volte al rispetto della cura per assolvere **al diritto alla salute**, sancito dalla Costituzione quali il principio di autodeterminazione, il diritto all'informazione e la manifestazione libera del consenso alle cure, il rispetto delle dignità della persona comprendendo nella cura l'accompagnamento alla fine della vita. Queste tematiche coinvolgono i pazienti affetti da patologie

neurologiche impattanti gravemente l'autonomia della persona essendo frequentemente progressive e a prognosi infausta

- le **disposizioni/normative** correlate a tematiche inerenti la **responsabilità sanitaria** (Lg 24/2017 Gelli – Bianco) e la sicurezza sul lavoro
- le **disposizioni e le regole regionali** che stabiliscono l'assetto della Sanità lombarda
- i requisiti di accreditamento con i quali le organizzazioni ospedaliere mantengono **standard di qualità comuni e condivisi** compresa la disponibilità di risorse umane e finanziarie
- in quanto IRCCS i **regolamenti europei** in tema di terapie e requisiti di cura e di **politica del lavoro** quali la recente normativa per il personale della ricerca
- l'evoluzione dell'**Health Technology Assessment (HTA)** che in ambito di **Neuroscienze** ha avuto una spinta tecnologica e informatica alla base dello sviluppo di nuovi ambiti di ricerca, di diagnosi e cura (telemedicina, robotica, intelligenza artificiale, protesica, ingegneria genetica nanotecnologie, etc) e di formazione (tecniche di simulazione per procedure chirurgiche, anestesologiche, rianimatorie e diagnostiche)
- la spinta ad una **sempre maggiore digitalizzazione** sia per i processi clinici che per quelli amministrativi
- tutti i fattori correlati al **rispetto e controllo dei dati**, nei differenti ambiti quali quello tecnologico, informatico di Cybersecurity, concorrenziale e di mercato, economico, culturale, sociale, comunicazione compreso quello sviluppo dei social media
- tutti i fattori correlati al **cambiamento climatico** e alla **crisi energetica**
- il protrarsi della realizzazione della nuova sede prevista nel **progetto "Città della Salute"** insieme all'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) per il quale le iniziative di crescita della Fondazione devono conciliare il l'adattamento al contesto attuale con la possibilità di inserirsi in quello futuro

I fattori interni sono soprattutto influenzati dalla sua origine ed evoluzione storica:

- la sede di tutte le degenze, diagnostiche e gran parte dell'attività ambulatoriale risale a **100 anni orsono**. Conseguentemente la struttura, la logistica e l'impiantistica risentono di schemi costruttivi del passato, fattore che rende l'attualizzazione difficoltosa
- la complessità nell' **adeguamento alla normativa sulla sicurezza degli ambienti di lavoro**
- La crescente **carenza di spazi** che costantemente condiziona le scelte organizzative delle diverse attività rendendo necessari ampliamenti e rimodellamenti per rispondere al bisogno di salute e all'evoluzione sociale e tecnologica
- una popolazione di **pazienti extraregione** assestata intorno al 50% che porta alla necessità di creare/migliorare le possibilità di accoglienza dei pazienti/caregiver/accompagnatori
- la **monospecialità** e l'assenza di PS che comportano la necessità di avvalersi di convenzioni e rapporti di consulenza con ospedali e specialisti per mantenere adeguata l'offerta di assistenza e cura e il livello della ricerca clinica.

La visione prospettica

- nel quadro sanitario nazionale e regionale la Fondazione persegue finalità di eccellenza nella cura e nella ricerca clinica e preclinica nell'area delle Neuroscienze, proponendosi come **struttura di II e III livello** contribuendo al **continuo miglioramento** dell'efficacia terapeutica
- si propone di ottimizzare la standardizzazione dei processi di diagnosi e cura delle patologie neurologiche secondo criteri tecnico-scientifici condivisi, sia a livello locale che nazionale, attraverso la definizione di **percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)** introducendo **modalità innovative di presa in carico** dei pazienti neurologici "fragili"
- si impegna a modificare la propria organizzazione interna, supportando RL, per **far fronte alle richieste di cura** emerse in **fase post pandemica** e recuperare efficienza ed efficacia del SSN
- aderisce in un'ottica regionale e nazionale ai programmi di **digitalizzazione di tutti i processi** sia sanitari che amministrativi, in particolare alla realizzazione della nuova cartella clinica elettronica, parte

integrante del futuro ecosistema digitale regionale. Il rinnovamento e potenziamento della digitalizzazione vengono perseguiti in accordo all' **uniformità di assetto con l'INT** quale futuro partner nella Città della Salute e allo specifico progetto regionale informatico congiunto per i 4 IRCCS. "Technology Transfer Office"

- proponendosi come centro di riferimento nel trattamento e ricerca clinica di disturbi neurologici specifici, malattie rare o patologie di particolare complessità che richiedono capacità di diagnosi attraverso **approcci avanzati sul piano tecnologico** e **personale altamente qualificato**, è impegnata nella messa a punto di processi di formazione super specialistica, complementari all' **attività di ricerca clinica** e preclinica
- persegue un modello di assistenza e cura basato sulla integrazione della clinica alla ricerca e di multidisciplinarietà in accordo alla crescente tendenza a un **trasferimento dei risultati della ricerca ai pazienti in terapia**. Per questo l'organizzazione è evoluta verso un modello dipartimentale/interdipartimentale distinguendo i dipartimenti gestionali da quelli funzionali indirizzati alla ricerca traslazionale
- è volta a mantenere come aspetto caratterizzante e alla base della sua forza competitiva il costante obiettivo di offrire sempre migliori possibilità di cura attraverso **l'identificazione della patogenesi delle malattie** e lo sviluppo di **nuove terapie** da processi sperimentali
- è impegnata a sviluppare, ampliare, consolidare accordi di collaborazione con le più importanti **università e centri di ricerca e cura** nazionali, europei ed extraeuropei, e dare supporto nell'elaborazione ed attuazione di programmi di **formazione pre e post laurea** e di dottorato, e di scambio, indirizzati alla formazione di giovani medici e biologi
- persegue e promuove lo sviluppo di **reti di patologia** a livello nazionale e internazionale per l'elaborazione di protocolli e algoritmi per armonizzare le attività di diagnosi, cura e ricerca in specifiche aree di patologie rare
- partecipa a **reti virtuali** che coinvolgono prestatori di assistenza sanitaria in ambito di **malattie rare** in tutta Europa (ERN), per lo scambio di informazioni e condivisione di conoscenze negli specifici ambiti con altri membri della rete
- persegue i principi di **massima condivisione delle conoscenze** attraverso lo sviluppo di infrastrutture e piattaforme tecnologiche condivise, aperte alla collaborazione sia con gli altri enti del SSN e IRCCS, sia con reti o gruppi di ricerca anche internazionali, sia con partner scientifici e industriali nazionali e internazionali.

Scopo e Campo di Applicazione

La Politica illustra a tutto il personale i principi fondamentali della qualità stabiliti dalla Direzione strategica, gli obiettivi generali relativi alla qualità della performance complessiva della Fondazione e generale degli operatori/utenti.

L'adozione di un Sistema Gestione Qualità (SGQ) in conformità alla Norma UNI EN ISO 9001 fa riferimento al già citato ordinamento di riforma degli IRCCS (D.Lgs 288 del 16/10/2003) all'art.42, paragrafo 3 punto 5) nel quale, tra gli elementi richiesti per l'attribuzione di IRCCS appare come obbligatoria la "certificazione di Qualità dei servizi delle specialità, secondo procedure internazionalmente riconosciute, svolta da parte terza indipendente"

L'adozione di un SGQ in un sistema complesso come quello di un IRCCS, quale scelta gestionale strategica attraverso un approccio per processi, porta allo sviluppo, attuazione e miglioramento dell'efficacia delle attività aziendali secondo il processo **Plan Do Check Act**. Contemporaneamente un orientamento omnicomprensivo "**risk based thinking**" dell'SGQ che valuti e tratti ciò che mette a rischio il raggiungimento degli obiettivi, intendendo per obiettivi tutto ciò che, attraverso l'erogazione di un servizio, risponda alle richieste e ai bisogni del cliente stesso e permetta di **accrescere la "soddisfazione"** del paziente/utente/lavoratore e di tutte le parti interessate.

L'SGQ é rivolto alle parti interne ed esterne all'organizzazione. Si pone come scopo primario quello di valutare la capacità dell'organizzazione a ottemperare ai requisiti del cliente, ai requisiti cogenti e a quelli stabiliti dall'organizzazione stessa. e tenere sotto controllo la stessa con riferimento alla qualità compreso l'ottimizzazione delle risorse. In questo modo anche le evoluzioni organizzative, normative, tecniche, standard di qualità professionale trovano tutti una collocazione nel SGQ, comprese le regole per l'accreditamento, i requisiti minimi di esercizio, i sistemi di indicatori propri, regionali, nazionali, i requisiti locali.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (**POAS 2022-2024, RL Delibera n XI/6812- del 02/08/2022**) in corso di validità, visionabile sulla Intranet illustra la struttura organizzativa, i processi supportati dall'impianto organizzativo, le loro relazioni e dipendenze. I processi comprendono tutte le attività svolte dalla Fondazione; in particolare: **RICERCA TRASLAZIONALE PRE-CLINICA E CLINICA, EROGAZIONE DI SERVIZI DI SUPPORTO SANITARIO, TECNICO, GESTIONALE ED AMMINISTRATIVO E DI COORDINAMENTO SCIENTIFICO E DEI PROCESSI SANITARI DI DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO, DI DAY-HOSPITAL ED IN REGIME AMBULATORIALE PER LE DISCIPLINE DI NEUROCHIRURGIA, NEUROLOGIA E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE. PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI EVENTI FORMATIVI IN AMBITO ECM E NON.** (Certificato ISO 9001.2015 del 11 aprile 2021).

Approccio per Processi

La Politica per la qualità si esprime attraverso la conformità ai requisiti indicati dalla norma UNI EN ISO 9001; metodologicamente si promuove l'adozione di un approccio per processi nello sviluppo, attuazione e miglioramento dell'efficacia del proprio SGQ, al fine di accrescere la soddisfazione del Cliente (paziente/utente) attraverso l'erogazione di un **servizio che risponda, sempre meglio, alle richieste e ai bisogni del cliente stesso**. Ciascuna struttura/servizio definisce e identifica il/i processo/i specifico/i indicando i processi correlati e di supporto, eventuali sottoprocessi, responsabile, procedure e documenti; per ciascun processo o fase il responsabile definisce il/gli indicatori utili per la tenuta sotto controllo. Gli stessi possono variare in base alle esigenze, in alcuni casi possono essere concomitanti agli indicatori utilizzati per valutare l'andamento di un alert di rischio.

Organizzazione "RISK BASED THINKING"

- La finalità primaria della Fondazione in quanto IRCCS è quella di garantire al paziente il migliore percorso possibile, innovativo, che coniughi efficacia del trattamento, correttezza della diagnosi, alto livello di prestazioni consoni allo sviluppo delle Neuroscienze. La Fondazione ha sviluppato un SGQ focalizzato alla gestione dei rischi in tutte le sue attività primarie: assistenza diagnosi e cura, ricerca, ricerca preclinica, clinica-traslazionale, formazione, sicurezza e prevenzione. La **sinergia tra questi due sistemi gestionali** comporta il potenziamento di entrambi gli assessment.
- Il **"risk based thinking"** come visione omnicomprensiva del concetto di rischio correlato agli obiettivi di una organizzazione ospedaliera ha come principale finalità la sicurezza del paziente – gestione del rischio clinico – ma anche la sicurezza dei lavoratori, informatica, oltre a gestione dei rischi in ambito amministrativo, finanziario, formativo, ambientale.
- **Gli obiettivi** comprendono quello fondamentale di rispondere al bisogno di salute in sicurezza, per una organizzazione che in quanto IRCCS è volta allo sviluppo della ricerca nelle Neuroscienze, infine quelli di una struttura che, nel contesto del SSN, deve garantire il diritto alla salute del cittadino, come espresso dalla Costituzione, e contemporaneamente deve saper collocare le risorse nel miglior modo possibile mantenendo standard di qualità e innovazione a livelli europei e internazionali.

Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

L'organizzazione è volta a fornire con regolarità prodotti e servizi che soddisfino la tipologia di cliente (il paziente in generale e neurologico in particolare, ma anche **Ministero/SSN, Regione, ATS** etc) e i requisiti cogenti.

L'organizzazione, contestualmente al mutare delle esigenze, identifica quei servizi necessari per il mantenimento del SGQ, quali per esempio le **Strutture Sanitarie convenzionate** (come il servizio di Pronto Soccorso, la Cardiologia, la Microbiologia, la Riabilitazione, Biobanche etc.) e **le consulenze per professionisti** con specializzazioni diverse dall'ambito neurologico. Completano il quadro i **servizi dati in outsourcing** indispensabili al soddisfacimento del paziente e perché il SGQ venga mantenuto. La Direzione Sanitaria, l'Ufficio Affari generali e legali, il Provveditorato, l'Ingegneria Clinica, l'Ufficio Tecnico, per quanto di competenza, gestiscono consulenze e convenzioni (passive) e ne tengono la tracciabilità.

Perché il sistema continui a "soddisfare" il bisogno di cura dei pazienti affidatigli ma anche le altre parti interessate è necessario che all'interno del SGQ siano comprese delle modalità di controllo e valutazione anche dei suddetti servizi in outsourcing.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico **URP**, tra le funzioni organizzative della DG, è in servizio a disposizione dei cittadini punto di contatto e dialogo tra l'esterno e l'interno con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi sanitari. Sono frequenti le iniziative di supporto psicologico sia rivolte a tipologie specifiche di pazienti sia ai lavoratori o a categorie di lavoratori.

Sul sito è disponibile un link per accedere a un **questionario generale di customer** uno per degenti, uno per pazienti ambulatoriali. Sono presenti anche i rispettivi QRCode. Il servizio di Neuropsicologia clinica

L'Ufficio Stampa, tra le sue attività, contempla il monitoraggio delle notizie sugli organi di stampa e provvede a diffondere all'esterno con opportuni canali notizie e informazioni relative all'attività istituzionale, gestisce le relazioni con i media.

La Presidenza in collaborazione con l'Ufficio Stampa cura i rapporti istituzionali, promuove l'immagine della Fondazione presso i pazienti e stakeholder; identifica e promuove progetti con istituzioni pubbliche, private, associazioni di volontariato, promozione dell'immagine e del brand, definizioni di strategie per attrarre fondi e finanziamenti, sviluppare attività di fundraising e promuovere partnership con soggetti pubblici e privati. La Presidenza detiene un file di registrazione e tracciabilità delle Associazioni di volontariato, di patologia/pazienti. In particolare tiene i rapporti con il sistema associazionistico e il volontariato. E' stato istituito un Regolamento ed una Commissione dedicata a tutto l'ambito associativo/volontario.

Il sito www.istituto-besta.it riporta l'elenco delle Associazioni e i corrispondenti link per poter raggiungere i loro siti.

La Direzione scientifica si rapporta su diversi piani e attività con le Società scientifiche, Enti ed istituzioni utili all'rispletamento dell'attività di ricerca, Sponsor di progetti di ricerca coadiuvata dal Dipartimento di ricerca e sviluppo clinico, le Università italiane e straniere sia per gli aspetti formativi che di ricerca. Dopo la fase pandemica la Direzione Scientifica ha ripreso a organizzare in presenza, nella Biblioteca Scientifica, e in webinar conferenze, seminari, cicli formativi aperti a **medici specialisti, MMG, biologi**, professionisti di altre discipline su tematiche di interesse generale e specialistico, bioetico, normativo.

L'analisi degli stakeholder è sviluppata nell'Allegato 01 del presente documento.

Focalizzazione al Cliente

L'attenzione alle esigenze e alle aspettative del Cliente/Paziente è un requisito base della Politica per la Qualità. I Dipartimenti gestionali e le UUOO cliniche promuovono la realizzazione, l'aggiornamento e la diffusione di documenti che, definendo dettagliatamente i requisiti dei servizi offerti, possano facilitare l'accessibilità e rispondere alle **necessità informative dei pazienti e dei MMG**. Le strutture realizzano informative per patologie, per singoli esami diagnostici, per percorsi diagnostici e terapeutici, per la gestione di alcune fasi del percorso di cura, per aspetti organizzativi specifici. Tutte le informative sono edite nella intranet aziendale e per la maggior parte sul sito della Fondazione dove sono disponibili anche elenchi delle prestazioni e FAQ preparate da ogni struttura per rispondere alle domande più frequenti. Le Direzioni, inoltre, partecipano attivamente alla redazione, in collaborazione con l'URP, della Carta dei Servizi.

 <p>Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p>	<p>POLITICA PER LA QUALITA'</p> <p>COD.: PDQ</p>	<p>Data: 18/12/2022 Rev.: 0 Pagina 7 di 7</p>
---	--	---

Leadership e impegno

La Direzione strategica stabilisce i principi fondamentali della qualità, individua e definisce la qualità dei servizi offerti dalla Fondazione, inclusi la salvaguardia dei requisiti e la soddisfazione del Cliente interno ed esterno, nonché la salute e la sicurezza del personale che vi opera. Definisce gli obiettivi specifici per le strutture, per i singoli collaboratori declinati nel Piano delle Performances e le strategie che, unitamente alla disponibilità delle risorse necessarie, permettono a tutte le strutture di assolvere alla propria specifica *mission*. La Direzione condivide, attraverso riunioni periodiche, le linee strategiche per la realizzazione degli obiettivi.

Stabilire la politica per la Qualità

L'obiettivo principale della Direzione Strategica è mantenere e potenziare le caratteristiche peculiari delle singole strutture cliniche e di ricerca in modo da continuare a rappresentare un riferimento nodale non solo per la Regione, ma per tutto il Paese.

Le Direzioni sono costantemente impegnate in una rilettura degli obiettivi aziendali tale da coniugare gli impegni diretti verso Regione, ATS e Ministero con gli obblighi nei confronti dell'utenza che deve essere soddisfatta nelle sue esigenze implicite ed esplicite, attraverso l'impegno costante dedicato al continuo aggiornamento delle prestazioni clinico/diagnostiche più appropriate, al fine di migliorare l'efficienza diagnostica e fornire trattamenti adeguati ed efficaci.

Comunicare la politica per la Qualità

La Politica per la Qualità è resa disponibile nella intranet all'interno del punto tematico "CERTIFICAZIONE".

La Politica per la Qualità viene aggiornata **ogni 3 anni** in occasione del rifacimento del POAS; lo stesso POAS definisce la trama organizzativa della Fondazione che è stata individuata come la più idonea per realizzare le sue finalità. La struttura organizzativa è strettamente correlata alla Politica per la Qualità. Essa viene **annualmente presa in esame** nell'ambito del Riesame di Direzione e in occasione della definizione e valutazione degli obiettivi aziendali. Sulla base di indicazioni del CdA/Direzione Strategica, le Direzioni di Dipartimento, le Direzioni di SC e i servizi della Fondazione identificano obiettivi e indicatori specifici, misurabili. Il perseguimento degli obiettivi viene costantemente monitorato e vengono identificati, analizzati e pesati tutti i rischi. La politica per la qualità si completa con la gestione del rischio (norme ISO 31000 e ISO 9001:2015) con l'intento di trarre dal trattamento dei rischi delle opportunità di miglioramento e con la razionalizzazione delle attività per coniugare l'ottimizzazione delle performance e contenimento dei costi attraverso la realizzazione di un servizio flessibile che possa rispondere adeguatamente anche ad esigenze diversificate. I contenuti mutano e vengono pianificati e discussi durante gli incontri che annualmente consentono di definire documenti di pianificazione (Obiettivi di Budget, Piano di Formazione del Personale, Piano delle Performances, etc.).

I contenuti riguardanti il SGQ vengono resi noti con mezzi di comunicazione adeguati, prevalentemente email e secondo procedure che ne attuano la diffusione capillare. Alcune tematiche sono sviluppate sul sito con l'obiettivo di informare i pazienti e in generale la popolazione delle caratteristiche della Fondazione.

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO INTERNO PER LA DEFINIZIONE:
CLASSIFICAZIONE E INDIVIDUAZIONE DEGLI STAKEHOLDER ovvero
PORTATORI DI INTERESSE**

Definizione

Stakeholder è detto qualsiasi individuo, gruppo di persone o organizzazione (indipendentemente, in quest'ultimo caso, dalla sua natura profit o no profit) che nutra un qualche tipo di interesse verso un progetto o verso gli obiettivi di business che un'azienda persegue e il modo in cui lo fa.

Il dizionario Merriam-Webster conferma come, anche nel suo uso corrente, stakeholder significa persona «che è direttamente coinvolta nel o colpita dal corso di un'azione». A seconda del contesto il termine può assumere infatti accezioni in parte diverse. Gli stakeholder di un progetto sono, per esempio, tutte le persone o i gruppi che sostengono quel progetto in diverso modo e ne hanno a cuore la buona riuscita, inclusi quindi gli sviluppatori ovviamente, ma anche project manager, investitori, consulenti e persino tester del progetto. Quando si parla di stakeholder aziendali si fa riferimento, invece, a tutti quegli individui e quei gruppi «senza il cui sostegno l'organizzazione cesserebbe di esistere». E' questa una prima definizione che, a inizi anni Ottanta, diede Freeman, uno dei principali teorici dell'argomento. Ci sono comunque stakeholder in tutti gli ambiti come il turismo, il settore farmaceutico, la finanza etc, intesi come soggetti che muovono interessi diversi all'interno di ciascuno di questi settori. Se quando si parla di stakeholder si tende a pensare quasi esclusivamente ai portatori di interessi di un'azienda è perché negli anni Ottanta la teoria degli stakeholder fece dell'individuazione degli stessi materia privilegiata della "corporate governance". Tipici esempi di stakeholder aziendali sono i **dipendenti**, i **manager**, i componenti del "**board direttivo**" e detentori di asset, **proprietari**, ma anche gli **investitori**, i **fornitori** o soggetti che si trovano a monte o a valle della stessa filiera produttiva o, ancora, **clienti** e **community** di consumatori.

La stakeholder theory¹ si è evoluta nel tempo e ha assunto a volte una portata più estesa onnicomprensiva a volte, invece, una portata più ristretta e puntuale: se Freeman – uno dei primi teorici della materia – e Reed sostenevano che persino i **competitor** potessero essere considerati in qualche misura degli stakeholder di un'azienda, per quanto, in una logica esclusivamente concorrenziale, portatori di interessi negativi², altri studiosi hanno sottolineato la necessità di considerare stakeholder solo quegli individui o quei gruppi di individui le cui decisioni possano avere effetti più diretti e di prima mano sulle attività aziendali.

Il campo rimane comunque vasto, la maggior parte delle aziende è oggi costituita da aziende **multistakeholder** e individuare di quali interessi sia portatrice **la molteplicità di soggetti che interagisce con una organizzazione** non è sempre facile. Per una molteplicità di stakeholder con cui le organizzazioni devono confrontarsi, c'è anche una molteplicità di interessi in gioco³ per esempio la crescita della stessa, il raggiungimento degli obiettivi economici e non, per gli investitori il ritorno sugli investimenti effettuati; per i dipendenti la giusta soddisfazione economica, la possibilità di crescere professionalmente e personalmente, la possibilità di disporre di piani di welfare aziendale; e ancora, il principale interesse per i governi potrebbe essere che le aziende contribuiscano della crescita del proprio paese, rispettino norme e regolamenti nazionali e sistemi di tassazione, favoriscano lo sviluppo economico e il miglioramento della qualità di vita.

Classificazione

Nel tempo sono state individuate, per semplicità, alcune diverse tipologie di stakeholder. La distinzione di più immediata comprensione è quella tra internal stakeholder ed external stakeholder. Stakeholder interni: sono tutti quei soggetti che interagiscono direttamente e dall'interno dell'organizzazione appunto con i processi aziendali come proprietari, membri del CDA, manager, dipendenti etc.

Stakeholder esterni: sono invece tutti quei soggetti – istituzioni, governi, authority di settore, consumatori, associazioni di tutela, ecc. – che, pur operando al di fuori dell’ambito aziendale, hanno interesse nell’attività della stessa.

Un’altra classica distinzione tiene conto, invece, della rilevanza che gli stakeholder hanno per l’azienda e di quanto profondamente decisioni e azioni di quest’ultimi siano in grado di impattare su attività e risultati. Si individuano in questo senso:

Stakeholder primari: i più influenti per l’azienda e più direttamente legati alle sorti aziendali

Stakeholder secondari: soggetti che meno direttamente hanno un peso o sono interessati dalle conseguenze delle attività aziendali

Stakeholder terziari ed excluded stakeholder sono, rispettivamente, soggetti portatori di interessi solo marginali nei confronti dell’azienda e soggetti che non hanno quasi alcun impatto sul business e che a loro volta non sono praticamente interessati dai suoi effetti.

Mappare gli stakeholder

La classica matrice degli stakeholder li posiziona su un piano cartesiano secondo due assi che rappresentano, rispettivamente, potere e influenza degli stessi.

In particolare:

- **gli stakeholder deboli** sono quella categoria che ha un alto interesse ma bassa influenza e che mettendosi in relazione con l’azienda, è doveroso coinvolgere;
- **gli stakeholder appetibili** sono quella tipologia che ha un basso interesse ma alta influenza e che è conveniente coinvolgere nell’attività aziendale;
- **gli stakeholder essenziali** sono quella tipologia che ha un alto interesse e un’alta influenza, che hanno quindi, una rilevante capacità di intervento sull’attività aziendale e che è necessario coinvolgere

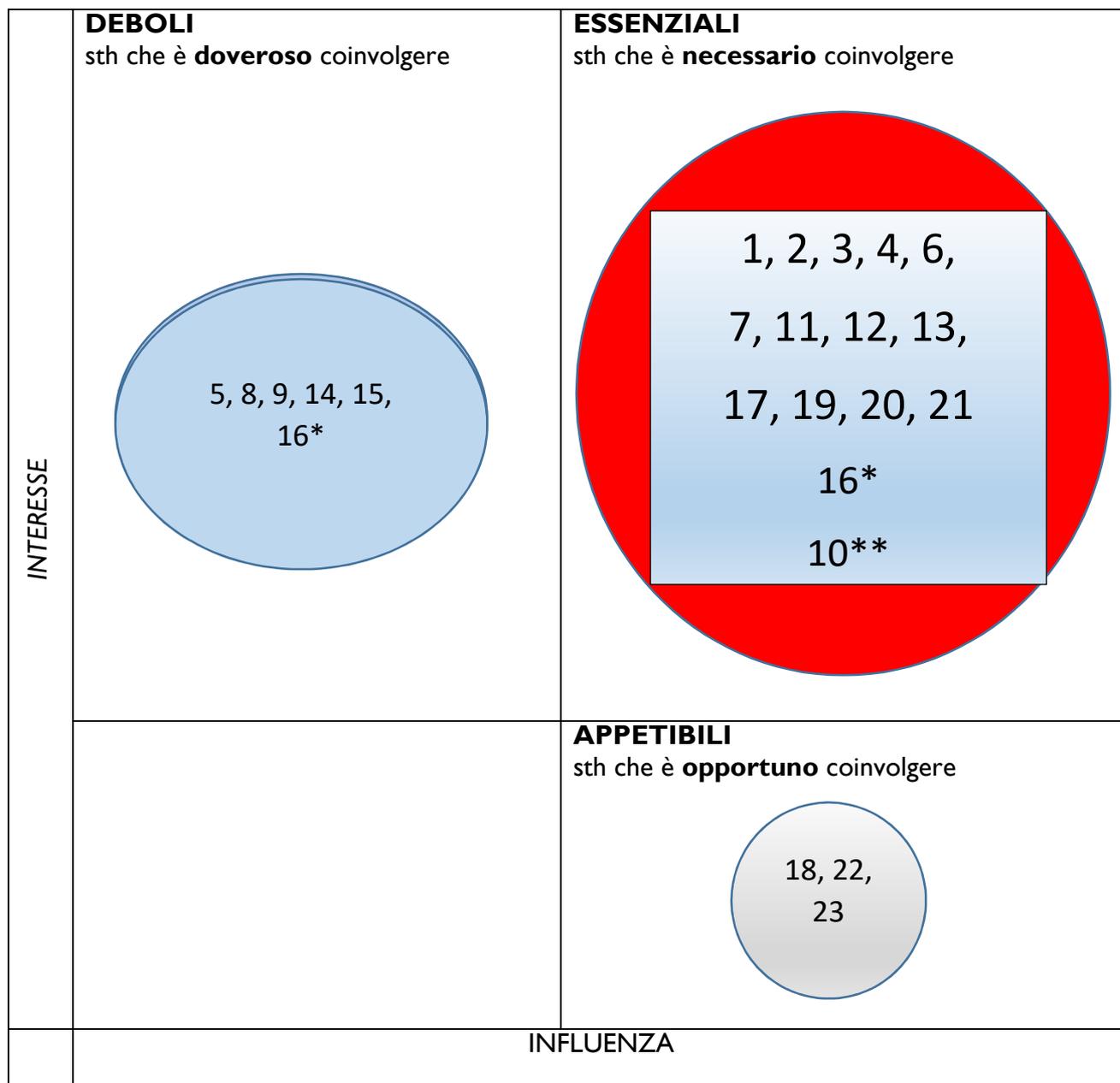
Operazioni di questo tipo non hanno un valore solo conoscitivo ma possono periodicamente aiutare l’organizzazione a fare una sorta di analisi SWOT di minacce e possibili alleati che le vengono dal mercato e sono soprattutto un buon punto di partenza per il cosiddetto “stakeholder management”. Per una migliore gestione degli stakeholder management⁴ è necessario mantenere soprattutto un costante e nutrito scambio di comunicazione, meglio se documentato o supportato dalla condivisione periodica di reportistica e dati a disposizione dell’azienda, che ne riguardino attività o obiettivi da raggiungere o già raggiunti per chiunque si trovi a prendere decisioni che hanno impatto sulla vita aziendale. Nel processo di stakeholder engagement ascoltare i propri portatori di interessi, e non di rado provare a conciliare quest’ultimi e non sempre omogenei tra di loro, è un livello base obbligatorio per poter poi, a un livello successivo, provare a coinvolgere sempre più direttamente gli stakeholder nei processi e durante i momenti chiave della vita aziendale.

Nella tabella seguente Tab. I sono indicati gli stakeholder o le categorie di stakeholder della Fondazione classificati in interni ed esterni e in base all'apporto o al ricevimento di risorse.

	Stakeholder	NOTE	Ricevono risorse ^a	Forniscono risorse ^a
1	Direzione Generale		X	x
2	Consiglio di Amministrazione		X	x
3	Forza Lavoro	Tutti i dipendenti	X	x
4	Ministero della Salute		X	x
5	Consiglio Nazionale delle Ricerche		X	x
6	Regione		X	x
7	ATS		X	x
8	Comunità		X	x
9	MMG/Specialisti		X	x
10	Sindacati		X	x
11	Ospedali in Convenzione e Consulenti	La monospécialità richiede che altri ospedali/RSA forniscono prestazioni (Niguarda, Santi Paolo e Carlo, Politecnico, Sacco, Fatebenefratelli, Istituto Nazionale dei Tumori, IEO, San Raffaele, Buzzi, Clinica Mangiagalli, Maugeri, Multimedia, Anatomia Patologica, Obitorio-Medicina Legale), Medici del Lavoro, Veterinaria, consulenti attivi Neurologi, Neurochirurghi, Neuropsichiatri in altri ospedali (INT, Buzzi, IEO, Sacra Famiglia, etc.)	X	x
12	Sponsor (case farmaceutiche, Ditte manifatturiere, Società, etc.)			x
13	Finanziatori (anche Enti e Istituzioni) e donatori privati per cura o progetti di ricerca	Anche 5x1000/Telethon, etc.		x
14	Associazioni di volontariato: Pet Therapy, Pagliacci, Thun, PINO, AVO, ABIO, etc.			x
15	Centri di patologia	Regionali, nazionali, internazionali	X	x
16	Associazione per patologia: pazienti, caregiver (Miastenia Gravis, SM, SLA, Malattia di Alzheimer, etc.)		X	x
17	Pazienti		X	x
18	Testimonial			x
19	UniMI (medicina e chirurgia, Fisica, Veterinaria) Politecnico di Milano, Boston University, Stanford University, etc.		X	x
20	Ditte e servizi in Outsourcing	Ampia categoria di Ditte e Servizi esterni che garantiscono le forniture e il corretto funzionamento dell'ospedale (Pulitori&Affini, Lavanolo, Pellegrini, Cryomanagement, Servizi di guardiania, Microdisegno, Sigma paghe, Sigma Formazione, Dedalus, Ormaweb, Oracle, ADT, CUP Camelia, Edison per Tecnico, Global Service per SIC, Istituto Zooprofilattico, RINA, Marsh assicurazioni e Brocker assicurazioni, Croce d'Oro, Help desk informatico, Studio Legale Piana, Brain srl, Consigliere di fiducia, ditte manutenzioni grandi apparecchiature)	X	x
21	Fornitori	Ditte fornitrici di materiali di consumo, farmaci per cura e sperimentali, reagenti, materiale tecnologico, etc.	X	x
22	Servizi di emergenza			x
23	Media			x

^a Per risorse si intende l'interesse non necessariamente economico che si manifesta tra la Fondazione e lo stakeholder

Nello schema a matrice successivo (Tab. 2) gli stessi, indicati con il numero, sono rappresentati in base a influenza (in ascissa) e potere/interesse (in ordinata).



*16 Associazioni per patologia forte influenza se la popolazione affetta è in elevato numero, bassa influenza se la patologia è rara

** 10 Sindacati categoria in relazione indiretta sull'organizzazione a influenza forte e forte interesse

Nella seguente Tab. 3 sono riportati i soggetti che detengono gli elenchi degli stakeholders esterni, comprensivi dei riferimenti necessari per eventuali contatti diretti.

Stakeholder	Soggetto detentore elenco stakeholder				
	Presidenza	Direzione Scientifica	Direzione Sanitaria	Affari Generali e Legali	Provveditorato
Associazioni di volontariato*	X				
Associazioni Patologie*	X				
Convenzioni attive			X	X	
Convenzioni passive			X	X	
Consulenze attive			X	X	
Consulenze passive			X	X	
Fornitori					X
Servizi in outsourcing					X
Società scientifiche		X			
Enti ed istituzioni utili all'espletamento dell'attività di ricerca		X			
Sponsor progetti di ricerca		X			

*anche www.istituto-besta.it

Bibliografia

1. Post J.E., Prerston L.E., Sachs S., "Redefining the Corporation", Stanford University Press, 2002
2. Freeman R.E., Reed D.L., "Stockholders and Stakeholders: A New Perspective on Corporate Governance", in California Management Review, 25(3), 1983
3. Serretta H. et al., "Core corporate governance dilemmas facing boards. A South African perspective", in SAJEMS, 12(2), 2009
4. Reborà G., "Manuale di organizzazione aziendale", Carocci, 2001