



E.O. Ospedali Galliera di Genova

(L.833/1978, art. 41; D.lgs n.517/1993 art. 4 c. 12)

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione

(D.P.C.M. 14 luglio 1995)

PRESIDENZA

S.C. Pianificazione e controllo strategico

Dirigente: dott.ssa Marina Iannucci

Funzionario referente: dott.ssa Giovanna Agnese

Piano strategico 2009-2011

II VICE PRESIDENTE

12 dicembre 2008

Indice generale

1 Mission e vision.....	3
2 Sintesi del contesto normativo regionale.....	5
3 Contesto di riferimento interno.....	7
4 Indirizzi strategici.....	8
4.1 Fragilità.....	9
4.1.1 Percorso nascita.....	9
4.1.2 Anziani.....	10
4.1.3 Disabilità croniche.....	10
4.1.4 Percorsi di Emergenza / Elezione.....	11
4.1.5 Organizzazione dell'ospedale per intensità di cura.....	11
Fasi di sviluppo del Piano strategico.....	13

1 Mission e vision

La definizione di un piano strategico rappresenta un'opportunità di approfondimento dei criteri che sorreggono un'organizzazione e consente di mettere in evidenza gli elementi di rilievo dai quali far derivare poi l'intera impostazione strategica.

Nel predisporre il Piano strategico per il triennio 2009 – 2011 è necessario considerare che negli anni a venire il Galliera si troverà fortemente impegnato nella progettazione di un Nuovo Ospedale, con la duplice esigenza di garantire la gestione delle attività sanitarie nella vecchia struttura e di prepararne il passaggio alla nuova.

Nell'intento del Consiglio e della Direzione, il Nuovo Ospedale non sarà “nuovo” solo dal punto di vista strutturale, ma dovrà essere pensato in maniera nuova e fortemente innovativa per l'erogazione di servizi di eccellenza. La nuova struttura, o meglio ancora la funzione del nuovo Galliera, dovrà essere improntata ai valori che hanno ispirato da sempre la *mission* del Galliera, sviluppando la valorizzazione del capitale di conoscenze ed esperienze e generare, quindi, un nuovo contesto in grado di offrire al paziente servizi sempre migliori e personalizzati.

Alla luce di questa premessa, l'intera strategia dell'Ente deve svilupparsi partendo da tre principi fondamentali:

1. **la centralità della persona:** nei confronti delle persone coinvolte nel processo di cura (pazienti, dipendenti, famigliari), intesa come pieno riconoscimento e rispetto della dignità della persona, a cui deve essere imputata l'attività di assistenza e di ricerca scientifica e tecnologica;
2. **lo stile:** inteso come abituale modo di essere e di agire solidale, partecipativo e responsabile, capace incidere significativamente sulla qualità delle prestazioni e di rappresentare un modello di riferimento per tutte le persone con cui l'ospedale interagisce.
3. **l'eccellenza:** a cui bisogna puntare per il raggiungimento del massimo livello in ogni situazione; per orientare quindi professionalità, ricerca, tecnologia e comportamenti.

Tali valori, integrati con la funzione assistenziale dell'ospedale, trovano una loro sintesi nel “**prendere in carico il paziente**” il quale, in un momento delicato per sé o per i suoi famigliari, si affida all'ospedale e ha bisogno di trovare accoglienza, rispetto, attenzione, affidabilità,

orientamenti e, allo stesso tempo, sentirsi attore e partecipe del processo di cura.

Già nel precedente Piano strategico (2006-2008) si è fatto riferimento a questo tipo di approccio al paziente ma, considerata l'importanza di una re-ingegnerizzazione del sistema relazionale nel suo complesso, è necessario che nel nuovo Piano strategico dell'Ospedale Galliera l'affermazione del concetto di presa in carico del paziente sia posto come obiettivo primario e punto di partenza dal quale far discendere le iniziative da attuare affinché l'obiettivo sia concretamente ed efficacemente perseguito.

Il perseguimento di questo obiettivo primario, oltre alla definizione di indirizzi strategici e programmi operativi sulle specifiche tematiche, richiede:

- lo sviluppo dei rapporti e l'interazione con le altre strutture di assistenza, le istituzioni, le associazioni di volontariato, le famiglie e la società civile nel suo complesso, per favorire la continuità assistenziale e assicurare la tutela della persona;
- la predisposizione di piani di formazione e di ricerca mirati ad accrescere le competenze e le esperienze dei dipendenti, con lo scopo di formare veri e propri esperti nei settori critici, capaci di interiorizzare i valori di fondo, di diffonderli e di condividerli con gli interlocutori esterni (*stakeholders*);
- il coinvolgimento della componente amministrativa perché svolga un'efficace funzione di supporto per consentire la realizzazione degli obiettivi, nel rispetto dei principi di economicità e di efficienza.

La definizione delle linee strategiche per il prossimo triennio, infine, dovrà basarsi sui seguenti elementi:

1. i principi e i valori di fondo;
2. il quadro di riferimento regionale;
3. la situazione attuale dell'ospedale;
4. la continuità con il piano strategico 2006-2008;
5. la progettazione del nuovo ospedale.

2 Sintesi del contesto normativo regionale

1. Finanziaria 2007

- Aggiornamento dei LEA (salute della donna e del neonato, malattie rare, qualità nei percorsi di cura, ma anche nelle procedure gestionali e organizzative)
- potenziamento dei fondi per la ricerca

2. DGR 1235 del 19/10/2007 -Misure organizzative per l'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie maggiormente critiche

- Contenimento dei tempi di attesa entro 30 giorni
- Misure atte alla riduzione del fenomeno del “drop out”

3. DGR 1439 del 30/11/2007 -Riorganizzazione della rete di strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio

a) Obiettivi comuni alle tre aree ottimali:

- Contribuire al risparmio di gestione, alla razionalizzazione delle risorse umane e al miglioramento dell'efficienza organizzativa dei laboratori e all'ottimizzazione dell'utilizzazione della tecnologia strumentale
- Ridurre il tempo di risposta
- Sfruttare la tecnologia informatica per decentrare e portare direttamente la risposta all'utente

b) Obiettivi per il Galliera:

- integrazione progressiva con l'OEI e contestuale integrazione delle reti informatiche al fine di garantire all'OEI l'attività di laboratorio di urgenza. Il compito del nuovo Laboratorio Logico virtuale sarà quello di continuare a perseguire gli obiettivi di miglioramento complessivo del sistema.
- A partire dal 01/01/2009: realizzazione di 3.000.000 test/anno

4. PSSR Regione Liguria (DCR 8 del 22/02/2008)

Il modello organizzativo proposto nella bozza del Piano socio sanitario regionale prevede la costituzione di reti integrate di servizi costituite secondo due direttrici (o assi di integrazione necessari):

- reti verticali: racchiudono al loro interno strutture con una loro organizzazione, ancora divise secondo i confini delle ASL e messe a rete solo parzialmente. Sono costituite da quattro grandi aree tematiche, sfondo del Sistema Sanitario Regionale;
- reti orizzontali: che danno origine a percorsi diagnostico terapeutici orizzontali e attraversano le 4 grandi aree verticali creando le connessioni tra di esse;
- le reti tematiche su questioni di particolare rilevanza.

Reti verticali		
<ul style="list-style-type: none"> ● prevenzione ● acuzie/emergenza/urgenza ● cronicità ● riabilitazione 		
Reti orizzontali		
<ul style="list-style-type: none"> ● anziani ● cardiologica ● cure palliative ● diabete ● disabili ● demenze ● nefrologica ● neurologica ● oncologica 	<ul style="list-style-type: none"> ● cronicità ● Pediatrica: <ul style="list-style-type: none"> ○ percorso nascite ○ urgenza emergenza ○ pediatria territoriale ● politrauma ● prevenzione comunità ● prevenzione famigliari 	<ul style="list-style-type: none"> ● prevenzione rischio clinico ● psichiatria e dipendenze ● respiratoria ● malattie allergiche (respiratorie e non) ● salute in carcere ● reumatologia ● ortopedia e traumatologia
Reti tematiche		
<ul style="list-style-type: none"> ● edilizia sanitaria ● rete informativa ● malattie rare e genetica ● medicina complementare ● trapianti 		

Per quanto riguarda la gestione dei servizi, viene proposto il modello di ospedale per intensità di cure, per il quale è prevista la figura dell'*hospitalist* e la divisione in aree di degenza internistica e chirurgica, a loro volta suddivise in semi-intensiva, cure intermedie, recupero funzionale, collegate dal sistema di emergenza-urgenza intra ed extra ospedaliera.

Poiché le attività socio-sanitarie territoriali rappresentano la chiave di volta per permettere una maggiore appropriatezza delle prestazioni ospedaliere, grande importanza viene data agli investimenti mirati all'integrazione ospedale-territorio.

3 Contesto di riferimento interno

A seguito della presentazione da parte del Vice Presidente al Consiglio di Amministrazione e al Collegio di Direzione del documento “Principi e impostazioni del Piano strategico 2009-2011”, sono stati contattati per degli incontri tematici i Dipartimenti. In questi incontri sono state consegnate delle schede per rilevare i punti di forza e di debolezza percepiti dal personale e le proposte di miglioramento.

A questa richiesta, molti operatori hanno corrisposto attivamente offrendo interessanti spunti di analisi interna e proposte orientate al conseguimento degli obiettivi.

Nello spirito di allargare la partecipazione alla costruzione del Piano strategico agli “*stakeholders*” si è svolto un incontro con il Forum del III settore che comprende le più rappresentative associazioni di volontariato sul territorio, allo scopo di raccogliere utili indicazioni su come rendere effettivamente attuabili tali principi.

4 Indirizzi strategici

Fermo restando, per quanto ancora compatibili o coerenti, i contenuti e gli indirizzi presenti nel Piano Strategico 2006 – 2008, di seguito vengono rappresentate - sulla base di quanto emerge dal contesto di riferimento - le priorità su cui orientare i programmi operativi e indirizzare gli investimenti per il triennio 2009 – 2011, secondo la logica di un “sistema ospedale” che sia l'espressione di un nuovo approccio assistenziale che ponga al centro il percorso di cura della persona, con particolare riguardo a:

- **i percorsi assistenziali legati ai soggetti "fragili": nascita, disabilità croniche, anziani;**
- **i percorsi di emergenza/elezione**
- **la gestione integrata dei percorsi di cura (*case management*) e l'organizzazione delle attività assistenziali per “intensità di cura”.**

Questi tre ambiti non rappresentano aree distinte, ma sono fortemente intercorrelati e devono essere gestiti trasversalmente, con una piena integrazione tra gli aspetti clinici e quelli gestionali, avvalendosi anche degli apporti di tutte le organizzazioni che operano nel territorio e in stretta connessione con le reti regionali.

In aggiunta a questi obiettivi primari, il Piano strategico 2009-2011 comprenderà gli obiettivi di miglioramento che saranno definiti sulla base della valutazione degli esiti del precedente Piano strategico - al fine di dare continuità al processo di pianificazione e controllo dell'Ente - e dell'analisi SWOT, comprensiva degli spunti ricevuti dai dipendenti e dagli *stakeholders*. Le principali aree da presidiare sono:

1. la comunicazione;
2. la riorganizzazione dei processi interni;
3. l'ottimizzazione delle risorse umane;
4. i piani di formazione e di ricerca.

4.1 Fragilità

I pazienti affetti da fragilità si trovano in una condizione particolarmente gravosa per sé e i loro familiari, in quanto la loro condizione, non qualificandosi come una patologia acuta, non trova sufficienti risposte nei servizi socio-sanitari.

Considerato che tali situazioni di fragilità richiedono un approccio che riguardi sia gli aspetti strettamente clinici sia gli aspetti psicologici e sociali le iniziative per offrire una migliore qualità della vita della persona e della famiglia, devono essere mirate su obiettivi plurimi, nei diversi ambiti.

L'ospedale Galliera ha uno storico di eccellenza in alcuni di questi ambiti, ma lo sforzo richiesto dovrà essere orientato a dare una maggiore organicità ai percorsi assistenziali collegati con il territorio e a rendere sistematici e tracciabili tali percorsi.

4.1.1 Percorso nascita

La finalità rispetto a questo tema è quella di creare le condizioni per rafforzare il sistema di rete tra le varie strutture che sono coinvolte nel percorso (ostetricia, neonatologia, laboratorio di genetica, microcitemia, laboratorio biomolecolare-Down), attraverso il potenziamento delle attività in essere e la definizione di percorsi integrati in collaborazione con i consultori, i pediatri di famiglia e le associazioni di volontariato impegnate nella tutela della maternità e dei minori, allo scopo di:

- migliorare il benessere e la salute della mamma e del bambino, che devono essere assistiti, accompagnati e sostenuti dal momento della gestazione ai primi mesi di vita,
- consentire una tempestiva identificazione degli eventuali fattori di rischio;
- non lasciare soli i genitori di fronte a scelte difficili riguardanti le malattie congenite, ma informarli e accompagnarli, avvalendosi anche dell'apporto dei servizi sociali e delle associazioni di volontariato.

4.1.2 Anziani

In un'ottica di continuità con gli obiettivi del precedente Piano strategico, l'attenzione alle problematiche degli anziani deve essere mantenuta attraverso:

- a) la definizione di percorsi ad hoc per anziani,
- b) il potenziamento delle cure intermedie e delle dimissioni protette,
- c) lo sviluppo dell'integrazione con il territorio e con l'assistenza domiciliare,
- d) l'ampliamento dell'offerta della struttura del Chiappeto.

L'obiettivo primario è quello di esercitare un maggiore controllo sui flussi in entrata e in uscita e limitare il ricorso al ricovero in ospedale. Per questo motivo devono essere favorite le soluzioni che facilitino i rapporti con gli anziani e le loro famiglie, come ad esempio le intese con le residenze assistenziali, l'ambulatorio per i dimessi e protocolli condivisi con i medici di medicina generale.

4.1.3 Disabilità croniche

Le disabilità croniche - con particolare riguardo alle demenze, i malati terminali, i pazienti postacuti con scarse possibilità di recupero e quelli affetti da malattie croniche invalidanti - pur rappresentando condizioni che richiedono prevalentemente un intervento riabilitativo extra-ospedaliero, incidono fortemente sull'attività dell'ospedale per il forte impatto negativo sui flussi in entrata e in uscita di questi pazienti, dovuto essenzialmente a carenze di strutture riabilitative e a uno scarso coordinamento tra l'ospedale e i servizi del territorio. In queste situazioni spesso l'ospedale rappresenta solo un momento di passaggio nel momento di acuzie, ma non può fornire le risposte assistenziali di cui i pazienti hanno effettivamente bisogno.

Come per gli anziani, nello spirito della presa in carico del paziente e della famiglia, devono essere favorite le iniziative orientate sia a una migliore gestione di queste patologie sia al potenziamento delle interazioni con il territorio e le strutture di assistenza.

Tra le disabilità sopra indicate, è opportuno considerare anche alcune patologie emergenti, in particolare l'obesità, che rappresenta una condizione di forte rischio per la salute non sempre adeguatamente prevenuta e curata.

4.1. 4 Percorsi di Emergenza / Elezione

Il forte afflusso di pazienti in ospedale attraverso il pronto soccorso determina non solo problemi per una loro adeguata sistemazione nelle strutture di ricovero, ma incide in maniera negativa sui percorsi dei pazienti in elezione, la cui programmazione subisce forti rallentamenti per la precedenza dovuta ai casi acuti.

Una risposta al problema può essere rappresentata dall'adozione di un modello organizzativo che preveda una maggiore distinzione tra i percorsi di emergenza e quelli in elezione. Questa distinzione è orientata a superare alcune criticità:

1. l'allocazione impropria di pazienti in strutture di degenza diverse da quelle connesse al caso clinico, con conseguente percezione da parte del malato di un senso di disorientamento e di scarsa attenzione;
2. la garanzia per i pazienti prenotati in elezione di poter programmare il momento del ricovero, senza subire dilazioni o rinvii a causa di emergenze intercorrenti.

La gestione dei pazienti in elezione può essere fortemente migliorata con il potenziamento del sistema di gestione delle liste di attesa che, oltre a consentire un'effettiva programmazione dei ricoveri, è in grado di garantire la trasparenza, l'affidabilità e la possibilità di modulare l'offerta (e l'utilizzo di risorse) in funzione dell'effettiva domanda.

4.1.5 Organizzazione dell'ospedale per intensità di cura

Il modello organizzativo dell'ospedale per intensità di cura rappresenta un'importante sfida in vista della realizzazione del nuovo ospedale.

La premessa su cui deve poggiare il cambiamento verso l'ospedale per intensità di cura è la comprensione del concetto dei flussi di pazienti per Aree Funzionali Omogenee oppure Aree Dipartimentali.

La diffusione del sistema a flusso e intensità di cura si basa su livelli diversi di intensità organizzativa e assistenziale che può essere articolata in 3 (alta, media e bassa intensità) o più livelli, determinata dalla tipologia di specialità mediche e chirurgiche che la struttura è in grado di offrire, dai PDTA che è possibile controllare e dal fatto di essere o meno sede di DEA.

L'intensità assistenziale non si traduce solo nella presenza di aree meno delimitate rispetto alle vecchie Divisioni e alle attuali Strutture Complesse, ma è soprattutto un rapporto assistenziale, completamente diverso, senza barriere verso le altre strutture dell'Ente, con pazienti che passano (flusso) da un livello assistenziale all'altro con fluidità, in base alla intensità di cure richiesta.

I vantaggi offerti dall'organizzazione per intensità di cura sono prevalentemente:

1. una più adeguata presa in carico del paziente in funzione delle sue condizioni complessive piuttosto che di una situazione patologica prevalente;
2. una risposta più appropriata allo stato di salute;
3. una migliore gestione dei flussi dei percorsi assistenziali;
4. una maggiore razionalizzazione delle risorse umane.

La mobilità degli specialisti fra i differenti livelli di cura presenta una novità di atteggiamento per alcune specialità - internistiche o chirurgiche - e richiede una formazione specifica con particolare riguardo alla figura del *tutor* che avrà in carico il paziente. Deve, infatti, essere dedicata una particolare attenzione alla formazione e alla costruzione di una nuova cultura organizzativa, perché il modello comporta un radicale mutamento degli attuali assetti organizzativi.

In attesa della realizzazione del Nuovo ospedale, i prossimi anni potranno essere dedicati alla sperimentazione (per aree o dipartimenti) di modelli di organizzazione per implementare il nuovo modello organizzativo.

Fasi di sviluppo del Piano strategico

Per la concreta attuazione degli indirizzi proposti nel presente documento, occorre che nel Piano Strategico stesso siano compresi i programmi per la più completa realizzazione degli obiettivi. A tale riguardo sarà necessario prevedere le risorse umane e materiali e costruire un sistema di monitoraggio e controllo, costituito da un set di indicatori numerici, per verificare l'efficacia o i limiti delle azioni intraprese, in modo da poter adottare tempestivamente gli eventuali correttivi.

Fig. 1: Struttura del piano strategico

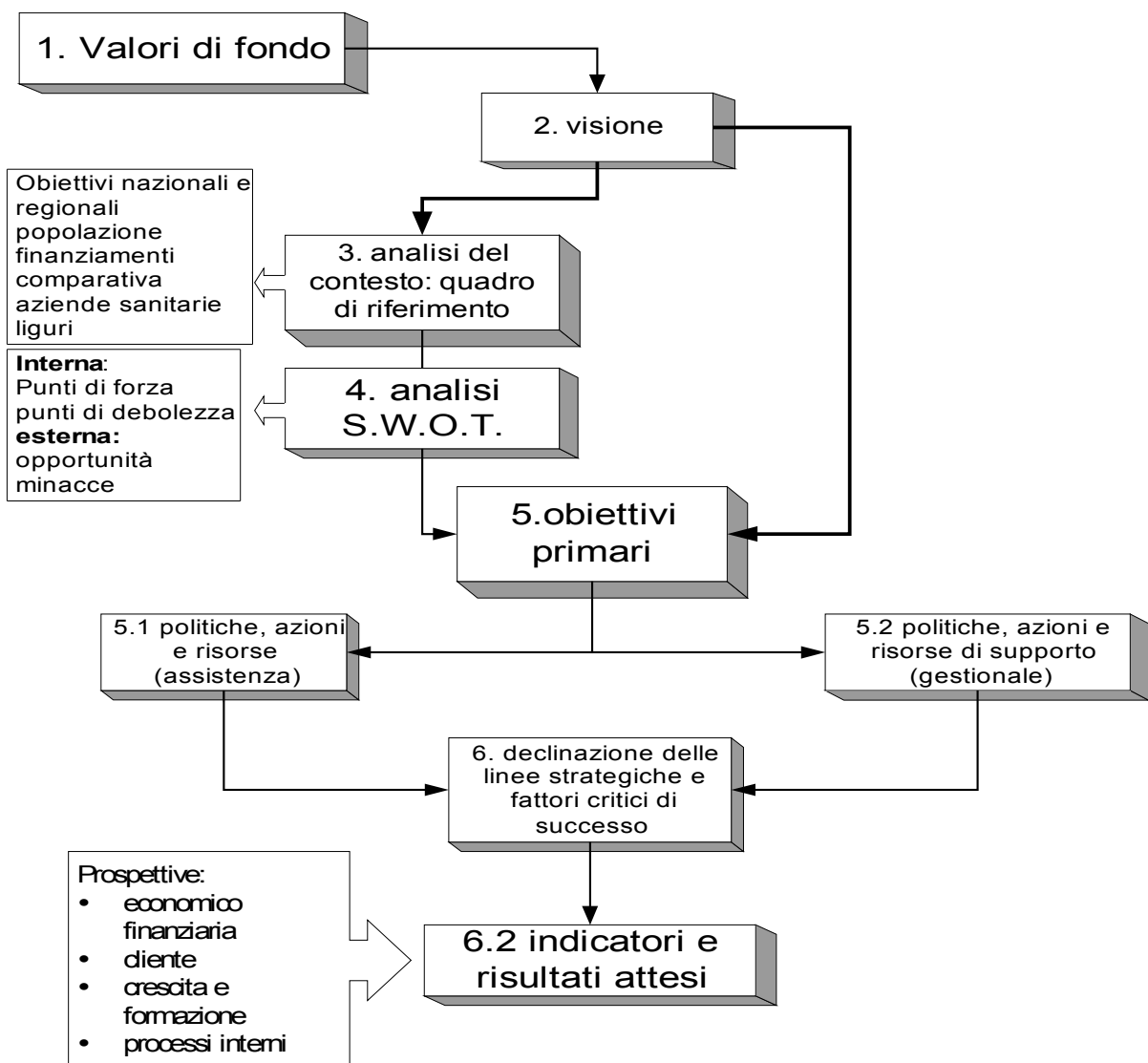


Fig. 2: Rapporto tra piano strategico e programma annuale

