



# *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**

Ufficio pianificazione e controllo strategico  
e supporto giuridico amministrativo

Dirigente: dott.ssa Marina Iannucci

## **Piano strategico dell'E. O. Ospedali Galliera 2006 – 2008**

IL VICE PRESIDENTE

(Prof. Giuseppe Profiti)

Approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 25 novembre 2005

## **Indice generale**

Introduzione.....	3
1 Missione.....	6
2 Visione.....	6
3 Analisi del contesto .....	9
3.1 Obiettivi del Piano sanitario nazionale (PSN) 2003-2005.....	9
3.2 Obiettivi del Piano nazionale di prevenzione 2003-2006.....	10
3.3 Obiettivi del Piano sanitario regionale (PSR) 2003 – 2005 e i recenti indirizzi della Regione Liguria.....	11
3.4 Criticità legate alla popolazione di riferimento: il problema degli anziani e degli stranieri.....	13
3.5 Spesa sanitaria e finanziamento regionale.....	15
3.6 Analisi comparativa dell'attività a livello regionale.....	16
4 Analisi interna.....	18
4.1 Dati di produzione .....	18
4.2 Analisi economica.....	19
4.3 Punti di forza.....	20
4.4 Punti di debolezza.....	21
4.5 Opportunità.....	23
4.6 Minacce.....	24
5 Valutazione del quadro di riferimento, indirizzi e obiettivi strategici.....	24
5.1 Obiettivi in ambito assistenziale.....	25
5.1.1 Riqualificazione dell'offerta di servizi sanitari.....	25
5.1.2 Sviluppo delle eccellenze e delle tecnologie avanzate.....	28
5.1.3 Orientamento all'anziano .....	32
5.1.4 Sviluppo della ricerca e dell'innovazione gestionale.....	33
5.2 Obiettivi in ambito tecnico-gestionale.....	34
5.2.1 Razionalizzazione delle risorse e contenimento dei costi.....	35
5.2.2 Formazione.....	36
5.2.3 Sviluppo dell'informatizzazione.....	37
5.2.4 Sicurezza e qualità.....	39
5.2.5 Accoglienza e comunicazione.....	39
5.2.6 Sviluppo dei progetti innovativi gestionali .....	40
5.2.7 Finanziamenti innovativi.....	44
5.2.8 Nuovo ospedale.....	44
6 Declinazione degli obiettivi strategici.....	45
6.1 Prospettive e fattori critici di successo.....	46
6.2 Indicatori e risultati attesi.....	48
7 Documenti integrativi del piano strategico.....	49
Tabelle e grafici.....	50

## **Introduzione**

La funzione del piano strategico è quella di volgere lo sguardo in prospettiva per cogliere ed interpretare i futuri scenari, trovare l'appropriata collocazione dell'Ente nell'ambito della sanità ligure e quindi tracciare le linee programmatiche che lo guideranno nel prossimo futuro. La definizione del piano strategico non può limitarsi a costituire una mera dichiarazione di intenti, ma deve trovare una sua consistenza nella declinazione concreta degli obiettivi, per creare uno stretto legame tra pianificazione di lungo periodo e programmazione a breve e garantire così continuità, coerenza e trasparenza delle decisioni.

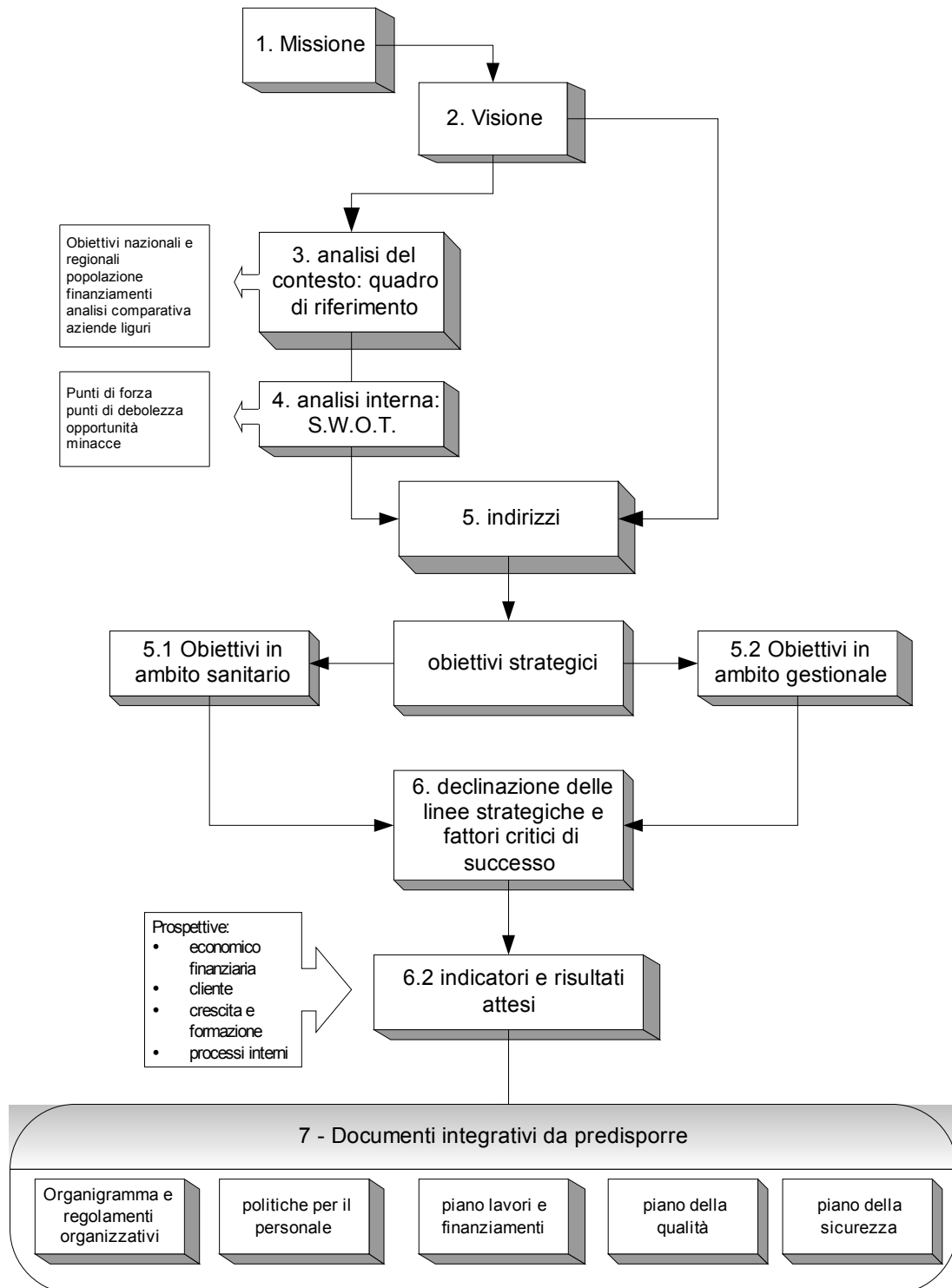
L'attuale contesto dinamico richiede che gli sforzi di miglioramento siano rivolti non solo alla razionalizzazione dei costi, ma anche all'aumento della qualità. Per questo motivo è necessario individuare gli strumenti che consentono di orientare i comportamenti verso il raggiungimento delle finalità con una prospettiva di medio-lungo periodo, avendo la consapevolezza che i risultati rappresentano il frutto di più variabili che interagiscono fra loro: qualità, motivazione personale, eccellenza dei processi e capacità di acquisire consenso. Queste variabili devono rappresentare i punti di riferimento cui ispirare le strategie e le azioni di miglioramento.

Lo scopo di questo documento è quello di offrire una visione complessiva di come l'Ente intende impostare la sua linea di azione per guidare l'attività di gestione nei prossimi anni e tentare di collegare in un percorso coerente missione, strategia, obiettivi e misurazione dei risultati.

Il processo di definizione della strategia, quindi, trae origine dalla ragione d'essere, la missione, dell'Ente indicata nello Statuto e nell'Atto di Autonomia regolamentare, sulla quale vengono elaborati gli orientamenti e i principi di riferimento per le politiche di crescita e miglioramento (la visione), per poi giungere, attraverso la descrizione degli obiettivi dei piani sanitari e regionali e dell'analisi interna, a delineare gli indirizzi e gli obiettivi strategici dell'ambito sanitario e di quello gestionale. Tali obiettivi vengono infine tradotti in orientamenti specifici mediante l'individuazione dei fattori critici di successo e degli indicatori di verifica dei risultati

Il piano strategico non è destinato solo alla dirigenza dell'Ente, ma a tutti gli operatori e agli interlocutori esterni, clienti e cittadini. Esso, infatti, risponde all'esigenza di rendere esplicite e trasparenti le priorità dell'Ente, per favorire il coinvolgimento e la partecipazione attiva di tutti i soggetti interessati

fig. 1: struttura del piano strategico



## **1 Missione**

L'Ospedale Galliera configura la sua attività di assistenza come risposta al bisogno di salute assicurando l'ascolto e l'accoglienza e salvaguardando la salute, la dignità e l'integrità della persona. A tal fine l'Ente persegue il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie attraverso l'utilizzo delle più avanzate scoperte della scienza e della tecnologia nel settore biomedico, ricercando l'eccellenza nella qualità dei servizi erogati, anche mediante l'impiego di modelli gestionali innovativi e sperimentali.

In virtù di queste determinazioni, l'orientamento strategico dell'Ente si conforma ad alcuni fondamentali principi che ne caratterizzano la sua specificità:

- principi etico-sociali, legati al rispetto dell'integrità della persona umana,
- principi di sviluppo economicamente sostenibile.

## **2 Visione**

In linea con i suoi principi ispiratori e le più recenti acquisizioni in tema di assistenza sanitaria, l'Ente intende interpretare la sua missione puntando sulla realizzazione di un modello di ospedale che sia aperto al territorio e ai cittadini e capace di offrire risposte efficaci alla domanda di salute. In quest'ottica, l'obiettivo è quello di potenziare le attività che favoriscono la continuità di cura tra assistenza ospedaliera e assistenza domiciliare e, allo stesso tempo, valorizzare i settori di eccellenza mantenendoli al passo con le più recenti acquisizioni in campo sanitario. Per questo motivo, se l'aspetto assistenziale, inteso come percorso integrato diagnostico-terapeutico-riabilitativo, deve essere collocato al vertice delle priorità strategiche, parimenti deve essere rivolta l'attenzione alla ricerca scientifica, all'applicazione delle moderne tecnologie e di nuovi modelli organizzativo-gestionali, in quanto

componenti imprescindibili di queste priorità.

Il perseguimento dell'eccellenza non può essere inteso come sviluppo generalizzato, in quanto tecnicamente irrealizzabile ed economicamente incompatibile con le risorse a disposizione, ma deve essere concepito come potenziamento di determinati ambiti specificamente individuati in relazione agli obiettivi nazionali e regionali, all'evoluzione delle tecnologie sanitarie, alle esperienze ed abilità acquisite e alle caratteristiche socio ambientali in cui opera l'Ente. Tali ambiti devono essere prioritariamente oggetto di investimenti in risorse umane e strumentali, mentre gli altri settori che non rientrano in quelli prioritari, ma che rappresentano elementi essenziali per la completezza delle prestazioni da erogare, devono essere comunque sostenuti per garantire il mantenimento di alti livelli di efficienza tecnica e di qualità assistenziale.

La realizzazione delle strategie aziendali non può prescindere da un'adeguato sviluppo gestionale. L'orientamento alla gestione per obiettivi, all'utilizzo razionale delle risorse umane e strumentali e all'adozione di nuovi modelli organizzativi che siano funzionali al perseguimento delle priorità strategiche, rappresenta il cardine fondamentale su cui impostare l'attività amministrativa di supporto alle politiche sanitarie.

L'attenzione alle tematiche gestionali è direttamente collegata agli aspetti economico-finanziari e, pertanto, le politiche di sviluppo devono garantire la compatibilità economica e il tendenziale equilibrio tra costi e ricavi. Dal momento che il valore delle prestazioni (ricavi) è determinato dalla Regione con le tariffe dei DRG, le "leve" su cui poter operare per perseguire l'equilibrio economico riguardano principalmente il fronte dei costi, ossia l'ottimizzazione e la razionalizzazione dell'uso delle risorse. Sarebbe, infatti, rischioso privilegiare le azioni rivolte all'incremento dei ricavi e al conseguente aumento generalizzato delle prestazioni, in assenza di un'adeguata analisi costi/benefici che evidenzia l'opportunità e la sostenibilità delle azioni di sviluppo. Occorre infine considerare che le politiche di razionalizzazione dei costi non sono funzionali solo alle problematiche di gestione dell'Ente, ma rispondono anche a principi etico-sociali, in quanto contribuiscono alla

migliore utilizzazione delle risorse disponibili a livello generale di sistema.

La filosofia che sottende la strategia dell'Ente si fonda sul pieno coinvolgimento di tutte le figure professionali che operano al suo interno nonché sul potenziamento dei rapporti di collaborazione ed interazione con le istituzioni, le associazioni di volontariato, le società scientifiche e i diversi interlocutori esterni che possono offrire un valido contributo al raggiungimento degli obiettivi fissati.



### **3 *Analisi del contesto***

La definizione delle linee strategiche che costituiranno i capisaldi su cui impostare le attività per il triennio 2006-2008 non può prescindere da una analisi preliminare del contesto nazionale e regionale, prendendo come riferimento i più importanti documenti di programmazione sanitaria.

#### **3.1 Obiettivi del Piano sanitario nazionale (PSN) 2003-2005**

Gli obiettivi del PSN 2003-2005 sono descritti all'interno di uno scenario modificato dai recenti cambiamenti che hanno decretato l'avvio del processo di decentramento dei poteri in materia sanitaria dallo Stato alle Regioni attraverso la modifica del Titolo V della Costituzione, per il quale lo Stato formula i principi fondamentali demandando alle Regioni l'individuazione delle modalità e degli strumenti per il loro conseguimento.

In coerenza con il programma di Azione comunitario nel settore della sanità pubblica 2003-2008, i principi che rappresentano i punti fondamentali per il perseguimento degli obiettivi di salute sono:

- diritto alla salute,
- equità all'interno del sistema,
- responsabilizzazione dei soggetti coinvolti,
- dignità e coinvolgimento di tutti i cittadini,
- qualità delle prestazioni,
- integrazione socio-sanitaria,
- sviluppo della conoscenza e della ricerca,

- sicurezza sanitaria dei cittadini.

Il PSN sottolinea, inoltre, l'importanza di perseguire gli obiettivi di qualificazione dell'assistenza, di utilizzo più razionale ed equo delle risorse, e di capacità di interpretare al meglio la domanda e i bisogni sanitari, anche in considerazione del fatto che la popolazione anziana del nostro Paese, che è cresciuta e cresce di numero più che negli altri Paesi europei, costituisce una criticità che influenza significativamente le politiche sanitarie nazionali.

### **3.2 Obiettivi del Piano nazionale di prevenzione 2003-2006**

Il Piano nazionale di prevenzione attiva 2003-2006 individua le aree e le azioni di intervento preventivo specifico su cui impostare i programmi di prevenzione. Oltre alle vaccinazioni per le quali l'Ente è scarsamente coinvolto, le aree da presidiare sono:

- il rischio cardiovascolare: utilizzo della “Carta per la valutazione del rischio cardiovascolare” nella rete di assistenza primaria allo scopo di stimare le probabilità di incorrere in problemi cardiovascolari a fronte dei fattori di rischio;
- le complicanze del diabete: adozione di programmi di gestione delle malattie croniche, che si concretizzano con la partecipazione attiva del paziente alla gestione della malattia, l'incremento dei controlli periodici e l'attivazione del monitoraggio informatizzato;
- gli screening oncologici: incremento dell'adesione degli assistiti arruolabili ai diversi programmi di prevenzione secondari previsti dalle raccomandazioni dell'Unione europea, con l'obiettivo di passare da una copertura che si aggira mediamente tra il 30 e il 50 % a quella del 70 - 85% raccomandata a livello europeo.

### **3.3 Obiettivi del Piano sanitario regionale (PSR) 2003 – 2005 e i recenti indirizzi della Regione Liguria**

Al fine di garantire una migliore gestione del rapporto con il cittadino rispetto al passato, le politiche regionali sono volte a sviluppare alcune linee di intervento finalizzate principalmente a fornire risposte rapide alla soluzione dei bisogni emergenti:

- 1) valorizzazione dell'attività di prevenzione;
- 2) potenziamento della rete territoriale, con la graduale riduzione di ricorsi inutili alle prestazioni ospedaliere e, nel medio e lungo periodo, la separazione del sistema di tutela e di rappresentanza del cittadino, che deve essere affidato alle ASL, da quello di erogazione, da affidare ai vari soggetti fornitori di prestazioni sia pubblici che privati;
- 3) spostamento dell'orientamento della realtà ospedaliera verso la medio-alta intensità di cura, tramite il potenziamento del livello tecnologico, da finanziarsi attraverso la riconversione delle risorse attualmente impiegate per i ricoveri inappropriati;
- 4) misure volte alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza, anche attraverso una effettiva integrazione socio-sanitaria, da attuarsi con la creazione di punti unificati di accesso ai servizi sanitari e sociali e con azioni di coordinamento tra i vari soggetti istituzionali;
- 5) incremento della sicurezza nel sistema di emergenza sia per quanto riguarda gli standard tecnologici e strutturali che per le funzioni di trasporto;
- 6) proseguimento del processo di riduzione dei tempi d'attesa, al fine di potenziare la risposta diagnostica;
- 7) creazione di sistemi innovativi di accesso alle prestazioni, favorendo il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone, attraverso l'uso della rete informatica sia per le prestazioni che per il recapito dei referti;
- 8) graduale riallineamento delle risorse finanziarie;
- 9) riconoscimento e maggiore coinvolgimento dell'associazionismo.

Le linee di intervento prioritarie sono indirizzate al riordino della rete ospedaliera, al sistema di urgenza ed emergenza, alla didattica e ricerca, alla riabilitazione e alle politiche a favore della popolazione anziana.

Nel definire le priorità negli interventi, il PSSR 2003-2005 riserva un capitolo alle linee di indirizzo sia territoriali che aziendali. All'E. O. Ospedali Galliera, in particolare, sono stati assegnati i seguenti obiettivi prioritari:

- a) sviluppo delle attività ad alta specializzazione;
- b) trasferimento della casistica di bassa complessità alla residenzialità extra ospedaliera o all'attività ambulatoriale e di day hospital o one-day hospital;
- c) caratterizzazione dell'attività nelle patologie degenerative neurologiche, vascolari e dell'apparato locomotore, con particolare impegno sulla de-ospedalizzazione;
- d) sviluppo della componente laboratoristica della genetica;
- e) impegno nella medicina di rigenerazione, con possibilità di divenire sede del centro regionale di studio e di cura delle malattie dell'invecchiamento;
- f) contributo all'incremento dell'assistenza domiciliare e della continuità di cura;
- g) impegno nel settore delle malattie rare;
- h) potenziamento del DEA di 1° livello;
- i) adeguamento della dotazione tecnologica e della struttura architettonica ed impiantistica alla vocazione a presidio ad alta complessità.

In attuazione di quanto indicato nel PSR, la Regione Liguria ha rimarcato la necessità di presidiare una serie di elementi che sono stati posti come obiettivi strategici ai direttori generali delle aziende sanitarie liguri<sup>1</sup>:

- equilibrio di bilancio;
- riqualificazione della produzione ospedaliera, riconversione posti letto a bassa complessità e recupero della mobilità passiva per determinati DRG;
- rafforzamento della rete territoriale potenziando le componenti di base,

---

<sup>1</sup> d. G.R n. 932 del 5/08/2005

specialistica, di residenzialità e di domiciliarietà;

- potenziamento della funzione di prevenzione;
- riduzione delle giornate di attesa e incremento dei volumi per l'attività ambulatoriale;
- qualità dei processi: gestione appropriata del ricorso all'ospedalizzazione e del corretto uso del pronto soccorso, della specialistica ambulatoriale e dell'osservazione breve ed intensiva;
- rispetto dei limiti previsti per le assunzioni di personale a tempo indeterminato, a tempo determinato e consulenze.

### **3.4 Criticità legate alla popolazione di riferimento: il problema degli anziani e degli stranieri**

#### **• Anziani**

La Liguria, con il 25% di ultra-sessantacinquenni, è la regione più anziana d'Italia. Al progredire dell'età è legato l'aumento dei rischi connessi alla contrazione di patologie multiple, alle limitazioni funzionali e alla conseguente diminuzione dell'indipendenza, in un contesto spesso caratterizzato da un peggioramento delle condizioni socio-economiche. Per queste ragioni in Italia, ma in particolare nella nostra regione, sembra essere non più procrastinabile la gestione della così detta *emergenza anziani*.

La gestione del paziente anziano implica l'adozione di criteri organizzativi specifici, spesso non contemplati nel Sistema Sanitario Nazionale. L'obiettivo è quello di mettere a punto modelli comportamentali che tengano conto delle particolari esigenze del soggetto trattato, attraverso l'erogazione di un'assistenza sanitaria integrata che accompagni l'anziano in tutte le fasi della cura, dalla diagnosi al trattamento, fino alla riabilitazione. Occorre dunque potenziare l'attività di coordinamento tra ospedale e territorio, al fine di integrare la valutazione multidimensionale del soggetto, inquadrato sia dal punto di vista clinico che sociale, con un sostegno mirato che si avvalga di interventi extra-ospedalieri.

L'assistenza all'anziano deve essere caratterizzata da un approccio multidisciplinare per prendere in carico tutti i bisogni socio-assistenziali del paziente ottimizzando i percorsi diagnostici e di assistenza.

All'incremento della popolazione anziana si collega l'aumento delle malattie cronico degenerative cardiovascolari. Dai dati riportati nel PSR 2003/2005, i ricoveri ordinari legati alle malattie cardiovascolari complessivamente rappresentano una delle principali cause di ricovero in Liguria, con una preponderanza per le cardiopatie coronariche, insufficienza cardiaca e le vasculopatie cerebrali.

#### • **Stranieri**

La popolazione di extracomunitari è progressivamente in crescita negli ultimi anni, anche se il fenomeno non è pienamente quantificabile a causa di un gran numero di persone che, per motivi legati alla loro condizione di immigrati, fanno parte di un mondo sommerso che evita di farsi conoscere.

Le politiche sanitarie delineate dalle disposizioni vigenti, in un'ottica di tutela complessiva della salute pubblica, mirano a garantire la verifica e l'eventuale ripristino della salute di tutti i soggetti immigrati presenti (donne e bambini compresi), eliminando le barriere di natura giuridica e in parte anche quelle di natura economica. Per quanto riguarda il superamento delle possibili barriere comunicative e culturali, è invece necessario un impegno di sensibilizzazione e formazione degli operatori, unitamente ad uno sforzo di informazione e orientamento ai servizi rivolto alla popolazione immigrata.

Un rilevante problema è determinato dal fatto che il Pronto Soccorso dell'ospedale, a causa della carenza o della scarsa conoscenza dei servizi sanitari territoriali, spesso rappresenta l'unico punto di riferimento per le famiglie straniere e svolge un ruolo di accoglienza e orientamento all'uso delle strutture sanitarie. Circa il 57% degli stranieri temporaneamente presenti (STP) si rivolge al pronto soccorso; pertanto tale struttura si trova ad essere l'interlocutore primario nell'assistenza agli stranieri e a gestire in emergenza una serie di situazioni legate alle diversità linguistiche, sociali e culturali, con particolare riguardo all'accoglienza, all'informazione, alla tutela e alla partecipazione. Per questo motivo, risulta

fondamentale il ricorso a figure di intermediazione linguistico-culturale che facilitino il superamento delle barriere.

### **3.5 Spesa sanitaria e finanziamento regionale**

La centralità della questione finanziaria nella gestione del Servizio sanitario regionale ligure già da alcuni anni forma oggetto di particolare attenzione da parte della Regione, per il fatto che la spesa sanitaria rappresenta uno degli elementi di particolare criticità, con riguardo all'evoluzione tendenziale delle variabili finanziarie in un quadro previsionale pluriennale. Per questo motivo la Regione si è impegnata ad attuare una politica finanziaria di riequilibrio delle risorse per livelli di assistenza.

Di conseguenza, la politica regionale è stata impostata in primo luogo sul processo di de-ospedalizzazione con un riequilibrio delle risorse da destinare alla funzione ospedaliera e territoriale, in ragione del 54% per il finanziamento della funzione territoriale e del 46% per il finanziamento della funzione ospedaliera. Anche gli incentivi ai direttori delle aziende sanitarie sono stati orientati ad un maggiore controllo della spesa.

Tra le voci che pesano di più percentualmente sul totale complessivo della spesa sanitaria di parte corrente si rilevano in particolare il personale, la farmaceutica ed i beni e servizi .

Riguardo il finanziamento, negli ultimi anni, la Regione è intervenuta più volte a rimodulare le tariffe dei DRG, in modo da orientare l'offerta ospedaliera nel senso di una maggiore appropriatezza. In tal senso di recente le tariffe sono state modificate sulla base del "costo pieno standard", calcolato mettendo in relazione i costi effettivamente sostenuti da tutti gli ospedali liguri per l'attività di ricovero ed i connessi ricoveri per l'anno 2004.

Più nel dettaglio l'ultima delibera (DGR n. 674 del 17.06.2005), avente per oggetto "Riparto programmatico delle Aziende sanitarie delle risorse per la chiusura dell'anno 2004 e definizione della produzione ospedaliera, ambulatoriale e delle altre poste che compongono il finanziamento assegnato per l'anno 2004", prevede

l'attribuzione del 75% delle risorse in base a tre classi di indicatori: la prima classe è riguarda l'efficienza standard, l'efficienza ambulatoriale, l'attività di pronto soccorso e di quella territoriale; la seconda è rappresentata dalla percentuale di scostamento del tasso operatorio da quello complessivo regionale; infine la terza è costituita dallo scostamento comparativo dei costi tra l'anno 2004 e il 2003. Il restante 25% delle risorse è ripartito secondo un meccanismo di riequilibrio della quota da assegnare a favore di quelle ASL che presentano una percentuale di assorbimento delle risorse inferiore alla media regionale.

Per quanto riguarda le misure di contenimento della mobilità passiva, la DGR 932 del 05.08.2005 “Indirizzi e adempimenti per le Aziende del Servizio sanitario regionale – obiettivi dei Direttori Generali”, stabilisce di destinare € 4.000.000 come maggiore finanziamento alle Aziende che presenteranno a consuntivo una produzione superiore ai valori minimi indicati per i DRG ritenuti strategici per la riduzione delle fughe passive.

### **3.6 Analisi comparativa dell'attività a livello regionale**

Le tabelle 1 e 2 espongono per gli anni 2003-2004 il numero dei ricoveri riferiti alle strutture della Regione, distinti in regime di ricovero ordinario e in *day hospital*.

I dati mostrano una riduzione del numero dei ricoveri ordinari nel 2004 rispetto al 2003; dato che conferma il trend a partire dall'anno 1998; aumentano, di conseguenza, le attività di *day hospital / day surgery*.

L'analisi della situazione regionale evidenzia, per quanto riguarda i ricoveri in *day hospital*, una percentuale del 28,28 nel 2003 e del 30,15 nel 2004, mentre per i ricoveri ordinari sono stati il 71,72% nel 2003 e il 69,85% nel 2004. Tali risultati forniscono un chiaro segno dell'incisività data dalle politiche di riconversione dell'attività ospedaliera a bassa complessità dal regime di ricovero ordinario al regime di ricovero diurno.

Nel confronto interaziendale è possibile poi verificare che percentuali più alte dei ricoveri per acuti in regime ordinario si registrano, nel 2003, nella A.O. Santa Corona



(78%), nell'Ospedale Evangelico (78%) e nell'E.O. Galliera (75%). Nel 2004 le percentuali più alte dei ricoveri per acuti in regime ordinario si registrano ancora nell'A.O. Santa Corona (76%), nell'E.O. Galliera (71%) e nell'Ospedale Evangelico (77%). Sempre nel confronto interaziendale, nelle variazioni 2004-2003, a fronte di un calo a livello regionale dei ricoveri per acuti in regime ordinario del 4,5% e di un aumento dei ricoveri in *day hospital* del 4,55%, i risultati migliori sono espressi dal Presidio Ospedaliero Genova Nord, dove i ricoveri per acuti in regime ordinario sono scesi del 10,69%, a fronte di un aumento dei ricoveri a ciclo diurno del 14,09%. Buoni risultati sono stati conseguiti anche dal Galliera, che registra un calo dei ricoveri ordinari del 7,54% a fronte di un aumento dei ricoveri in *day hospital* del 12,70%, e dall'Ospedale Santa Corona, con un calo dei primi del 5,52% e un contestuale aumento dei secondi del 8,70%.

Per quanto riguarda le tipologie di ricovero, mentre nel 2003 i ricoveri ospedalieri per acuti erano il 97,36% e quelli per riabilitazione il 2,64%, nel 2004 si registra una leggera diminuzione dei primi (96,69%) e un corrispettivo leggero aumento dei secondi (3,31%).

## **4 Analisi interna**

### **4.1 Dati di produzione**

Le Tabelle n. 3, 4, 5, 6, con i relativi grafici a, b, c, espongono sinteticamente una serie di dati sull'attività delle strutture dell'Ente, messi a confronto con quelli delle principali aziende sanitarie della Regione.

Riguardo la collocazione dell'Ente in seno alla Regione, i dati della Tabella n. 3 mostrano che il Galliera, con il 7% è al quarto posto per numero di ricoveri dopo il S. Martino (19%), l'Istituto Gaslini (9%) e Villa Scassi (8%).

Per quanto riguarda l'attività specialistica, invece, con una produzione del 6% (Tabella n. 4) sul totale regionale, l'Ente si colloca al secondo posto per l'area di Genova, subito dopo il S. Martino (10%).

Nel dettaglio, la tabella 5 espone le percentuali di attività relative ad ogni singola specialità, in un confronto che pone in relazione il Galliera con le altre aziende ospedaliere e l'Ospedale Evangelico Internazionale, dal quale emergono la Chirurgia maxillo-facciale (51,72%), la Medicina Nucleare (69,06%) e la Radioterapia (42,07%). La tabella 7, con il relativo grafico, mostra l'attività dell'Emodinamica del Galliera rispetto alle altre strutture sanitarie della Regione.

Per quanto riguarda la capacità di attrazione da fuori Regione, le specialità che si sono rivelate particolarmente incisive, come dimostrato dai dati riportati nelle tabelle n. 6 a, b, c, sono: l'Endocrinologia (21%), la Medicina fetale e perinatale (16%) e la Microcitemia (11%). Per quanto, invece, concerne i ricoveri provenienti dalle altre ASL liguri, la Medicina fetale e perinatale attrae il 22%, la Gastroenterologia il 10% e l'Oncologia il 6%.

## 4.2 Analisi economica

Per quanto riguarda la situazione economico-finanziaria dell'Ente, si rimanda alla relazione presentata dalla direzione generale al C.d.A. del 15 ottobre 2005, nella quale vengono evidenziate le criticità legate al bilancio di esercizio 2004 e alla situazione di cassa.

Ai fini dell'identificazione dei valori di bilancio da utilizzare per una valutazione più specifica dei costi e ricavi e ottenere dei parametri di riferimento sui quali costruire gli indici per la misurazione dei risultati, è stata effettuata una riclassificazione di bilancio idonea a evidenziare gli importi della gestione caratteristica. A tale scopo le voci di costo e di ricavo sono state depurate dei valori relativi a IBMDR, alla farmacia esterna e all'erogazione di farmaci ad altri enti. Nella tabella sottostante vengono riportati alcuni valori significativi ricavati dal bilancio di esercizio 2004.

<i>voce</i>	<i>importo</i>
Valore della produzione (al netto dei proventi per IBMDR, erogazione farmaci e farmacia esterna)	124.920.782
Costi gestione caratteristica (al netto del personale, degli accantonamenti e ammortamenti)	48.151.519
Costo del personale (al netto degli arretrati dirigenza e comparto biennio 2002-2003)	81.394.644
<b>Margine sanitario netto (risultato dell'attività caratteristica sanitaria)</b>	<b>-10.664.710</b>
Risultato della gestione extra caratteristica (costi e ricavi per IBMDR, erogazione farmaci e farmacia esterna)	654.405
Risultato della gestione finanziaria (totale proventi e oneri finanziari)	-728.837
Risultato della gestione straordinaria (totale proventi e oneri straordinari)	-709.541
Risultato lordo	-11.448.684
Imposte (diverse da IRAP)	-552.897
Risultato economico prima della sterilizzazione	-12.001.581

<i>voce</i>	<i>importo</i>
Utilizzo quota contributi in conto capitale (sterilizzazione e ammortamenti)	2.743.369
<b>Risultato di esercizio</b>	<b>-9.258.212</b>
Arretrati comparto e dirigenza 1° biennio 2002-2003	-5.417.970
<b>Risultato al lordo degli arretrati</b>	<b>-14.676.182</b>

### 4.3 Punti di forza

L'ospedale Galliera può contare su una serie di strutture altamente qualificate sia nell'ambito diagnostico che in quello di cura, che pongono l'Ente in una posizione di rilievo a livello regionale e, in alcuni casi, anche nazionale e internazionale.

Negli ultimi anni è stato dato un forte impulso allo sviluppo delle tecnologie avanzate quali: PET, radiodiagnostica ad alta tecnologia, radioterapia e radioterapia stereotassica, trattamenti endoscopici e mini invasivi, radiologia interventistica, emodinamica. Come sopra evidenziato, questi settori attualmente svolgono una rilevante funzione di attrazione anche extra regionale.

Tra i punti di forza dell'Ente sono da considerare i centri di ricerca, tra cui il laboratorio di Genetica umana, l'Istocompatibilità e la Cardiologia, e vari centri a carattere multidisciplinare che eccellono per lo sviluppo di interazioni tra servizi all'interno dell'Ente e altre strutture sanitarie, tra cui il centro della tiroide, del diabete e dell'Alzheimer.

Le eccellenze sono anche rappresentate da specifiche attività e prestazioni di tipo innovativo che si stanno sviluppando, tra le quali, ad esempio, la produzione della “colla di fibrina autologa”, prodotta dal servizio trasfusionale (1° centro in Liguria) e destinata a un sempre più vasto impiego in ambito chirurgico e ricostruttivo (plastiche erniarie, chirurgia plastica, ulcere da compressione), per la maggiore affidabilità e il minor rischio per il paziente. Queste attività, sebbene siano spesso sottovalutate e quasi misconosciute, in quanto non si riferiscono a prestazioni ad alto

livello di complessità, sono estremamente interessanti perché contribuiscono a migliorare l'approccio terapeutico, favoriscono l'attrazione dei pazienti e sono espressione di una vitalità professionale orientata allo sviluppo di metodologie avanzate

Un altro elemento di forza è rappresentato dal dipartimento interaziendale di gerontologia e scienze motorie (Galliera - ASL3) che ha creato una rete di collegamenti tra ospedale e territorio, sulla quale possono innestarsi e svilupparsi altre attività di interazione e di continuità assistenziale a cui si ispira la visione dell'Ente.

Da un punto di vista gestionale, il modello organizzativo della Day surgery ha rappresentato una svolta nella gestione del percorso del paziente, qualificandosi per l'efficienza gestionale e la qualità nel rapporto con il paziente.

Anche in relazione alle problematiche sul controllo delle infezioni ospedaliere, il Galliera si colloca come modello di riferimento a livello regionale, in particolare riguardo la prevenzione del rischio infettivo, i protocolli per l'utilizzo degli antibiotici (profilassi e terapia), la gestione dei disinfettanti e la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione (ulcere da decubito).

Il Galliera inoltre svolge un ruolo significativo nel controllo della spesa farmaceutica a livello regionale con un efficiente servizio fornito dalla Farmacia interna per l'erogazione dei farmaci ai pazienti dimessi e alle strutture assistenziali (RSA) della ASL 3.

A supporto dell'attività sanitaria e amministrativa, l'ospedale può contare su un buon livello di informatizzazione per la trasmissione di dati su supporto elettronico sia all'interno che all'esterno verso altri interlocutori istituzionali.

#### **4.4 Punti di debolezza**

Le prospettive di sviluppo e di miglioramento continuo della qualità assistenziale trovano un limite sostanziale nella struttura architettonica dell'ospedale. L'attuale

sistemazione dei servizi assistenziali risulta inadeguata rispetto alle moderne concezioni di edilizia ospedaliera. In particolare la struttura a padiglioni a forma di “pettine”, sebbene di grandissimo pregio architettonico e storico, non è adeguata ad ospitare le degenze, in quanto non compatibile con gli attuali requisiti di sicurezza, privacy e logistica richiesti dalle norme sui servizi sanitari e sulla sicurezza degli ambienti di lavoro e dai principi generali di funzionalità operativa. L'ampiezza dei locali, i lunghi corridoi e le pareti a finestra costituiscono elementi architettonici di grande fascino, ma si coniugano difficilmente con le esigenze di tipo impiantistico e di comfort assistenziale. Un problema rilevante è anche relativo agli accessi e ai percorsi per pazienti, personale e materiali che la struttura architettonica rende disagiati e disarticolati e, quindi, totalmente inadeguati alle esigenze di accoglienza, linearità ed efficienza organizzativa.

Altro punto debole è rappresentato alcuni settori di rilevante importanza, quali la radiologia e il blocco operatorio centrale che, per motivi logistici, tecnici od organizzativi, rappresentano dei “colli di bottiglia” nei processi di cura interferendo sensibilmente con i gli obiettivi di ottimizzazione delle risorse, sviluppo delle attività e di fluidità dei percorsi.

Anche il pronto soccorso, la cui strutturazione non è ancora adeguata agli standard di DEA di 1° livello, a causa della carenza di alcuni requisiti relativi ad attrezzature e strutture, presenta evidenti criticità che determinano gravi problemi di congestione con conseguenti ripercussioni sul resto dell'ospedale.

Dal punto di vista gestionale, l'Ente mostra carenze legate a un assetto organizzativo scarsamente coerente con una gestione orientata alla valutazione delle performances delle strutture operative e dei singoli professionisti. Mancano regole stabili e condivise per la gestione dei processi fondamentali e non sono chiaramente predefiniti e comunicati i criteri sui quali impostare i processi di budget, di valutazione dei dirigenti e delle incentivazioni.

Nei confronti del rapporto con i pazienti/utenti, sebbene siano stati fatti dei progressi negli ultimi anni, si rileva che l'accoglienza e la comunicazione non sono adeguate ai principi di attenzione alla persona dichiarati nella missione dell'Ente.

## 4.5 Opportunità

Le nuove frontiere dell'informatizzazione e della trasmissione telematica dei dati e delle informazioni consentono che siano movimentati i documenti (referti, dati e immagini) e non le persone, con consistenti risparmi in termini di tempo per gli operatori e per gli utenti. La sostituzione dei documenti cartacei con quelli informatici influisce positivamente sulla rapidità di trasmissione dei dati e sui rapporti tra i servizi ospedalieri e gli interlocutori esterni.

Nell'ottica di un ospedale aperto ai rapporti con l'esterno, lo sviluppo di collaborazioni con altri soggetti (strutture sanitarie, MMG) potrà essere uno strumento essenziale per la costruzione e l'intensificazione delle reti integrate, rivolte a favorire la continuità assistenziale e a combattere le fughe passive.

In questo senso vanno anche visti i recenti accordi con l'Ospedale Evangelico Internazionale e il progetto di attivazione delle cure intermedie e di un *Hospice* presso l'ex Seminario Minore del Chiappeto. Altre opportunità potranno essere rappresentate da più stretti legami con l'università e gli IRCCS, con l'intento di stimolare la ricerca e l'innovazione e favorire l'aggiornamento delle metodiche.

Un ruolo importante per il miglioramento della qualità assistenziale è svolto dalle associazioni di volontariato che rappresentano il tramite necessario per favorire il collegamento tra le istituzioni sanitarie e gli utenti. Queste organizzazioni, infatti, oltre ad aiutare concretamente gli operatori sanitari nell'assistenza, sono essenziali per creare un flusso bidirezionale di informazioni tra l'ospedale e i portatori di interessi che facilita la comprensione delle reciproche problematiche e la ricerca di strumenti più adeguati al loro superamento. Le associazioni maggiormente coinvolte in questo contesto sono: l'A.V.O., le cooperative di mediatori culturali, le associazioni dei pazienti di varie patologie o problematiche (pazienti stomizzati, diabetici, Down, ecc.).

Da un punto di vista economico, le opportunità fornite dai nuovi strumenti di

finanza innovativa e dalle attività di *fundraising* possono rappresentare un contributo significativo per ottenere risorse aggiuntive da impiegare a sostegno del conseguimento degli obiettivi dell'Ente.

L'attuazione del progetto di costruzione del nuovo ospedale rappresenta, infine, un elemento fondamentale per superare i limiti strutturali che si frappongono alla piena realizzazione di un ospedale moderno effettivamente orientato all'accoglienza, all'efficienza e alla qualità assistenziale.

#### **4.6 Minacce**

Il perseguimento degli obiettivi dell'Ente trova un limite oggettivo nelle risorse a disposizione. Le politiche regionali di finanziamento, volte a un sempre maggiore contenimento della spesa sanitaria, influenzano in modo determinante le iniziative di sviluppo e di crescita.

I mutamenti nella definizione dei criteri di finanziamento rendono difficile l'attività di pianificazione delle attività aziendali per l'assenza di riferimenti stabili sul valore della produzione.

Tra le minacce, non è da sottovalutare il problema della mobilità passiva di alcune figure professionali che influisce negativamente sui processi di formazione e crescita a causa del frequente *turnover* del personale.

### **5 Valutazione del quadro di riferimento, indirizzi e obiettivi strategici**

In considerazione del quadro di riferimento nazionale e regionale e dell'analisi della situazione interna, la strategia dell'Ente deve tener conto di quattro elementi fondamentali:

1. il quadro demografico epidemiologico,
2. l'evoluzione tecnologica e scientifica,



3. i meccanismi di finanziamento;
4. il posizionamento dell'Ente rispetto alle altre strutture sanitarie genovesi.

Sulla base di questi elementi, le priorità su cui orientare le linee strategiche, indirizzare gli investimenti e definire i programmi di azione sono:

- 1) appropriatezza delle prestazioni;**
- 2) innovazione tecnica, gestionale e relazionale;**
- 3) razionalizzazione dei fattori produttivi e contenimento dei costi di gestione.**

## **5.1 Obiettivi in ambito assistenziale**

Nell'ambito sanitario gli obiettivi da conseguire sono:

1. riqualificazione dell'offerta di servizi sanitari e ottimizzazione dei percorsi di cura ;
2. sviluppo delle eccellenze e delle tecnologie avanzate;
3. orientamento all'anziano;
4. sviluppo della ricerca e dell'innovazione gestionale.

### **5.1.1 *Riqualificazione dell'offerta di servizi sanitari***

In linea con le priorità indicate a livello nazionale e regionale, la riqualificazione dell'offerta e l'ottimizzazione dei percorsi di cura devono rappresentare un primo obiettivo da conseguire attraverso tre principali meccanismi:

- a) maggiore appropriatezza dell'attività di ricovero, con azioni di riconversione dei ricoveri nelle varie tipologie e l'aumento del tasso di trasferimento dei ricoveri ordinari verso i ricoveri in day hospital e day surgery;
- b) il potenziamento dell'integrazione tra ospedale e territorio, con particolare attenzione ai percorsi di cura e alle criticità legate alla tipologia di utenti

(anziani e stranieri);

c) l'attenzione ai canali di accesso (Pronto soccorso e ambulatori) e di dimissione.

Il perseguimento dell'obiettivo di riqualificazione dell'offerta prevede, quindi, che siano intraprese azioni relativamente a:

- l'incremento dell'attività di *one/day hospital*, *day surgery* e di quella ambulatoriale (PAC), in linea con le indicazioni regionali, destinando a queste funzioni maggiori risorse (spazi, personale e attrezzature);
- la definizione di protocolli operativi che tengano in considerazione i percorsi clinici (basati su EBM), la qualità dell'assistenza e il rapporto con l'utenza e il territorio;
- la condivisione dei protocolli diagnostico – terapeutici con i medici di medicina generale (MMG);
- il potenziamento delle attività volte ad evitare i ricoveri ripetuti e a favorire la continuità assistenziale, quali: le dimissioni protette, le cure intermedie, l'erogazione dei farmaci e dei presidi ai pazienti dimessi e l'assistenza domiciliare;
- l'attenzione ai pazienti che accedono all'ospedale attraverso il pronto soccorso (non seguito da ricovero) e l'ambulatorio, per indirizzarli su direttrici (*fast track*) di percorsi predefiniti, la cui sequenza e tempistica dei trattamenti è pianificata e direttamente prenotata dai professionisti che li prendono in carico.

L'implementazione di percorsi pianificati e lineari per i pazienti che in diversi modi accedono all'ospedale, oltre a essere coerente con gli indirizzi programmatici dalla Regione, è necessaria per migliorare la qualità delle prestazioni, il rapporto con l'utente e l'utilizzo delle risorse. Con questo tipo di approccio è possibile infatti soddisfare una molteplicità di esigenze, tra cui:

- garantire la qualità e la continuità assistenziale;
- favorire l'attrazione e la fidelizzazione del cittadino/utente, a cui viene presentato un percorso pianificato che consente di velocizzare i trattamenti e di ridurre le fughe verso altre strutture;

- favorire il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone;
- diminuire i tempi di attesa inutili tra una prestazione e l'altra;
- decongestionare le attese in pronto soccorso;
- ridurre gli sprechi dovuti a duplicazioni e a trattamenti inappropriati;
- favorire l'umanizzazione dei rapporti in modo che la struttura non si limiti a curare ma a **“prendere in cura”** il paziente.

Nell'ambito delle tematiche relative alla riqualificazione dell'offerta e alla gestione dei percorsi di cura, un ruolo fondamentale è svolto dal Dipartimento di emergenza. Esso infatti rappresenta un canale di accesso di primaria importanza, non solo per il fatto che circa il 46% dei ricoveri proviene dal pronto soccorso, ma anche perché è lì che si rivolge la fascia debole e critica dell'utenza: gli anziani e gli stranieri. Di conseguenza esso costituisce uno snodo cruciale per la determinazione dell'offerta, la capacità di attrazione e la genesi dei percorsi. L'alta percentuale di ricoveri generati dal pronto soccorso deve far riflettere sulla sua capacità di svolgere un'azione di filtro e suggerire nuove modalità di gestione degli accessi in modo da ridurre gli aspetti critici evidenziati nell'analisi. Possibili misure in questo senso possono essere rappresentate dall'istituzione di un ambulatorio per i codici bianchi, un ambulatorio geriatrico (v. successivo punto 5.1.3), la maggiore integrazione tra il Dipartimento di emergenza e gli altri settori ospedalieri e territoriali, lo sviluppo delle collaborazioni con i mediatori culturali.

Unitamente al pronto soccorso, devono essere potenziati gli ambulatori e i servizi diagnostici di radiologica e di laboratorio per favorire la fluidità, la linearità e la celerità dei percorsi di cura. I servizi diagnostici, in particolare, sono chiamati a focalizzare l'attenzione sull'inquadramento del caso clinico e non sulla prestazione (*problem solving*)

La definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici deve portare a disegnare degli effettivi percorsi di cura integrati, comprensivi di una molteplicità di elementi quali: la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere (antibioticoprofilassi, sterilizzazione, disinfezione e aspetti correlati), la qualità gestionale (linearità,

rapidità e snellimento delle procedure), il rapporto con il paziente/utente (accoglienza, informazione, privacy). Questo approccio richiede il coinvolgimento concreto di tutti gli attori diretti e indiretti delle diverse discipline, ovvero ruoli (sanitario ed amministrativo) e livelli professionali (dirigenti sanitari, infermieri, tecnici e personale di supporto), con aperture ai soggetti esterni (MMG, associazioni, istituzioni territoriali) per superare esigenze potenzialmente contrastanti e risolvere gli aspetti problematici, quali “colli di bottiglia”, duplicazioni, ritardi.

### **5.1.2 Sviluppo delle eccellenze e delle tecnologie avanzate**

In relazione alle recenti acquisizioni in ambito medico, l'Ospedale deve caratterizzarsi anche come polo di eccellenza per quei settori diagnostico – terapeutici che sono in forte espansione e che presentano il migliore rapporto tra beneficio sanitario e redditività (rapporto costo/ricavi).

Nella definizione delle politiche di espansione, mantenimento e ridimensionamento dei vari settori sanitari, è necessario esaminare il valore delle attività in un'ottica prospettica, sia in funzione della rilevanza socio-sanitaria che del rendimento (margine di contribuzione). A questo scopo, adattando opportunamente la matrice utilizzata dalle imprese come strumento decisionale, è possibile rappresentare graficamente il posizionamento delle principali attività in funzione delle variabili indicate (fig. 2).

La collocazione delle tecnologie avanzate tra le “*Star*” su cui indirizzare prioritariamente le politiche di sviluppo è supportata da considerazioni di carattere clinico, sociologico ed economico. Le prestazioni di tipo tradizionale, infatti, con particolare riguardo alla chirurgia classica invasiva, proprio per la complessità e la durata di degenza, sono altamente costose e comportano maggiori rischi per il paziente, rispetto ai trattamenti che utilizzano le nuove tecnologie endoluminari e mini-invasive. Per questo motivo è opportuno promuovere il trasferimento degli interventi di neurochirurgia, chirurgia vascolare e chirurgia addominale di tipo tradizionale verso i settori di avanguardia tecnologica che al Galliera hanno già

maturato una significativa esperienza. Lo spostamento della centralità delle prestazioni dalla chirurgia tradizionale ai trattamenti che utilizzano tecnologie avanzate, non rappresenta quindi un'inversione di rotta, ma il necessario sviluppo dei punti di eccellenza che hanno caratterizzato e continuano a caratterizzare l'attività dell'Ente. I settori coinvolti negli obiettivi prioritari di sviluppo sono:

- a) Rx vascolare interventistica e emodinamica
- b) Radioterapia stereotassica
- c) PET
- d) TAC vascolare
- e) Endoscopia: digestiva, urologica, artroscopica.

Il trasferimento verso le tecnologie mini-invasive, pur comportando rilevanti investimenti per l'adeguamento tecnologico, consente di ridurre il costo medio a trattamento favorendo lo sviluppo delle potenzialità di applicazione e delle abilità degli operatori.

Oltre ai settori di eccellenza e di innovazione tecnologica, devono essere incentivati e sostenuti quelli che rispondono alla crescente domanda della popolazione e delle politiche sanitarie (*Question mark*), nonostante la loro scarsa redditività:

- emergenza,
- prevenzione,
- riabilitazione.

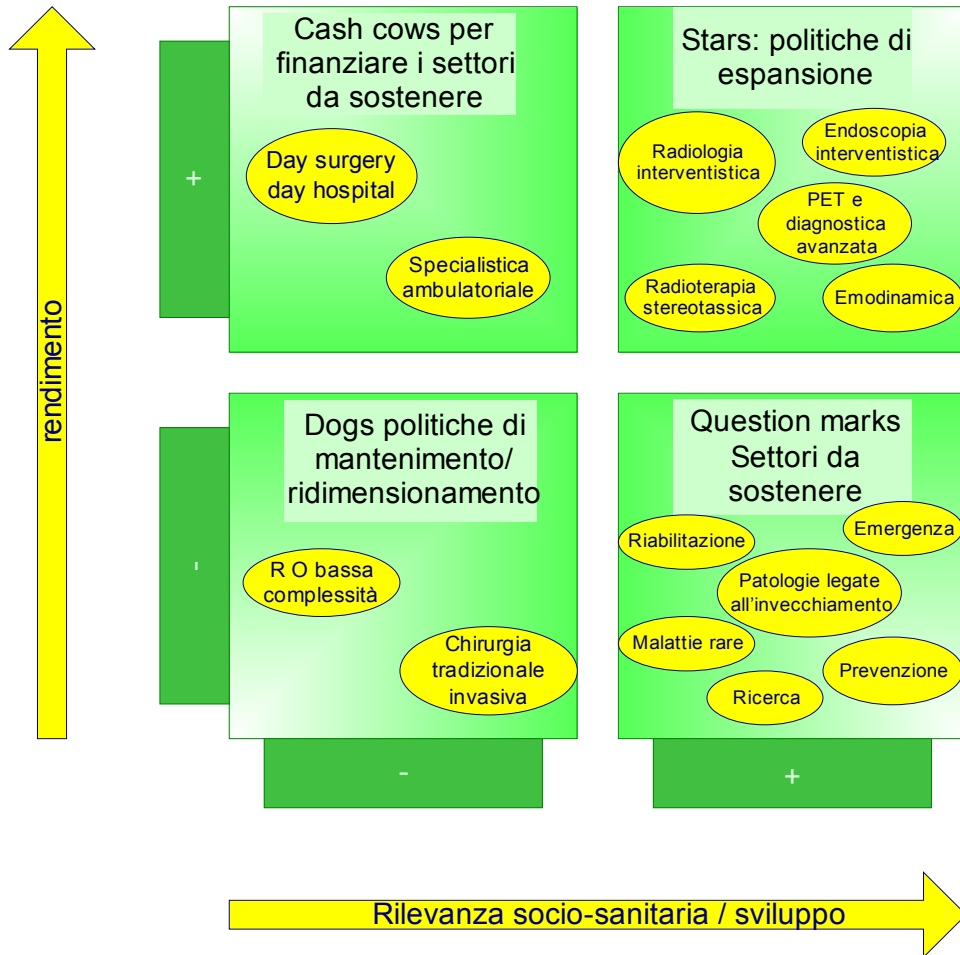
Nell'ambito delle eccellenze da sostenere, un riferimento particolare deve essere rivolto alle malattie rare, per le quali il Galliera ha sviluppato specifiche competenze riconosciute anche a livello nazionale. Questo settore, pur essendo di “nicchia” e poco redditizio per la scarsa remunerazione rispetto a costi dei trattamenti, non può essere trascurato per il suo alto valore scientifico e sanitario e per non disperdere l'esperienza acquisita nell'assistenza ai pazienti, in particolare Down e talassemici. Nella nostra Regione, infatti, non sono presenti altre strutture che siano in grado di gestire adeguatamente le problematiche connesse a queste patologie.

Coerentemente con il principio di non generalizzare gli ambiti di sviluppo, i settori che non rientrano nelle priorità di investimento (*Dogs*) partecipano comunque alle politiche di riqualificazione delle prestazioni e mantengono un ruolo importante sia come fattore di attrazione (ad esempio la chirurgia ad alta specializzazione), che come attività necessaria ad assicurare la completezza dei servizi erogati e il trattamento di patologie, attualmente non gestibili con altre metodiche. Per queste attività rimane comunque l'obiettivo finale di conformarsi progressivamente al processo di riconversione di cui al punto 5.1.1. Nell'ambito della chirurgia tradizionale deve essere privilegiato l'orientamento all'utilizzo di metodiche avanzate che offrano maggiori vantaggi al paziente (in termini di riduzione del rischio e di miglioramento delle prospettive di guarigione) e un maggior margine di contribuzione (differenza tra costi e ricavi).

Allo stesso modo, la medicina interna e le specialità mediche devono riqualificarsi per puntare su percorsi che privilegino l'attività di *one/day hospital* ed ambulatoriale rispetto a quella di ricovero, sviluppando gli ambiti maggiormente significativi dal punto di vista socio-sanitario, con particolare attenzione alla prevenzione delle malattie croniche e invalidanti, tra cui: patologie cardiovascolari e tumorali, diabete, Alzheimer, ictus. Per queste patologie è necessario creare dei centri avanzati orientati alla gestione di percorsi trasversali multispecialistici e fortemente integrati con il territorio.

Sempre con riferimento alla matrice, l'attività di *day surgery* e quella ambulatoriale, in particolare la diagnostica di laboratorio e di radiologia, sono da considerarsi settori da potenziare (*cash cows*). Essi, infatti, oltre a contribuire al perseguimento della conformità agli indirizzi nazionali e regionali, mostrano un buon rendimento e consentono di recuperare risorse da destinare ai settori da sostenere.

Fig. 2: matrice decisionale



**LEGENDA\*:**

- **Cash cows**: attività redditizie con bassi costi di investimento. Il loro potenziamento consente di utilizzare il margine di contribuzione per finanziare i settori ad alto costo

- **Dogs**: attività a scarso sviluppo che generano scarsi profitti o perdite; sono soggette a mantenimento, riconversione e disinvestimento.

- **Stars**: attività in forte espansione che comportano alti benefici e sono ad alto rendimento; rappresentano le priorità su cui puntare le politiche di sviluppo

- **Question marks**: attività scarsamente redditizie, ma importanti per la rilevanza e le prospettive di sviluppo; devono essere sostenute per acquisire quote di mercato

### **5.1.3 Orientamento all'anziano**

Il processo di invecchiamento della società italiana e la prevalenza di popolazione anziana nel territorio ligure possono essere colti come opportunità per sviluppare una specifica competenza nella cura delle malattie dell'invecchiamento, con particolare riguardo alla prevenzione e alla riabilitazione. L'impegno ad instaurare la sede del centro regionale di studio e di cura delle malattie dell'invecchiamento, richiamato nel PSR, deve rappresentare la volontà di valorizzare le conoscenze e le innovazioni sanitarie e tecnologiche per adattarle alle esigenze degli anziani, al fine di offrire prestazioni che fino a pochi anni fa era impensabile eseguire sugli ultra-settantenni. L'orientamento all'anziano, pertanto, non deve far pensare ad una caratterizzazione dell'ospedale come "l'ospizio" di vecchia concezione, ma effettivamente come un centro altamente qualificato nell'ambito della prevenzione, terapia e riabilitazione, anche riguardo alla diagnostica avanzata e alla ricerca, con particolare riferimento alle patologie cronic-degenerative. L'attenzione all'anziano trova i suoi cardini nelle seguenti attività:

- d) definizione di percorsi ad hoc per anziani,
- e) potenziamento delle cure intermedie,
- f) sviluppo dell'integrazione con il territorio e con l'assistenza domiciliare.

L'obiettivo primario è quello di limitare il ricorso al ricovero in ospedale alle situazioni appropriate, per rispondere a un effettivo bisogno di cura piuttosto che a un bisogno sociale legato all'emarginazione dell'anziano. Per questo motivo devono essere favorite soluzioni che facilitino i rapporti con gli anziani e le loro famiglie, come ad esempio un ambulatorio geriatrico in pronto soccorso.



### **5.1.4 Sviluppo della ricerca e dell'innovazione gestionale**

Il perseguimento degli obiettivi precedentemente descritti richiede un'attenzione particolare allo sviluppo dei programmi di ricerca e l'adozione di modelli organizzativi capaci di sostenere e dare valore alle attività.

#### **a) La ricerca**

La ricerca nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari deve rappresentare, insieme alla formazione, la linfa vitale che alimenta il processo di miglioramento continuo delle prestazioni di ricovero e cura. Dalla ricerca i professionisti sanitari ricevono lo stimolo per riesaminare la qualità delle loro prestazioni, confrontarsi con i risultati di altri ed esplorare nuovi orizzonti e nuove opportunità. L'obiettivo che l'Ente si pone nell'ambito della ricerca clinica, che è necessariamente diversa da quella delle Università e degli Enti di ricerca, è quello di sviluppare programmi rivolti ad incrementare l'interscambio dei ricercatori e sviluppare progetti congiunti con altre strutture. Attraverso l'attivazione di reti integrate di ricerca è possibile porre l'Ente in condizione di accedere ai finanziamenti comunitari e inserirlo tra i centri di riferimento a livello europeo.

Nell'ambito della ricerca il punto di riferimento è dato dal Comitato scientifico dell'Ente, recentemente ricostituito, al quale è affidato il compito di elaborare gli indirizzi generali per la predisposizione del piano annuale di ricerca, promuovere il reperimento di finanziamenti pubblici e privati, nazionali ed internazionali, sviluppare i progetti di ricerca e favorire la pubblicazione dei risultati. A tale scopo devono essere incrementate le azioni rivolte a sviluppare:

- 1 la capacità progettuale dei professionisti;
- 2 gli scambi di informazioni sui progetti europei per la ricerca e la sanità;
- 3 la ricerca partner per la presentazione di progetti;
- 4 l'informazione sui programmi di ricerca da parte di istituzioni pubbliche e private.

#### **b) L'innovazione gestionale**

Nel settore sanitario, un elemento importante di innovazione gestionale è

rappresentato dai dipartimenti, che devono costituire l'articolazione fondamentale dell'organizzazione per rispondere adeguatamente alla necessità di recuperare spazi di integrazione e coordinamento. La maggiore considerazione della struttura dipartimentale comporta il trasferimento al Direttore del dipartimento di responsabilità sostanziali in materia di programmazione, organizzazione e gestione delle attività, obiettivi di budget e programmi di formazione e aggiornamento. Le risorse umane e strumentali devono essere gestite a livello di dipartimento, come pure la disponibilità dei posti letto. La definizione e l'organizzazione delle strutture di degenza deve privilegiare i modelli legati a una distribuzione dei letti basata sulla complessità della cura piuttosto che sulla struttura di appartenenza, favorendo quindi l'attivazione di servizi di *one day hospital*, *week hospital* e area critica. Questa impostazione si fonda sul presupposto che l'efficienza gestionale è favorita dall'abbattimento dei confini delle strutture e dall'utilizzo flessibile dei posti letto e delle risorse.

Il nuovo modello dipartimentale deve essere coerente con le priorità strategiche in modo da rappresentare effettivamente lo strumento operativo per conseguire gli obiettivi prefissati. In quest'ottica i dipartimenti sono distinti in due tipologie:

- **dipartimenti strutturali**, cui afferiscono strutture omogenee aggregate in modo da favorire la gestione comune delle risorse umane e strumentali assegnate;
- **dipartimenti funzionali**, finalizzati al conseguimento di determinati obiettivi a carattere gestionale e trasversale, non solo con riferimento all'Ente, ma anche al territorio e ad altre istituzioni (dipartimenti interaziendali).

L'organizzazione delle attività e dei percorsi deve essere impostata in modo da favorire lo sviluppo delle responsabilità, dell'autogestione della condivisione degli obiettivi e del senso di appartenenza del personale.

## **5.2 Obiettivi in ambito tecnico-gestionale**

Nell'ambito amministrativo – gestionale gli obiettivi da conseguire sono:

1. la maggiore razionalizzazione delle risorse e dei costi;

2. la formazione;
3. lo sviluppo dell'informatizzazione;
4. la sicurezza e la qualità;
5. l'accoglienza e la comunicazione;
6. lo sviluppo dei progetti innovativi gestionali;
7. i finanziamenti innovativi;
8. il progetto del nuovo ospedale.

### **5.2.1 Razionalizzazione delle risorse e contenimento dei costi**

L'obiettivo della riduzione del disavanzo, posto come priorità dalla regione è strettamente legato alla razionalizzazione dei fattori produttivi (personale, beni e servizi). Tale razionalizzazione, che riguarda tutta la catena del valore, dall'acquisizione delle risorse al loro consumo, è necessaria per rendere compatibili le risorse disponibili con le finalità da perseguire. Essa deve essere perseguita operando sia all'interno della struttura, con una corretta impostazione di tipo organizzativo, sia rivolgendo lo sguardo al contesto esterno, attraverso lo sfruttamento delle opportunità offerte dalle collaborazioni con altre strutture. Gli elementi che favoriscono tale approccio sono:

- a) l'ottimizzazione dei processi di approvvigionamento (catena di fornitura), l'omogeneità dei prodotti e le economie di scala;
- b) la ridefinizione dell'assetto organizzativo dell'Ospedale con il potenziamento del modello dipartimentale;
- c) la reingegnerizzazione dei processi, sia in ambito sanitario che in quello amministrativo, allo scopo di riprogettare, ruoli, tempi e attività, focalizzando l'attenzione sui risultati piuttosto che sui singoli atti;
- d) la ridefinizione delle politiche di reclutamento e di gestione del personale, con particolare riguardo ai sistemi incentivanti.

Il documento sulle politiche per il personale, che sarà redatto ad integrazione del presente documento, dovrà definire i principi e i criteri relativi a:

- articolazione degli incarichi professionali e delle posizioni organizzative,
- sistema incentivante,
- i criteri di valutazione dei risultati.

### **5.2.2 Formazione**

Il fattore umano nella produzione dei servizi alla persona è un elemento strategico che influisce direttamente sulla qualità dell'assistenza oltre che sul grado di soddisfazione degli utenti. Per questo motivo, l'innovazione e il miglioramento dei servizi sono strettamente collegati con la formazione.

I piani annuali della formazione del personale devono essere coerenti con le linee di indirizzo strategico dell'Ente. Essi devono essere rivolti alle conoscenze specialistiche, specifiche ed operative dei diversi contesti, al fine di garantire il mantenimento e il miglioramento delle competenze professionali e l'applicazione dei principi di appropriatezza nella pratica quotidiana, senza trascurare approfondimenti sulla revisione organizzativa, l'applicazione di nuovi modelli gestionali e la condivisione trasversale delle conoscenze.

I piani annuali della formazione devono indicare la ripartizione dei costi per dipartimento, le figure professionali coinvolte, assicurare una partecipazione diffusa del personale e privilegiare l'organizzazione di eventi formativi organizzati all'interno dell'Ente rispetto alla partecipazione a convegni, congressi e corsi esterni. La formazione esterna, pertanto, dovrà rappresentare una forma residuale e complementare rispetto alla formazione interna, ed essere riservata a eventi selezionati di particolare rilevanza e necessariamente coerenti con il piano di formazione annuale e gli obiettivi in esso indicati.

Ad ogni dipartimento dovrà essere assegnato un budget di risorse ed obiettivi per la formazione interna ed esterna.

La formazione non dovrà avere unicamente destinatari interni, ma dovrà aprirsi agli interlocutori esterni, in particolare, le altre strutture sanitarie, le università, le associazioni e la cittadinanza. In quest'ottica l'Ufficio formazione dovrà trasformarsi in un vero Centro permanente di formazione, che sia un punto di riferimento non

estemporaneo per l'approfondimento dello studio di determinate tematiche in ambito sanitario, etico e gestionale.

Allo scopo di potenziare al massimo le attuali strutture a disposizione (locali, supporti audiovisivi, informatica), l'Ufficio formazione dovrà essere dotato di un adeguato organico e di strumenti di organizzazione perché possa porsi all'esterno come centro qualificato. Il Centro di formazione potrà, quindi, svolgere anche un ruolo di rilievo per reperire risorse, attraverso iscrizioni e affitto di aule, per contribuire alla copertura dei costi della formazione interna.

La realizzazione di un solido rapporto tra il Centro di formazione e l'università, le altre strutture sanitarie e il territorio (MMG), sarà uno degli elementi essenziali per favorire il processo di integrazione tra l'ospedale e il contesto in cui opera.

In aggiunta, dovrà essere anche avviato un collegamento con la cittadinanza, attraverso l'organizzazione di momenti di informazione e formazione, allo scopo di contribuire a diffondere una corretta educazione sanitaria e far conoscere i servizi offerti dall'ospedale.

### **5.2.3 Sviluppo dell'informatizzazione**

Le priorità su cui impostare lo sviluppo dell'ICT (*Information Communication technology*) sono:

1. la gestione digitale completa dei documenti<sup>2</sup>, dalla firma alla conservazione, dando la priorità a quelli che costituiscono la cartella clinica;
2. la riduzione della produzione di documenti cartacei e di pellicole tradizionali;
3. il completamento dell'informatizzazione di tutti i processi costituenti la cartella clinica:
  - anamnesi, diario medico, diario infermieristica;
  - terapia farmacologica, nelle fasi di prescrizione, somministrazione, integrazione col magazzino di farmacia ed il controllo di gestione;
  - terapia diagnostica;

<sup>2</sup> Codice dell'amministrazione digitale (Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 in vigore dal 1.01.2006)

- lettera di dimissione;
4. il completamento dei processi di acquisizione informatica dei referti: immagini radiologiche, segnali cardiografici, risultati ematici, al fine di consentire:
    - la refertazione informatica assistita dei risultati;
    - i consulti da remoto;
    - telemedicina (refertazione da parte dei medici del Galliera di esami effettuati altrove e viceversa);
    - telelavoro (refertazione al domicilio o comunque da postazioni di lavoro distanti dal paziente),
  5. la gestione dell'informativa e del consenso al trattamento dei dati personali in modalità semplificata, per il maggior numero possibile di trattamenti;
  6. l'accesso ai pazienti ed ai medici esterni (di medicina generale, specialisti e di altre strutture sanitarie/ospedaliere) alle informazioni cliniche di loro competenza;
  7. la strutturazione dei referti di analisi al fine di:
    - predisporre gli strumenti ai medici interni per l'analisi dell'andamento clinico delle singole analisi di un paziente;
    - trasferire i referti nelle cartelle cliniche dei medici di medicina generale;
    - adottare protocolli condivisi nella strutturazione delle informazioni cliniche al fine di favorire la condivisione delle informazioni cliniche con le altre strutture sanitarie;
  7. la salvaguardia dei sistemi informativi da eventi dannosi o malfunzionamenti (*disaster recovery*) e disponibilità dei servizi ospedalieri erogati sulle 24 ore (*business continuity*);
  8. il supporto informatico al servizio di spedalizzazione territoriale, introducendo tecnologie per il teleconsulto e la video assistenza dei pazienti al domicilio;
  9. l'adozione di tecnologie per l'utilizzo di modalità di di e-learning nei processi di formazione;

10.lo sviluppo dell'infrastruttura di rete per la trasmissione video in rete e la comunicazione telefonica su IP.

#### **5.2.4 Sicurezza e qualità**

L'attività sanitaria svolta nell'Ente deve uniformarsi ai requisiti di qualità e sicurezza, quali elementi indispensabili per assicurare adeguati livelli di prestazioni agli utenti.

L'obiettivo legato alla sicurezza deve essere perseguito attraverso un percorso di revisione strutturale e culturale dell'organizzazione, il quale, oltre a prevedere interventi tecnici e strutturali, deve far leva sull'acquisizione da parte degli operatori del valore della prevenzione dei rischi per loro stessi e per i pazienti a loro affidati.

La qualità è strettamente legata alla sicurezza e deve essere sviluppata in un processo di miglioramento continuo finalizzato alla promozione dell'accoglienza e dell'utilizzo delle migliori pratiche assistenziali.

I piani per la sicurezza e per la qualità elaborati dai rispettivi responsabili, che costituiranno parte integrante del piano strategico, dovranno definire obiettivi, tempi e modalità per il raggiungimento degli standard richiesti dalla normativa.

#### **5.2.5 Accoglienza e comunicazione**

In linea con l'impostazione di fondo della missione dell'Ente, un punto qualificante e un valore aggiunto è costituito dal tema dell'accoglienza, intesa come servizio alla persona.

La dimensione dell'accoglienza si esplicita a più livelli: da quello progettuale e architettonico (l'organizzazione degli spazi e degli ambienti, la collocazione territoriale della struttura, la sua accessibilità), a quello dei rapporti tra l'ospedale e il pubblico (organizzazione degli orari di visita, liste di attesa, funzioni di comunicazione espletate dall'URP, organizzazione di eventuali servizi aggiuntivi, come parcheggi, banca, posta, biblioteche interne, ecc...), fino al rapporto del personale *front line* con gli utenti stessi, curando in particolare la comunicazione e l'attenzione specifica da dedicare all'approccio anche psicologico con l'utente.

L'accoglienza ospedaliera è strettamente collegata con il tema della qualità, poiché il modo in cui il personale e la struttura nel suo insieme si rapportano ai fruitori del servizio è un fattore che incide fortemente sulla qualità percepita, la cui rilevazione permette di operare correzioni in tempo utile al fine di ridurre gli eventuali disservizi presenti.

Strettamente connesso al tema dell'accoglienza, è quello della comunicazione, che si configura come una dimensione essenziale della partecipazione del paziente al proprio percorso di cura. Una comunicazione corretta favorisce, infatti, la scelta dei trattamenti più adeguati, l'adozione di stili di vita positivi, il raggiungimento di obiettivi di qualità e appropriatezza delle cure e può rendere più equi e razionali l'accesso e la fruizione dei servizi. Ai fini di una migliore comunicazione è necessario:

- sburocratizzare il rapporto con l'utente e semplificare le modalità di accesso alla struttura sanitaria;
- offrire maggiori opportunità al cittadino affinché possa conoscere il proprio ospedale e familiarizzare con esso in un rapporto di interscambio di proposte-domande-risposte.

L'accoglienza e la comunicazione devono essere perseguite presidiando i punti di collegamento con l'utenza (accessi, percorsi, servizi) con tutti gli strumenti a disposizione: dall'impiegato addetto a fornire le informazioni, alla segnaletica, al sito web e all'utilizzo di canali mediatici.

## **5.2.6 Sviluppo dei progetti innovativi gestionali**

### **1. Progetto di collaborazione con l'Ospedale Evangelico Internazionale**

In base ai recenti accordi tra l'E.O. Ospedali Galliera e l'Ospedale Evangelico Internazionale, è stato definito un percorso di collaborazione sarà caratterizzato da una progressiva interazione tra i due enti. Il fine è quello di realizzare una solida struttura gestionale che, coniugando efficacemente risorse e servizi, sia in grado di affrontare le sfide poste dal sistema e si collochi nell'area metropolitana come soggetto innovativo nello scenario dell'offerta di salute.



Il percorso di progressiva integrazione prevede una fase di sperimentazione gestionale congiunta a partire dai seguenti settori:

1. gestione unificata di funzioni amministrative di alcuni servizi: acquisto di beni e servizi, distribuzione dei farmaci, manutenzione delle attrezzature biomedicali e formazione del personale;
2. attivazione di un Dipartimento chirurgico interaziendale di tipo funzionale che costituirà un sorta di “cabina di regia” per la gestione integrata dei percorsi dei pazienti chirurgici, mediante l'utilizzo congiunto di spazi (sale operatorie, ambulatori, degenze), personale e strumentazioni, con l'obiettivo di ottimizzare le disponibilità e le caratteristiche delle due strutture.

I vantaggi attesi sono:

- Area amministrativa: economie di scala legate alla gestione unificata, quindi la razionalizzazione dell'impiego del personale amministrativo, della gestione delle apparecchiature e dei magazzini, la riduzione del prezzo di acquisto di beni e servizi; la possibilità di ampliare l'offerta formativa interna per il personale dipendente.

- Area clinico-assistenziale: aumento delle risorse disponibili in termini di spazi, personale e attrezzature da gestire in maniera integrata potenziando le rispettive strutture mediante la gestione congiunta del personale e delle apparecchiature, quindi: il recupero di produttività e di efficienza delle risorse strutturali, l'estensione dei tempi di utilizzo di spazi ed apparecchiature, l'abbattimento delle liste di attesa sia per l'attività di ricovero che per quella ambulatoriale, il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie (ospedaliere ed ambulatoriali) per lo sviluppo dell'attività di *day surgery* ed endoscopica. Le prestazioni sanitarie potranno essere effettuate nella struttura più idonea alla tipologia e all'intensità di trattamento. Parte dell'attività di *day surgery* (in particolare quella ortopedica e ostetrico-ginecologica), insieme ad alcune prestazioni ambulatoriali (endoscopia digestiva), troverà spazi di operatività presso l'OEI, mentre le patologie di medio-alta complessità verrebbero trasferite presso il Galliera, dove sono disponibili servizi diagnostico-assistenziali di alto livello. Sarà possibile attivare percorsi preferenziali di cura (*fast track*) per determinate patologie, tra cui quelle con accesso dal Pronto

soccorso che non richiedono il ricovero immediato.

In definitiva, l'integrazione delle attività porterà ad un aumento del potenziale erogativo dei due enti, in modo da consentire loro di porsi congiuntamente in una posizione di maggior rilievo a livello regionale. La produzione complessiva, che già attualmente si colloca al quarto posto per i ricoveri in regime di Day Surgery e di DRG, potrebbe essere incrementata del 15-20% nell'arco di tre anni.

Oltre ai vantaggi diretti, legati alla gestione congiunta e alle economie di scala, si prospettano importanti ricadute di carattere qualitativo. Con l'introduzione dei dipartimenti interaziendali, infatti, saranno necessariamente sviluppate politiche di condivisione dei protocolli diagnostico terapeutici, di integrazione di conoscenze e competenze, di formazione del personale e di implementazione del sistema qualità, con effetti positivi sul miglioramento delle performance professionali e dei servizi offerti. Il ritorno, quindi, in termini di sviluppo culturale e di aumento qualitativo e quantitativo dell'offerta, a fronte di costi contenuti, sarà l'elemento di forza che caratterizzerà l'esperienza di condivisione gestionale.

Sulla base dei primi risultati, il modello sarà esteso ad altri settori di particolare rilievo, quali la riabilitazione e l'assistenza agli anziani. Il fine ultimo è quello di creare nel cuore della città un importante centro di riferimento che, combinando al meglio le peculiarità e le competenze dei due enti, sia fortemente integrato con il territorio e in grado di erogare maggiori servizi estendendo l'offerta all'intero percorso di cura, dal riscontro diagnostico alla riabilitazione domiciliare, senza discontinuità tra assistenza ospedaliera e assistenza domiciliare.

## **2. Progetto di cure intermedie e riabilitazione presso l'ex Seminario minore del Chiappeto**

Il progetto di riconversione dell'ex Seminario del Chiappeto prevede in un primo momento la realizzazione di una struttura degenziale di cure intermedie e di riabilitazione di 50 posti letto, destinata ai pazienti dimessi dall'ospedale che non sono ancora in grado di essere autosufficienti o che necessitano di adeguate e intensive cure riabilitative. L'attività di assistenza e di riabilitazione sarà gestita con le competenze tecnico-scientifiche dell'Ospedale Galliera, il quale assicurerà il

personale sanitario di direzione e coordinamento, le consulenze, i prodotti farmaceutici e i dispositivi medici, in stretto collegamento con la struttura ospedaliera.

Successivamente la struttura potrà ospitare altre tipologie di servizi. Tra questi, l'Hospice per i malati "terminali" avrà un ruolo di rilievo per assicurare le cure sanitarie, alberghiere e psicosociali necessarie a consentire a questi pazienti di affrontare nel modo migliore le ultime fasi dell'esistenza. A questo fine sarà creato uno spazio tranquillo, isolato, ma non segregato, dotato di attrezzature idonee e di personale specializzato.

Nella nuova casa troverà spazio anche un centro diurno per gli anziani del quartiere, dove questi e le loro famiglie potranno trovare un punto di appoggio e di incontro per affrontare i problemi quotidiani. Fondamentale in questo ambito sarà il rapporto con le famiglie: particolare attenzione dovrà essere infatti rivolta allo sviluppo degli ausili idonei al sostegno dei nuclei famigliari che scelgono di tenere a domicilio i congiunti che sono in stato di bisogno assistenziale.

A completamento dell'opera, è prevista la creazione all'interno della struttura di un centro di studio e ricerca per le problematiche legate alla gestione dell'anziano e ai fenomeni degenerativi psicofisici. Il centro disporrà di aule di didattica e sale per convegni e seminari di approfondimento.

La realizzazione dell'intero progetto porterà quindi alla costituzione di un centro in grado di associare all'attività clinica, di cura e riabilitazione, le attività sociali di ascolto e di sostegno alle famiglie e le attività di ricerca e confronto.

### **3) Altri progetti**

Sono attualmente in fase di studio progetti per una nuova gestione della farmacia esterna e per l'apertura di una casa di salute, impostati entrambi su sperimentazioni gestionali pubblico – privato.

#### **5.2.7 Finanziamenti innovativi**

In presenza di risorse finanziarie tradizionali, derivanti da trasferimenti regionali, sempre più contenute, l'Ente, oltre ad impegnarsi ad utilizzare al meglio le risorse

disponibili, deve adottare strumenti e strategie innovativi che permettano di ottenere risorse aggiuntive complementari rispetto ai finanziamenti istituzionali.

Oltre agli strumenti di finanza innovativa per il finanziamento degli investimenti (es. *project financing*), devono essere incentivate le attività di *fundraising* per acquisire maggiori risorse mediante sponsorizzazioni, donazioni di soggetti pubblici e privati e finanziamenti per la partecipazione a progetti di ricerca e innovazione.

### **5.2.8 Nuovo ospedale**

Alla luce delle considerazioni sulle condizioni strutturali dell'Ente, lo sviluppo delle attività non può prescindere dalla disponibilità di una struttura edilizia e impiantistica idonea alla realizzazione di un sistema organizzativo basato sulla centralità del malato e sull'attenzione all'ergonomia. Un complessivo adeguamento dei padiglioni storici in risposta a queste esigenze risulterebbe impraticabile sia per i vincoli storico-architettonici che per gli alti costi che tale impresa comporterebbe.

Si pone quindi la necessità di realizzare una struttura ex novo, progettata in base ai recenti indirizzi messi a punto dalla commissione tecnica del Ministero della salute per la definizione del nuovo “Modello di ospedale ad alta tecnologia ed alta assistenza” quale il Galliera intende continuare a essere.

La soluzione architettonica proposta dagli esperti consultati dalla Direzione dell'Ente prevede la realizzazione di un nuovo ospedale a blocchi che unisca i pregi e i vantaggi delle strutture a padiglioni e di quelle a monoblocco, tenendo in considerazione gli aspetti riguardanti il contesto urbano, quindi viabilità e accessibilità. Oltre alle strutture previste per il pronto soccorso, la piastra ambulatoriale e le degenze, è stato progettato un blocco destinato all'area del sociale e dell'apertura alla città, dotato di servizi di supporto: ristorazione, punti di accoglienza, di informazione ed orientamento, prenotazione e ritiro referti, servizi bancari e farmacia.

L'edificio storico potrà essere, invece, destinato ad attività extraospedaliere che ne valorizzino i pregi artistici e strutturali, quali, ad esempio: biblioteche, archivi, università, centro studi, spettacoli, auditorium, servizi sociali, attività di associazionismo e di volontariato.

## **6 Declinazione degli obiettivi strategici**

Al fine di dare concretezza agli obiettivi strategici e creare un collegamento coerente tra strategia, programmazione a breve termine ( budget) e operatività, gli obiettivi del piano strategico devono essere bilanciati per focalizzare l'attenzione sul controllo dei fenomeni di medio-breve periodo con l'intento di costruire un sistema di indicatori di risultato che consenta di monitorare l'andamento delle attività in funzione degli obiettivi.

Mutuando dal modello del *Balanced Scorecard* (Scheda a punteggio bilanciato), gli obiettivi strategici vengono declinati in quattro prospettive:

1. economico finanziaria,
2. del cliente,
3. della crescita e formazione
4. dei processi interni.

Per ogni prospettiva devono essere individuate le variabili, ossia i fattori critici di successo sui quali far leva per conseguire gli obiettivi prefissati.

Gli obiettivi strategici dell'Ente dovranno essere declinati, cioè scomposti e tradotti in attività attraverso il processo di budget con il quale saranno allocate le risorse e definiti gli obiettivi specifici dei dipartimenti e, all'interno di questi, delle singole strutture. Con il budget annuale sarà definito chi fa cosa, in quanto tempo, con quali risorse, come misurare i risultati e chi ha la responsabilità dei risultati.

Pertanto, in un processo di tipo *top down*, nel quale la direzione strategica indica gli obiettivi dell'azienda, segnala le priorità e definisce i criteri e le regole dell'intero

sistema, si innesta un percorso di tipo *bottom up*, con il quale i dipartimenti, alla luce delle indicazioni ricevute, effettuano le loro proposte e traducono gli obiettivi generali in obiettivi specifici delle strutture.

## **6.1 Prospettive e fattori critici di successo**

### **1. Prospettiva economico- finanziaria**

La prospettiva economico finanziaria indica la capacità dell'Ente di perseguire i propri obiettivi strategici in condizioni di economicità. Essa rappresenta la base di partenza su cui sviluppare i processi di razionalizzazione delle risorse, di creazione di economie di scala e di equilibrio economico finanziario. In questa prospettiva, le variabili su cui focalizzare l'attenzione sono: la riduzione della spesa del personale, le modalità di acquisizione dei beni e la ricerca di finanziamenti integrativi rispetto a quelli istituzionali.

### **2) Processi interni**

La prospettiva dei processi interni si focalizza principalmente sui processi innovativi, l'appropriatezza e l'organizzazione dei servizi. In questa categoria rientrano le azioni rivolte alla riqualificazione dell'offerta (trasferimento dei ricoveri ordinari in ricoveri in *day hospital e day surgery*, aumento dell'attività ambulatoriale) e la continuità assistenziale (sviluppo dei ricoveri di riabilitazione).

### **3) Prospettiva del cliente**

La variabile della percezione che i clienti/utenti hanno della dei servizi erogati dalle strutture sanitarie è essenziale per valutare l'apprezzamento da parte dei destinatari, nonostante questo non coincida necessariamente con la qualità effettiva delle prestazioni. I risultati da conseguire nella prospettiva del cliente possono essere rappresentati dall'incremento della percentuale di attrazione, dalla riduzione dei tempi di attesa e dalla soddisfazione degli utenti. L'identificazione degli indicatori di controllo è condizionata dalla carenza di dati di riferimento rappresentativi della qualità percepita per cui si è fatto ricorso alla capacità di attrazione, quale *proxi* della variabile relativa al grado di apprezzamento dell'utenza rispetto ai servizi offerti.

#### **4) Crescita e innovazione**

La prospettiva della crescita riguarda, in particolare, i processi di formazione e quelli di sviluppo delle innovazioni, quindi la capacità dei dipendenti di trasferire le conoscenze nell'attività di lavoro. In questa prospettiva, elementi rappresentativi delle azioni di miglioramento sono gli eventi formativi svolti all'interno dell'Ente e lo sviluppo delle tecnologie innovative.

## 6.2 Indicatori e risultati attesi

	Fattori critici di successo	Indicatori	Calcolo	Valore di riferimento 2004	Valori attesi 2006	Valori attesi 2007	Valori attesi 2008
<b>A</b>	<b>Prospettiva economico finanziaria</b>						
<b>1</b>	Politiche per il personale	Incidenza della spesa del personale sul valore della produzione caratteristica	$(P / Vc) \%$	65%	64%	63%	62%
<b>2</b>	Acquisti	% degli importi per acquisti sanitari in esclusiva sul totale	$(SANE / totale SAN) \%$	62%	50%	40%	30%
<b>3</b>	Autofinanziamento fundraising	Quota di copertura dei costi con fondi non istituzionali	$(autofin / Cc) \%$	1,33%	1,50%	2,00%	3,00%
<b>B</b>	<b>Prospettiva dei Processi interni</b>						
<b>4</b>	Appropriatezza	Tasso di conversione da ricovero ordinario a DH/DS	$(DH+DS)/Rt \%$	40,1%	45%	50%	60%
<b>5</b>	attività ambulatoriale	Ore di ambulatorio	<i>totale ore annuali ambulatorio</i>	1.467	1.600	2.000	2.250
<b>6</b>	Continuità assistenziale	Ricoveri riabilitazione in rapporto ai ricoveri ordinari per acuti	$(Rr/RO) \%$	1,89%	3%	4%	5%
<b>7</b>	Qualità assistenziale	Ricoveri ripetuti sul totale dei ricoveri	$(R\ ripetuti / RO) \%$	17,96%	15%	10%	5%
<b>C</b>	<b>Prospettiva del Cliente</b>						
<b>8</b>	Incremento dell'attrazione	% attrazione extra ASL 3	$(extraASL\ 3 / produzione\ tot.) \%$	14,19%	16%	18%	20%
<b>D</b>	<b>Prospettiva della crescita e innovazione</b>						
<b>9</b>	Formazione	Indice di formazione interna*	<i>v. schema</i>	0,0016	0,005	0,008	0,015
<b>10</b>	sviluppo tecnologie innovative	Attività di chirurgia mininvasiva in rapporto alla ch. Tradizionale	$(radva+stereot) / tot.\ Interventi$	0,07	0,1	0,15	0,2



### Descrizione delle variabili degli indici:

1	$P$ = costo per il personale
	$V_c$ = valore della produzione caratteristica
2	SANe = importo acquisti prodotti sanitari in esclusiva + acquisti in economia
	Totale SAN = totale acquisti prodotti sanitari
3	Autofin. = Utilizzo fondi al netto IBMDR + ricavi attività commerciale
	$C_c$ = Costi della gestione caratteristica
4	DH+DS = N.° ricoveri in day hospital + ricoveri day surgery
	$R_t$ = N.° totale ricoveri
5	Ore attività ambulatoriale anno = media ore di apertura di ogni ambulatorio in un anno
6	$R_r$ = Ricoveri in riabilitazione
7	$R$ ripetuti = Nr. ricoveri ripetuti nell'anno (escluso il primo)
8	extra ASL 3 = N.° prestazioni specialistiche e ricovero pazienti non appartenenti all'ASL 3
	Produzione tot = Totale produzione
9	Indice formazione = $(\text{ore formazione} \times \text{dipendenti formati}) / (\text{totale ore} \times \text{totale dipendenti})$ riferito al comparto e a corsi strutturati
10	radva+stereot. = N.°interventi (radiologia vascolare interventistica + stereotassi )
	Tot. Interventi = interventi effettuati nelle sale operatorie

## 7 Documenti integrativi del piano strategico

(non allegati al presente documento)

- Organigramma dell'Ente e regolamenti di organizzazione
- Politiche per il personale
- Piano lavori e finanziamenti
- Piano della qualità
- Piano della sicurezza

## Tabelle e grafici

Tabella n.1 Comparativa interaziendale anni 2003-2004 ricoveri Day hospital e ordinario

	DAY HOSPITAL			ORDINARIO		
	Prestazioni		Scostam.	Prestazioni		Scostam.
	2004	2003		2004	2003	
PRES. OSP. UNIFICATO	9.814	9.402	4,38	24.602	25.233	-2,50
OSPEDALE S. PAOLO	7.248	7.295	-0,64	19.531	20.689	-5,60
E.O. GALLIERA	6.941	6.159	12,70	17.001	18.388	-7,54
PRESIDIO OSP. GENOVA NORD	1.142	1.001	14,09	4.881	5.465	-10,69
PRES. OSP. GE PONENTE	4.971	4.904	1,37	11.557	11.658	-0,87
PRESIDIO OSP. ASL4	6.238	5.850	6,63	15.355	16.530	-7,11
OSP. EVANGELICO INTERNAZ.	1.095	1.119	-2,14	3.652	4.044	-9,69
PRESIDIO OSP. LA SPEZIA	5.714	7.548	-24,30	17.143	18.416	-6,91
AZIENDA OSP. S. CORONA	5.124	4.714	8,70	16.117	17.059	-5,52
AZIENDA OSP. VILLA SCASSI	11.234	8.018	40,11	14.588	14.887	-2,01
AZ.OSP.OSPEDALE S.MARTINO	19.706	18.880	4,38	44.479	45.416	-2,06
IST.G.GASLINI	14.292	13.681	4,47	18.701	20.443	-8,52
IST	2.386	2.545	-6,25	3.128	3.135	-0,22
<b>Regione</b>	<b>99.900</b>	<b>95.549</b>	<b>4,55</b>	<b>231.433</b>	<b>242.347</b>	<b>-4,50</b>

Comparativa ordinario/Day	2004		2003	
	% sul totale		% sul totale	
	Day	Ordinario	Day	Ordinario
PRES. OSP. UNIFICATO	29	71,48	27,15	72,85
OSPEDALE S. PAOLO	27	72,93	26,07	73,93
E.O. GALLIERA	29	71,01	25,09	74,91
PRESIDIO OSP. GENOVA NORD	19	81,04	15,48	84,52
PRES. OSP. GE PONENTE	30	69,92	29,61	70,39
PRESIDIO OSP. ASL4	29	71,11	26,14	73,86
OSP. EVANGELICO INTERNAZ.	23	76,93	21,67	78,33
PRESIDIO OSP. LA SPEZIA	25	75,00	29,07	70,93
AZIENDA OSP. S. CORONA	24	75,88	21,65	78,35
AZIENDA OSP. VILLA SCASSI	44	56,49	35,01	64,99
AZ.OSP.OSPEDALE S.MARTINO	31	69,30	29,36	70,64
IST.G.GASLINI	43	56,68	40,09	59,91
IST	43	56,73	44,81	55,19
<b>Regione</b>	<b>30</b>	<b>69,85</b>	<b>28,28</b>	<b>71,72</b>

Prestazioni ordinario + Day	2004	2003
PRES. OSP. UNIFICATO	34.416	34.635
OSPEDALE S. PAOLO	26.779	27.984
E.O. GALLIERA	23.942	24.547
PRESIDIO OSP. GENOVA NORD	6.023	6.466
PRES. OSP. GE PONENTE	16.528	16.562
PRESIDIO OSP. ASL4	21.593	22.380
OSP. EVANGELICO INTERNAZ.	4.747	5.163
PRESIDIO OSP. LA SPEZIA	22.857	25.964
AZIENDA OSP. S. CORONA	21.241	21.773
AZIENDA OSP. VILLA SCASSI	25.822	22.905
AZ.OSP.OSPEDALE S.MARTINO	64.185	64.296
IST.G.GASLINI	32.993	34.124
IST	5.514	5.680
<b>Regione</b>	<b>331.333</b>	<b>337.896</b>

**N.B.** I valori relativi alla Regione non corrispondono alla somma dei valori delle Aziende, poiché sono state riportate solo quelle di dimensioni sufficientemente significative in termini comparativi.

**Tabella n.2 Comparativa interaziendale anni 2003-2004 ricoveri riabilitazione e ordinario**

	RIABILITAZIONE			ORDINARIO		
	Prestazioni		Scostam.	Prestazioni		Scostam.
	2004	2003		2004	2003	
PRES. OSP. UNIFICATO	271	397	-31,74	24.602	25.233	-2,50
E.O. OSPEDALI GALLIERA	328	297	10,44	17.001	18.388	-7,54
PRES. OSP. GENOVA PONENTE	733	708	3,53	11.557	11.658	-0,87
PRES. OSP. ASL4 CHIAVARESE	703	596	17,95	15.355	16.530	-7,11
PRES. OSP. SAN BARTOLOMEO	884	711	24,33	6.683	7.105	-5,94
AZIENDA OSPEDALIERA S. CORONA	1.242	1.074	15,64	16.117	17.059	-5,52
AZIENDA OSP. VILLA SCASSI	386	198	94,95	14.588	14.887	-2,01
AZ. OSP. OSPEDALE S. MARTINO	733	623	17,66	44.479	45.416	-2,06
<b>Regione</b>	<b>7.738</b>	<b>6.676</b>	<b>15,91</b>	<b>231.433</b>	<b>242.347</b>	<b>-4,50</b>

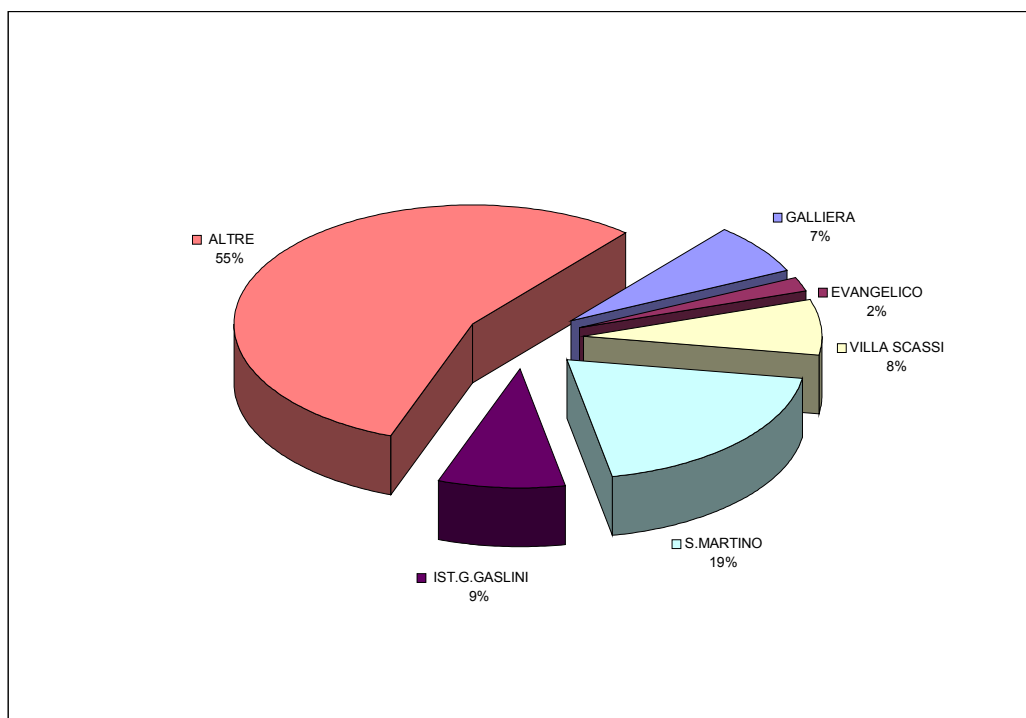
	2004		2003	
	% sul totale		% sul totale	
	ordinario	riabilit.	ordinario	riabilit.
<b>Comparativa ordinario/riabilitazione</b>				
PRES. OSP. UNIFICATO	98,91	1,09	98,45	1,55
E.O. OSPEDALI GALLIERA	98,11	1,89	98,41	1,59
PRES. OSP. GENOVA PONENTE	94,04	5,96	94,27	5,73
PRES. OSP. ASL4 CHIAVARESE	95,62	4,38	96,52	3,48
PRES. OSP. SAN BARTOLOMEO	88,32	11,68	90,90	9,10
AZIENDA OSPEDALIERA S. CORONA	92,85	7,15	94,08	5,92
AZIENDA OSP. VILLA SCASSI	97,42	2,58	98,69	1,31
AZ. OSP. OSPEDALE S. MARTINO	98,38	1,62	98,65	1,35
<b>Regione</b>	<b>96,76</b>	<b>3,24</b>	<b>97,32</b>	<b>2,68</b>

<b>Prestazioni ordinario + riabilitazione</b>	2004	2003
PRES. OSP. UNIFICATO	24.873	25.630
E.O. OSPEDALI GALLIERA	17.329	18.685
PRES. OSP. GENOVA PONENTE	12.290	12.366
PRES. OSP. ASL4 CHIAVARESE	16.058	17.126
PRES. OSP. SAN BARTOLOMEO	7.567	7.816
AZIENDA OSPEDALIERA S. CORONA	17.359	18.133
AZIENDA OSP. VILLA SCASSI	14.974	15.085
AZ. OSP. OSPEDALE S. MARTINO	45.212	46.039
<b>Regione</b>	<b>239.171</b>	<b>249.023</b>

**N.B.** I valori relativi alla Regione non corrispondono alla somma dei valori delle Aziende, poiché sono state riportate solo quelle di dimensioni sufficientemente significative in termini comparativi.

**Tabella n.3      % della produzione sul totale regionale anno 2004**

PRESIDIO	PREST.	% su totale Regionale
GALLIERA	28.898	7,08
EVANGELICO	7.607	1,86
VILLA SCASSI	30.718	7,52
S.MARTINO	78.576	19,24
IST.G.GASLINI	35.381	8,67
ALTRE	227.128	55,63
TOTALE	408.308	100,00



**Tabella n.4 % produzione specialistica sul totale regionale anno 2004**

AZIENDA SANITARIA	RICETTE/ACCESSI	PRESTAZIONI	TICKET	% su tot.
AZ. OSPEDALIERA S.CORONA	256.052	912.457	2.350.500,07	3,88
AZ. OSPEDALIERA S.MARTINO	651.630	1.753.958	5.069.804,93	9,89
AZ. OSPEDALIERA VILLA SCASSI	222.476	748.230	1.709.172,48	3,38
ISTITUTO G. GASLINI	161.677	417.443	2.288.821,51	2,45
EVANGELICO INTERNAZ.	103.567	384.292	880.001,04	1,57
GALLIERA	365.672	1.416.689	3.402.375,57	5,55
ALTRE	4.830.485			73,28
Totale	6.591.559			100

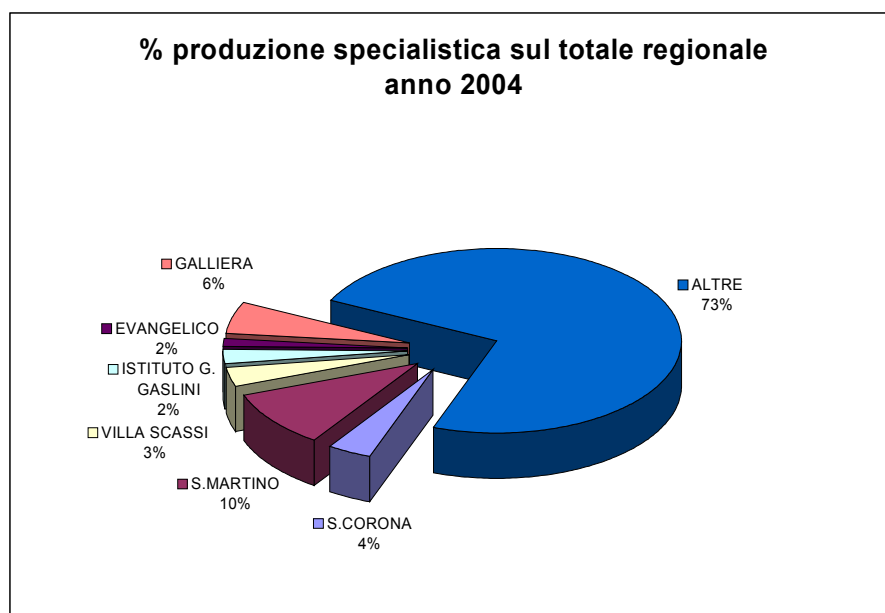


Tabella n. 5

*Elenco specialità con % sul totale regionale del valore della produzione anno 2004*

<i>Disciplina</i>	S.MARTINO	VIL.SCASSI	GALLIERA	EVANGELICO	S.CORONA
CARDIOLOGIA	27,05	11,26	10,60		6,86
CHIRURGIA GENERALE	28,07	8,70	5,60	2,19	4,32
CHIRURGIA MAXILLO F.	40,46		51,72		7,82
CHIRURGIA PLASTICA	13,68	46,04	1,94		25,92
CHIRURGIA VASCOLARE	25,92	15,68	13,91		14,99
EMATOLOGIA	98,18		1,68		
MAL. ENDOCRINE/NUTR.	57,64		34,20		
GERIATRIA	22,13		25,61		
MAL. INFETT./TROPIC.	26,89		13,39		8,49
MEDICINA GENERALE	15,52	7,29	5,51	1,98	5,98
NEUROCHIRURGIA	39,62		33,66		26,72
NIDO	22,28	10,28	4,00	4,43	6,20
NEUROLOGIA	23,77	9,32	8,68		6,88
OCULISTICA	25,73	5,22	2,77	6,35	
ORTOPEDIA/TRAUMATOL.	18,47	10,73	6,36		14,17
OSTETRICIA/GINECOL.	18,47	10,73	8,88	6,45	4,64
OTORINOLARINGOIATRIA	31,89	3,68	4,34		
UROLOGIA	21,63	12,49	6,41		9,51
TERAPIA INTENSIVA	39,32	10,95	5,09		10,34
UNITA' CORONARICA	4,62	4,16	1,39		7,10
DERMATOLOGIA	20,40	3,77	16,68		
RIABILITAZ. FUNZION.	10,39	1,29	4,03		12,72
GASTROENTEROLOGIA	34,06		18,99		23,96
MEDICINA NUCLEARE		7,38	69,06		23,56
NEONATOLOGIA	44,79		15,84	8,87	
ONCOLOGIA	12,19	9,84	3,18		3,77
RADIOTERAPIA			42,07		

**Tabella n. 6/a****% su attrazione da altre ASL e fuori Regione per ricoveri in day hospital e day surgery**

	FUORI REGIONE	
	n. casi	% su totale
ENDOCRINOLOGIA	129	21,01
MED. FETALE E PERIN.	98	15,96
MICROCITEMIA	67	10,91
GASTROENTER.	48	7,82
MED. NUCLEARE	31	5,05
OCULISTICA	29	4,72
ONCOLOGIA	26	4,23
ALTRI	186	30,29
<b>TOTALE FUORI REGIONE</b>	<b>614</b>	<b>100,00</b>

	ALTRE ASL	
	n. casi	% su totale
MED. FETALE E PERINATALE	298	21,56
GASTROENTER.	135	9,77
ONCOLOGIA	80	5,79
CH. ARTR. E GINOCCHIO	73	5,28
ENDOCRINOLOGIA	66	4,78
OCULISTICA	63	4,56
MICROCITEMIA	57	4,12
ALTRI	610	44,14
<b>TOTALE</b>	<b>1382</b>	<b>100,00</b>

**Tabella n. 6/b**

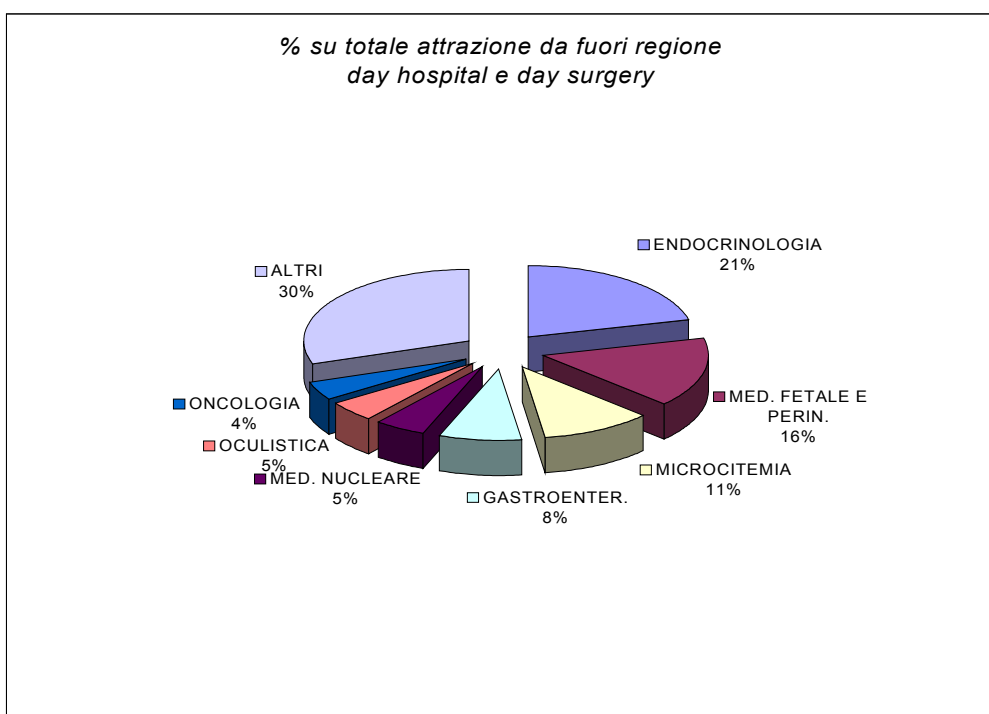
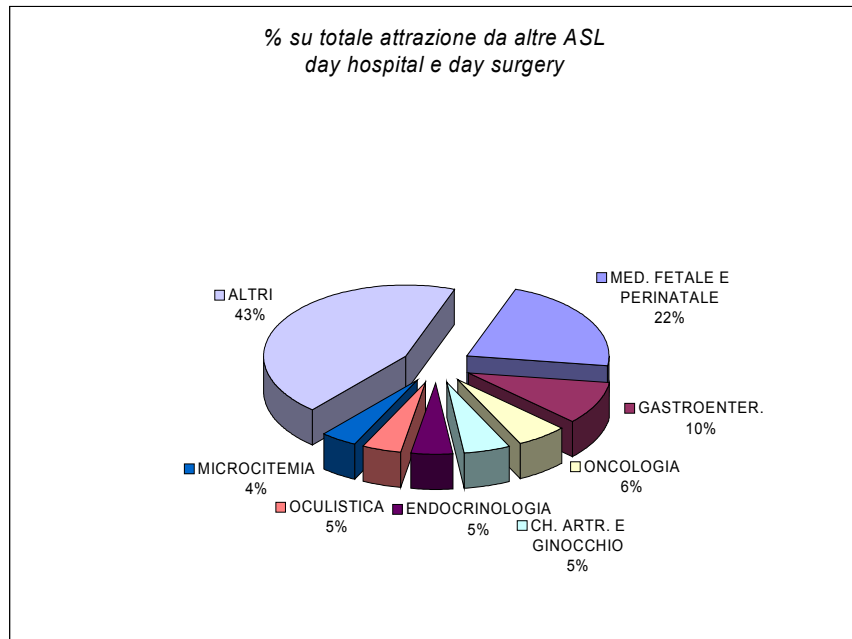




Tabella n. 6/c



**Tabella N. 7**

**Attività emodinamica: comparativa anno 2004**

<b>Anno 2004</b>	<b>AI</b>	<b>AT</b>	<b>C</b>
AZ.OSP. SAN MARTINO	185	720	1.605
DIMI UNIV DI GENOVA	15	143	523
OSPEDALI GALLIERA	188	658	1.274
ISTITUTO GASLINI	0	0	12
VILLA SCASSI	3	245	530
OSPEDALE CIVILE - ASL 1	21	306	780
OSP. CIVILI - ASL 4	59	141	325
CASA DI CURA VILLA	21	416	1.156
OSP. SAN PAOLO ASL 2	65	429	968
OSP. SANTA CORONA	0	11	139

<b>AI</b> : ANGIOPLASTICHE CORONARICHE (NELL'INFARTO)
<b>AT</b> : ANGIOPLASTICHE CORONARICHE (TOTALI)
<b>C</b> : CORONAROGRAFIE

