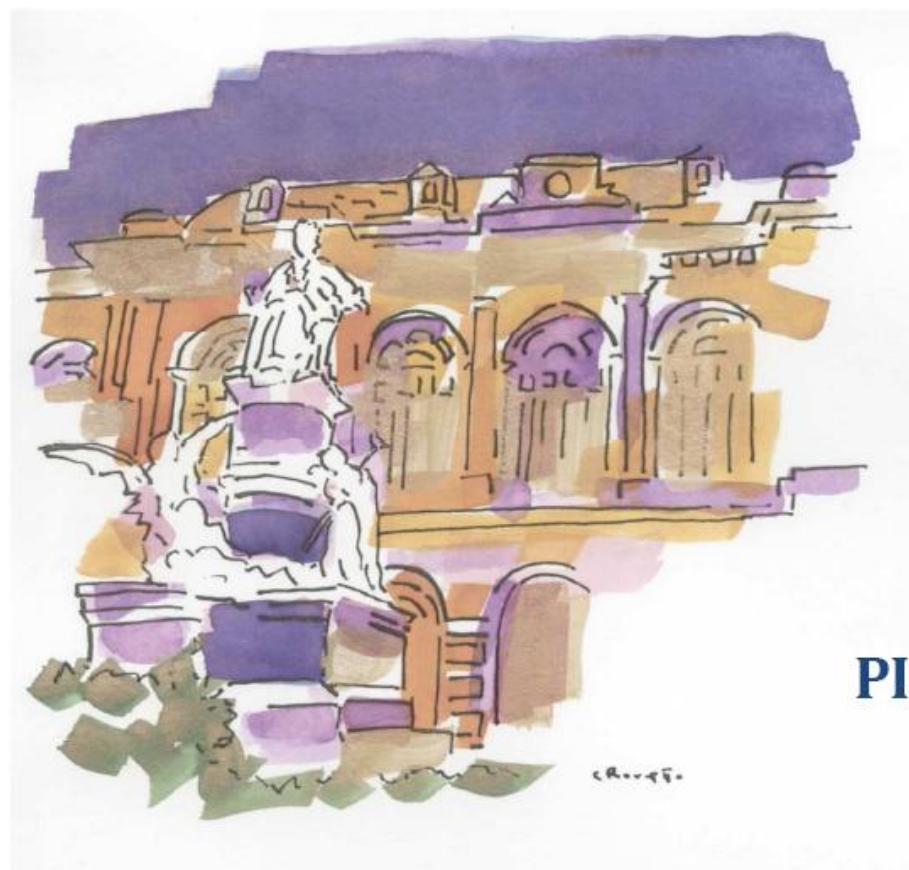




Ente Ospedaliero
**Ospedali
Galliera**
Genova

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione



**PIANO STRATEGICO
2014-2016**

Direzione Generale

Sommario

Legenda acronimi.....	3
Precedenti Piani Strategici dell'Ente: valutazione.....	4
Mission.....	5
Visione prospettica. Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) verso il 2030/2040.....	6
Contesto di riferimento	9
Contesto geo-demografico.....	9
Stato di salute in Liguria.....	10
Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.).....	11
Visione.....	12
Progetto funzionale del Galliera e Nuovo Galliera.....	12
Obiettivi strategici.....	13
La centralità della persona: la cura e la presa in carico del paziente nell'Ospedale per intensità di cura.....	13
Sviluppo dell'Eccellenza.....	14
Sistema qualità	16
La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti	17
Sicurezza (Security).....	17
Ricerca.....	18
Reti: Interaziendali, Interprofessionali, Sociali, Internazionali.....	19
Fund raising.....	20
Innovazione e sviluppo: H.T.A., Lean e dematerializzazione	20
Risorse umane.....	22
Governance e piano triennale del personale	22
Valorizzazione del personale: le performance	23
Formazione.....	23
Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro.....	24
Responsabilità sociali: le rendicontazioni e la comunicazione.....	25
Bilancio di sostenibilità.....	25
Controllo strategico: il sistema di budgeting.....	25
Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	26
Valutazione e monitoraggio del livello di raggiungimento degli indirizzi del presente Piano Strategico.....	27
Ringraziamenti.....	28

Legenda acronimi

- ASL: Azienda Sanitaria Locale
- C.S.O.: Controllo Strategico Ospedaliero
- DEA: Dipartimento Emergenza e Accettazione
- DMT: Disease Management Team (vedi [Allegato 1](#))
- E.O.: Ente Ospedaliero
- F.A.D.: Formazione A Distanza
- H.P.C.: Health Patient Costing
- H.T.A.: Health Technology Assessment
- IRCCS: Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- ISO: International Organization for Standardization
- LEA: Livelli Essenziali Assistenza
- NISAN: Network Italiano SANitario
- O.C.S.E.: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
- OHSAS: Occupational Health and Safety Assessment Series
- O.N.Da.: Osservatorio Nazionale della Donna
- ONLUS: Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale
- P.I.L. : Prodotto Interno Lordo
- P.N.A.: Piano Nazionale Anticorruzione
- P.T.P.C.: Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione
- P.T.T.I.: Piano Triennale della Trasparenza e dell'Integrità
- RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale
- SA: Social Accountability
- S.G.Q.: Sistema Gestione Qualità
- S.S.N. : Servizio Sanitario Nazionale
- S.S.R. : Servizio Sanitario Regionale
- TIPO: Terapia Intensiva Post Operatoria
- UNICEF: United Nations Children's Fund (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia)
- UTIC: Unità Terapia Intensiva Coronarica

Precedenti Piani Strategici dell'Ente: valutazione

In calce viene riportata la valutazione dei Progetti strategici presenti nei precedenti Piani strategici.

N	Obiettivo	Descrizione	Conseguito	Note
1	Clinical Cancer Center	Modello organizzativo-funzionale, che integrando varie figure professionali, fornisce risp diagnostiche terapeutiche e riabilitative eccellenti ai pazienti affetti da cancro	Modello organizzativo: Avviato Struttura fisica: NO	Modello organizzativo: 2012:1 DMT 2013: 9 DMT (Allegato 1 : DMT) Struttura fisica: in attesa Nuovo Ospedale
2	Fragilità	Condizioni di vita della persona, che comporta una ridotta autonomia della stessa, con aumento di vulnerabilità verso eventi avversi	Percorso	
3	Patologie cronico degenerative	Tali patologie si rivelano per due aspetti dominanti: cronicità ed evoluzione (inteso come progressivo aggiornamento del paziente verso l'invalidità e la morte)	Percorso	Cure domiciliari Integrazione territorio Cure palliative, RSA
4	Priorità alla cura degli acuti	L'Ente, sede di D.E.A. di 1° livello, è tenuto a garantire le funzioni di emergenza ma intende sviluppare le necessarie competenze per la cura in regime di elezione	SI	2013: Tutto percorso valutativo concluso con il Provvedimento N. 167 del 19/03/2014 (Allegato 2)
5	Creazione sistema a rete	L'Ente intende collaborare avvalendosi e fornendo prestazioni specialistiche integrate	SI	126 convenzioni attive (Allegato 3)
6	Ospedale per intensità cure	Modello clinico/assistenziale basato sui bisogni del paziente, quale soggetto posto al centro dell'interesse dell'intera organizzazione ospedaliera.	SI	Provvedimento 280 del 23/04/2014 (Allegato 4)
7	Equilibrio economico-finanziario	Equilibrio economico-finanziario a fronte di una significativa riduzione delle risorse disponibili del S.S.N.	SI	Allegato 5
8	Potenziamento degli strumenti di comunicazione	Annual Report - Bilancio Sociale: allo scopo di rendere meglio partecipe l'opinione pubblica e le istituzioni	SI	Galliera News 2.0 online 16 Aprile 2014: Presentazione Nuovo sito Annual Report Bilancio Sostenibilità 2013 (prossima pubblicazione)
9	Percorso nascita	Creazione sistema di rete tra le varie strutture che sono coinvolte nel percorso	SI	2014-2015: due bollini rosa assegnati da O.N.Da. (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna) Collaborazione con UNICEF
10	Anziani	Favorire soluzioni che facilitino i rapporti con gli anziani e le loro famiglie	SI	Vedere Obiettivi 2,3,4

Tabella 1: Valutazione precedenti piani strategici

Mission

“L’Ente ospedaliero “Ospedali Galliera”, sorto per volontà della Duchessa di Galliera sua Fondatrice per “assistere i poveri infermi” e dalla stessa posto sotto l’alta sovrintendenza dell’Arcivescovo pro-tempore di Genova, si trova per ciò stesso chiamato a garantire una cura e un’attenzione particolari nei confronti della persona malata o inferma.

Per attuare una tale volontà l’Ente intende assicurare agli infermi la migliore assistenza sanitaria, servendosi dei progressi della scienza e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, nel pieno rispetto dell’inviolabile dignità di ogni persona, nella difesa e promozione dei suoi diritti e responsabilità, a cominciare da quelli riguardanti la vita umana dal suo inizio alla sua fine naturale.

L’Ente inoltre intende rifiutare quanto oggettivamente può ledere tale dignità, indipendentemente da ogni distinzione di sesso, censo, etnia, nazionalità, credo religioso.

L’Ente infine intende impegnarsi nella cura e nell’attenzione della persona colpita dalla malattia ispirandosi al comune senso di condivisione e di solidarietà e ai principi evangelici dell’uomo come immagine di Dio e della carità cristiana.”

Citazione da Statuto dell’E.O. Ospedali Galliera, deliberato dal CdA nella seduta del 22/07/2002

L'Ente Ospedaliero attua i "principi sull'erogazione dei servizi pubblici" contenuti nella Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.1.1994:

- Eguaglianza;
- Imparzialità
- Continuità;
- Diritto di scelta;
- Partecipazione;
- Efficienza ed efficacia.

Questi sono i valori fondamentali che guidano l’E.O. Ospedale Galliera nella propria mission che può essere riassunta in: “patient care”, ovvero accoglienza e presa in cura dei pazienti.

Visione prospettica. Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) verso il 2030/2040

A) La nascita del Servizio Sanitario Nazionale

La nascita di un sistema di welfare, negli anni '70, ha contribuito in modo determinante a far entrare l'Italia nel 21° secolo ai primi posti nel mondo per sopravvivenza, nutrizione e tutela della salute; la speranza di vita alla nascita è l'indicatore che più si è avvicinato al risultato massimo potenzialmente raggiungibile in questo periodo storico: tale risultato è sicuramente in buona parte attribuibile da un lato ai progressi della medicina e dall'altro al ruolo dell'assistenza sanitaria pubblica in grado di proteggere dalle vulnerabilità anche le fasce economicamente e socialmente più deboli della popolazione.

B) Il contesto socio-economico attuale

Le economie occidentali, e in particolare quelle europee, stanno attraversando una fase di crisi economica e strutturale, che inevitabilmente si rifletterà sempre più sul Welfare State. Nel contesto europeo l'Italia è il fanalino di coda sul piano della ripresa economica, tanto che la previsione di crescita del P.I.L. (Prodotto Interno Lordo), nella migliore delle prospettive, sarà di pochi punti nel prossimo decennio; in tale contesto, un ulteriore elemento critico è rappresentato dall'invecchiamento progressivo della popolazione italiana, e dalla conseguente riduzione della popolazione in età produttiva, che inciderà in

modo determinante sul bilancio economico e sociale del paese: nonostante, infatti, l'ipotesi di un apporto positivo della dinamica migratoria, volta a coprire "buchi" generazionali sempre più importanti - apporto i cui potenziali effetti positivi sono peraltro limitati dalla migrazione verso altri paesi di giovani in cerca di occupazione¹ - la composizione della popolazione italiana residente è destinata a modificarsi comunque nella direzione di un ulteriore invecchiamento (v. oltre).

La spending review ha imposto alla Sanità, solamente negli ultimi cinque anni, tagli lineari pari a 25 miliardi di Euro; la riduzione della spesa pubblica per la sanità, in risposta alla crisi economica, giunge quindi in un momento in cui la domanda di servizi socio-sanitari tende a salire con un trend che avrà il suo apice verso il 2030-2040.

Sulla base del quadro socio-economico delineato, sarà pertanto inevitabile una revisione sia di ordine quantitativo che qualitativo delle prestazioni socio-sanitarie attualmente offerte dal S.S.N..

I dati dell'O.C.S.E. (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) indicano che in Italia la spesa sanitaria (sia pubblica che privata) è inferiore a quella dei più importanti paesi europei. Al tempo stesso, nei sistemi sanitari avanzati, non esistono evidenze scientifiche che

¹ A rivelarlo sono i dati più recenti dell'Anagrafe della popolazione Italiana Residente all'Estero (Aire): l'emigrazione dalla Penisola è passata dai 60.635 cittadini del 2011 ai 78.941 del 2012. Gli uomini erano il 56% contro il 44% di donne, e si conferma la preponderanza di giovani: gli emigrati della fascia di età 20-40 anni sono aumentati in un anno del 28,3%, alimentando quella che viene definita "la fuga dei talenti" che nel 2012 ha costituito il 44,8% del flusso totale di espatrio.

dimostrano una correlazione positiva tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti di salute delle popolazioni. Infatti, in assenza di adeguate strategie per eliminare inefficienze e sprechi, le eventuali risorse aggiuntive rischierebbero solo di alimentare servizi e prestazioni inutili, determinando ulteriori sprechi.

C) Le previsioni future

Ferma restando la necessità di una governance del servizio sanitario che includa nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) solo quanto è di provata efficacia-appropriatezza sulla base delle evidenze scientifiche, considerato l'incremento progressivo della popolazione anziana che riguarderà soprattutto le classi di età comprese tra i 75 e gli 84 anni e ancor più gli over 84, ovvero la classe di età che già oggi mostra le maggior necessità di interventi socio-sanitari^{2,3}, il futuro servizio sanitario dovrà puntare su due linee di sviluppo:

- la Prevenzione: una forte e significativa azione mirata alla prevenzione mediante l'adozione di tutti gli interventi socio-sanitari che possano ridurre la probabilità di ammalarsi in futuro; in particolare si rendono necessari interventi di medicina preventiva utili a contrastare l'incidenza e/o la gravità delle patologie croniche tipiche dell'anziano: anemie, neoplasie, malattie reumatiche, fratture da fragilità, sarcopenie, vasculopatie degenerative, demenze-parkinson e altri disordini neurovegetativi. In carenza di

interventi efficaci nell'ambito della prevenzione (ancora efficaci nella classe di età 75-84), il paziente “standard” sarà sempre più frequentemente una persona molto anziana affetta da una patologia acuta emergente e/o traumatica e con un quadro di comorbilità più o meno complesso tipico del paziente geriatrico (cadute, incontinenza, disabilità, perdita di autonomia). E' auspicabile, pertanto, che anche l'Italia segua il percorso già intrapreso da alcuni paesi del nord Europa ovvero quello di destinare una quota maggiore di risorse alla prevenzione e alla promozione di stili salutari di vita con l'obiettivo di ridurre l'incidenza dei costi futuri associati a patologie legate a comportamenti salutisticamente scorretti innalzando, nel contempo, la produttività in età lavorativa⁴.

² Tale fascia di età registrerà un progressivo incremento passando dal 4% attuale sino al 6% del 2026 (+ 50%)

³ Fonte ISTAT

⁴ Tali risultati, essendo conseguibili nel medio-lungo periodo richiederebbero adeguati interventi politici immediati:

a) introduzione già nelle scuole elementari di un modulo didattico dedicato agli “stili di vita”; L'11° Rapporto Osserva Salute 2013 evidenzia, in proposito, che in Italia il numero di bambini tra gli 8 e i 15 anni sovrappeso e obesi (27%) ha superato quello dei coetanei negli Stati Uniti.

b) premiare chi - tra la popolazione adulta - persegue stili di vita salutari (nel nostro Paese, al contrario, una persona che vuole dedicarsi nel tempo libero a un'attività fisica - che lo farà invecchiare meglio con minori costi per il S.S.N. - deve pagare fino a 70 euro per un certificato medico; negli USA, al contrario, le compagnie assicurative offrono sconti sulle polizze sulla base di una certificazione dell'attività fisica svolta durante il tempo libero).

c) disincentivare gli stili di vita non sani (ad esempio il governo danese che prevede una specifica tassazione non sul singolo alimento o la singola bevanda ritenuti “junk food”, ma una sua “modulazione” sulla base del contenuto dei grassi saturi (correlati all'insorgenza delle malattie cardiovascolari).

Nell'ambito della Prevenzione dovrebbero essere inclusi interventi informativi mirati atti a limitare il fenomeno del “consumismo sanitario” sempre più diffuso - spesso strettamente correlato al contenzioso assicurativo - frutto di una disinformazione sanitaria che induce a credere fideisticamente in una medicina potenzialmente in grado di sconfiggere ogni male e ad un concetto di benessere più vicino all'estetica che alla salute, fino al rifiuto psicologico della malattia e della morte.

- lo sviluppo scientifico e tecnologico ivi compreso l'incremento dell'utilizzo dell'e-health (tele-salute): consentirà nei prossimi ventitrenta anni di disporre di un servizio sanitario basato su una medicina predittiva ovvero sulla disponibilità di cure, interventi e farmaci personalizzati, nonché di ausili tecnologici e funzionali per il monitoraggio in running delle patologie acquisite; questo tuttavia richiederà importanti risorse finanziarie che potranno essere garantite o attraverso risparmi conseguenti al taglio di prestazioni ed esami inutili (c.d. “Slow Medicine”)^{5,6} nonché dalla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale secondo criteri di efficienza.

Inoltre, il progresso nel campo diagnostico e farmacologico renderà la chirurgia sempre meno invasiva e demolitiva; lo sviluppo delle tecnologie diagnostiche ed interventistiche, infatti, consentirà di sviluppare tecniche già in uso come la laparoscopia, le tecniche endovascolari e la radioterapia metabolica, e di sviluppare nuove tecniche correlate alla robotica, migliorando gli esiti e riducendo i costi correlati alla durata della degenza sempre più ridotta.

⁵ http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=20447

⁶ <http://www.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntoOT?id=104931>

Contesto di riferimento

Contesto geo-demografico

La popolazione italiana sta progressivamente invecchiando, e nonostante l'apporto positivo della dinamica migratoria, la composizione della popolazione per età è destinata a modificarsi gradualmente in direzione di un ulteriore marcato invecchiamento: la percentuale di over sessantacinquenni in Italia, infatti, è la più alta di tutti gli altri paesi dell'Unione Europea (pari al 20,5% della popolazione contro il 18,4 dell'Eurozona)⁷ mentre il tasso di crescita⁸ è il più basso (9,0 contro 10,4); tale fenomeno è particolarmente accentuato in Liguria, regione in cui il tasso di crescita è del 7,4 mentre gli ultrasessantacinquenni già oggi raggiungono il 27,7% (mentre gli ultracentenari sono raddoppiati negli ultimi dieci anni) fino a raggiungere nei prossimi vent'anni il 30,9% della popolazione residente, con conseguenti problemi di sostenibilità da parte di un welfare sempre più ridotto.

L'Italia, inoltre, diventerà sempre più un paese multi-etnico: nello scenario più probabile si risconterà un costante incremento, pur a ritmi decrescenti nel tempo, della popolazione straniera. Dai 4,6 milioni d'individui, rilevati nel 2011, sono previsti 7,3 milioni nel 2020 e 9,5 milioni nel 2030. Nel complesso l'incidenza di cittadini stranieri residenti passerà dal 7,5% nel 2011 al 14,6% nel 2030. La Liguria ha una buona capacità attrattiva verso gli stranieri, in particolare le province di Savona e di La Spezia, meno quelle di

Imperia e Genova: il capoluogo ligure, infatti, nonostante l'apporto dei cittadini stranieri, registra un costante calo demografico⁹. A partire dal 2012, principalmente a causa della crisi economica, si registra tuttavia un calo di richieste di nuovi permessi di soggiorno pari al -27% su territorio nazionale (-20,3% in Liguria).

I cittadini stranieri residenti in Italia hanno una struttura per età tipica di una popolazione giovane: infatti, il 45,9% degli stranieri residenti ha un'età compresa tra i 25-44 anni (età media 31,1 anni) mentre negli italiani questa classe di età pesa per il 26%. Alla crescita della percentuale di cittadini stranieri, contribuiscono, oltre ai nuovi immigrati (in calo), i nati da almeno un cittadino straniero che rappresentano il 15% sul territorio nazionale (21,4% nord-ovest) e il 18,4% dei nuovi nati in Liguria. Circa la metà degli stranieri censiti in Liguria proviene dall'Europa (in particolare Romania, Albania, Ucraina e Moldavia), il 29% dal Sudamerica (Equador in particolare) e i rimanenti dall'Africa (soprattutto Marocco e Tunisia) con una quota minoritaria di asiatici (<9%). Ecuadoriani, albanesi e rumeni rappresentano da soli circa il 50% degli stranieri censiti in Liguria. Riguardo al sesso vi è una netta prevalenza femminile, fatta eccezione per gli immigrati provenienti dall'Albania e dal continente africano.

In tutte le classi di età gli stranieri fanno registrare percentuali di "buona salute" più elevate degli italiani e il divario aumenta nel passare dalle età più giovani a quelle più anziane. Nella classe 55 anni ed oltre, il 59,9% degli stranieri ha dichiarato di stare bene o molto bene, contro il 42,4% degli italiani¹⁰.

⁷ previsioni Eurostat 2012

⁸ n. nati per 1000 abitanti

⁹ Variazione popolazione residente ligure 2008/2013: -0,5%. Il calo complessivo è interamente dovuto alla provincia di Genova (-1,4%), con lievi incrementi nelle altre province

¹⁰ 11° Rapporto Osserva Salute 2013

Stato di salute in Liguria

Una delle maggiori criticità per la Liguria, sul piano dell'organizzazione del servizio sanitario regionale, deriva dall'elevata incidenza di patologie croniche correlate alla percentuale di popolazione anziana molto maggiore rispetto alla media nazionale ed europea: secondo le previsioni Eurostat una percentuale maggiore di anziani nei prossimi vent'anni si riscontrerà solo nella Germania settentrionale ma in uno scenario ben diverso sotto il profilo economico e dell'efficienza del welfare¹¹. Nel territorio genovese, in particolare, un residente su tre è anziano (uno su 4 nella media regionale e uno su cinque in quella nazionale). L'Ospedale Galliera, quindi (si veda [Allegato 6](#)), opera su un territorio nel quale la prevalenza di popolazione anziana è già tra le più alte a livello mondiale e questo inevitabilmente si ripercuote sulla tipologia dei soggetti ricoverati che presentano multimorbilità, politerapie farmacologiche, oltre una età molto avanzata.

¹¹ Regione Liguria-ISTAT: Rapporto statistico 2013

Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.)

Il S.S.R. è organizzato in:

- n. 5 Aziende sanitarie territoriali (ASL1 Imperiese, ASL2 Savonese, ASL3 Genovese, ASL4 Chiavarese e Villa Azzurra (Cardiochirurgia), ASL5 Spezzina);
- n. 2 IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) (IST-San Martino e Giannina Gaslini)
- n. 2 altri soggetti erogatori pubblici o equiparati (E.O. Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico)
- n. 3 aree ottimali (levante, metropolitana e ponente).

L'Ente Ospedaliero costituisce, assieme all'A.O. Universitaria S. Martino e al Presidio Ospedaliero del Ponente metropolitano, il polo ospedaliero di riferimento cittadino e, in quanto sede di DEA (Dipartimento Emergenza e Accettazione) di primo livello, garantisce le funzioni di emergenza e la funzione elettiva per acuti nelle discipline presenti per le quali è riconosciuta l'alta specializzazione.

In ambito metropolitano sono presenti due DEA di primo livello (Galliera e ASL 3-Villa Scassi), un DEA di secondo livello (IST-San Martino) e un DEA di secondo livello pediatrico (Gaslini), è inoltre presente nel ponente cittadino un solo Ospedale sede di Pronto Soccorso h 24 (Evangelico-Voltri) mentre l'Ospedale Gallino (Pontedecimo) e Padre Antero Micone (Sestri Ponente) non sono più sedi di Pronto Soccorso.

Il mancato potenziamento delle cure primarie, compensativo alla riduzione dei posti letto ospedalieri, prevista dal Patto per la Salute, e la diminuzione del numero di Pronto Soccorso disponibili h24 nell'area metropolitana del medio-ponente, hanno comportato un iper afflusso verso i DEA metropolitani del centro-ponente (Galliera e Villa Scassi) ed in particolare al Galliera.

Si vedano [Allegato 7](#), [Allegato 8](#) e [Allegato 9](#).

Visione

Progetto funzionale del Galliera e Nuovo Galliera

Tra le attività strategiche del prossimo triennio vi è tra l'altro la realizzazione del Nuovo Galliera, strumento irrinunciabile per la realizzazione di tutta la progettualità dell'Ente, tra cui il mantenimento di solide basi economiche che si traduce nel mantenimento dell'equilibrio di bilancio, così come raggiunto nel precedente triennio (si veda [Allegato 5](#)), nonché con la ricerca di livelli di efficienza intesa come rapporto tra risorse acquistate e prestazioni erogate (costi-ricavi).

Essa si concretizzerà non solo come il superamento degli attuali edifici storici, risalenti al 1888, che peraltro in gran parte verranno utilizzati per funzioni complementari e ancillari alla parte sanitaria (studi, magazzini, etc.), ma soprattutto come la realizzazione di un laboratorio di eccellenza per realizzare al meglio le sperimentazioni organizzative e funzionali, ospedale organizzato per livelli di cura, del futuro Galliera.

“Un Nuovo Ospedale (inteso come nuovo modello organizzativo) in un Ospedale Nuovo (inteso come nuovo building).”

L'ospedale è infatti una casa intelligente, progettata già in funzione dell'applicazione attuale dell'organizzazione per intensità di cura e con logiche che favoriscono il lean management¹². Esso sarà un'edificio “smart” completamente cablato, monitorato e automatizzato, nel quale sarà possibile “navigare” anche in modo virtuale sia per il visitatore che per gli operatori.

Non ultimo il Galliera del Futuro sarà un edificio “green”, a basso impatto ambientale, connesso con una rete locale di tele - riscaldamento e alimentato da fonti rinnovabili di energia e con i più moderni sistemi di efficienza energetica disponibili.

In questo quadro è obiettivo dell'Ente ottenere la certificazione di Green Hospital per il Nuovo Galliera e, proseguendo sulla strada tracciata dal progetto INDICATE (si veda [Allegato 10](#)), partecipare con il nuovo ospedale ad altri bandi di ricerca europei del programma Horizon 2020 sul tema dell'efficienza energetica e delle “Smart Cities” e del “Green Procurement”.

¹² Il lean management è una generalizzazione e divulgazione in occidente del sistema di produzione Toyota, che ha superato i limiti della produzione di massa (si ricorda Henry Ford e Alfred Sloan) applicata allora dalla quasi totalità delle aziende occidentali. La lean production mira a minimizzare gli sprechi fino ad annullarli e si avvale di una serie di strumenti e tecniche finalizzate al conseguimento di tale obiettivo. Negli ultimi anni tale approccio è stato applicato anche alle organizzazioni sanitarie.

Obiettivi strategici

La centralità della persona: la cura e la presa in carico del paziente nell'Ospedale per intensità di cura

"La ricerca scientifica ha moltiplicato le possibilità di prevenzione e cura, ha scoperto terapie per il trattamento delle più varie patologie, ma perché si possa parlare di salute piena è necessario non perdere di vista che la persona umana, creata a immagine e somiglianza di Dio, è unità di corpo e spirito. Questi due elementi si possono distinguere ma non separare, perché la persona è una. Dunque anche la malattia, l'esperienza del dolore e della sofferenza, non riguardano solo la dimensione corporea, ma l'uomo nella sua totalità. Da qui l'esigenza di una cura integrale, che consideri la persona nel suo insieme e unisca alla cura medica anche il sostegno umano, psicologico e sociale, l'accompagnamento spirituale ed il sostegno ai familiari del malato".

Dal discorso di Sua Santità Papa Francesco, Congresso della Società italiana di Chirurgia Oncologica, 12 Aprile 2014

Con la Delibera del Consiglio di Amministrazione del 4/4/2014 si è provveduto alla definizione del nuovo funzionigramma dell'Ente basato sul modello per intensità di cura. Nello specifico sono stati individuati per l'area degenziale tre livelli di intensità di cura:

- Primo livello Alta intensità: degenze intensive e sub intensive (rianimazione, Unità Terapia Intensiva Coronarica - UTIC, Terapia Intensiva Post Operatoria TIPO);
- Secondo livello, Media intensità: degenze per acuti (area medica e chirurgica);
- Terzo livello, Bassa intensità: degenze per pazienti post acuti (stabilizzazione e riabilitazione).

Sviluppo dell'Eccellenza

Con il Provvedimento N. 167 del 19/03/2014 ([Allegato 2](#)) si è individuato il modello operativo in coerenza con quanto definito dal modello per intensità di cura. Figura dominante nell'organizzazione per intensità di cura è quella correlata all'attività di tutoraggio medico e sanitario. Nel corso del triennio i modelli sperimentali hanno evidenziato la necessità di attuazione diversificate e correlate con i diversi modelli assistenziali (Area medica e Area Chirurgica). In ragione di ciò nel corso della validità del presente Piano Strategico (2014/2016) si dovrà superare la fase sperimentale della funzione di tutoraggio ed arrivare ad un'attualizzazione stabile ancorché diversificata rispetto alle necessità assistenziali evidenziate. Fermo restando che l'obiettivo deve essere correlato ai bisogni assistenziali di ogni singolo assistito nell'ambito del più generale modello di centralità della persona. Ulteriore impegno è di trasferire i principi del modello per intensità di cura alle aziende sanitarie territoriali consci che valori come la continuità assistenziale e il supporto all'ambito familiare dell'assistito siano elementi altrettanto rilevanti come quelli della fase ospedaliera. L'Ente inoltre propone di proseguire l'impegno nella cura della persona e dei suoi familiari migliorando anche l'aspetto legato alla segnaletica visiva per un corretto orientamento all'interno dell'Ente (Progetto Bussola), all'informazione e comunicazione nonché al sostegno psicologico dell'assistito e della sua famiglia.

Il diritto alla tutela della salute, sancito dalla Costituzione, dovrebbe essere per definizione garantito in modo "eccellente"; la sua realizzazione richiede pertanto una qualità ottimale dell'assistenza offerta.

E' opportuno evidenziare che l'articolo 32 della Costituzione garantisce il diritto alla tutela della salute e non al "consumo sanitario", oggi inteso come disponibilità illimitata e tempestiva di servizi e prestazioni sanitarie, incluse quelle inefficaci e inappropriate che aumentano i rischi per i pazienti, spreco preziose risorse, ma soddisfano il cittadino-consumatore e garantiscono consensi.

La sfida più grande che il S.S.N. è chiamato a vincere nel prossimo futuro consiste nel garantire un servizio sanitario moderno e di buon livello con risorse economiche note.

Le diseguaglianze che possono negare il diritto alla tutela della salute del cittadino non derivano tanto da una carenza di ordine "quantitativo" di prestazioni offerte – troppo frequentemente erogate senza una reale necessità - quanto piuttosto dalla loro qualità ovvero dall'appropriatezza delle stesse con particolare riferimento sia agli aspetti gestionali-organizzativi dell'assistenza (efficienza) sia, soprattutto, ai benefici conseguiti dal paziente (efficacia).

Eccellenza significa, infatti, garantire una risposta assistenziale appropriata e di elevato standard qualitativo alla domanda di salute che viene dai cittadini a prescindere che si tratti di interventi di alta, media e di bassa

complessità; è opinione diffusa, al contrario, quella di identificare l'eccellenza con la prestazione complicata ovvero con quella che fa più "notizia" (e a volte marketing), quella che, in ogni caso, non può e non dovrebbe essere offerta in ogni ospedale (in quanto solo volumi sufficienti di prestazioni garantiscono esiti migliori). Si confonde, a volte, l'eccellenza con la complessità, mentre Centro di eccellenza può essere, invece, anche quello in cui vengono eseguiti interventi tecnicamente non complessi ma con la garanzia dei più elevati standard qualitativi sia a livello organizzativo sia a livello professionale. L'eccellenza, quindi, è correlata ad un modello organizzativo-assistenziale in grado di prendere in carico il paziente e accompagnarlo in un percorso assistenziale completo che, a partire dalla prevenzione e quindi dall'informazione, lo conduca alla diagnosi e, se necessario, al trattamento per il problema di salute specifico. In sintesi l'eccellenza rappresenta la capacità di un ospedale, di una struttura, di un team professionale, di un professionista di rispondere in modo adeguato (standard) ad un bisogno indipendentemente dalla complessità dello stesso. L'Ente ha costantemente perseguito la ricerca dell'eccellenza (si veda [Allegato 11](#)) sia attraverso il miglioramento dell'appropriatezza di tipo organizzativo-gestionale, ovvero dell'uso delle risorse (efficienza), sia in termini di appropriatezza clinica (efficacia); nel contempo ha avviato un sistema di valutazione delle performance (governance) delle strutture (vedi Budget annuale) ed è in fase di valutazione sperimentale un sistema innovativo di valutazione delle performance per ogni singolo professionista. Tutto ciò al fine di garantire allo stesso tempo trasparenza, valutazione e verifica dei risultati (si veda [Allegato 10](#)).

La valutazione della qualità dell'assistenza, si avvale infatti di specifici indicatori di performance in grado di misurare le fasi salienti del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale in funzione dei risultati di salute raggiunti (efficacia) e dei processi attivati a livello organizzativo per garantire un utilizzo ottimale delle risorse (efficienza).

Obiettivi dell'Ente per i prossimi anni sono quelli di mantenere i livelli positivi di performance già raggiunti – sulla base degli indicatori del Ministero della Salute, della Regione Liguria¹³, del NISAN¹⁴ – recuperando ulteriori margini di efficienza ed efficacia. Considerato che un sistema qualità si caratterizza per la tendenza al miglioramento continuo si proseguirà il perfezionamento del sistema degli indicatori in modo da renderlo utilizzabile per la valutazione dei singoli professionisti nell'ambito di un processo di valorizzazione della risorsa umana.

¹³ DGR 1408 del 08/11/2013

¹⁴ N.I.SAN Network Italiano SANitario

Sistema qualità

Ad oggi il sistema gestione qualità dell'Ente utilizza strumenti cogenti e volontari (accreditamento e certificazioni). L'approccio nel prossimo triennio deve orientare il sistema qualità all'ottimizzazione dei processi (amministrativi e sanitari) dell'intero Ente.

Se ad oggi molte strutture possiedono un proprio S.G.Q. (Sistema Gestione Qualità), il raggiungimento della certificazione del proprio S.G.Q. non dovrebbe rappresentare un traguardo per un'organizzazione ma un punto di partenza per il raggiungimento della Qualità Totale.

In quest'ottica anche l'ambiente, con il suo impatto sulla comunità, così come le tematiche relative alla salute, alla sicurezza e alla responsabilità sociale, rivestono un'importanza fondamentale.

L'obiettivo dovrà essere quello di arrivare a costruire un sistema integrato, progettato ottimizzando i processi in modo da creare una visione unitaria del sistema aziendale, che valorizzi l'intera organizzazione.

Il modello di gestione integrato è composto da sistema di gestione della qualità (ISO 9001¹⁵), dell'ambiente (ISO 14001¹⁶) della sicurezza (OHSAS 18001¹⁷), le cui stesse norme caldeggiavano un approccio integrato.

Se l'integrazione tra ISO 9001 e OHSAS 18001 è un processo già in itinere, fin dalla fase di progettazione del progetto del "nuovo Galliera", si dovrà

integrare anche lo schema di certificazione della norma ISO 14001. A questi aspetti si aggiunge quello della Responsabilità Sociale, fattore sempre più strategico nella definizione delle politiche aziendali di crescita e miglioramento. Anche questo aspetto della gestione aziendale è inquadrato in uno standard internazionale di certificazione, SA 8000¹⁸, che concorre ad accrescere la capacità dell'organizzazione certificata di rapportarsi con il contesto socio-ambientale in cui opera.

Oltre a questi quattro schemi certificativi di riferimento è allo studio lo sviluppo di sistemi di gestione specifici per la sicurezza delle informazioni (ISO 27001¹⁹), per la gestione della business continuity (ISO 22301²⁰).

¹⁵ Schemi certificativi

¹⁶ Schemi certificativi

¹⁷ Schemi certificativi

¹⁸ Schemi certificativi

¹⁹ Schemi certificativi

²⁰ Schemi certificativi

La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti

Il tema della sicurezza dei pazienti ha innanzitutto una forte dimensione culturale: occorre far crescere all'interno dell'organizzazione la consapevolezza del rischio e stimolare tra gli operatori un atteggiamento proattivo. Parimenti la sicurezza deve essere percepita dai cittadini come il primo e più importante fattore di qualità delle prestazioni sanitarie di cui sono fruitori. Non va mai dimenticato che la sicurezza dei pazienti, legata alla appropriatezza, alla tempestività e, più in generale, alla qualità delle prestazioni e dell'organizzazione è connessa, anche se decisamente distinta, dalla sicurezza degli operatori. Questi aspetti si integrano col rischio economico e di immagine dell'organizzazione stessa, ancor più vivo a seguito della recente entrata dell'Ente nel sistema regionale di autoassicurazione.

L'Ente, consapevole che la sicurezza, con le sue diverse dimensioni, rappresenti un valore fondamentale, lo traduce in una politica che individua obiettivi, risultati e standard. Questa logica si concretizza primariamente attraverso lo sviluppo delle competenze individuali e collettive degli operatori. Tra gli obiettivi del prossimo triennio si individuano:

- a livello clinico: introduzione di procedure e azioni di miglioramento relativi a rischi noti e comuni alle organizzazioni sanitarie;
- a livello gestionale: il completamento della mappa del rischio clinico aziendale, il monitoraggio di sistema dei rischi e degli eventi avversi, e il potenziamento dell'approccio pro-attivo con l'implementazione dell'Health Failure Mode Effects Analysis nei processi clinici.

In relazione a quanto già espresso, ossia che la gestione del rischio ha una componente culturale molto forte, continuerà a ciclo continuo la formazione del personale sanitario, con eventi formativi orientati sempre di più alla concretezza e all'operatività, con utilizzo di strumenti e analisi di eventi avversi.

Il modello organizzativo è pensato ed elaborato in un'ottica di sviluppo della sicurezza, con l'obiettivo di migliorare il cambiamento culturale già in atto in linea con le evidenze scientifiche, le raccomandazioni ministeriali e la normativa vigente. L'Ospedale Galliera deve diventare per i pazienti un luogo sempre più sicuro in linea con la sua mission di ospedale che pone al centro la persona assistita.

Sicurezza (Security)

L'Ospedale, essendo luogo aperto e ad alta intensità di frequentazione, sviluppa sistemi di sicurezza (Security) finalizzati alla tutela del rischio di eventi, quali per fare un esempio furti, attraverso azioni di controllo e di vigilanza attiva e passiva (Operatori di Vigilanza, Videosorveglianza, Percorsi Protetti) pur consapevoli che il nosocomio deve garantire facilità di accesso (accoglienza) e di tutela della privacy. Il delicato punto di equilibrio si potrà ottenere con costanti azioni di monitoraggio degli eventi nonché di attenta formazione degli operatori ed informazione agli utenti.

Ricerca

Uno dei valori su cui si basa l'organizzazione strategica dell'E.O. Ospedali Galliera è la ricerca, intesa come mezzo per accrescere la propria knowledge, fattore chiave per la crescita e lo sviluppo. Il Galliera è particolarmente proattivo sulle tematiche di ricerca relative all'innovazione clinica, scientifica e organizzativa.

L'Ufficio del Coordinatore Scientifico ha in progetto di attivare procedure Lean, sulla componente amministrativa della ricerca, dal punto di vista del Controllo di Gestione in termini di monitoraggio dei costi dei progetti di ricerca.

L'E.O. Ospedali Galliera sta aumentando di anno in anno l'attività di ricerca scientifica in termini di aumento di Impact Factor Normalizzato e quantità di lavori scientifici mantenendo l'equilibrio con l'attività fondamentale che è l'assistenza. In Figura 1 e Figura 2 è stato riportato l'andamento dei lavori scientifici dell'Ente in termini di Pubblicazioni e Impact Factor normalizzato (Figura 1) ed in termini di rapporto tra di essi che esprime la qualità di ogni singola pubblicazione (Figura 2). Come è possibile evincere da tali grafici l'andamento in termini di quantità di pubblicazioni e Impact Factor è di tipo crescente negli ultimi dieci anni.

Partendo dalla considerazione che ospedali che fanno ricerca offrono una migliore qualità dell'assistenza l'obiettivo, nel prossimo triennio, è il mantenimento dell'attività di ricerca scientifica espressa dagli indicatori sopra citati.

Si evidenzia inoltre che la ricerca scientifica dell'Ente è orientata prevalentemente nell'ambito oncologico, in radiodiagnostica e medicina nucleare, nell'ambito della genetica e della geriatria.

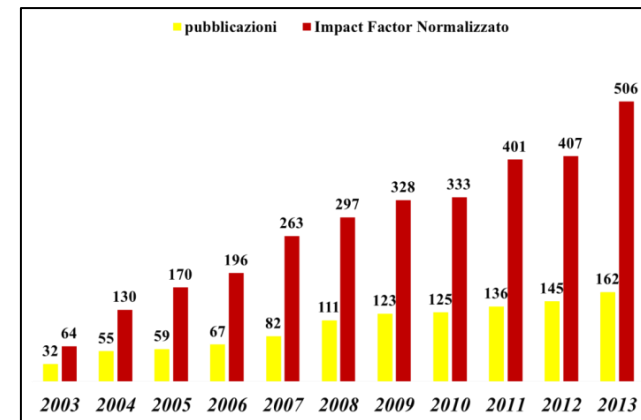


Figura 1: Pubblicazioni e IFN

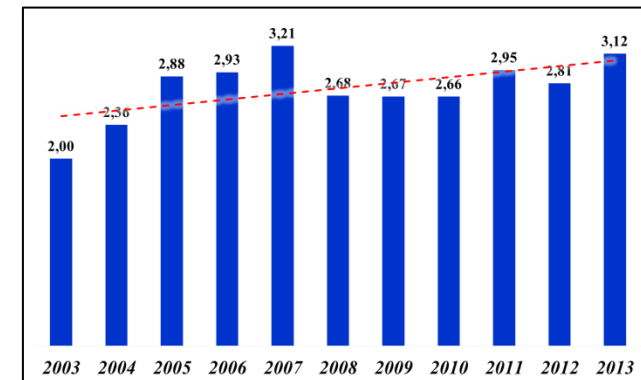


Figura 2: Rapporto IFN / numero pubblicazioni

Reti: Interaziendali, Interprofessionali, Sociali, Internazionali

L'E.O. Ospedali Galliera annovera diverse collaborazioni all'attivo.

Reti Interaziendali:

si veda [Allegato 2](#) (Elenco Convenzioni Attive).

Reti Interprofessionali:

L'Ente partecipa a DMT (si veda [Allegato 1](#)) interni ed esterni ed inoltre Reti Regionali di Professionisti (reti oncologiche, chirurgica, ortopedica, tc.) definite dall'ultimo piano sanitario della regione Liguria.

Reti Internazionali:

L'Ente sta sviluppando collaborazioni cliniche/scientifiche a livello internazionale. Nello specifico sono in cantiere quattro progetti europei, che partecipano a Horizon 2020, sulle patologie (neoplastiche e non) legate all'invecchiamento:

1) Bando: PHC 20 (Advancing active and healthy ageing with ICT: ICT solutions for independent living with cognitive impairment).

Titolo progetto: Prevention and care of dementia through ICT Home-based Support & Services (PATHOS).

2) Bando: PHC 13 (New therapies for chronic non-communicable diseases).

Titolo progetto: The European Trial of adjuvant Aspirin in Colon cancer (ETAC trial).

3) Bando: PHC 17 (Comparing the effectiveness of existing healthcare interventions in the elderly).

Titolo progetto: Using patients' outcomes to develop evidence-based cancer guidelines in targeted health care for the elderly.

4) Bando: ERA-NET on Translational Cancer Research (TRANSCAN) Joint Transnational Call for Proposals 2013 (JTC 2013): Translational research on tertiary prevention in cancer patients.

Titolo progetto: A randomized, 2x2 biomarker prevention trial of low-dose aspirin and metformin in colon cancer patients (ASAMET trial).

Reti sociali:

L'Ente intende sviluppare partnership di ricerca con le Università, gli Ospedali, la Piccola Media Industria (spin-off e non) finalizzata a sviluppare prodotti, servizi, tecnologie, che diventino applicative verso l'assistenza.

Università:

Il Galliera vuole intraprendere il percorso per diventare un Ospedale di insegnamento. A conferma di ciò l'Ente si propone di investire in una didattica di sempre maggiore qualità con percorsi e programmi definiti anche in termine di rapporto con l'Università in linea con i programmi europei. L'Ente desidera offrire ai candidati selezionati l'opportunità di studiare/lavorare in un ambiente di pratica clinica di livello italiano ed internazionale. Nel periodo di training i candidati selezionati dovranno essere seguiti da Tutor personali altamente specializzati e motivati.

Il Galliera sta ampliando i rapporti con l'Università tramite apposite convenzioni che regolamentano la direzione universitaria di strutture dell'Ente nonché i rapporti con singoli professori/ricercatori universitari.

Fund raising

Pur considerate le attuali criticità legate alla crisi economica l'Ente intende sviluppare politiche attrattive per facilitare la raccolta di risorse finalizzate a specifiche attività di ricerca e sviluppo. In relazione a ciò l'Ente continua l'azione di sensibilizzazione verso fondazioni, anche bancarie, il mondo dell'impresa e i singoli soggetti per il finanziamento di specifici interventi. In tal senso si propone di creare condizioni (ONLUS o fondazioni dedicate) che consentano la facilitazione dell'azione di donazione.

Innovazione e sviluppo: H.T.A., Lean e dematerializzazione

L'E.O. Ospedali Galliera annovera tra i suoi obiettivi strategici l'Innovazione e lo Sviluppo. A conferma di ciò è stato di recente istituito il Centro "Innovazione & Sviluppo", nell'ambito del Dipartimento di Staff della Direzione Generale.

Tale unità di ricerca si pone come obiettivi quello di sviluppare sperimentazioni e simulazioni in campo gestionale organizzativo e tecnologico. Lo strumento adottato è costituito da agili task force per singolo progetto.

Tale Centro collabora con tutte le Strutture dell'Ente, soprattutto con la S.C. Qualità e Comunicazione nonché con le Strutture e i professionisti afferenti al progetto Lean dell'Ospedale avente come obiettivo quello di promuovere il miglioramento continuo della qualità organizzativo-gestionale e la promozione della cultura Lean all'interno dell'intero Ente.

Per quanto concerne l'aspetto "tecnologico" il Galliera ha scelto di utilizzare l'HTA per la definizione e la dotazione del polo clinico tecnologico dell'ospedale. Nello specifico l'Health Technology Assessment è una metodologia in uso da diversi anni per governare l'innovazione tecnologica delle strutture sanitarie. A tale scopo è istituito un gruppo stabile multidisciplinare di analisi delle richieste chiamato Nucleo di Valutazione Tecnico dell'Ente il cui responsabile è componente della rete regionale HTA. L'attività del nucleo è iniziata nel 2013 attraverso un'analisi delle priorità delle tecnologie necessarie nonché del relativo programma di acquisizione. Il completamento del programma HTA, obiettivo del presente Piano Strategico, è quello di estendere l'analisi oltre che alle acquisizioni delle apparecchiature anche alle procedure organizzative e ai percorsi di cura, nonché alle tecnologie che entreranno a far parte del Nuovo Ospedale.

Il radicale cambiamento tra l'attuale ospedale e il Nuovo Galliera richiederà al Nucleo di Valutazione HTA di definire la programmazione delle risorse tecnologiche in coerenza con le strategie aziendali relative alle linee di attività (esempio analisi di sostituzione di apparecchiature svincolato dalle richieste dei reparti ma condotto dal nucleo in modo preventivo e quindi programmatico).

Saranno quindi le richieste di potenziamento dell'attività, di attivazione di nuove linee di cura, di reale innovazione tecnologica e organizzativa a pervenire dalla direzione strategica e dai clinici (con doppio percorso di tipo Top-Bottom e Bottom-Up) a divenire nuovo campo di analisi e di programmazione strategica.

Ulteriore aspetto fondamentale oggetto di potenziamento, completamento e miglioramento tecnologico è la dematerializzazione.

Sotto il profilo dell'innovazione verrà introdotta la firma digitale remota dei documenti, si potenzieranno gli strumenti di consegna dei referti via web e si avvierà la sperimentazione di consegna e visualizzazione delle immagini radiologiche sempre via web.

Sotto il profilo dell'estensione sono state individuate, sulla base delle segnalazioni ricevute, le seguenti aree di intervento prioritario:

- dematerializzazione delle richieste di consulenza intraoperatoria direttamente dalla procedura di gestione dell'intervento chirurgico con acquisizione diretta sulle procedure di diagnosi (anatomia patologica, diagnostica per immagini, laboratorio di analisi);
- dematerializzazione della check-list operatoria;
- dematerializzazione della richiesta motivata di farmaci;
- automazione del processo di pianificazione delle liste operatorie;
- estensione della disponibilità dei referti consegnati via web a nuove tipologie;
- fatturazione ed ordinativi elettronici (con comunicazione diretta alle piattaforme dei fornitori);
- digitalizzazione del flusso con la tesoreria.

Firma remota dei documenti

La firma digitale remota permette di eliminare dispositivi ad hoc collegati al computer (lettore di smart-card) rendendo quindi l'operazione di firma semplice e realizzabile da qualsiasi dispositivo (PC, smart-phone, tablet).

La firma viene realizzata con i criteri di sicurezza analoghi a quelli delle transazioni bancarie: l'utente si identifica tramite "one time password" generata da un apposito "generatore di token" o attraverso codice segreto ricevuto via SMS.

Il processo viene quindi semplificato eliminando la smart-card, il relativo lettore, tutte le componenti software da installare su ogni postazione da cui si firma ed apre invece la possibilità di firmare da qualsiasi dispositivo attraverso un semplice browser.

L'attività di sostituzione della firma digitale con smart-card con la tecnologia di "firma remota" è già cominciata, le infrastrutture sistemiche ed applicative sono state predisposte già ad inizio anno e da qualche settimana l'applicativo delle camere operatorie è già in produzione.

Consegna referti web

L'estensione della consegna dei referti oltre a quelli del laboratorio analisi rappresenta un ovvio miglioramento del servizio per gli utenti (è noto quanto già venga apprezzato l'attuale servizio) ed inoltre riduce le attività agli sportelli.

Sono in fase di progettazione nuove funzionalità, più agili, per l'identificazione degli utenti in modo tale da poter assegnare loro credenziali per qualsiasi accesso e di conseguenza per ogni esigenza di consultazione dei propri documenti via web.

È attualmente in fase di sperimentazione la possibilità di distribuzione di credenziali via SMS e/o con chiamate telefoniche automatiche.

Risorse umane

Consegna/visualizzazione immagini via web

Analogamente al punto precedente gli obiettivi sono quelli di:

- evitare l'ulteriore accesso dell'utente per il ritiro del CD;
- ridurre il carico di lavoro agli sportelli;
- eliminare/ridurre la produzione di supporti fisici (CD/DVD e carta);
- eliminare/ridurre l'hardware che consiste in speciali "robot" di masterizzazione e stampa dei DVD (hardware che necessita di frequenti manutenzioni).

In questo caso lo sviluppo procede verso la ricerca del miglior sistema di gestione delle credenziali e, soprattutto, nel miglior sistema di presentazione delle immagini DICOM in modo che queste possano essere utilizzate dai medici professionisti e visualizzate facilmente (via web) dall'utente stesso.

Governance e piano triennale del personale

In riferimento a quanto previsto dalla vigente normativa, deve essere effettuata per il prossimo triennio una pianificazione che tenga conto delle problematiche economiche e sociali connesse alla critica situazione economico finanziaria che contempra alcuni fondamentali assunti:

- riduzione della spesa del personale in ottemperanza agli obiettivi regionali di contenimento;
- contenimento del turn over in riferimento alle limitazioni regionali nella autorizzazione delle sostituzioni del personale;
- invecchiamento della popolazione dipendente e contestuale incremento delle limitazioni fisiche nella idoneità lavorativa nel profilo e nelle mansioni;
- stabilizzazione delle posizioni precarie;
- regolamentazione del personale afferente la ricerca scientifica.

Si veda [Allegato 12](#): la proiezione 2014-2016.

Valorizzazione del personale: le performance

In connessione agli obiettivi di riduzione tendenziale del personale dipendente e della relativa spesa, si evidenzia la necessità di massimizzare anche a livello di semplice pianificazione triennale del personale dipendente in ogni sua reale dimensione: nell'ambito del proprio profilo, nell'ambito della propria rispettiva struttura di appartenenza, nell'ambito dell'attività istituzionale, nell'ambito del miglioramento delle proprie conoscenze teoriche e della propria esperienza professionale. A tal fine si evidenzia la necessaria introduzione e/o ridefinizione di indicatori di riferimento per quanto concerne tali obiettivi di miglioramento e di valorizzazione delle performance dei singoli operatori nell'ambito della struttura di appartenenza.

Formazione

L'Ente ha posto al centro delle proprie scelte strategiche l'attività formativa (si veda [Allegato 13](#)) finalizzandola al miglioramento delle competenze degli operatori sanitari. Non solo, la vasta proposta formativa ha guadagnato nel tempo spazi sul mercato in grado di confrontarsi con l'offerta regionale e nazionale.

Formazione di struttura

L'Ente promuove e diffonde la formazione di struttura elaborando un Piano Formativo legato ai fabbisogni professionali e culturali dei singoli componenti dell'organizzazione e di tutte le professionalità operanti sul campo, perseguendo lo scopo di consentire il massimo coinvolgimento e la più alta condivisione da parte di tutti gli operatori.

Gli obiettivi della formazione di struttura sono:

- favorire lo sviluppo di competenze legate a specifici contesti lavorativi;
- valorizzare le attività di addestramento all'utilizzo delle nuove tecnologie;
- rispondere ai bisogni formativi anche di piccoli gruppi di professionisti.

Formazione di base

Per quanto attiene la formazione di base, la stessa si è concretizzata nella promozione della persona inserita nei percorsi di studio ricercandone e valorizzandone le risorse e le potenzialità, nel rispetto delle caratteristiche del singolo individuo, con l'obiettivo di formare operatori consapevoli del loro ruolo e pertanto profondamente motivati all'attività professionale che andranno a svolgere. A tale scopo il valore prioritario che viene perseguito

e trasmesso dai professionisti della Struttura è la centralità del malato nel processo di assistenza.

I percorsi di formazione di base attualmente sono rappresentati dal corso di Laurea in Infermieristica e dai corsi di Qualificazione e riqualificazione in Operatore Socio Sanitario.

Prospettive future

Al fine di poter rispondere al meglio alle esigenze legate alla formazione sono in previsione due macro-progetti:

- Formazione A Distanza (F.A.D.);
- Scuola di formazione.

Il primo macro progetto, la Formazione A Distanza, è in collaborazione con la S.C. Informatica e Telecomunicazioni e prevede l'implementazione di questa innovativa modalità di formazione. Diversi sono i benefici attesi: il più intuitivo è, sicuramente, l'erogazione delle formazione svincolata dal tempo e dallo spazio semplificando quindi la possibilità di apprendimento per i discenti.

Il secondo macro progetto è la creazione di una Scuola di Formazione costituita da una struttura appositamente dedicata.

Nell'ambito di tale proposta potrebbero trovare spazio nuove soluzioni soprattutto connesse all'interesse dell'Ente nei confronti della ricerca scientifica e potrebbero consolidarsi attraverso i momenti formativi i criteri ispiratori che hanno dato fondamento e impulso all'attività dell'Ente. In buona sostanza, anche attraverso adeguate sinergie con enti di riferimento già coinvolti per altri settori, potrebbe crearsi un "network formativo" su temi di carattere innovativo ma soprattutto sviluppando temi legati ad una nuova etica manageriale in campo sanitario di cui il Galliera potrebbe essere promotore e capofila.

Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro

L'Ente ritiene che la tutela della salute sul lavoro non possa essere interpretata solo come una questione di tipo giuridico ed etico ma debba essere finalizzata al perseguimento di condizioni di lavoro sicuro per i dipendenti del nosocomio e diventi il substrato necessario per garantire la sicurezza del paziente ed una appropriata gestione del rischio clinico.

In virtù di ciò, l'Ente Ospedaliero tende al superamento degli adempimenti strettamente connessi alla normativa cogente, alimentando un circolo virtuoso che, con il supporto della S.C. Prevenzione e Protezione insieme a tutta la filiera delle responsabilità e delle funzioni presenti in azienda, armonizzi l'autovalutazione dei rischi (e il relativo Documento di Valutazione), l'organizzazione del lavoro, le comunicazioni intraziendali e interaziendali (programmi di formazione e informazione, gestione dei fornitori di servizi e di prodotti), in un miglioramento progressivo e continuo delle condizioni di lavoro.

L'Ente intende promuovere la sicurezza dei propri dipendenti attraverso un'ampia campagna di formazione e informazione riguardante i possibili rischi presenti nell'Ospedale, in modo tale da supplire alla vetustà della propria struttura con misure organizzative adeguate.

L'Ospedale Galliera intende adottare ed efficacemente attuare un Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro, conforme alle linee guida UNI/INAIL ed al British Standard Occupational Health and Safety Assessment Series (OHSAS) 18001:2007, ancorché non certificato ai sensi di tale ultima normativa tecnica che, in conformità con quanto previsto dall'art. 30, commi 3 e 4, del D.Lgs. n. 81/2008, abbia efficacia esimente per quanto concerne la Responsabilità Amministrativa degli Enti, introdotta nel nostro ordinamento con D.Lgs. n. 231/2001.

Responsabilità sociali: le rendicontazioni e la comunicazione

Bilancio di sostenibilità

Nell'ambito delle azioni volte a rafforzare la “responsabilità sociale d'impresa” si configura la realizzazione del Bilancio di Sostenibilità, documento nel quale l'amministrazione riferisce a tutti gli stakeholder periodicamente in modo volontario le scelte operate e gli esiti della sua attività, non limitandosi ai soli aspetti finanziari e contabili. Il primo Bilancio Sociale relativo all'anno 2013 costituirà lo strumento stabile nel tempo destinato a rappresentare l'esito di un processo e non un documento fine a se stesso, stimolando i processi decisionali dell'Ente e fornendo ai cittadini e ai diversi interlocutori i dati oggettivi utili a formulare un proprio giudizio su come l'Ente interpreta e realizza il suo mandato.

Il fine quindi è quello di incidere positivamente sul sistema di relazioni in cui l'Ente è inserito dimostrando il valore aggiunto creato per la comunità, nonché di divenire un momento di riflessione sull'impegno che si ha all'interno dell'organizzazione per migliorare qualità del servizio, rapporto con gli utenti, sicurezza sul posto di lavoro, rispetto dell'ambiente.

Controllo strategico: il sistema di budgeting

Alla luce della necessità di razionalizzare l'utilizzo delle risorse del S.S.N. in vista di una sua più etica redistribuzione orientata a criteri di efficienza e di efficacia, il ruolo del controllo di gestione è divenuto in questi anni sempre più emergente e al contempo strategico per gli organi di governo delle strutture sanitarie. Nell'ambito del controllo strategico, il sistema di budgeting mira ad orientare i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi annuali, condivisi mediante il più efficiente impiego delle risorse a disposizione.

L'Ente, dopo aver consolidato un complesso sistema di contabilità analitica per centri di responsabilità e di costo legato all'articolazione organizzativa delle strutture, orientato al modello dell'intensità di cure, ha su questa base ampliato l'analisi con l'introduzione della tecnica dell'HPC (Health Patient Costing), sviluppando la metodologia dei costi standard. Tale tecnica è mirata alla misurazione delle risorse impiegate a favore del singolo paziente. L'adozione contemporanea ed integrata di queste metodologie nel complesso sistema di budgeting aziendale e soprattutto il loro consolidamento ha consentito e consentirà di disporre di informazioni gestionali per ogni struttura mediante un potente portale gestionale intranet aziendale (eManager).

L'Ente dal 2009 sta portando avanti nell'ambito del N.I.SAN, Network Italiano SANitario, la rilevazione dei costi standard dell'attività di ricovero secondo uno strumento tecnico omogeneo denominato CSO, Controllo Strategico Ospedaliero. In tal modo concorre alla formazione di una banca dati che contiene, per gli oltre tre milioni di ricoveri censiti, i costi analitici per ogni singolo episodio di ricovero. Tutto ciò nell'intento di superare logiche esclusivamente legate al mero controllo della spesa, ma mirando al controllo dei costi delle attività, secondo logiche di sostenibilità economica, di efficienza gestionale e di etica allocativa delle risorse. L'estensione a tutte le restanti attività dell'Ente, oltre al ricovero (prestazioni ambulatoriali/strumentali, attività amministrative, attività di ricerca), costituirà obiettivo di implementazione per il prossimo triennio.

Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

La Legge n. 190 del 6 novembre 2012 e successive modifiche ed integrazioni, ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione il cui aspetto caratterizzante consiste nell'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due livelli:

- Primo livello: “nazionale” mediante l'adozione da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione del Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.).
- Secondo livello: “decentrato”, ogni amministrazione pubblica definisce il Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione (P.T.P.C.), che, sulla base delle indicazioni presenti nel P.N.A., effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

Il preliminare adempimento per l'attuazione delle predette norme all'interno dell'Ente è stato realizzato con la nomina del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e l'integrità. Al responsabile è stato affidato il compito di avviare le procedure necessarie per l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e il Programma Triennale della trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.).

Il piano triennale di prevenzione della corruzione rappresenta il documento fondamentale dell'amministrazione per la definizione della strategia di prevenzione all'interno dell'Ente. Ha natura programmatica e ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie previste dalla legge ivi compreso il programma triennale della trasparenza e l'integrità.

Esso rappresenta quindi lo strumento imprescindibile per l'attuazione delle politiche di prevenzione della corruzione volte a far crescere all'interno dell'Ente la cultura dell'etica e della legalità.

Con il Piano andranno implementati tutti gli strumenti e le misure di prevenzione previste fra le quali si ritiene di menzionare a mero titolo semplificativo e non esaustivo la trasparenza, il codice di comportamento aziendale nonché la formazione specifica e generale rivolta al personale dell'Ente.

Sarà necessario implementare l'analisi e la valutazione dei rischi che vanno estese a tutte le attività dell'Ente e procedere conseguentemente entro il primo semestre ad un primo all'aggiornamento del piano.

Saranno realizzate specifiche iniziative per la presentazione del programma della trasparenza che preveda il coinvolgimento dei portatori di interessi (stakeholder) anche mediante l'effettuazione della "Giornata della Trasparenza" che è stata prevista nel periodo tra Settembre e Ottobre 2014.

Negli anni 2015 e 2016 conformemente a quanto prescritto dalla normativa si procederà entro il mese di gennaio di ciascun anno all'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. L'attività di formazione volta a far crescere la cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'Ente proseguirà programmando al riguardo specifici eventi formativi i cui contenuti saranno definiti annualmente.

Valutazione e monitoraggio del livello di raggiungimento degli indirizzi del presente Piano Strategico

La valutazione e il monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi presenti nel seguente Piano Strategico è di competenza del Consiglio d'Amministrazione che si avvarrà della documentazione fornita dalla Direzione Strategica attraverso i competenti uffici.

Il monitoraggio sarà, di norma, di tipo semestrale o annuale a seconda delle linee di indirizzo.

Il Direttore Generale, Dott. Adriano Lagostena, ringrazia per la collaborazione:

- *Direttore Amministrativo:*
Dott. Luciano Grasso
- *Direttore Sanitario:*
Dott. Roberto Tramalloni
- *Coordinatore Scientifico e Staff:*
Dott. Gian Andrea Rollandi
- *Direttore Dipartimento Affari Generali e Gestione Risorse Umane e Staff:*
Responsabile Dott. Luigi Bertorello
- *Dirigente Responsabile S.C. Affari Generali e Staff:*
Responsabile Dott. Francesco De Nicola
- *Dirigente Responsabile S.C. Bilancio e Contabilità:*
Responsabile Dott.ssa Alessia Pavia
- *Dirigente Responsabile S.C. Controllo di Gestione:*
Responsabile Dott.ssa Paola Giunciuglio
- *Dirigente Responsabile S.C. I.T. e Staff:*
Responsabile Dott. Carlo Berutti Bergotto
- *Dirigente Responsabile S.C. Ingegneria Clinica:*
Responsabile Ing. Bruno Urbina Ezio Nicolas
- *Dirigente Responsabile S.C. Prevenzione e Protezione:*
Responsabile Ing. Giacomo Montecucco
- *Direzione Sanitaria, Gestione Rischio Clinico e Staff:*
Responsabile Dott. Giorgio Giuseppe Pacelli
- *Dirigente Responsabile S.C. Qualità e Comunicazione:*
Responsabile Dott. Simone Canepa
- *Dirigente Ufficio Stampa:*
Responsabile Dott.ssa Maria Elisa Nerva

Il presente documento è stato elaborato e scritto dal Gruppo di Lavoro e coordinato dall'Ing. Carlotta Patrone, Staff della Direzione Generale

