

# PIANO STRATEGICO 2018-2020



**Direzione Generale**

## Sommario

Premessa .....	4
1 Missione.....	4
2 Obiettivi .....	5
3 Analisi del contesto sanitario verso il 2035/2040 .....	6
3.1 La nascita del Servizio Sanitario Nazionale.....	6
3.2 Il contesto socio-economico attuale .....	6
3.3 Le previsioni future.....	7
4 Contesto di riferimento geo-demografico.....	9
5 Stato di salute in Liguria .....	12
6 Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.) .....	12
7 Posizionamento dell’Ospedale Galliera.....	13
8 Criteri alla base degli obiettivi proposti.....	14
8.1 Progetto Ospedale Nuovo (Galliera Nuovo).....	14
8.2 Master plan per l’Ospedale Nuovo.....	14
8.3 Funzionamento del nuovo modello organizzativo (Nuovo Ospedale) per intensità di cura.....	15
9 IRCCS “Aging” .....	16
10 Processi e infrastrutture a supporto degli obiettivi proposti .....	17
10.1 Ingegnerizzazione dei processi e loro informatizzazione .....	17
10.2 Sistema Lean.....	17
10.3 Sviluppo dei DMT.....	17
10.4 Le nuove professionalità: il Farmacologo interprete clinico .....	18
10.5 Reti: Interaziendali, Interprofessionali, Sociali, Internazionali.....	18
11 Ricerca e implementazione tecnologica.....	20
11.1 Piano degli investimenti in attrezzature sanitarie e lavori .....	20
11.2 Imaging morfo-funzionale .....	20
11.3 Mini-invasività e tecnologie robotiche .....	21
11.4 Genomica.....	22
11.5 Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano.....	23
12 Governance .....	24
12.1 Appropriatezza ed efficienza .....	24
12.2 Sistema qualità .....	25
12.3 Comunicazione .....	25
12.4 La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti.....	26
12.5 Sicurezza (Security).....	27
12.6 Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro .....	27
12.7 Formazione .....	27
12.8 Performance individuali .....	28
12.9 Privacy: Attività connesse all’applicazione [25/05/2018] del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation).....	28
13 Peculiarità del Nuovo Ospedale Galliera .....	29
13.1 Umanizzazione.....	29
13.2 Sviluppo della Carta Etica .....	30
14 Rendicontazioni e Bilancio Sociale .....	30
14.1 Bilancio di Sostenibilità.....	30
14.2 Controllo strategico .....	31

14.3	Prevenzione della Corruzione e Trasparenza .....	31
14.4	Valutazione e monitoraggio del livello di raggiungimento degli indirizzi del presente Piano Strategico.....	33
	Legenda acronimi .....	34
	Allegato n. 1 – Atto Autonomia Regolamentare .....	35
	Allegato n.2 - Monitoraggio degli obiettivi del Piano Strategico 2017/2019 .....	35
	Allegato n. 3 – Statuto dell’Ente .....	43
	Allegato n. 4 – Azioni per “Progetto Ospedale Nuovo” (Galliera Nuovo) .....	43
	Allegato n. 5 – Attività per “Masterplan Ospedale Nuovo” .....	44
	Allegato n. 6 – “BIM APPLICATION” .....	45
	Allegato n. 7 -Attività per “Funzionamento del nuovo modello organizzativo (Nuovo Ospedale) per intensità di cura” .....	45
	Allegato n. 8 – Risultati della Ricerca .....	46
	Allegato n.9 - Azioni per IRCCS “Aging” nel triennio 2018/2020.....	47
	Allegato n. 10 – Investimenti per “Ingegnerizzazione dei processi e loro informatizzazione” per biennio 2018 e 2019 .....	48
	Allegato n. 11 – Azioni per “Sistema LEAN” .....	49
	Allegato n. 12 – Azioni per “Sviluppo DMT” .....	49
	Allegato n. 13 – Azioni per “Le nuove professionalità: il Farmacologo interprete clinico” .....	50
	Allegato n. 14 – Convenzioni attive e Diar .....	51
	Allegato n. 15 – Azioni per “Reti” .....	52
	Allegato n. 16 - Piano degli investimenti in attrezzature sanitarie .....	53
	Allegato n. 17 - Piano degli investimenti in lavori strutturali .....	58
	Allegato n. 18 – Azioni per “Imaging morfo-funzionale” .....	59
	Allegato n. 19 - Azioni per “Mini-invasività e tecnologie robotiche” .....	60
	Allegato n. 20 – Azioni per “Genomica” .....	61
	Allegato n. 21 – Azioni per “Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano” .....	62
	Allegato n. 22 – Indicatori analizzati per “Appropriatezza ed efficienza” .....	63
	Allegato n. 23 – Azioni per “Sistema qualità” .....	63
	Allegato n. 24 – azioni per “Comunicazione” .....	64
	Allegato n. 25 – Azioni per “La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti” .....	65
	Allegato n. 26 – Azioni e investimenti per “Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro” .....	66
	Allegato n. 27 – Azioni per “Formazione” .....	67
	Allegato n.28 – Azioni per “Performance individuali” .....	67
	Allegato n.29 – Azioni per “Privacy: Attività connesse all’applicazione [25/05/2018] del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation)” .....	68
	Allegato n.30 – Azioni per “Umanizzazione” .....	69
	Allegato n. 31 – Azioni per “Sviluppo della Carta Etica” .....	69

## Premessa

Il Piano sociosanitario di programmazione 2017-2019, approvato dalla Giunta regionale della Liguria, è coerente con i contenuti dell'Atto di Autonomia Regolamentare (Allegato n. 1) approvato dal Consiglio di Amministrazione con deliberazione n. 23 del 06.10.17 e con la Convenzione tra l'Ente e la Regione Liguria stipulata il 29.12.17. Il presente Piano Strategico 2018/2020, approvato in data 26.1.2018, fa riferimento agli indirizzi del precedente Piano Strategico 2017/2019 approvato dal Consiglio di Amministrazione, confermandone così la bontà degli stessi. Nell'Allegato n. 2 è stato riportato il monitoraggio degli obiettivi disponibili del Piano Strategico 2017/2019 (dal 30.06.17 in poi). E' stata evidenziata la materia di Privacy nel paragrafo 12.9 in ottemperanza all'applicazione del regolamento europeo. È stata operata una riorganizzazione formale nel capitolo "11 Ricerca e implementazione tecnologica" e sono stati aggiornati i dati di riferimento (vedi punti 3.2, 4, 5, 7) utilizzando gli ultimi disponibili.

Il presente Piano Strategico sarà soggetto ad aggiornamento annuale e la realizzazione di alcuni progetti sarà subordinata al ricevimento dei relativi finanziamenti.

## 1 Missione

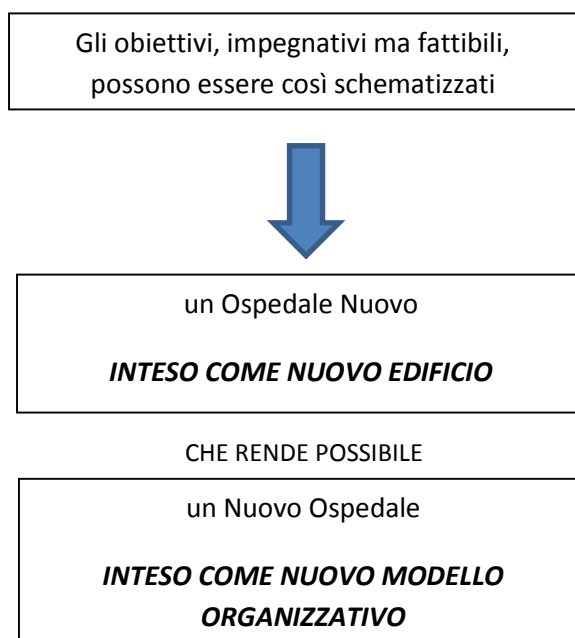
L'Ente Ospedaliero attua i "principi sull'erogazione dei servizi pubblici" contenuti nella Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.1.1994, ispirandosi ai criteri espressi dalla sua fondatrice, Marchesa Maria Brignole Sale, Duchessa di Galliera (garantire una cura e un'attenzione particolari nei confronti della persona malata o inferma), riportati più compiutamente nelle Statuto dell'E.O. come deliberato il 22.07.2002 (Allegato n. 3):

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

## 2 Obiettivi

I criteri e i principi ispiratori dell'Ente potranno trovare adeguata attuazione, nell'ambito del moderno concetto di Sanità, attraverso la realizzazione nel periodo considerato di alcuni obiettivi fondamentali:

- realizzazione dell'Ospedale Nuovo, come struttura (Galliera Nuovo), elemento irrinunciabile per la realizzazione di tutta la progettualità dell'Ente;
- messa a punto del nuovo modello organizzativo (Nuovo Galliera), aspirando a diventare un punto di riferimento regionale per la gestione dell'invecchiamento e della fragilità ("Aging"), costituendo in tale area un modello per le politiche sanitarie anche a livello nazionale;
- acquisire lo status di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS);
- messa a punto e adozione delle nuove tecnologie a supporto del Nuovo Galliera e sviluppo di attività di ricerca in relazione anche all'obiettivo di acquisizione dello status di IRCCS;
- mantenimento di solide basi economiche, perseguendo sempre l'equilibrio di bilancio fra gestione corrente e la realizzazione dell'Ospedale Nuovo, sviluppo del Nuovo Ospedale con incremento dei livelli di efficienza.
- attuare una comunicazione coerente ed efficace tesa a rafforzare la propria identità internamente ed esternamente, creare conoscenza e consapevolezza che lo sviluppo del Galliera Nuovo e del Nuovo Galliera sono determinanti per l'evoluzione della comunità.



## 3 Analisi del contesto sanitario verso il 2035/2040

### 3.1 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.

Lo stato di salute, infatti, è una condizione multifattoriale, come si evince dalla definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) che identifica lo stato di salute con quello di "benessere fisico, mentale e sociale". Pertanto assume particolare rilievo la valutazione dei fattori che a vario titolo influiscono su tale stato e che si possono tradurre in disuguaglianze nella disponibilità dei fattori necessari a garantire questo bene fondamentale. Non a caso, l'obiettivo strategico di Health 2020, consiste nell'assicurare livelli crescenti di equità nelle possibilità di godimento del bene salute da parte degli individui, rappresentando il quadro di riferimento delle politiche europee per la salute e il benessere<sup>1</sup>.

### 3.2 Il contesto socio-economico attuale

Negli ultimi decenni in Europa miglioramenti apprezzabili dei livelli di qualità della vita hanno determinato il miglioramento dello stato di salute seppure in modo non omogeneo. Persistono, infatti, ampie disuguaglianze geografiche e sociali nello stato di benessere, sia tra i diversi Stati membri dell'Unione Europea che al loro interno. Le economie occidentali, ed in particolare quelle europee, stanno attraversando a partire dal 2008 una fase di crisi economica strutturale che inevitabilmente si rifletterà sempre più sul Welfare State.

In Italia, dove la ripresa economica è ad oggi inferiore alla media, la geografia della salute evidenzia un divario importante tra il Nord e il Mezzogiorno, a sfavore di quest'ultimo. I dati più recenti evidenziano, inoltre, una correlazione tra condizioni socio-economiche e tasso di mortalità: sulla base, ad esempio, del titolo di studio, si rilevano differenze significative in termini di speranza di vita alla nascita tra chi ha conseguito una laurea o titoli superiori e chi ha un titolo di studio basso con una differenza fino a 5,2 anni<sup>2</sup>.

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 occupazione - la composizione della popolazione italiana residente è destinata a modificarsi comunque nella direzione di un ulteriore invecchiamento (v. oltre).

---

<sup>1</sup> WHO Regional Office for Europe. 2012. Health 2020: a European policy framework supporting actions across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012

<sup>2</sup> ISTAT "Diseguaglianze nella speranza di vita per livello di istruzione"- 2016

La spending review ha imposto alla Sanità, solamente negli ultimi sette 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. .

L'Italia è tra i Paesi che spendono meno per la salute nell'area OCSE, 3.400 dollari l'anno pro capite contro una media Ocse di 4.000 dollari. Nel suo insieme la spesa sanitaria nella Penisola è pari all'8,9% del Pil, in linea con il 9% Ocse, ed è sostenuta per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato<sup>3</sup>.

Gli indicatori sociosanitari rilevano, tuttavia, al tempo stesso, che nei sistemi sanitari avanzati non esistono evidenze scientifiche che dimostrino 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.

### 3.3 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<sup>4,5</sup>, il futuro servizio sanitario dovrà puntare su due linee di sviluppo, la prevenzione e lo sviluppo scientifico e tecnologico:

- **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 comorbidità 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

<sup>3</sup> Rapporto Panorama della Salute ("Health at a Glance") 2017

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

<sup>5</sup> Fonte ISTAT

patologie legate a comportamenti salutisticamente scorretti innalzando, nel contempo, la produttività in età lavorativa <sup>6</sup>.

Nonostante il Rapporto Osserva Salute 2015 evidenzi stili di vita degli italiani in leggero miglioramento (si fa più sport e si fuma meno), si conferma elevata la quota di italiani sovrappeso e obesi, problema in crescita anche al Nord. Nel 2014, più di un terzo della popolazione adulta (36,2%) è in sovrappeso, mentre poco più di una persona su 10 è obesa (10,2%); complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età inferiore a 18 anni è in eccesso ponderale. In Italia, nel periodo 2001-2014, è aumentata la percentuale delle persone in sovrappeso (33,9% vs 36,2%), soprattutto è aumentata la quota degli obesi (8,5% vs 10,2%).

La prevenzione resta la cenerentola del Paese e risulta trascurata anche a livello di finanziamenti. Non solo il nostro Paese destina appena il 4,1% della spesa sanitaria totale alle attività di prevenzione, ma risulta la funzione più sacrificata anche a livello regionale, specie laddove vi è la pressione a ridurre i deficit di bilancio <sup>7</sup>.

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 venti-trenta 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” <sup>8,9</sup> 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.

<sup>6</sup> 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”.

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 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).

<sup>7</sup> Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OCSE – Rapporto Osserva Salute 2015.

<sup>8</sup> [http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=20447](http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=20447)

<sup>9</sup> <http://www.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=104931>



## 4 Contesto di riferimento geo-demografico

Al 1° gennaio 2017 la popolazione in Italia è di 60 milioni 589 mila residenti (-206 mila unità rispetto al 2015). La popolazione straniera residente è pari a 5.047.028 unità, l'8,3 per cento del totale, con un incremento, rispetto all'anno precedente, dello 0,4 per cento (20.875 unità), il doppio di quello registrato nel 2016. Nel 2016 continua il calo delle nascite: 473.438 bambini, oltre 12 mila in meno rispetto al 2015. Nell'arco di 8 anni (dal 2008 al 2016) le nascite sono diminuite di oltre 100 mila unità e il quoziente di natalità, uniforme sul territorio, scende a 7,8 nati per mille abitanti (8,0 per mille nell'anno precedente).<sup>10</sup>

Aumentano i "giovani anziani" (ossia i 65-74enni), gli "anziani" (75-84 anni), e i "grandi vecchi". In particolare, i "giovani anziani" sono poco più di 6,5 milioni e rappresentano il 11,5% della popolazione residente con cittadinanza italiana (contro il 2,4% registrato per gli stranieri). A livello regionale i valori variano da un minimo di 9,4% della Campania ad un massimo di 12,8% della Liguria. Gli "anziani" (75-84 anni) sono oltre 4,8 milioni e rappresentano l'8,6% del totale della popolazione con cittadinanza italiana (contro lo 0,8% dei residenti stranieri). Anche in questo caso la Liguria si conferma la Regione più "sbilanciata" verso le classi di età più avanzate con il 10,6% del totale contro il 6,1% della Campania. La popolazione dei "grandi vecchi" si avvicina ai 2 milioni di unità, pari al 3,3% del totale della popolazione residente: anche tale indicatore mostra i valori maggiori in Liguria (4,8%) ed i valori inferiori in Campania (2,3%).<sup>10</sup>

La popolazione italiana sta quindi progressivamente invecchiando nonostante l'apporto positivo della dinamica migratoria.

L'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni, è l'indicatore che meglio sintetizza il grado di invecchiamento della popolazione; al 1° gennaio 2017 è pari al 165,3 per cento, ancora in crescita rispetto all'anno precedente (161,4 per cento).

A livello regionale la situazione rimane inalterata rispetto agli anni precedenti: agli estremi ci sono sempre Liguria (249,8 per cento) e Campania (121,6).

Nel contesto internazionale, al 31 dicembre 2015 è l'Italia il paese più vecchio (161,4), superando la Germania (159,0), storicamente quello col maggior numero anziani rispetto ai giovani. L'Irlanda continua ad essere il paese col minor numero di anziani per 100 giovani (60,2).

Se consideriamo l'età media al 1° gennaio 2017, in Italia questa è pari a 44,9 anni; la popolazione straniera residente, invece presenta una struttura per età molto più giovane, con un'età media pari a 34,1 anni. Oltre il 40 per cento dei cittadini stranieri ha un'età compresa tra i 18 ed i 39 anni (41,4 per cento), circa uno su cinque è minorenni (20,6 per cento) e la proporzione di anziani è molto contenuta (3,37 per cento).<sup>10</sup>

Per quanto riguarda il numero di persone di età pari o superiore ai 65 anni rispetto alla popolazione totale, infatti, l'Italia (22,0 %), la Grecia (21,3 %) e la Germania (21,1 %) hanno registrato le percentuali più elevate mentre l'Irlanda la percentuale più bassa (13,2 %) rispetto al 18,5% dell'Eurozona<sup>11</sup>. In regione Liguria gli ultrasessantacinquenni nel 2017 rappresentano il 28,4% della popolazione con un trend in crescita fino a raggiungere nei prossimi vent'anni il 30,9% dei residenti con conseguenti problemi di sostenibilità da parte di un welfare sempre più ridotto.

L'Italia si conferma comunque tra i Paesi con le migliori performance in termini di stato di salute: nel 2016, la speranza di vita alla nascita ha recuperato la diminuzione osservata l'anno precedente, legata a una combinazione di oscillazioni demografiche e fattori congiunturali di natura epidemiologica e ambientale. Sono 82,8 gli anni che un nuovo nato del 2016 si può aspettare in media di vivere: per gli uomini il valore è

<sup>10</sup> Rapporto ISTAT 2017

<sup>11</sup> Eurostat 2017

di 80,6 anni, il massimo assoluto, mentre per le donne si ritorna al picco di 85 anni già osservato nel 2014. Nel 2014 e nel 2015, il tasso di mortalità infantile in Italia, da anni ai livelli più bassi d'Europa, scende per la prima volta sotto i 3 decessi ogni 1.000 nati vivi.<sup>10</sup>

Nel 2016, gli indicatori che descrivono la qualità degli anni da vivere in buona salute o senza alcuna limitazione nelle attività a 65 anni non evidenziano, invece, variazioni di rilievo rispetto agli ultimi due anni. Gli anziani italiani, per i quali si registra un anno di vita media in più (22,2 anni per le donne e 18,9 per gli uomini) rispetto alla media dei paesi Ue28 nel 2015, si collocano al di sotto della media europea quando si considera la sopravvivenza senza alcuna limitazione nelle attività. Per gli uomini la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è pari a 7,8 anni a fronte dei 9,4 anni della media europea; per le donne italiane il livello è di 7,5 anni rispetto ai 9,4 anni della media Ue.<sup>12</sup>

Uno dei problemi maggiori che dovrà affrontare il SSN è quello delle malattie croniche che colpiscono, ormai, il 40% della popolazione; analizzando le principali patologie croniche (ipertensione arteriosa, ictus ischemico, malattie ischemiche del cuore, scompenso cardiaco congestizio, diabete mellito tipo II, BPCO, asma bronchiale, osteoartrosi, disturbi tiroidei - con l'eccezione dei tumori tiroidei) emerge che, nel 2015, il 23,7% dei pazienti adulti presentava contemporaneamente 2 o più condizioni croniche tra quelle prima elencate con un trend in crescita (dal 21,9% nel 2011 al 23,7% nel 2015). Inoltre, nel 2015 il 72,1% delle persone con almeno 2 patologie croniche concomitanti risulta essere in politerapia farmacologica, ossia assume quotidianamente 5 o più farmaci differenti.<sup>13</sup>

Per quanto riguarda le cause di morte, quelle più frequenti sono le malattie ischemiche del cuore, (poco più del 12% del totale dei decessi), seguono le malattie cerebrovascolari (pari a quasi il 10% del totale) e le altre malattie del cuore non di origine ischemica (circa l'8% del totale). La quarta causa più frequente è rappresentata dai tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, che negli uomini è la seconda causa di morte, poco più del triplo di quelli osservati nelle donne. I decessi dovuti a malattie ipertensive (20.367), nonché a demenza e malattia di Alzheimer (18.226), causano tra le donne il doppio dei decessi osservati tra gli uomini.

L'Italia, inoltre, sta diventando sempre più un paese multi-etnico: molti stranieri, con il passare del tempo, hanno acquisito la cittadinanza italiana: 178 mila solo nel 2015, per un totale di oltre 1 milione 150 mila negli ultimi 10 anni. Tra i nati stranieri, al primo posto si confermano i bambini rumeni (15.417 nel 2016), seguiti da marocchini (9.373), albanesi (7.798) e cinesi (4.602). Queste quattro comunità rappresentano il 53,6% del totale dei nati stranieri. Analizzando la componente non comunitaria che fa ingresso nel Paese, nel 2016 quasi 227 mila persone hanno richiesto il permesso di soggiorno (circa 12 mila in meno rispetto al 2015). A richiederlo sono sempre di più i maschi rispetto alle femmine (136.010, pari al 59,9 per cento, contro 90.924, pari al 40,1 per cento). La maggior parte delle richieste proviene dai cittadini dell'Africa occidentale (58.980 pari al 26 per cento), seguiti da quelli dell'Asia meridionale (18 per cento) e dei paesi europei (17,5 per cento). Quasi il 70 per cento dei nuovi permessi interessa cittadini non comunitari con meno di trenta anni.<sup>10</sup>

<sup>12</sup> ISTAT: Rapporto BeS 2017 - <https://www.istat.it/it/files/2017/12/cap01.pdf>

<sup>13</sup> Rapporto Osservasalute 2016

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, 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 (Ecuador 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.<sup>13</sup>

La Liguria ha una buona capacità attrattiva verso gli stranieri, in particolare le provincie 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 demografico<sup>14</sup>. Gli stranieri residenti in Liguria al 1° gennaio 2017 sono 138.324 e rappresentano l'8,8% della popolazione residente. La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'Albania con il 15,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Romania (14,5%) e dall'Ecuador (13,6%)<sup>15</sup>.

Nello scenario più probabile si riscontrerà 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.

---

<sup>14</sup> Variazione popolazione residente ligure 2011/2016: -2,8%. Il calo complessivo è quasi interamente dovuto alla provincia di Genova, il capoluogo conta 583601 residenti al 31 dicembre 2016, lo -0,5% in meno dell'anno precedente.

<sup>15</sup> <http://www.tuttitalia.it/liguria/statistiche/cittadini-stranieri-2017/>

## 5 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 (9,4%) molto maggiore rispetto alla media nazionale (6,7%) ed europea (5,4%). In valori assoluti significa che 147.175 persone in Liguria (su 1.571.053, dato 2016) sono ottantenni ed oltre; a livello territoriale Genova conta ben 81.121 persone con 80+anni (55.1% del totale regionale), Savona 26.358 (17.9%), La Spezia con 20.418 (13.9%) ed infine Imperia con solo 19.215 anziani ultraottantenni (13.1%)<sup>16</sup>.

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 risconterà solo nella Germania settentrionale ma in uno scenario ben diverso sotto il profilo economico e dell'efficienza del welfare.

La popolazione giovane (0-34 anni) è dal 1971 in costante e netto calo sia in termini assoluti che di incidenza percentuale sul totale della popolazione, a causa della ridotta fecondità, rimasta su valori minimi dal 1980 al 2003 e del concomitante aumento della longevità. La riduzione di popolazione giovanile che si registra oggi si ripercuoterà nei prossimi decenni sulla popolazione attiva, che subirà anch'essa una significativa contrazione. L'invecchiamento della popolazione, con il progressivo pensionamento della generazione dei baby boomer previsto a partire dai prossimi anni, provocherà sia una riduzione della forza lavoro e un aumento degli inattivi sia una crescente richiesta di cure mediche e di assistenza sanitaria a lungo termine per la maggior longevità degli anziani<sup>16</sup>.

## 6 Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.)

Il S.S.R. è organizzato in:

- n. 6 Aziende sanitarie territoriali (Alisa, ASL1 Imperiese, ASL2 Savonese, ASL3 Genovese, ASL4 Chiavarese e ASL5 Spezzina);
- n. 2 IRCCS (IST-San Martino e Giannina Gaslini);
- n. 2 altri soggetti erogatori pubblici o equiparati convenzionati ex art. 41 della legge 883 del 23 dicembre 1978 (E.O. Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico Internazionale).

---

<sup>16</sup> Rapporto ISTAT 2017

## 7 Posizionamento dell'Ospedale Galliera

L'Ospedale Galliera, operando su un territorio nel quale la prevalenza di popolazione anziana è già tra le più alte a livello mondiale, ha una prevalenza rilevante di pazienti ricoverati che presentano multimorbilità, politerapie farmacologiche, oltre una età molto avanzata (vedasi fig.1).

Nel territorio genovese, in particolare, un residente su tre è anziano, uno su quattro nella media regionale e uno su cinque in quella nazionale.

L'Ente Ospedaliero costituisce, assieme IRCCS A.O.U. San Martino IST e al Presidio Ospedaliero del Ponente metropolitano, il polo di riferimento cittadino e, in quanto sede di Dea di I Livello (Dipartimento Emergenza e Accettazione), garantisce le funzioni di emergenza e la funzione elettiva per acuti nelle discipline presenti per le quali è riconosciuta l'alta specializzazione, come richiamato nella nuova Convenzione sottoscritta in data 29 dicembre 2017. Il Piano Sociosanitario 2017-19 riconosce, in particolare, l'alta vocazione dell'Ente in Geriatria e Ortopedia, per cui Regione sosterrà il percorso del Galliera volto al riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCCS). L'Ospedale è inoltre sede del primo reparto a conduzione infermieristica realizzato in ambito regionale.

In ambito metropolitano sono presenti due DEA di primo livello (Galliera e ASL 3-Villa Scassi), un DEA di secondo livello (IRCCS A.O.U. San Martino IST) e un DEA di secondo livello pediatrico (Gaslini), sono inoltre presente nel ponente cittadino un Pronto Soccorso (Evangelico-Voltri) e due punti di primo intervento (Ospedale Gallino di Pontedecimo e Padre Antero Micone di Sestri Ponente).

Il limitato 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.

Ricoveri ordinari	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Età media</b>	67,4	67,9	68,6	68,9	69,3	69,4
<b>% =&gt;65 anni</b>	64,6 %	65,6 %	67,1 %	67,6 %	68,4 %	68,7 %
<b>% casi totali con comorbilità*</b>	52,0 %	50,7 %	53,4 %	56,7 %	57,8 %	57,1 %
<b>% pz &gt;= 65 anni con comorbilità*</b>	77,0 %	77,3 %	78,0 %	77,5 %	78,2 %	79,0 %

Figura 1: Ricoveri ordinari E.O. Ospedali Galliera 2011/2016

A) dal computo sono esclusi l'area neonatologica ed i ricoveri per parto nonché l'SPDC

B) i casi con comorbilità sono calcolati mediante APRDRG (casi con classe di severità clinica >1)

\* ricoveri ordinari urgenti e programmati

## 8 Criteri alla base degli obiettivi proposti

### 8.1 Progetto Ospedale Nuovo (Galliera Nuovo)

Il Nuovo Ospedale supererà gli 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 completerà quel laboratorio di eccellenza per realizzare al meglio le sperimentazioni organizzative e funzionali del futuro Galliera (ospedale organizzato per livelli di cura).

L'ospedale sarà una casa intelligente, progettata già in funzione dell'applicazione attuale dell'organizzazione per intensità di cura e con logiche che favoriscono il lean management <sup>17</sup>. 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 Nuovo Galliera 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.

Tra le attività strategiche del triennio vi è 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, nonché con la ricerca di livelli di efficienza intesa come rapporto tra risorse acquistate e prestazioni erogate (costi-ricavi). Le attività previste nel triennio sono riportate nell'Allegato n. 4.

Nel 2018 e nel primo semestre 2019 sono previste le opere propedeutiche finalizzate alla consegna dell'area di cantiere per la realizzazione del Nuovo Ospedale.

### 8.2 Master plan per l'Ospedale Nuovo

Il nuovo codice degli appalti prevede l'introduzione della metodologia Building Information Modeling (BIM) per la valorizzazione della fase progettuale nelle gare di progettazione per la realizzazione di opere pubbliche. L'adozione della tecnologia BIM si pone come strumento per lo sviluppo e l'aggiornamento dei processi, che non riguardano solamente gli aspetti costruttivi e manutentivi ma anche quelli sanitari e gestionali. In particolare l'obiettivo consiste nello sviluppare procedure che possano estrarre dal modello BIM le informazioni necessarie e sufficienti per simulazioni organizzative e aspetti core e non-core di applicativi software presenti orientando l'Ospedale verso il modello dell'HBM (Health Building Management). Le attività previste nel triennio sono riportate nell'Allegato n. 5 per il Masterplan e nel numero 6 per il BIM application.

---

<sup>17</sup> 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.

### 8.3 Funzionamento del nuovo modello organizzativo (Nuovo Ospedale) per intensità di cura

L'erogazione delle cure per livelli di intensità assistenziale prevede la riorganizzazione logistica degli ospedali superando il concetto di reparto e divisione per rendere disponibili aree al ricovero di malati a diversa attribuzione nosologica selezionati in base alla complessità assistenziale richiesta.

In base a questa organizzazione vengono distinti tre livelli: il primo ad alta intensità di cura ed il secondo a media intensità di cura, considerato che il terzo livello, a bassa intensità di cura è allocato in parte in ospedale ed in parte sul territorio. Il secondo livello, comprensivo di un'area materno-infantile, è diviso in area chirurgica e in area medica e ha come mission i ricoveri ordinari e i ricoveri d'urgenza. La numerosità e tipologia degli operatori nei loro vari ruoli e delle tecnologie è diversa nelle tre articolazioni del livello. Il reparto a conduzione infermieristica (ACI) troverà nel 2018 il consolidamento della sua attività dopo la fase sperimentale.

L'organizzazione dell'assistenza per intensità di cura trova nel tutoraggio la sua declinazione clinica a vantaggio dell'utente. Il tutor (sia esso medico o infermiere) prende in carico il paziente dal momento del suo ingresso in ospedale, ne è il garante del percorso assistenziale (il medico per quello diagnostico-terapeutico e l'infermiere per il piano assistenziale alla persona) ed è interlocutore privilegiato per il paziente. L'attività dei servizi diagnostici andrà dimensionata e rivisitata nella sua organizzazione in relazione al diverso asset clinico dell'ospedale. Le attività previste nel triennio sono riportate nell'Allegato n. 7.

## 9 IRCCS “Aging”

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono enti di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Ad oggi sono 49, di cui 21 pubblici e 28 privati, ed effettuano una ricerca che deve trovare necessariamente sbocco in applicazioni diagnostiche terapeutiche e riabilitative negli ospedali.

In qualità di IRCCS tali istituti ricevono finanziamenti commisurati annualmente anche sulla base della produzione scientifica.

L’E.O. ha da tempo individuato l’ “aging” tra gli obiettivi strategici: il Dipartimento di Cure Geriatriche, Ortogeriatria e Riabilitazione coordina una serie di servizi sul territorio (Cure domiciliari e palliative, RSA) specificamente orientati ai pazienti più anziani e fragili.

La fragilità è una condizione che si osserva in gran prevalenza nella popolazione di età superiore ai 75 anni ed esiste ormai un diffuso consenso riguardo al fatto che anche gli outcome ospedalieri siano influenzati più che dall’età anagrafica dei pazienti, dallo stato di fragilità dell’individuo. Ad oggi in Italia solo 1 dei 49 IRCCS ha come tema la Geriatria, nonostante il tema dell’invecchiamento in salute sia unanimemente riconosciuto come una priorità globale e il maggior programma Europeo di finanziamenti pubblici, Horizon2020, è in buona parte rivolto all’ “Active & Healthy Aging”.

Considerato quanto detto sopra nonché l’alto livello raggiunto nella ricerca scientifica negli ultimi 10 anni al Galliera (Allegato n. 8) ed il ruolo di reference site Europeo sul tema “Active and Healthy Aging” in Horizon2020, l’E.O. Galliera può ambire ad acquisire lo status di IRCCS sul tema dell’invecchiamento e della fragilità (“Aging”), garantendo alla Regione un punto di riferimento per la gestione di una problematica emergente che in breve tempo potrebbe rappresentare un modello per le politiche sanitarie anche a livello nazionale.

Il Galliera nell’ambito dell’acquisizione di status di IRCCS 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 termini 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.

I criteri per l’acquisizione dello status di IRCCS fanno riferimento al Decreto legislativo 16 ottobre 2003 , n. 288 “Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell’articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3. Per gli impegni di ricerca si rimanda al punto 10.5 “reti internazionali” e le azioni per raggiungerlo e il mantenimento sono indicati nell’Allegato n. 9.



## 10 Processi e infrastrutture a supporto degli obiettivi proposti

### 10.1 Ingegnerizzazione dei processi e loro informatizzazione

Nella rivisitazione dei processi [Business Process Reengineering (BPR)] l'informatica rappresenta un valido supporto. Il criterio che sarà seguito è che gli applicativi siano flessibili e vengano adattati rispetto alle esigenze dell'organizzazione e non viceversa. Occorre quindi affrontare la risoluzione di questi problemi in team avvalendosi delle competenze reciproche per ottenere processi efficienti ed efficaci sfruttando l'importante supporto che l'informatica può dare.

Nel triennio saranno sviluppate le attività per la messa a regime del progetto di migrazione e della fornitura Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero. Infatti la complessità dell'oggetto della fornitura richiederà non solo la sostituzione di molti applicativi in uso, ma anche la revisione totale di molti di essi, nonché della ridefinizione di tutte le integrazioni con gli applicativi che non verranno sostituiti. Gli investimenti previsti per il biennio 2018 e 2019 sono indicati in Allegato n.10.

### 10.2 Sistema Lean

Nel triennio continuerà l'adozione dell'approccio LEAN che verrà consolidato anche in relazione alla creazione dal 1.1.2018 dell' Ufficio Innovazione, sviluppo e applicazione lean. In questi anni l'Ente ha investito in formazione ed è necessario che i miglioramenti apportati diventino best practice diffuse con un approccio standardizzato al miglioramento della qualità del servizio. L'obiettivo a lungo termine è quello della realizzazione di un sistema lean che coinvolga tutte le strutture ed a tale scopo l'applicazione delle tecniche LEAN maggiormente utilizzate dovrà essere standardizzata in modo che possa esserne facilitata la diffusione e verificata l'efficacia dell'applicazione. Le azioni previste per il triennio sono indicati in Allegato n. 11.

### 10.3 Sviluppo dei DMT

Il DMT è un metodo di lavoro che nasce nei paesi anglosassoni intorno al 2005 per la gestione dei casi di tumore al seno. Successivamente, in UK, viene raccomandato come metodo di gestione delle patologie croniche complesse. Il DMT è un team di professionisti (chirurgo, oncologo, internista, radiologo, anatomopatologo, infermiere, ecc.) che, con cadenza regolare, si riunisce per discutere specifici casi clinici e individuare le strategie diagnostiche e terapeutiche più accreditate che maggiormente si adattano allo status specifico del paziente.

All'Ospedale Galliera è stato introdotto nel 2012 per il trattamento dei casi di tumore al colon – retto. Negli anni successivi si sono costituiti spontaneamente altri DMT, attualmente ne sono attivi 11. L'aumento dell'attività e la necessità di passare da un'attività spontanea ad una istituzionalizzata e sistematica ha richiesto l'elaborazione di regole condivise. Lo sviluppo previsto per il triennio va nell'ottica dell'attivazione di nuovi DMT nei settori di cura che ne sono ancora privi, dell'incremento della valenza formativa del DMT, nello sviluppo delle linee guida interne per la gestione dei casi clinici più frequenti e nell'individuazione di indicatori per stimare l'efficacia del DMT. Le azioni previste per il triennio sono indicati in Allegato n.12.

## 10.4 Le nuove professionalità: il Farmacologo interprete clinico

La Farmacologia e la Tossicologia Clinica si propongono di fornire elementi di supporto al Sistema Sanitario Nazionale nella gestione razionale del farmaco, al fine di coniugare efficacia terapeutica ed ottimizzazione della terapia con la riduzione di spesa. Si intende avviare una collaborazione concreta ed attuabile nell'immediato per utilizzare la Farmacologia Clinica, in un contesto multidisciplinare, come strumento di efficacia terapeutica, e appropriatezza prescrittiva.

La Farmacologia Clinica, nelle sue principali articolazioni, in collaborazione con le altre funzioni aziendali, propone alcune attività sempre mirate all'ottimizzazione delle terapie quali:

- monitoraggio terapeutico di alcuni farmaci (TDM);
- supervisione e supporto nella gestione razionale delle terapie rivolte a migliorare la sicurezza d'uso e l'appropriatezza terapeutica;
- inquadramento e ottimizzazione per il corretto uso di specifiche categorie farmacologiche;
- supporto nell'ambito di sperimentazioni cliniche in atto presso l'Ospedale Galliera e collaborazione alla valutazione dell'iter autorizzativo locale;
- implementazione e gestione delle segnalazioni di Farmacovigilanza con interpretazione del dato e feed-back al segnalatore.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n.13.

## 10.5 Reti: Interaziendali, Interprofessionali, Sociali, Internazionali

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

### Reti Interaziendali:

Al momento sono attive le convenzioni riportate sinteticamente nell'Allegato n.14. Sono inoltre stati attivati cinque Dipartimenti interaziendali regionali (Diar) ed è in previsione l'attivazione di ulteriori cinque Dipartimenti interaziendali regionali (Diar) a cui partecipano le strutture dell'Ente.

Al momento è attiva una collaborazione con IIT sui seguenti progetti:

- 1) "Nanoparticelle polimeriche per la terapia combinatoriale ed imaging in oncologia", - "NANO\_MED";
- 2) "Valutazione del rischio di caduta in soggetti anziani attraverso un sistema di robotica assistiva" - "SUPERARBOT";
- 3) "Utilizzo del dispositivo robotico SUPERARBOT per la valutazione e il training riabilitativo dopo la ricostruzione chirurgica di LCA", - "SUPERARBOT LCA".

### Reti Interprofessionali:

L'Ente partecipa a DMT interni ed esterni e le Reti Regionali di Professionisti (reti oncologiche, chirurgiche, ortopediche, etc.) definite dall'ultimo piano sanitario della Regione Liguria sono state assorbite dai Diar di cui sopra.

### Reti Internazionali:

L'Ente intende sviluppare 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) ET-FES: (Early prediction of efficacy of endocrine therapy in breast cancer: pilot study and validation with 18F Fluoroestradiol (FES) PET/CT) - studio clinico randomizzato multicentrico internazionale che ha l'obiettivo di validare il valore predittivo della captazione di 18F-FES mediante esame PET/TC in pazienti con tumore della mammella metastatico positivo per i recettori estrogenici.
- 2) ASAMET: (A randomized, 2x2 biomarker prevention trial of low-dose aspirin and metformin in colon cancer patients) - studio clinico randomizzato, multicentrico, internazionale, per testare l'attività del trattamento combinato di aspirina e metformina in pazienti con tumore del colon-retto rimosso.
- 3) NEWTON (Innovative approach to breast cancer endocrine treatment tailoring through personalized molecular imaging and genomic analysis) – studio ai fini di adattare il trattamento endocrino nel carcinoma mammario avanzato utilizzando il nuovo approccio degli studi clinici di medicina personalizzata.
- 4) EurobloodNet - Rete europea dei centri di eccellenza in ambito ematologico.
- 5) EFFICHRONIC “enhancing health systems sustainability by providing cost-efficiency data of evidenced based interventions for chronic management in stratified population based on clinical socio-economic determinant” - Il progetto EFFICHRONIC mira a fornire prove sul rendimento positivo degli investimenti e dati rilevanti sul costo-efficacia dell'applicazione della CDSMP (Chronic Disease Self-Management Program) in 5 diversi paesi europei
- 6) Consorzio coordinato dal MD Anderson Cancer Center di Houston e promosso dal NCI, relativo alle sperimentazioni di fase I-II di farmaci preventivi. Al consorzio aderiscono per l'Italia, in qualità di partner associati, l'Ospedale Galliera di Genova e lo IEO di Milano.
- 7) EUROSAP (European Registry of Older Subjects With Atrial Fibrillation): studio osservazionale multicentrico europeo coordinato dal Galliera che ha lo scopo di valutare in una popolazione "reale" di pazienti anziani ospedalizzati con fibrillazione atriale, il rapporto rischio / beneficio clinico dei trattamenti anticoagulanti.
- 8) SUNFRIL (Reference Sites Network for Prevention and Care of Frailty and Chronic Conditions in community dwelling persons of EU Countries): studio multicentrico europeo che ha lo scopo migliorare l'identificazione, la prevenzione e la gestione della fragilità e della cura della multimorbilità nelle persone che vivono in comunità (oltre 65) in contesti loco-regionali di paesi dell'UE.
- 9) Iran: in fase di definizione la collaborazione con tre ospedali iraniani (Jam Hospital, Gandhi Hospital e Parsian Hospital) teso a sviluppare un modello di reciproco interscambio di competenze, organizzazione e professionisti.

Reti sociali: vedasi Allegato n. 15.

Le azioni previste per il triennio sono indicate nell'Allegato n. 15.

## 11 Ricerca e implementazione tecnologica

L’Ospedale Galliera opera su un territorio, nel quale la prevalenza di popolazione anziana over 65 è tra le più alte a livello mondiale per questo la scienza dell’invecchiamento diviene un obiettivo di ricerca strategico per l’Ospedale. L’invecchiamento è tema riconosciuto da molti come una priorità globale e prova di ciò è che Horizon2020, il maggior programma Europeo di finanziamenti pubblici, è in buona parte rivolto all’Active & Healthy Aging. L’Ente ospedaliero, negli ultimi 10 anni, ha più che triplicato la propria produzione scientifica raggiungendo un alto livello qualitativo e quantitativo di ricerca, ha avanzato la candidatura a reference site Europeo sul tema Active and Healthy Aging ed infine si è posto l’ambizioso obiettivo di acquisire lo status di IRCCS sul tema dell’invecchiamento.

Il tema “Invecchiamento”, quindi, sarà l’argomento principale dei prossimi anni e il filo conduttore delle linee di ricerca dell’Ospedale.

I risultati della ricerca scientifica ottenuti al Galliera sono riportati nell’Allegato n.8 .

### 11.1 Piano degli investimenti in attrezzature sanitarie e lavori

L’Ente all’interno della sua programmazione ha individuato i bisogni più urgenti in termini di acquisto di attrezzature sanitarie e lavori strutturali.

La realizzazione puntuale di quanto programmato dipende anche dalle disponibilità di tesoreria che si verificheranno nel corso del triennio considerato, dovendo oggi constatare l’esistenza di significativi crediti da riscuotere nei confronti di Regione Liguria.

Gli investimenti previsti nel biennio per le attrezzature sanitarie e nel triennio sono rispettivamente indicati negli Allegati n. 16 e n. 17.

### 11.2 Imaging morfo-funzionale

Il termine “imaging” si può tradurre con “creazione di immagini” e mentre è facile comprendere il significato dell’espressione “imaging morfologico”, immagini cioè che ci mostrano, per esempio, un determinato organo e le sue eventuali alterazioni strutturali, meno intuitivo può apparire il significato dell’espressione “imaging funzionale”. Sintetizzando si può dire che questa espressione si riferisce a immagini ottenute “sfruttando” la funzione biologica di un certo organo o tessuto e che, in quanto tali, sono immagini che esprimono quella funzione, sia essa normale o patologica.

Tradizionalmente l’imaging morfologico è da sempre appartenuto alla Radiologia e alla Neuroradiologia (RX, tomografia, TC, RM), mentre l’imaging funzionale è da sempre appartenuto alla Medicina Nucleare (scintigrafia, tomoscintigrafia, curve attività-tempo).

Il progresso tecnologico ha consentito di ottenere, per quanto riguarda la Radiologia e la Neuroradiologia, un enorme incremento della qualità delle immagini, consentendo una visualizzazione di dettagli impensabile solo qualche decennio orsono (TC multistrato).

Lo stesso progresso ha consentito alla Medicina Nucleare di visualizzare una quantità sempre più numerosa di funzioni del nostro organismo ed in particolare di ottenere importanti informazioni relative alla maggior

parte delle neoplasie solide (PET). Da circa 10 anni a questa parte sono state realizzate nuove apparecchiature, strumenti cosiddetti "ibridi", che consentono l'acquisizione contemporanea di immagini morfologiche e funzionali.

L' "imaging di fusione" rappresenta l'attuale stato dell'arte della diagnostica oncologica ed è verosimile che ne rappresenterà il futuro anche per il Galliera.

L'utilizzo delle metodiche avanzate di neuroimaging, morfovolumetrico (TC, RM) e funzionale (RM perfusionale, funzionale, con tensore di diffusione, trattografia, spettroscopia) integrabili con i dati dell'imaging medico-nucleare sarà sempre di più frequente utilizzo nella valutazione delle demenze, nella patologia neuro-oncologica e nella patologia cerebrovascolare acuta. Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n. 18.

### 11.3 Mini-invasività e tecnologie robotiche

La chirurgia mini invasiva è considerata il gold standard per molte procedure sull'apparato digerente, in ginecologia ed in urologia. I vantaggi di queste procedure sono dimostrati da numerosi lavori prospettici multicentrici e da numerose metanalisi pubblicate su riviste internazionali.

Nel nostro Ente da anni si pratica chirurgia mini-invasiva con risultati in linea con le più quotate esperienze internazionali. È tuttavia necessario progredire nella tecnologia utile alla realizzazione di interventi più complessi ed all'implementazione dell'accuratezza delle procedure già standardizzate. Per questo motivo è necessario intraprendere un processo di acquisizione della tecnologia robotica al fine di realizzare una chirurgia robot-assistita urologica, ginecologica, ortopedica, digestiva e delle specialità, considerando le nuove offerte che stanno giungendo dall'industria biomedicale. Contemporaneamente si deve provvedere alla necessaria formazione del personale medico ed infermieristico rimodulando ovviamente anche l'aspetto organizzativo e gestionale dell'attività del blocco operatorio.

Per quanto riguarda l'Endoscopia il sensibile miglioramento delle tecnologie oltre ad incrementare in termini di efficacia il numero delle procedure resettive in alternativa alla chirurgia, sta implementando l'uso dell'eco-endoscopia in termini non più solo esclusivamente diagnostici ma anche in procedure operative e grazie allo sviluppo di innovativi accessori, al momento in uso solo in pochi centri selezionati, come il nostro, utili al trattamento di patologia cistica o ostruttiva delle vie bilio-pancreatiche.

Recenti innovazioni tecnologiche permettono l'applicazione endoscopica della radiofrequenza, attraverso specifici cateteri. Lo sviluppo di nuovi materiali ha messo in uso nuove protesi per la palliazione dell'ostruzione e per la riparazione dei difetti di parete. In ultimo la sempre più ricercata integrazione delle tecniche endoscopiche nei trattamenti sta producendo una sempre maggiore integrazione con la chirurgia per la gestione di possibili complicanze endoscopiche.

D'altro canto lo sviluppo di accessori endoscopici offre frequenti opportunità mini-invasive al trattamento di complicanze chirurgiche. L'utilizzo della tecnologia robotica si estenderà anche ai trattamenti riabilitativi.

Al momento è già in atto, in collaborazione con IIT, uno studio in corso sulla prevenzione delle cadute dell'anziano condotto dalla S.C. Geriatria che utilizza il medesimo dispositivo robotico Hunova, dal quale partirà una importante sperimentazione clinica su pazienti sottoposti a ricostruzione del LCA del ginocchio;

a Settembre 2017 è stato avviato un analogo studio di pazienti sottoposti a protesizzazione totale del ginocchio.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n. 19.

## 11.4 Genomica

Nell'ultimo decennio l'evoluzione delle biotecnologie ha portato ad una enorme trasformazione dello studio del genoma umano determinando, conseguentemente, un profondo e rivoluzionario cambiamento dell'approccio diagnostico e terapeutico. Oggi, grazie alla caratterizzazione del genoma dell'individuo e all'identificazione di biomarcatori, è possibile modulare il trattamento andando sempre più consistentemente verso una medicina personalizzata e/o di precisione, adattando la terapia a seconda delle caratteristiche del genoma dell'individuo.

In particolare le nuove tecnologie come la "Next Generation Sequencing (NGS)" ha consentito l'analisi massiva parallela di molti più dati (decine di miliardi di basi rispetto al milione del sequenziamento standard) in tempi molto più veloci e con sensibilità analitica molto elevata. Tutto ciò permette oggi di evidenziare mutazioni anche in quantità minimale, non rilevabili con il sequenziamento convenzionale.

All'interno del nostro Ospedale, avendo ormai acquisito il know how sia per l'allestimento del NGS che per l'interpretazione dei dati, grazie alla collaborazione del personale del Laboratorio di Genetica Umana e quello del Laboratorio di Istocompatibilità e IBMDR sono già state consolidate le seguenti linee di processo:

- esami di compatibilità per trapianto di CSE e organi;
- HLA e suscettibilità alle malattie (celiachia, diabete, ecc);
- risposta individuale ad alcuni farmaci (terapia HIV e HCV);
- encefalopatie epilettiche;
- cardiomiopatia ipertrofica;
- fibrosi cistica.

Si ritiene, altresì, di enorme rilevanza strategica lo sviluppo di:

- screening prenatale non invasiva su sangue materno (NITP);
- screening per geni predisponenti ad Autismo;
- risposta individuale ai farmaci;
- analisi di biomarcatori tumorali su somatico per target therapy (K colon retto, tiroide, ovaio, mammella, ecc.);
- analisi di DNA/RNA su Biopsie liquide.
- analisi in NGS del microbiota intestinale (correlazione in studi sull'aging, terapia del K colon retto, trattamento delle infezioni, ecc.)

Allo scopo di supportare il percorso intrapreso dall'Ente verso la configurazione ad IRCCS orientato in particolare all'aging, il laboratorio fornirà adeguato supporto ai clinici sviluppando progetti di ricerca e linee diagnostiche relative alla genomica dell'aging.

In particolar modo:

1. basi immunogenetiche dell'invecchiamento;
2. farmacogenomica e immunogenetica nelle malattie infettive;
3. personalizzazione delle cure attraverso valutazione risposta ai farmaci nel paziente anziano;
4. basi e marcatori genetici periferici nella malattia di Parkinson e dei parkinsonismi atipici determinanti genetici dell'aging e della fragilità.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n. 20.

### **11.5 Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano**

Nell'ambito delle tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano l'Ente svilupperà i seguenti progetti:

1) Implementazione della Cartella Informatizzata Integrata Multidimensionale di Dipartimento Cure Geriatriche, Ortogeriatra e Riabilitazione – "CUROGE": strumento clinico che permette la valutazione multidimensionale integrata medico-infermieristica del soggetto anziano nei vari setting di cura: Degenza per acuti, Degenza Post-acuti, Ortogeriatra, Day Hospital, Area Ambulatoriale ed RSA. Già attivata e testata con successo in S.S.D. Cure Intermedie, S.C. Geriatria, S.S.D. Ortogeriatra ed RSA.

2) Progetto APROGER (Appropriatezza PREscrittiva in GERiatria): incrementa l'appropriatezza prescrittiva grazie all'integrazione delle informazioni cliniche del paziente (patologie e terapie) con i criteri internazionali di appropriatezza prescrittiva STOPP (Screening Tool of Older People's Prescriptions) e le interazioni farmacologiche (Micromedex); il sistema prevede l'intervento personalizzato del farmacista di reparto. Già testato con successo in S.C. Geriatria.

3) Tecnologie domotiche e per il tele-monitoraggio dell'anziano:

- a. Tecnologie di tipo AAL (Ambient Assisted Living) per controllo ambientale nell'ambito del progetto Mo.Di.Pro (Modello Dimissione Protetta); il sistema prevede impiego di telecamere "minidome" e dispositivi "kinect" che acquisiscono dati su tipologia e frequenza di attività quotidiane per definire il profilo funzionale e dinamico dell'ospite.
- b. Dispositivi hi-tech per il monitoraggio di parametri clinici e funzionali della persona ospite presso la struttura Mo.Di.Pro; dispositivi "I-Health" per la rilevazione di parametri vitali e sensori posizionali e di movimento le cui applicazioni su smartphone e smartwatch consentono la consultazione da remoto dal personale sanitario coinvolto nel progetto.
- c. Padbot robot: incluso nel sistema Mo.Di.Pro. consente di interagire con l'ospite (ricordo attività/terapie, ecc.) e di comunicare audio/video con persone al di fuori della struttura (familiari/caregivers; personale di ricerca); si sposta nell'alloggio utilizzando sensori per prevenzione di collisione e anticaduta

4) Tecnologie robotiche per la prevenzione delle cadute nell'anziano: nell'ambito del progetto scientifico "SUPERARBOT" utilizzo di robot sviluppato da IIT (Istituto Italiano di Tecnologia "HUNOVA", Movendo

Technology) per la identificazione dei soggetti anziani a rischio di caduta (Fase 1, già sviluppato nel 2017) e programmazione ed esecuzione di trial clinico di intervento personalizzato (Fase 2).

5) Sistema ad alta tecnologia per lo sviluppo e validazione di un modello di “care transition” in area protetta per pazienti anziani multimorbidi e politrattati (PROGETTO PRO\_HOME - Work Package 1 del programma MULTIPLAT-AGE di Ricerca Finalizzata di Rete del Ministero della Salute 2018-2020). Tecnologia automatizzata per il monitoraggio sanitario che include sensori ambientali, devices vestibili e/o portatili e sistemi di robotica assistiva associati ad innovative soluzioni di design che verranno impiegate per il monitoraggio e la prevenzione del deterioramento fisico e cognitivo dell’anziano dimesso dall’ospedale al fine di creare un percorso di “transizione” verso il domicilio con monitoraggio sanitario ed assistenziale. Una piattaforma integrata software garantirà il monitoraggio clinico, funzionale e i parametri di mobilità secondo un approccio multidimensionale.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n. 21.

## 12 Governance

### 12.1 Appropriately ed efficienza

L’assorbimento sempre maggiore delle risorse disponibili, conseguenti all’impiego di nuove tecnologie e terapie innovative più efficaci e sicure, e la previsione di una riduzione progressiva delle risorse finanziarie assegnate al servizio sanitario pubblico, collocano la valutazione dell’appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali.

La sfida dell'Ente per il triennio sarà, di conseguenza, quella di riuscire a garantire, e possibilmente migliorare, la qualità dei servizi erogati e la loro accessibilità anche a fronte di risorse ridotte. In particolare, avuto riguardo alle reali e specifiche esigenze di salute del singolo cittadino ed in conformità alle direttive nazionali e regionali riguardo agli standard di appropriatezza ed efficienza delle cure, si propone:

- il raggiungimento e/o al mantenimento di livelli di appropriatezza clinica conformi alle evidenze scientifiche e alle linee guida più aggiornate (efficacia clinica).
- l’utilizzo ottimale delle risorse nei tempi e nelle modalità tecnico-organizzative (appropriatezza gestionale e organizzativa);

A tal fine, oltre al conseguimento degli standard previsti dal Programma Nazionale Esiti (PNE), di cui al DM 21 giugno 2016, correlati alla valutazione dell’efficacia ovvero degli esiti delle cure, nonché dagli altri sistemi di valutazione della qualità assistenziale utilizzati da Regione Liguria (MeS, “griglia LEA”, ecc.), sostanzialmente correlati all’appropriatezza organizzativa, obiettivo dell'Ente è quello di sviluppare e utilizzare ulteriori indicatori di tipo multidimensionale che consentano una valutazione della qualità dell’assistenza che tenga conto dei vari parametri correlati alla dimensione che si intende valutare. Tra questo tipo di indicatori, introdotti a livello sperimentale nel budget 2018, sono compresi quelli finalizzati a valutare:

- l’appropriatezza dei ricoveri urgenti da Pronto Soccorso, al fine di evitare ricoveri non necessari e l’aumento dei tempi di attesa per i ricoveri ordinari di elezione;



- l'efficienza operativa dell'attività di ricovero (corretto utilizzo dei posti letto) sulla base della complessità assistenziale e degli esiti tramite l'utilizzo e sviluppo a livello sperimentale di un nuovo indicatore di tipo multidimensionale in grado di "normalizzare" la durata della degenza sulla base delle principali variabili che ne influenzano il valore, al fine di valutare.
- la prognosi a breve e lungo termine di un soggetto anziano ricoverato, al fine di indirizzare nel modo più appropriato le scelte diagnostiche e terapeutiche (MPI);
- l'utilizzo efficiente delle risorse attraverso la partecipazione al Network Italiano Sanitario N.I.San. NISAN.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n. 22.

## 12.2 Sistema qualità

L'Ospedale ha costruito negli anni un solido impianto per il monitoraggio della qualità con l'obiettivo del miglioramento continuo e duraturo dei processi tramite l'applicazione di standard internazionali, l'adeguamento alle normative nazionali e la verifica dello stato del sistema attraverso la rilevazione di indicatori.

Il governo di tale sistema è attuato tramite il Sistema Gestione Qualità, costituito nella sua accezione più ampia dall'insieme di "regole" per garantire l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza dei processi clinici e gestionali. Nel futuro orientare lo sviluppo della Qualità significherà considerare due aspetti fondamentali:

- i pazienti orientano le loro scelte in base alla qualità del processo clinico ma tenendo anche conto di fattori quali ad esempio la capacità di accoglienza sempre più associati ed integrati con la prestazione sanitaria;
- l'Ospedale deve prestare sempre maggiore attenzione alla razionalizzazione delle risorse sia nelle aree sanitarie che in quelle amministrative.

Proseguirà quindi la continua estensione del SGQ certificato UNI EN ISO 9001, come riportato in Allegato n. 23, che richiederà un nuovo approccio basato sulla prevenzione del rischio, che dovrà permettere all'organizzazione di mettere in atto controlli preventivi per minimizzare gli effetti negativi e massimizzare le opportunità relative ad ogni processo principale o di supporto. Anche per questo motivo dovrà proseguire rafforzandosi l'integrazione con la gestione del rischio clinico e l'utilizzo delle tecniche LEAN consentendo uno sviluppo sempre più agevole del Sistema Gestione Qualità. Lo sviluppo della qualità è finalizzato ad offrire agli utenti il miglior servizio, perciò la gestione delle dinamiche relative alla comunicazione completa lo sforzo di miglioramento dei processi.

## 12.3 Comunicazione

L'Ospedale nel triennio per rispondere alle ambiziose sfide del Nuovo Ospedale e della trasformazione in IRCCS dev'essere in grado di rafforzare la propria identità internamente per poi trasmetterla esternamente, costruendo una comunicazione coerente ed efficace, tanto nei rapporti diretti con l'utenza quanto nei rapporti con i media e le istituzioni, permettendo il formarsi di un'opinione pubblica informata e consapevole che il sostegno allo sviluppo dell'Ospedale è determinante per lo sviluppo della comunità.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n. 24.

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

L'Ospedale Galliera deve diventare per i pazienti e per gli operatori un luogo sempre più sicuro, in linea con la sua mission di ospedale che pone al centro la persona ed i suoi bisogni di salute. Il modello organizzativo è quello del miglioramento continuo della qualità assistenziale della quale la sicurezza rappresenta una dimensione fondamentale, con l'obiettivo di promuovere un cambiamento culturale già in atto.

Proprio perché il tema della sicurezza dei pazienti ha una forte dimensione culturale, occorre far crescere all'interno dell'organizzazione la consapevolezza del rischio e stimolare tra gli operatori un atteggiamento proattivo. Una appropriata gestione della sicurezza deve essere percepita dai cittadini come il primo e più importante fattore di qualità delle prestazioni sanitarie di cui sono fruitori.

La sicurezza dei pazienti è legata alla appropriatezza, alla tempestività e, più in generale, alla qualità delle prestazioni e dell'organizzazione; è inoltre connessa con la sicurezza degli operatori. Questi aspetti si integrano con quelli, altrettanto rilevanti, di immagine e di gestione economica dell'Ente, anche in considerazione del programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, adottato dalla Regione Liguria con L.R. n. 28 del 26 ottobre 2011.

L'Ente, consapevole quindi che la sicurezza rappresenti un valore fondamentale, applica un sistema di gestione del rischio clinico che si sviluppa nelle fasi di identificazione, analisi, trattamento e monitoraggio, con gli obiettivi di ridurre l'incidenza di eventi avversi (prevenzione) e gestire al meglio gli eventuali accadimenti (protezione). Gli standard di riferimento sono rappresentati sia dalla normativa vigente (Legge n. 208 del 2015 e Legge n. 24 del 2017 per citare le principali), le Raccomandazioni del Ministero della Salute e le evidenze scientifiche e indicazioni fornite da organismi sovranazionali e società scientifiche.

Questa logica si concretizza anche attraverso lo sviluppo di competenze individuali relative alla consapevolezza del rischio e delle cosiddette "non technical skills", all'interno di una organizzazione resiliente.

Per promuovere lo sviluppo di questa consapevolezza continua ad essere proposto un percorso formativo dedicato, in modalità blended, con l'obiettivo virtuale di raggiungere tutti gli operatori sanitari; ma il 2018 prevede l'introduzione di due elementi innovativi per l'azienda, che si ritengono fondamentali. Il primo è la creazione della rete dei facilitatori per la gestione del rischio clinico, individuati per ogni struttura. Il secondo è la proposta alle strutture, come obiettivo di budget, di un percorso di miglioramento della sicurezza del paziente, di durata biennale, che partendo da una criticità evidenziata con strumenti adeguati, identifichi, implementi e verifichi adeguate azioni di miglioramento.

Dall'anno 2017 la Regione Liguria ha adottato in modo cogente uno strumento di autovalutazione dei sistemi aziendali di Gestione del Rischio, denominato C.A.R.M.In.A. (Clinical Assessment of Risk Management: an INtegrated Approach), proposto dalla Regione Friuli Venezia Giulia e già validato. Tale strumento è composto da 52 standard di struttura e processo, suddivisi in sette aree di interesse, ognuno composto da diversi criteri oggettivi. Lo strumento è complesso nel suo utilizzo ma sicuramente efficace sia in termini di benchmarking interaziendale sia, soprattutto, per il miglioramento continuo e la determinazione di obiettivi il più possibile S.M.A.R.T. (specifici, misurabili, raggiungibili, realistici, temporizzabili).

Proprio sulla base del primo utilizzo di tale strumento, effettuato nel 2017, che ha evidenziato alcune lacune principalmente nelle Aree n. 5 “Processi Assistenziali”, n. 6 “Gestione dell’evento avverso” e n. 7 “Imparare dall’esperienza”, si possono identificare alcuni obiettivi rilevanti per il triennio 2018-2020. Gli indicatori che saranno utilizzati per misurare sia il raggiungimento degli obiettivi stessi, sia il miglioramento globale e specifico del sistema di gestione del rischio clinico aziendale, sono forniti dallo strumento C.A.R.M.In.A. che, con un sistema di punteggi, diagrammi e codici colore (dal rosso al verde) colloca l’azienda in una scala di valori che parte dalla presenza di gap maggiori al miglioramento continuo in atto. In pratica l’obiettivo aziendale nel triennio è portare all’annullamento dei gap nelle aree che ad oggi si sono rivelate lacunose, come citato poc’anzi, e mantenere il livello di eccellenza in quelle già dimostrate adeguate agli standard. Le azioni idonee al raggiungimento di tali obiettivi vengono elencate nell’Allegato n. 25.

## 12.5 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.

## 12.6 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 anche 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 attuale struttura con misure organizzative adeguate.

L’Ospedale Galliera ha adottato un Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio conforme al DM 19 marzo 2015 con uno sviluppo di 9 anni. Le azioni e gli investimenti previsti nel triennio sono indicati in Allegato n. 26.

## 12.7 Formazione

Il processo di Formazione, anche in previsione della realizzazione del Nuovo Ospedale, dovrà orientare le politiche formative verso l’adozione di nuovi modelli gestionali: dalle necessità alle nuove opportunità, dai vecchi problemi alle nuove possibilità. In questo ambito sarà necessario operare una rivisitazione integrale

delle regole e dei criteri finalizzati all'individuazione delle "funzioni" e dei "momenti" della formazione, alla rivisitazione del processo formativo, all'analisi della domanda, delle esigenze e delle opportunità formative, nell'ottica di adozione – in prospettiva futura - di piani di formazione aderenti alle specificità ed ai fabbisogni diversificati delle strutture dell'Ente.

Si deve poter operare una revisione integrale del sistema di origine ed analisi della domanda di formazione, attraverso il coinvolgimento – anche in via sperimentale - di un numero allargato di e l'impiego di fonti diversificate per una più ponderata rilevazione del fabbisogno formativo.

Per il triennio di riferimento, ai fini del perseguimento delle finalità istituzionali, tra le quali spicca la trasformazione dell'Ente ospedaliero in IRCCS, sarà necessario predisporre un piano della formazione pluriennale, dando evidenza delle aree che, in prospettiva, necessitano di una più spiccata attività formativa e della formazione specifica orientata alla tematica dell'aging e della presa in carico del paziente anziano, progettando un modello gestionale della formazione centrato sul singolo operatore (dossier formativo).

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n.27.

## **12.8 Performance individuali**

In coerenza alla normativa nazionale e regionale di riferimento, si evidenzia la necessità di implementare un sistema di valutazione delle performance del personale ai fini di valorizzarne 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.

Tale obiettivo si inquadra nel complesso delle azioni generali e delle applicazioni contrattuali già intraprese dall'Ente ai fini della valorizzazione delle risorse disponibili e dell'impiego di strumenti atti a consentire la crescita personale e professionale del personale dipendente, nell'ambito dei processi virtuosi di miglioramento continuo dell'individuo e dell'organizzazione del lavoro.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n.28.

## **12.9 Privacy: Attività connesse all'applicazione [25/05/2018] del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation)**

L'entrata in vigore del GDPR, ormai assai vicina, solleva una serie di problemi, che non si esauriscono nell'individuazione e adozione di particolari misure, e richiede un mutamento di prospettiva nell'affrontare i problemi connessi alla protezione dei dati personali. Fino ad oggi la normativa indicava una serie di adempimenti formali da adottare, mentre da domani sarà il titolare a rispondere sul rispetto dei principi da applicare al trattamento (art. 5 c. 2, "accountability"): il titolare non sarà chiamato in causa solo nell'ipotesi di danni o inadempienze, ma dovrà garantire ed essere in grado di dimostrare che sono state messe in atto misure tecniche e organizzative adeguate per garantire che il trattamento sia effettuato conformemente ai principi del regolamento (art. 24 c. 1).

Al fine di fornire un primo orientamento il Garante per la protezione dei dati personali suggerisce alle Amministrazioni pubbliche di avviare, con assoluta priorità:

1. la designazione del Responsabile della protezione dei dati (RPD, art. 37-39)
2. l'istituzione del Registro delle attività di trattamento (art. 30)
3. la notifica delle violazioni dei dati personali (cd. data breach, art. 33-34)

Le problematiche sollevate dal nuovo regolamento richiedono l'apporto di competenze interdisciplinari in cui siano coinvolte Direzione Sanitaria, Ufficio del Coordinatore Scientifico, Dipartimento Area delle scienze genetiche e IBMDR, S.C. Affari generali e legali, S.C. Approvvigionamento e gestione risorse, S.C. Gestione risorse umane, S.C. Informatica Telecomunicazioni e Ingegneria clinica, S.C. Macroarea Amministrativa, S.S.D. Professioni sanitarie, Ufficio Relazioni col Pubblico. E' stato istituito come da Prov. 963 del 20/12/2017 l'Ufficio Privacy " della Direzione Generale.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n.29.

## 13 Peculiarità del Nuovo Ospedale Galliera

### 13.1 Umanizzazione

L'Ospedale Aperto è una delle azioni previste nell'ambito dell'argomento "umanizzazione" che fa parte del progetto della "rete degli ospedali per la promozione della salute - HPH (Health Promoting Hospital). Esso si fonda sulla definizione di promozione della salute contenuta nella Carta di Ottawa del 1986, ossia "processo che mette in grado la persona di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Un Ospedale aperto è un ospedale "umanizzato" che ha come finalità quella di garantire al paziente, al congiunto e all'operatore diritti e doveri, come il rispetto della dignità e della professionalità attraverso un'organizzazione delle attività ospedaliere che tutelino i ritmi fisiologici di ciascuno attraverso la personalizzazione dell'assistenza e la continuità con il mondo esterno. Costituisce un passo importante verso la trasformazione funzionale dell'organizzazione ospedaliera, che ribalta la vecchia concezione di ospedale centrato sulle esigenze degli operatori e che spesso è ancora motivo di insoddisfazione e di reclamo tra i pazienti e i loro congiunti. Il progetto fa leva sul senso di responsabilità di tutti i protagonisti e sul rispetto della privacy tenendo conto che "la nostra libertà finisce dove inizia quella degli altri".

In questo contesto l'accesso ai reparti da parte dei parenti e dei visitatori è l'aspetto fondamentale che è necessario revisionare: questo cambiamento deve offrire un'opportunità di miglioramento, in modo che l'estensione dell'apertura oraria non interferisca o ostacoli il regolare svolgimento delle attività clinico-assistenziali in sicurezza.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n.30.

## 13.2 Sviluppo della Carta Etica

Una armoniosa convivenza fra le persone deve essere basata sul rispetto reciproco secondo regole universali che sono il fondamento dell'Etica. Questa, insieme a qualità e comunicazione efficace, consente alle organizzazioni lavorative di raggiungere i propri obiettivi con una partecipazione attiva degli operatori, ciascuno per il proprio ruolo e nell'essere persona. In campo sanitario, dove la persona che chiede aiuto è in stato di disagio per il timore della malattia e delle sue conseguenze, i valori etici diventano ancora più rilevanti. La visione etica ci permette di raggiungere le finalità del sistema dando il giusto riscontro ai valori cui si vuole tendere: un valido strumento per conciliare finalità e valori è la Carta Etica, documento che si pone come strumento al servizio del miglioramento della qualità del nostro operato e permette di aumentare il "benessere" della vita lavorativa.

Il successo dello strumento si fonda sulla convinzione che l'impegno etico del personale che opera all'interno di un'organizzazione così complessa come quella sanitaria, può favorire condizioni di miglioramento nei servizi erogati aumentando l'efficienza e diminuendo parallelamente i rischi per i cittadini che fruiscono delle prestazioni offerte. La carta etica non è un elenco di cose da fare o non fare, ma si pone come un momento di riflessione e condivisione tra i vari operatori che contribuiranno alla dinamicità dello strumento portando le loro riflessioni e le osservazioni nate dall'esperienza quotidiana attraverso il rifornimento di un blog aziendale di discussione e confronto.

Le azioni previste per il triennio sono indicate in Allegato n.31.

## 14 Rendicontazioni e Bilancio Sociale

### 14.1 Bilancio di Sostenibilità

Il Bilancio di Sostenibilità rappresenta uno strumento ormai stabile nel tempo che rappresenta l'esito di un processo con il 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 ma 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.

Tutti i contenuti del documento vengono predisposti in conformità alle linee guida definite dal Global Reporting Initiative (GRI) e proprio secondo quanto richiesto dalle linee guida internazionali sarà necessario:

- identificare i principi adottati per la selezione degli stakeholder principali e per l'eventuale esclusione dei gruppi non coinvolti nell'elaborazione del bilancio;
- sviluppare un confronto strutturato con tutti gli stakeholder aziendali, individuando procedure per il coinvolgimento degli stessi.

Elemento necessario di qualificazione del Bilancio è la verifica terza di conformità svolta da una società esterna, che oltre a testimoniare il grado di aderenza alle linee guida, valuta i processi di redazione del documento permettendo un miglioramento continuo della gestione dei processi e quindi dello stesso documento.

Il Bilancio e l'evoluzione della gestione per il periodo 2013-2016 sono riportati all'indirizzo <https://www.galliera.it/907/1275> nell'area dei documenti pubblici.

## 14.2 Controllo strategico

Il ruolo del controllo di gestione è divenuto in questi anni sempre più rilevante e al contempo strategico per gli organi di governo delle strutture sanitarie. Nell'ambito del controllo strategico, il sistema previsionale 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 previsionale aziendale e soprattutto il loro consolidamento ha consentito e consentirà di disporre di informazioni gestionali per ogni struttura mediante un portale gestionale intranet aziendale (e-Manager).

L'Ente dal 2009 sta portando avanti nell'ambito del N.I.SAN, Network Italiano SANitario, la rilevazione dei costi effettivi 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 quattro milioni di ricoveri censiti, i costi analitici per ogni singolo episodio di ricovero. 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 triennio.

## 14.3 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 le misure di prevenzione per contrastare la corruzione.

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 triennale di prevenzione e con i relativi aggiornamenti annuali sono stati implementati 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.

E' stata inoltre implementata l'analisi e la valutazione dei rischi che è stata estesa a tutte le attività dell'Ente e sono state realizzate specifiche iniziative per la presentazione del programma della trasparenza che ha previsto il coinvolgimento dei portatori di interessi (stakeholder) anche mediante l'effettuazione della "Giornata della Trasparenza" che ormai da 3 anni si tiene presso l'Ente nel mese di settembre.

Con la recente riforma introdotta dal decreto legislativo 97/2016 di revisione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza diventa imprescindibile il coordinamento tra trasparenza, prevenzione della corruzione e performance.

Con deliberazione n.28/2016 il Consiglio di Amministrazione dell'Ente ha declinato le aree di intervento cui riferire gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

A tal fine il precedente P.T.P.C. per il triennio 2017-2019 ha individuato quali elementi essenziali:

- il collegamento con il ciclo di programmazione economico – finanziaria e di bilancio;
- il coordinamento e integrazione fra gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, alla integrità e alla prevenzione della corruzione;
- l'esplicitazione di obiettivi e relativi indicatori utili per la misurazione e valutazione della performance individuale dei dirigenti.

In particolare gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza di cui alla citata delibera sono riconducibili le seguenti aree tematiche che sono state declinate in specifici obiettivi operativi nel budget aziendale o piano annuale delle attività:

- a) Misure di semplificazione dell'organizzazione e dei processi/procedimenti
- b) Tracciabilità dei pagamenti
- c) Liste di attesa prestazioni ambulatoriali e di ricovero
- d) Libera professione
- e) Procedure concorsuali/presenze
- f) Contrattualistica per l'acquisizione di beni, servizi e lavori
- g) Sperimentazioni e ricerca
- h) Dismissione patrimonio
- i) Donazioni
- j) Formazione
- k) Codice comportamento aziendale



Infine una maggiore sinergia tra trasparenza e performance si esplicherà attraverso i seguenti obiettivi:

- implementazione della sezione del sito internet dell'Ente "Amministrazione trasparente" e aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria sia alla luce degli aggiornamenti normativi intervenuti sia per consentire ai cittadini e ai portatori di interesse la più ampia informazione relativa ai compiti e all'attività dell'Ente;
- pubblicità semplice e trasparente riferita al ciclo delle performance con particolare riferimento ai risultati conseguiti, alle risorse impiegate, ai criteri dei sistemi di misurazione delle performance al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato per la distribuzione dei premi e degli incentivi;
- presentazione alle associazioni di consumatori o utenti del piano e della relazione sulla performance nell'ambito di apposita giornata della trasparenza.

Per il triennio 2018-2020 si confermano gli obiettivi indicati e si integrano gli stessi con due ulteriori aree di intervento riguardanti "Privacy e Cyber Risk".

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

Ai sensi di quanto previsto dell'art. 6 del vigente Atto di Autonomia Regolamentare dell'Ente, il Consiglio di Amministrazione individua gli obiettivi strategici attraverso un piano a valenza pluriennale. La valutazione e il monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi del Piano Strategico è effettuata dallo stesso Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'art. 8 del citato Atto di Autonomia Regolamentare, mediante appositi strumenti di monitoraggio, avvalendosi della documentazione fornita dalla Direzione Generale. La periodicità del monitoraggio è individuata, a seconda delle linee di indirizzo, in trimestrale o semestrale.

Il primo "Monitoraggio periodico ex. art. 8, comma 1 dell'Atto di Autonomia Regolamentare, Piano Strategico 2017 - 2019. 1° semestre 2017" è stato presentato al Consiglio di Amministrazione nella seduta del 29 novembre 2017. In tale sede è stato illustrato un nuovo strumento per rappresentare lo stato di conseguimento degli obiettivi. L'azione di monitoraggio operata dal Consiglio di Amministrazione, così come stabilito nelle sedute del 6 ottobre e del 3 novembre 2017, è estesa ad aspetti sia di natura economico-finanziaria che antropologica.

## Legenda acronimi

- ASL: Azienda Sanitaria Locale
- C.S.O.: Controllo Strategico Ospedaliero
- DEA: Dipartimento Emergenza e Accettazione
- DMT: Disease Management Team
- E.O.: Ente Ospedaliero
- F.A.D.: Formazione A Distanza
- G:O.O.D. (Galliera Ospedale Orientato al Digitale)
- 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
- 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
- S.G.Q.: Sistema Gestione Qualità
- S.S.N. : Servizio Sanitario Nazionale
- S.S.R. : Servizio Sanitario Regionale
- TIPO: Terapia Intensiva Post Operatoria
- UTIC: Unità Terapia Intensiva Coronarica

## Allegato n. 1 – Atto Autonomia Regolamentare

In calce il link al vigente Atto di Autonomia Regolamentare:

[https://www.galliera.it//files/documenti/documenti-pubblici/atto\\_completo.pdf](https://www.galliera.it//files/documenti/documenti-pubblici/atto_completo.pdf)

## Allegato n.2 - Monitoraggio degli obiettivi del Piano Strategico 2017/2019

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

Rif. PS 2017/2019	OBIETTIVO	ENTRO 2017	STATO DI AVANZAMENTO AL 30/6/2017	NOTE
2	Mantenimento solide basi economiche (Direzione Amministrativa)	Rispetto Pareggio di bilancio		Vedasi monitoraggio presentato nel CdA del 3.11.2017 (riferito sino ad Agosto 2017)
8.1	Progetto Ospedale Nuovo (S.C. RUP - Nuovo Galliera)	Definizione cronoprogramma	Definito Cronoprogramma come presentato alla Dir. Strategica il 30.6.2017	Vedasi allegato 1 (cronoprogramma aggiornato al 20.11.17 che prevede un lieve scostamento rispetto a quello preventivato prima dell'indizione della gara (tempi individuazione dei commissari più lunghi del previsto) che potrà essere nel seguito recuperato visto il numero delle offerte contenute))
8.2	Master plan per l'Ospedale Nuovo (S.C. RUP)	1) Pubblicazione bando di progettazione con metodologia BIM 2) Elaborazione di un modello di gestione economica e finanziaria integrata che permetta di raccogliere e riordinare le molte informazioni e dati di tipo tecnico-progettuale-finanziario all'interno di un "archivio unico e specialistico" del progetto Nuovo Galliera secondo la UNI 11453.	1) Stabilito il cronoprogramma di dettaglio della predisposizione del bando BIM 2) Eseguita attività di analisi degli elementi economico-finanziari di cui si compone il progetto, con le aggiornamenti specifiche per le varie poste economiche e parallelamente studio della UNI11453 e di come essa possa essere applicata al caso specifico del Nuovo Galliera: Avanzamento 35%.	-Approvazione bando di gara 30.07.17; - Pubblicazione Bando di gara 04.08.17.
8.2	BIM APPLICATION	Vedasi sezione "Processi e infrastrutture a supporto degli obiettivi proposti"		
<b><u>Nuovo modello organizzativo</u></b>				
8.3	Intensità di cura (Direzione Sanitaria)	Termine fase di progettazione, indizione gare, piano formativo del Livello 1 e termine lavori	Predisposto modello organizzativo ed eseguita la predisposizione della specifica tecnica.	Previsto slittamento di 6 mesi per problema organizzativo/ clinico-assistenziale

Rif. PS 2017/2019	OBIETTIVO	ENTRO 2017	STATO DI AVANZAMENTO AL 30/6/2017	NOTE
9	Acquisire lo status di IRCCS "Aging" (Coordinatore Scientifico)	Predisposizione documentazione affinché Regione possa presentare istanza al Ministero	La documentazione relativa agli anni 2013-14-15 è stata predisposta ed è in corso l'aggiornamento con i dati relativi al 2016.	
10	<b>Processi e infrastrutture a supporto degli obiettivi proposti</b>			
8.2	BIM APPLICATION (S.C. RUP, S.C. Economale e Alberghiero (S.C. EA), S.C. ITIC)	<p>1) Proposta di riorganizzazione interna con verifiche di applicabilità e di ritorni economici di software dedicati al facility management [RUP]</p> <p>2) Messa a regime di un primo progetto pilota di facility management con metodologia BIM (pulizie) [S.C. Economale e Alberghiero]</p> <p>3) Relazione di analisi dei formati BIM e delle interoperabilità con altri formati [S.C. ITIC]</p>	<p>1) 45% elaborata bozza di proposta;</p> <p>2) 50% Definita procedura per il management dei dati utili alla gestione dell'appalto del servizio di pulizia e sanificazione basata sui dati sorgenti del modello BIM dell'ospedale. Sono state in particolare sviluppate applicazioni con un interfaccia di scambio dati DYNAMO tali da consentire l'aggiornamento dei dati in via bidirezionale. Dalla EA verso il modello e dal modello verso la EA in modalità semiautomatica;</p> <p>3) in corso: 50% (vedasi allegato 2)</p>	
10.1	Ingegnerizzazione dei processi e loro informatizzazione (S.C. I.T.I.C. e Centro Innovazione&Sviluppo)	<p>1) Nuovo Sistema Informativo aziendale: conclusione ed assegnazione gara ed attività di predisposizione degli ambienti hardware e software</p> <p>2) Applicazione Business Process Reengineering (BPR) ad un processo e rilevazione risultati</p>	<p>1) Gara assegnata</p> <p>2) BPR applicato al processo di richiesta e analisi delle richieste di lavori e dispositivi medici</p>	
10.2	Sistema Lean (S.C. Qualità e Comunicazione)	<p>1) applicazione delle tecniche in tutte strutture sanitarie</p> <p>2) partecipazione al corso LEAN BASE e sperimentazione di una tecnica per le strutture amministrative</p> <p>3) realizzazione Quality Awards LEAN</p>	<p>1) nel primo semestre 18 strutture sono state affiancate nella costruzione di 18 "cantieri di miglioramento".</p> <p>2) corso rinviato a gennaio 2018 per motivi organizzativi.</p> <p>3) il punto 1 è propedeutico alla realizzazione del punto 3</p>	
		<p>1) % nuovo personale amministrativo formato su nuovi assunti (+10%)</p> <p>2) % nuovo personale sanitario formato su nuovi assunti (+10%)</p>	Indicatore annuale	

Rif. PS 2017/2019	OBIETTIVO	ENTRO 2017	STATO DI AVANZAMENTO AL 30/6/2017	NOTE
10.3	Sviluppo dei Disease Management Team (DMT) (Ufficio Coordinatore Scientifico)	<p>1)revisione della programmazione in considerazione dei nuovi direttori di diverse strutture coinvolte nei DMT</p> <p>2) sviluppare e sostenere percorsi di aggiornamento e formazione nell'ambito dei DMT</p> <p>3)incrementare il numero di linee guida o di revisione/aggiornamento di linee guida preesistenti</p> <p>4) determinazione di una metodologia per verificare efficacia del metodo DMT nella scelta della strategia di cura migliore per il paziente</p>	<p>1) programmazione revisionata. Sono stati riprogrammati i DMT delle patologie uro-oncologiche, ginecologiche, neuro-vascolari, tiroidee, dermatologiche</p> <p>2) nell'ambito dei DMT sono attivi sette percorsi di aggiornamento e formazione, accreditati ECM</p> <p>3) tutti i partecipanti sono stati sollecitati a revisionare/aggiornare/produrre linee guida</p> <p>4) è stata impostata l'indagine per valutare l'impatto sull'iter terapeutico del paziente</p>	
10.4	Le nuove professionalità: il Farmacologo interprete clinico (DS)	<p>1)Raccolta dati su prescrizioni farmacologiche, durante il ricovero, di pazienti della Medicina Interna del Galliera ed elaborazione, in collaborazione con i medici del reparto, di criteri di valutazione che possano essere applicati al miglioramento dell'outcome clinico e dell'appropriatezza terapeutica. Guida di alcuni trattamenti farmacologici tramite TDM su richiesta specifica.</p> <p>2) Riduzione indice MAI 5% rispetto all'indice dell'anno precedente</p>	<p>Predisposto il progetto preliminare di raccolta dei dati funzionale al progetto e in attesa dell'autorizzazione da parte della Regione. Eseguita la Guida di alcuni trattamenti farmacologici tramite TDM su richiesta specifica.</p>	
10.5	Reti (DG)	<p>-ALISA: partecipazione a Dipartimenti interaziendali regionali (Diar)</p> <p>-H2020: partecipazione a H2020</p> <p>-Università degli Studi di Genova: stipula convenzione</p>	In corso	
11	<b>Ricerca e implementazione tecnologica</b>			
11	Ricerca (Ufficio Coordinatore Scientifico)	<p>Valore di Impact Factor Normalizzato (IFN) annuale &gt;= Media di IFN degli ultimi 3 anni e rilevazione con cadenza annuale</p>	Semestralmente viene eseguita la ricognizione del numero delle pubblicazioni. Il valore dell'impact factor viene calcolato annualmente.	

Rif. PS 2017/2019	OBIETTIVO	ENTRO 2017	STATO DI AVANZAMENTO AL 30/6/2017	NOTE
11.2	Sviluppo tecnologico dell'E.O. Ospedali Galliera (Dip. gest. opere edili e manutenzione grande progettualità e S.C. I.T.I.C.)	Rispetto Piano degli investimenti attrezzature sanitarie e lavori	Rispetto Piano degli investimenti: -attrezzature sanitarie: in ritardo collegato all'iter amministrativo delle gare espletate da CRA aggravato dalle urgenze subentrate (vedasi allegato 3) -lavori: rispettato (vedasi allegato 3)	
11.3	Imaging morfo-funzionale (S.C. Medicina nucleare e S.C. Neuroradiologia diagnostica e interventistica)	-Miglioramento performance diagnostiche: raggiungimento valori obiettivo singoli esami; - Ricerca: Predisposizione di 1 Progetto di ricerca (PET-TC 67 Cu a confronto con fluorocolina e RM)	-Miglioramento performance diagnostiche: conseguito (vedasi allegato 4) -Ricerca: predisposto.	Ricerca: articolo pubblicato a Settembre.
11.4	Mini-invasività e tecnologie robotiche (S.C. Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica e S.C. Ortopedia delle Articolazioni)	1) Giornate di degenza per i pazienti fit per la fast track surgery: da 7 a 6 giorni 2) Numero pratiche endoscopiche su pazienti anziani (+2%) 1)inizio arruolamento pazienti per studio sperimentale di Riabilitazione Robotica in collaborazione con IIT con durata complessiva di 18 mesi 2) Analisi su possibile acquisizione del dispositivo robotico Makoplasty per chirurgia protesica e possibilità di utilizzo nella Struttura 3) Fast track chirurgia protesica: predisposizione progettualità 4) Formazione fast track surgery e nel secondo semestre attività formazione chirurgia robotica (chirurghi, anestesisti, infermieri)	1) giornate di degenza a 6,5 giorni 2) +1,59% 2017 vs 2016 1) Predisposizione progettualità 2) Analisi in corso 3) Predisposizione in corso 4) Formazione fast track effettuata	Primo paziente per studio sperimentale di Riabilitazione Robotica in collaborazione con IIT arruolato a Settembre 2017
11.5	Genomica (S.C. Laboratorio di istocompatibilità / IBMDR)	1)Numero di test eseguiti in NGS: 5.000 test/anno 2)Percentuale di test di biologia molecolare in NGS eseguiti in automazione: il 30% della pipeline di NGS; 3)Nuovi progetti di ricerca in genomica: da 1 a 2 (nel corso del triennio)	1) 5.525 esami svolti nel primo semestre 2) 55% pipeline di NGS 3) In corso: sottomesso progetto a Compagnia San Paolo avente come titolo la "Predizione del successo terapeutico del trapianto midollare eterologo mediante l'analisi dell'età biologica"	

11.6	Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano ( Dip.to area delle cure geriatriche, Ortogeriatría e riabilitazione)	<p>-Progetto 1) Cartella Informatizzata Integrata Multidimensionale di Dipartimento: Fase di test e successiva messa a regime in S.S.D. Ortogeriatría e implementazione cartella in RSA;</p> <p>- Progetto 2) APROGER (Appropriatezza PREscrittiva in GERiatría): Istruzione operativa condivisa e diffusione Dipartimentale;</p> <p>- Progetto 3)Tecnologie domotiche e per il tele-monitoraggio dell'anziano: Messa a punto del programma di ricerca;</p> <p>- Progetto 4) valutazione del rischio di caduta in soggetti anziani attraverso un sistema di robotica assistiva (con il dispositivo Superarbot (IIT)): Esecuzione del progetto come da protocollo.</p> <p><u>-Progetto 1):</u> %MPI rilevati ( Ortogeriatría, Geriatría, Cure Intermedie, RSA): &gt;=50%;</p> <p><u>-Progetto 2):</u> presenza farmacista al briefing di reparto: 100% briefing;</p> <p><u>-Progetto 3):</u> Valutazione fattibilità Mo.Di.Pro. e reclutamento pazienti: almeno 10 volontari sani e almeno 20 soggetti anziani;</p> <p><u>-Progetto 4):</u> 99 pazienti.</p>	<p>-Progetto 1) Cartella Informatizzata Integrata e Multidimensionale di Dipartimento. In SSD OrtoGeriatría termine fase test: 27.01.2017; messa a regime 01.02.2017. In RSA Galliera termine fase test: 31.03.2017; messa a regime 01.04.2017.</p> <p>-Progetto 2) APPROGER. Istruzione operativa protocollata in data 28.11.2016; progetto svolto regolarmente sino al 15.06.2017; il 16 06.2017 il progetto è stato interrotto per rinuncia della borsa di studio da parte delle due farmaciste coinvolte nel programma;</p> <p>-Progetto 3) MoDiPro. Messa a punto del programma di ricerca ed iniziato reclutamento;</p> <p>-Progetto 4) Eseguito progetto come da protocollo approvato dal Comitato Etico</p> <p><u>-Progetto 1):</u> 60, 3% MPI rilevati (vedasi allegato 5)</p> <p><u>-Progetto 2):</u> presenza farmacista al briefing di reparto = 100% (sino al 15.06.2017); Totale pazienti presi in carico: 475 + 126 = 601.</p> <p><u>-Progetto 3):</u> dati al 30.08.2017: Reclutamento soggetti anziani: 31 (7 pazienti/24 volontari sani); soggetti giovani (età 20-30 anni): 19 soggetti.</p> <p><u>-Progetto 4):</u> pazienti reclutati al 30.06.2017: 99 pazienti (100%).</p>	
12	<b>Governance</b>			
12.1	Appropriatezza ed efficienza (Direzione Sanitaria e S.C. Controllo di Gestione)	<p>1) conseguimento indicatori di esito: PNE</p> <p>2) indicatori di appropriatezza clinica e organizzativa:</p> <p>a) network MeS e ulteriori indicatori correlati a obiettivi o standard richiesti a livello normativo nazionale e regionale;</p> <p>b) nuovi indicatori (da elaborare)</p> <p>3) Mantenimento trend miglioramento rapporto: (tariffato-costi) / tariffato x 100</p> <p>Obiettivo 2017 -29,50%</p> <p>Obiettivo 2018 -28,14%</p> <p>Obiettivo 2019 -26,85%</p>	<p>Obiettivi 1) e 2): v. relazione sintetica allegata (Allegato 6).</p> <p>Obiettivo 3): Secondo l'elaborazione del software CSO tale rapporto per l'anno 2015 è pari a -30,92%. Trattandosi di un dato disponibile annualmente si era ipotizzato un valore obiettivo per il 2017 pari a -29,5%. Il dato elaborato, successivamente a tale stima, relativo al 2016, è confortante poiché è pari a -26,31%, che risponde pienamente all'obiettivo di mantenimento del trend di miglioramento designato con il Piano Strategico 2017-2019. Il dato relativo al 2017 sarà disponibile in occasione dell'elaborazione del consuntivo di budget 2017 prevista per i mesi di maggio-giugno 2018.</p>	

Rif. PS 2017/2019	OBIETTIVO	ENTRO 2017	STATO DI AVANZAMENTO AL 30/6/2017	NOTE
12.2	Sistema qualità (S.C. Qualità e Comunicazione)	-Transizione del SGQ dell'Ente e delle strutture alla norma 9001:2015; -Estensione del SGQ ad una struttura di Staff dell'Ente.	- definizione della metodologia aziendale per l'approccio alla gestione dei rischi e delle opportunità - cronoprogramma rispettato  - è stata identificata la S.S.D. Professioni sanitarie: cronoprogramma rispettato	
12.3	Comunicazione (S.C. Qualità e Comunicazione)	1) attivazione newsletter interna; 2) divulgazione della Carta Etica; 3) organizzazione di "OPEN DAY" presso le strutture dell'Ente.	1) newsletter attivata a marzo e proseguita regolarmente - cronoprogramma rispettato 2) DS ha organizzato incontri divulgativi presso tutte le Strutture; 3) presentata la serie di eventi "Te con la Duchessa" in CDD - cronoprogramma rispettato	Calendarizzati da Settembre alla fine dell'anno 4 incontri (Tè della Duchessa).
12.4	La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti (DS)	Presa in carico di eventi avversi selezionati per probabilità di accadimento e gravità del danno attraverso l'attivazione di strumenti di analisi (Significant Event Audit SEA, Rooth Cause Analysis, RCA) dalle quali ricavare azioni di miglioramento, ad esempio introduzione di barriere all'errore-revisioni o introduzioni di procedure.	Nel primo semestre 2017 sono pervenue n. 86 schede di Incident Reporting (nello stesso periodo del 2016 sono state n. 68). Non si sono evidenziati eventi di interesse in relazione a alta probabilità di accadimento o dimensione del danno.	



Rif. PS 2017/2019	OBIETTIVO	ENTRO 2017	STATO DI AVANZAMENTO AL 30/6/2017	NOTE
12.6	Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro (S.C. Prevenzione e protezione (S.C. SPP))	<p><u>Assistenza a S.C. SPP</u></p> <p>1) Aggiornamento del Documento Valutazione dei Rischi (DVR) relativamente alle indagini strumentali (analisi fisiche rumore-vibrazioni)</p> <p>2) Formazione ai sensi del DLGs 81/08. Riduzione del debito formativo per gli operatori dell'Ente ed inizio erogazione della formazione per l'aggiornamento (6 ore per dipendente)</p> <p>3) Affidamento del servizio di assistenza al Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) per nuovi provvedimenti legislativi in materia di igiene e sicurezza sul lavoro di nuova emanazione e assistenza nella gestione delle pratiche INAIL e per l'accesso ai finanziamenti (tasso di riduzione)</p> <p><u>Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio</u></p> <p>1) nomina di un Responsabile Tecnico della Sicurezza Antincendio (RTSA) in possesso dei requisiti come da D.M. 15-09-2015.</p> <p>2) implementazione degli addetti alle squadre Emergenza H24</p> <p>3) implementazione DPI antincendio, cartellonistica.</p>	<p><u>Assistenza a S.C. SPP</u></p> <p>1) E' stata predisposta la gara di affidamento tramite il MEPA. Si prevede di concludere tutto quanto previsto entro il corrente anno.</p> <p>2) Sono stati realizzati N° 8 interventi formativi rispetto ai 15 programmati oltre all'offerta formativa via FAD</p> <p>3) E' stata predisposta la gara di affidamento, tramite il MEPA, del servizio di supporto al SPP per nuovi provvedimenti legislativi in materia di igiene e sicurezza sul lavoro di nuova emanazione e assistenza nella gestione delle pratiche INAIL. Si prevede di concludere tutto quanto previsto entro il c.a.</p> <p><u>Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio</u></p> <p>1) Nomina del RTSA effettuata.</p> <p>2) Effettuati ulteriori 3 corsi per aumentare il numero di addetti alle squadre di emergenza (addetti di compartimento e addetti alle squadre antincendio)</p> <p>3) Implementata segnaletica antincendio</p>	
12.7	Formazione (S.S.C. Formazione)	Rivisitazione del processo formativo.	In corso (50%): Nel corso del 2017 si è provveduto ad impostare una diversa modalità di rilevazione del fabbisogno formativo dell'Ente. In sostanza, affinché non si determinasse, come nelle precedenti annualità, una sorta di raccolta scomposta dei "desiderata" delle strutture rispetto alle proprie, presunte o reali, esigenze formative, si è deciso, attraverso una rilevazione preventiva per l'area sanitaria, di mettere a disposizione delle strutture una "cornice di riferimento" all'interno della quale formulare proposte formative, orientando il tutto, in particolar modo, alla dimensione dell'aging. Pertanto, il Piano Formativo Aziendale (PFA) del 2018 risulterà fortemente orientato da quanto sopra fornendo linee preventive alle quali attenersi nella formulazione delle proposte, anziché assecondare la modalità "free" seguita nelle precedenti annualità.	

Rif. PS 2017/2019	OBIETTIVO	ENTRO 2017	STATO DI AVANZAMENTO AL 30/6/2017	NOTE
12.8	Performance individuali (S.C. Gestione Risorsa Umane)	Rivisitazione complessiva dell'attuale impianto di valutazione della performance individuale, in coerenza con il dettato normativo ed i principi ispiratori di riferimento di cui al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", con particolare attenzione agli strumenti operativi (schede individuali) che dovranno essere messi a disposizione delle strutture dell'Ente. Riparametrazione dei valori fondanti la valutazione individuale, mediante individuazione di nuovi e più efficaci items, algoritmi e scale valutative che tengano in debita considerazione le differenti aree di appartenenza del personale, nonché le categorie ed i profili professionali di appartenenza di quest'ultimo.	In corso (50%): in coerenza con l'obiettivo, gli Uffici competenti hanno rivisitato il sistema, focalizzando l'attenzione sulla performance individuale. I risultati raggiunti consentirebbero, in linea di massima, di sperimentare il sistema, quantomeno rispetto all'utilizzo delle nuove schede elaborate.	
13	<b><u>Peculiarità del Nuovo Ospedale Galliera</u></b>			
13.1	Umanizzazione (S.C. Qualità e Comunicazione)	1) Traduzione della "Carta dei diritti e doveri del paziente e del caregiver" in inglese 2) ospedale aperto al livello 3	1) In corso: traduzione da effettuare nel secondo semestre - cronoprogramma rispettato 2) Lavori in corso obiettivo annuale	
13.2	Sviluppo della Carta Etica (S.C. Qualità e Comunicazione)	realizzazione eventi di confronto con operatori (concorso fotografico)	effettuato concorso fotografico a tema - cronoprogramma rispettato	
		Risposte alla survey "è a conoscenza dell'esistenza di una carta etica?" ((n° questionari risposti / n° questionari inviati) x 100): 10%	Risposte complete ricevute: 11,59% (224 su 1932) (risposte incomplete: 465 su 1932 = 24,06%).	

Nel presente Piano Strategico sono inoltre stati aggiunte le seguenti modifiche:

- Riorganizzato formalmente il capitolo “11 Ricerca e implementazione tecnologica”;
- Aggiunta la sezione “12.9 Privacy: Attività connesse all’applicazione [25/05/2018] del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation)”.

## **Allegato n. 3 – Statuto dell’Ente**

*“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

## **Allegato n. 4 – Azioni per “Progetto Ospedale Nuovo” (Galliera Nuovo)**

**2018**

- Assegnazione progetto definitivo e avvio gara per assegnazione realizzazione opera.

**2019 e 2020**

- Completamento iter gara;
- Inizio lavori.

## **Allegato n. 5 – Attività per “Masterplan Ospedale Nuovo”**

### **2018**

- Proposta di gestione economica e finanziaria del progetto Nuovo Galliera secondo la UNI 11453 [S.C. RUP]
- Approvazione di progetti esecutivi sviluppati con metodologia BIM secondo uno specifico BIM Execution Plan [S.C. RUP]
- Utilizzo del BIM per le simulazioni organizzative di dettaglio [Direzione Sanitaria]

### **2019**

- Pubblicazione bando di realizzazione, manutenzione e gestione energia del Nuovo Galliera con metodologia BIM [S.C. RUP]

### **2020**

- Monitoraggio dell'avanzamento lavori con metodologia BIM [S.C. RUP]

## **Allegato n. 6 – “BIM APPLICATION”**

### **2018**

- Proposta di riorganizzazione interna con verifiche di applicabilità e di ritorni economici di software dedicati al facility management [RUP];
- Messa a regime di un primo progetto pilota di facility management con metodologia BIM (pulizie) [S.C. Economale e Alberghiero];
- Relazione di analisi dei formati BIM e delle interoperabilità con altri formati [S.C. IT].

### **2019**

- Messa a regime di un secondo progetto pilota di facility management con metodologia BIM (gestione antincendio) [S.C. Prevenzione e protezione]
- Prototipo di integrazione con altri formati [S.C. I.T.]
- Proposta di procedura di aggiornamento del modello dell'ospedale [S.C. Gestione tecnica e programmazione lavori]

### **2020**

- Completamento base dati nel modello BIM dell'ospedale per la gestione manutentiva [S.C. Gestione tecnica e programmazione lavori]
- Capitolato di integrazione con altri formati [S.C. I.T.]

## **Allegato n. 7 -Attività per “Funzionamento del nuovo modello organizzativo (Nuovo Ospedale) per intensità di cura”**

### **2018**

- Livello 1: lavori e realizzazioni nuovo assetto e avvio delle attività;
- ACI: termine sperimentazione il 25.05.18 e prosecuzione attività a regime consolidato;
- Ristrutturazione Livello 2 medico in relazione all'attivazione del Livello 1.

### **2019**

- Messa a regime delle attività del Livello 1;
- Rivisitazione del Livello 2 chirurgico in relazione alla realizzazione delle sale operatorie del secondo piano.

### **2020**

- Monitoraggio attività svolte e rivisitazione organizzazione in relazione al Nuovo Ospedale.

## Allegato n. 8 – Risultati della Ricerca

Il Galliera, che tende all'eccellenza dell'assistenza dei malati, include tra i suoi obiettivi anche lo sviluppo della ricerca, che anche nel 2015 è aumentata sia in termini di numero che di qualità delle pubblicazioni scientifiche pubblicate sulle migliori riviste mediche indicizzate (IF).

In tabella sono evidenziati i dati dal 2003 al 2015, che mostrano questo *trend* di crescita.

Anni	Articoli Cytation Index	Science Impact Normalizzato	Factor
2003	32	64	
2004	55	130	
2005	59	170	
2006	67	196	
2007	82	263	
2008	111	297	
2009	123	328	
2010	125	333	
2011	136	401	
2012	145	407	
2013	162	506	
2014	172	449	
2015	175	456	
2016	185	521	

L'IF (Impact Factor) è l'indicatore bibliometrico maggiormente accreditato e utilizzato dalla comunità scientifica, calcolato dall'Institute for Scientific Information (ISI) e rappresenta la frequenza con cui l'articolo medio di una rivista è citato in un anno e si basa sul presupposto che il numero di citazioni di un articolo sia direttamente proporzionale alla sua diffusione e ne rappresenta sostanzialmente la qualità.

## Allegato n.9 - Azioni per IRCCS “Aging” nel triennio 2018/2020

1. Aggiornamento della documentazione per la domanda IRCCS;
2. Presentazione della domanda a Regione Liguria;
3. Delibera Regione Liguria e presentazione istanza al Ministero della Salute;
4. Nomina Commissione Valutativa (tempi non specificati in normativa);
5. Valutazione domanda e *Site Visit* (entro 30 giorni);
6. Trasmissione dal Ministero alla Conferenza Stato-Regioni (entro 10 giorni);
7. Parere Conferenza Stato Regioni (tempi non specificati in normativa);
8. Eventuali altri parere ministeriali (tempi non specificati in normativa);
9. Intesa del Presidente della Regione;
10. Decreto Ministeriale di Riconoscimento;
11. Creazione Direzione Scientifica con adeguamento personale.

## Allegato n . 10 – Investimenti per “Ingegnerizzazione dei processi e loro informatizzazione” per biennio 2018 e 2019

N.B. Programmazione biennale come previsto dal Decreto Legislativo 18 Aprile 2016, numero 50, Codice dei Contratti Pubblici

DESCRIZIONE	IMPORTO ANNUALE PRESUNTO - IVA ESCLUSA	IMPORTO > €1.000.000,00 – N. NOMENCLATURA	SOGGETTO AGGREGATORE /CENTRALE DI COMMITENZA COMPETENTE/GARE IN AUTONOMIA
<b>2018</b>			
<b>PROCEDURE INFORMATICHE</b>			
Fornitura storage per data center Il piano	€ 120.000,00		LIGURIA DIGITALE
Trasferimento e messa in sicurezza data center (padiglione D)	€ 200.000,00		LIGURIA DIGITALE
Fornitura armadio robotizzato ad uso nuovo magazzino farmaceutico	€ 209.000,00		LIGURIA DIGITALE
Tablet reparto	€ 90.000,00		LIGURIA DIGITALE
Fornitura punti gialli per incasso ticket	€ 75.000,00		LIGURIA DIGITALE
Software amministrativi	€ 175.000,00		LIGURIA DIGITALE
Integrazione sw sanitari (registro operatorio, anatomia patologica, laboratori analisi, cartelle cliniche argos e controllo di gestione) al nuovo SIO acquisizione una tantum e manutenzione triennale	€ 180.000,00		LIGURIA DIGITALE
Software sanitari	€ 220.000,00		LIGURIA DIGITALE
Videosorveglianza	€ 60.000,00		LIGURIA DIGITALE
Manutenzione lan e PDL	€ 40.000,00		CONSIP
Integrazione sw RIS /PACS al nuovo SIO acquisizione una tantum e manutenzione triennale	€ 50.000,00		LIGURIA DIGITALE
Telefonia fissa	€ 65.000,00		CONSIP
Licenze server db	€ 45.000,00		LIGURIA DIGITALE
Manutenzione Archidoc Galliera/ IBMDR e gestione per iter atti amministrativi	€ 60.000,00		LIGURIA DIGITALE
Telefonia mobile	€ 80.000,00		CONSIP
Open source	€ 50.000,00		LIGURIA DIGITALE
Computer desktop	€ 55.000,00		CONSIP
Server dipartimentali	€ 60.000,00		CONSIP
Consumabile stampanti Epson	€ 75.000,00		LIGURIA DIGITALE
SPC Cloud	€ 90.000,00		CONSIP
<b>2019</b>			
<b>PROCEDURE INFORMATICHE</b>			
Tablet reparto	€ 90.000,00		LIGURIA DIGITALE
Software sanitari	€ 170.000,00		LIGURIA DIGITALE
Software Ris Pacs	€ 95.000,00		LIGURIA DIGITALE
Licenze server db	€ 45.000,00		LIGURIA DIGITALE
Manutenzione Archidoc Galliera/ IBMDR e gestione per iter atti amministrativi	€ 60.000,00		LIGURIA DIGITALE
Farmacovigilanza presidio on site	€ 32.000,00		LIGURIA DIGITALE
Manutenzione farmacovigilanza – Bustermed	€ 55.000,00		LIGURIA DIGITALE
Open source	€ 50.000,00		LIGURIA DIGITALE
Computer desktop	€ 55.000,00		CONSIP
Server dipartimentali	€ 60.000,00		CONSIP



## **Allegato n. 11 – Azioni per “Sistema LEAN”**

### **2018**

- Definizione cronoprogramma attività del nuovo “Ufficio Innovazione, sviluppo e applicazione lean”
- Individuazione e test sistema monitoraggio risultati conseguiti dalle progettualità lean dell’Ente
- Attivazione di numero 4 corsi di formazione
- Progettazione di un convegno/congresso divulgativo sul lean in sanità con particolare riguardo all’implementazione nell’E.O. Ospedali Galliera delle tecniche lean

### **2019**

- Consolidamento o modifica sistema monitoraggio risultati conseguiti dalle progettualità lean dell’Ente
- Attivazione di numero 4 corsi di formazione
- Realizzazione LEAN Awards Day

### **2020**

- Analisi risultati conseguiti
- Attivazione di numero 4 corsi di formazione

## **Allegato n. 12 – Azioni per “Sviluppo DMT”**

### **2018, 2019 e 2020:**

- mantenere la saturazione spazi/tempi dedicati
- consolidare l’attività formativa
- individuare aree d’intervento
- individuare e testare indicatori di efficacia

## **Allegato n. 13 – Azioni per “Le nuove professionalità: il Farmacologo interprete clinico”**

### **2018**

- elaborazione di un protocollo di uso interno per l’implementazione dell’appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche. Tale protocollo potrà anche prevedere l’individuazione del corretto dosaggio di farmaci, per specifico paziente, sulla base delle misurazioni delle concentrazioni plasmatiche (TDM);
- svolgimento di Convegni con esperti esterni di Farmacologia Clinica per migliorare l’indirizzo prescrittivo;
- attivazione della S.S.D. U.O. di Farmacologia clinica a direzione universitaria.

### **2019**

- comunicazione all’esterno delle implementazioni apportate e dei risultati raggiunti ed eventuale estensione del metodo ad altri reparti.

### **2020**

- elaborazione di reporting utile a valutare gli outcome raggiunti.

## Allegato n. 14 – Convenzioni attive e Diar

TIPOLOGIA	SOGGETTO	n° CONVENZIONI
ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere pubbliche e private	ASL n.1 Imperiese	2
	ASL n.2 Savonese	1
	ASL n.3 Genovese	10
	ASL n.3 Genovese – Villa Scassi	6
	ASL n.4 Chiavarese	3
	Ospedale Evangelico Internazionale	18
	Istituto Giannina Gaslini	8
	IRCCS San Martino – IST	5
	Istituto Europeo di Oncologia	4
	strutture sanitarie private non accreditate per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia	8
	altri	16
Enti ed Istituzioni	Regione Liguria	2
	AliSa	2
	Comune di Genova	1
	altri	7
Università, Istituti di formazione specialistica ed Istituti d'istruzione secondaria, ordini	UNIGE	12
	altre Università	25
	Istituti di formazione	8
	Istituti di istruzione secondaria	9
Associazioni, Fondazioni e ONLUS	Associazioni di volontariato e tutela	9
	Fondazioni	6
	altri	2
Altri soggetti		14

**NOTA:** i dettagli circa la controparte, l'oggetto e la durata sono disponibili presso la S.C. Affari Generali.

### **Elenco DIAR attivi**

Attualmente sono stati attivati 5 Diar:

- 1) Emergenza Urgenza;
- 2) Cardiovascolare;
- 3) Neuroscienze;
- 4) Oncoematologico;
- 5) Chirurgico.

Sono inoltre in previsione di attivazione ulteriori 5 Diar.

## Allegato n. 15 – Azioni per “Reti”

**Reti interaziendali:** partecipazione a Diar attivi e che verranno attivati e proseguo collaborazione con IIT

**Reti internazionali:** partecipazione ad Horizon2020

**Reti sociali:** consolidamento attività attualmente presenti.

Attualmente sono infatti presente le seguenti reti sociali:

- Valutazione paziente fragile in PRC in fase protetta: attivazione valutazione per pazienti con patologie neoplastiche “Colon”
- Servizi “nursery”- 4 “Baby pit stop”
- “Culla per la vita” - prosecuzione attività
- Dimissioni protette: prosecuzione attività
- “Patient service” prosecuzione attività
- Progetto junior staff 2017: circa 450 studenti e 12 istituti
- Telefono interculturale; servizio Eurostreet 143 contatti
- Associazioni Volontariato e Tutela: 10 (Associazione Donatori Midollo Osseo (ADMO), Associazione Ligure Thalassemi ONLUS , Associazione Volontari Ospedalieri (AVO), Associazione Volontari Pagiassi (VIP) ONLUS, Confederazione dei Centri Liguri per la Tutela dei Diritti dei Malati "Maria Chighine" ONLUS , Coordinamento Ligure Consumatori Utenti, Fondo Terapia Tumori “Clotilde Rubiola” , Sostegno Genovese ONLUS, Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva Liguria ONLUS, Consulta Regionale per la tutela dei diritti della persona handicappata - Regione Liguria).

La S.C. Medicina e Chirurgia d’accettazione:

- Partecipa al Progetto SOSTegno Donna in collaborazione con tavolo Amaltea (Comune di Genova)
- Attua un’attività istituzionale e di volontario per gli immigranti;
- Collabora con San Marcellino per i senza dimora;
- Collabora con la fondazione Auxilium.

### Eventi denominati “Parliamo di.....”

Eventi con caratteristiche scientifico-divulgative nei quali gli Specialisti conversano con i cittadini e rispondono alle loro domande e curiosità, con la moderazione di un giornalista.

### Il Tè della Duchessa

Negli ultimi mesi dell'anno hanno avuto luogo i “Tè della Duchessa”, eventi scientifico-divulgativi nei quali gli Specialisti dell'Ospedale hanno affrontato argomenti di comune interesse, interrotti da una tazza di tè e pasticcini offerti da ditte genovesi sponsor degli eventi.

## Allegato n. 16 - Piano degli investimenti in attrezzature sanitarie

N.B. Programmazione biennale come previsto dal Decreto Legislativo 18 Aprile 2016, numero 50, Codice dei Contratti Pubblici

DESCRIZIONE	IMPORTO ANNUALE PRESUNTO - IVA ESCLUSA	IMPORTO > €1.000.000,00 - N. NOMENCLATURA	SOGGETTO AGGREGATORE /CENTRALE DI COMMITENZA COMPETENTE/GARE IN AUTONOMIA
<b>2018</b>			
<b>DISPOSITIVI MEDICI</b>			
FILTRI ACQUA	€ 30.000,00		A.LI.SA/CRA
SACCHETTO COPRIPADELLA MONOUSO UNIVERSALE	€ 30.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI TERAPIA ANTALGICA	€ 120.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI PER ANESTESIA E RIANIMAZIONE	€ 390.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI PER EMODINAMICA	€ 450.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI PER RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	€ 356.000,00		A.LI.SA/CRA
DEVIATORE OSSIGENO E COPRIBRACCIALE PRESSORIO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	€ 48.000,00		A.LI.SA/CRA
PROTESI ESOFAGEA E BILIARE LOTTI VARI	€ 125.000,00		A.LI.SA/CRA
MATERIALE ENDOSCOPIA DIGESTIVA LOTTI VARI	€ 100.000,00		A.LI.SA/CRA
PALLONCINO INTRAGASTRICO ENDOSCOPIA DIGESTIVA	€ 50.000,00		A.LI.SA/CRA
VIDEOCAPSULE PER ENDOSCOPIA DIGESTIVA	€ 50.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI SALA GESSI	€ 35.000,00		A.LI.SA/CRA
SENSORI SATURIMETRIA ADULTO E BAMBINI	€ 57.000,00		A.LI.SA/CRA
MEDICAZIONI TNT STERILI	€ 40.000,00		A.LI.SA/CRA
DEFLUSSORI LUER LOCK LATEX FREE E GEL LUBRIFICANTE	€ 27.000,00		A.LI.SA/CRA
KIT INCONTINENZA FECALE + SACCHE RACCOLTA	€ 25.000,00		A.LI.SA/CRA
DRENAGGI CHIRURGICI LOTTI VARI	€ 30.000,00		A.LI.SA/CRA
MATERIALE PER STERILIZZAZIONE VAPORE SATURO -LOTTI 5	€ 22.000,00		A.LI.SA/CRA
FRESE E TRAPANI PER NEUROCHIRURGIA	€ 100.000,00		A.LI.SA/CRA
BENDAGGIO GASTRICO	€ 15.000,00		A.LI.SA/CRA
RETE PERMACOL PER CHIRURGIA ADDOMINALE	€ 15.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI MEDICI PER ODONTOSTOMATOLOGIA	€ 50.000,00		A.LI.SA/CRA
ENDOPROTESI VASCOLARI ADDOMINALI	€ 670.000,00		A.LI.SA/CRA
MATERIALE PER OCULISTICA E LENTINE	€ 130.000,00		A.LI.SA/CRA
MEDICAZIONI E BENDE	€ 30.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI PER UROLOGIA	€ 60.000,00		A.LI.SA/CRA
SISTEMI DI PRELIEVI EMATICI	€ 180.000,00		A.LI.SA/CRA
PLASTICHERIA PER LABORATORIO	€ 60.000,00		A.LI.SA/CRA
PROTESI ERNIE E LAPAROCELI LOTTI VARI	€ 65.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI PER GINECOLOGIA	€ 90.000,00		A.LI.SA/CRA
SISTEMA PROTEZIONE CHIRURGICA ORTOPEDICA -COPRICAPO STERILE	€ 50.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI VARI , SISTEMI PROTESICI E STRUMENTARIO PER ORTOPEDIA	€ 500.000,00		A.LI.SA/CRA
MANUFATTI PROTESICI PER ODONTOSTOMATOLOGIA	€ 150.000,00		A.LI.SA/CRA

DESCRIZIONE	IMPORTO ANNUALE PRESUNTO - IVA ESCLUSA	IMPORTO > €1.000.000,00 - N. NOMENCLATURA	SOGGETTO AGGREGATORE /CENTRALE DI COMMITENZA COMPETENTE/GARE IN AUTONOMIA
DISPOSITIVI PER NEUROCHIRURGIA DISTRETTO COLONNA	€ 70.000,00		A.LI.SA/CRA
KIT PER EMODINAMICA ED INIETTORE IN USO GRATUITO	€ 33.000,00		A.LI.SA/CRA
PROTESI ANCA GINOCCHIO	€ 460.000,00		A.LI.SA/CRA
LAVAGGIO PULSATO	€ 19.000,00		A.LI.SA/CRA
GARZE STERILI X SALA OPERATORIA - LOTTI VARI	€ 20.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI PER MAXILLO FACCIALE	€ 130.000,00		A.LI.SA/CRA
SUTURE CHIRURGICHE	€ 130.000,00		A.LI.SA/CRA
DEFIBRILLATORI E PACEMAKERS	€ 488.000,00		A.LI.SA/CRA
DISPOSITIVI PER MAXILLO FACCIALE	€ 30.000,00		A.LI.SA/CRA
SISTEMI MISURAZIONE PRESSIONE TOPICA NEGATIVA	€ 27.000,00		A.LI.SA/CRA
SACCHE DONAZIONE SANGUE	€ 120.000,00		A.LI.SA/CRA
OSTEOSINTESI COLLO FEMORE	€ 225.000,00		A.LI.SA/CRA
<b>FARMACI</b>			
PRODOTTI FARMACEUTICI (INCLUDE SPECIALITA' MEDICINALI, EMODERIVATI E STUPEFACENTI)	€ 4.451.751,00	33690000-3	A.LI.SA./CRA
FARMACI ANTI EPATITE C	€ 10.155.040,00	33690000-3	A.LI.SA./CRA
SOLUZIONI PERFUSIONALI - GALENICI DELL'INDUSTRIA - NUTRIZIONE ENTERALE E PARENTERALE - DIETETICI	€ 505.000,00		A.LI.SA./CRA
DETERGENTI ANTISETTICI, ANTISETTICI, DISINFETTANTI E STERILIZZANTI	€ 64.745,00		A.LI.SA./CRA
FORNITURA E GESTIONE DEI GAS MEDICALI E SPECIALI COMPRESIVA DEI RELATIVI SERVIZI GESTIONALI, MANUTENTIVI E DI ADEGUAMENTO NORMATIVO DEGLI IMPIANTI	€ 564.707,37		A.LI.SA./CRA
MEZZI DI CONTRASTO	€ 241.068,77		A.LI.SA./CRA
<b>MANUTENZIONI APPARECCHIATURE</b>			
N. 2 Apparecchiature Axiom Aristos FX Plus	€ 80.000,00		A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia per diagnostic imagin	€ 59.375,00		A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia	€ 403.850,00		A.LI.SA/CRA
Angiografo Integris Allura 12, Multidiagnostic 4	€ 70.300,00		A.LI.SA/CRA
Tac Multislice brillante CT 64	€ 76.000,00		A.LI.SA/CRA
Angiografo digitale monoplanare FD 10	€ 70.000,00		A.LI.SA/CRA
Tomografo a risonanza magnetica 1,5T	€ 51.774,72		A.LI.SA/CRA
Apparecchiature gastroenterologia (Lotto 4 gara CRA)	€ 76.650,00		A.LI.SA/CRA
Sistema M3 + 2 Stazioni di pianificazione	€ 44.070,00		A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia (Acceleratori)	€ 354.440,00		A.LI.SA/CRA
Servizi di manutenzione e gestione delle apparecchiature elettromedicali	€ 677.608,26		A.LI.SA/CRA

DESCRIZIONE	IMPORTO ANNUALE PRESUNTO - IVA ESCLUSA	IMPORTO > €1.000.000,00 - N. NOMENCLATURA	SOGGETTO AGGREGATORE /CENTRALE DI COMMITENZA COMPETENTE/GARE IN AUTONOMIA
<b>DIAGNOSTICI E REAGENTI</b>			
Service next generation sequencing per Istompatibilità/IBMDR	€ 400.000,00		A.LI.SA/CRA
Sistema di indagini molecolari per Istologia e Anat. Patologica	€ 128.000,00		A.LI.SA/CRA
Fornitura Kit di diagnostici per Lab. Di Istompatibilità/IBMDR	€ 94.213,00		A.LI.SA/CRA
Fornitura del kit Procalcitonina per Lab. Di Analisi	€ 70.000,00		A.LI.SA/CRA
Sistema di automazione estrazione DNA per Istompatibilità/IBMDR	€ 66.000,00		A.LI.SA/CRA
Fornitura kit di sequenziamento per Istompatibilità/IBMDR	€ 179.905,00		A.LI.SA/CRA
Sistema piattaforma molecolare per HPV – Istologia e Anat. Patologica	€ 128.420,00		A.LI.SA/CRA
Sistema di emoglobinemia per Laboratorio di Genetica Umana	€ 72.000,00		A.LI.SA/CRA
Sistema diagnostico PCR per Laboratorio di Genetica Umana	€ 71.700,00		A.LI.SA/CRA
Sistema per CGH Array e Fish per Laboratorio di Genetica Umana	€ 155.000,00		A.LI.SA/CRA
Sistema diagnostico per ritardo mentale per Laboratorio di Genetica Umana	€ 97.000,00		A.LI.SA/CRA
Sistema diagnostico per beni specifici per Laboratorio di Genetica Umana	€ 144.000,00		A.LI.SA/CRA
Fornitura di pannelli per diversi geni per Laboratorio di Genetica Umana	€ 185.000,00		A.LI.SA/CRA
Fornitura di fluorodopa per Medicina Nucleare	€ 49.000,00		A.LI.SA/CRA
Fornitura di iasocolina per Medicina Nucleare	€ 48.600,00		ALISA/CRA
Fornitura di guanidina per terapia per Medicina Nucleare	€ 40.000,00		ALISA/CRA
Sistemi in service per Laboratorio analisi – lotti vari	€ 200.000,00		ALISA/CRA
Fornitura full service di sistemi analitici per TRINAT Test – SIT	€ 76.811,19		ALISA/CRA
Fornitura diagnostico P16 - Istologia e Anat. Patologica	€ 45.000,00		ALISA/CRA
<b>BENI E SERVIZI ECONOMICI</b>			
PULIZIE	€ 1.950.000,00	90910000-9	CONSIP
BROKERAGGIO	€ 40.000,00		SUAR
SERVIZIO GESTIONE ARCHIVIAZIONE CARTELLE CLINICHE	€ 150.000,00		ALISA
SERVIZIO BARELLAMENTO	€ 600.000,00		ALISA
SERVIZIO FACCHINAGGIO/LOGISTICA	€ 130.000,00		SUAR
SERVIZIO VIGILANZA	€ 58.500,00		SUAR
SERVIZIO RACCOLTA TRASPORTO E SMALTIMENTO RIFIUTI RADIOATTIVI	€ 35.000,00		ALISA
TONER E SUPPORTI INFORMATICI	€ 120.000,00		LIGURIA DIGITALE
AUSILI MONOUSO PER INCONTINENTI	€ 107.000,00		ALISA
SOMMINISTRAZIONE LAVORO	€ 1.969.000,00	79620000	SUAR
GESTIONE PARCHEGGIO INTERNO	€ 150.000,00		SUAR
AREE VERDI	€ 33.408,00		SUAR
DISTRIBUZIONE VITTO	€ 20.300,00		SUAR
SERVIZIO ATTIVO DISTRIBUZIONE AUTOMATICA	€ 258.688,00		SUAR
TESORERIA	€ 0,00		SUAR

DESCRIZIONE	IMPORTO ANNUALE PRESUNTO - IVA ESCLUSA	IMPORTO > €1.000.000,00 - N. NOMENCLATURA	SOGGETTO AGGREGATORE /CENTRALE DI COMMITENZA COMPETENTE/GARE IN AUTONOMIA
PRODOTTI PER L'IGIENE DELLA PERSONA	€ 70.000,00		SUAR
CUSTODIA E ARCHIVIAZIONE BIBLIOTECA	€ 30.000,00		SUAR
CUSTODIA E GESTIONE ARCHIVIO	€ 40.000,00		SUAR
TRASPORTO CAMPIONI/FARMACI PER IBMDR E DIREZIONE SANITARIA	€ 40.000,00		ALISA
GESTIONE ENERGETICA INTEGRATA	€ 5.000.000,00	50730000-1	SUAR
<b>APPARECCHIATURE VARIE</b>			
1 Arco a C per urgenze	€ 102.500,00		A.LI.SA/CRA
12 tavoli operatori	€ 680.000,00		A.LI.SA/CRA
1 PET/CT	€ 2.500.000,00	3300000-1	A.LI.SA/CRA
1 Gammacamera/CT Doppia testa	€ 600.000,00		A.LI.SA/CRA
18 Apparecchi per Terapia intensiva (Ventilatori polmonari)	€ 333.000,00		A.LI.SA/CRA
4 Ecotomografi per Ginecologia, 1 per ambulatorio Chirurgia Generale e 1 per S.C. Radiologia Interventistica	€ 187.495,00		A.LI.SA/CRA
1 Cella Manipolazione Radiofarmaci	€ 120.000,00		A.LI.SA/CRA
4 Scialitiche per Sala operatoria	€ 36.500,00		A.LI.SA/CRA
31 Letti elettrici	€ 51.764,00		A.LI.SA/CRA
25 poltrone elettriche	€ 80.000,00		A.LI.SA/CRA
1 Apparecchiatura robotica per riabilitazione	€ 50.000,00		A.LI.SA/CRA
2 Acceleratori lineari (1 Dual Energy, 1 Mono Energy)	€ 3.000.000,00	3300000-1	A.LI.SA/CRA
1 Colonna artroscopica	€ 90.000,00		A.LI.SA/CRA
Dispositivo per Chirurgia robotica	€ 900.000,00	3300000-1	A.LI.SA/CRA
<b>2019</b>			
<b>DISPOSITIVI MEDICI</b>			
STENT CORONARICI	€ 325.000,00		A.LI.SA/CRA
UREMIA	€ 24.000,00		A.LI.SA/CRA
MATERIALE PER NCH	€ 70.000,00		A.LI.SA/CRA
MATERIALE PER D.P.I.(FACCIALI FILTRANTI, GUANTI CHT)	€ 17.000,00		A.LI.SA/CRA
MATERIALE PER ARTROSCOPIA	€ 136.000,00		A.LI.SA/CRA
ENERGY DEVICES	€ 360.000,00		A.LI.SA/CRA
AGHI E SIRINGHE	€ 140.000,00		A.LI.SA/CRA
MATERIALE PER VIDEOLAPAROSCOPIA	€ 630.000,00		A.LI.SA/CRA
MEDICAZIONI AVANZATE	€ 230.000,00		A.LI.SA/CRA
<b>FARMACI</b>			
PRODOTTI FARMACEUTICI (INCLUDE SPECIALITA' MEDICINALI, EMODERIVATI E STUPEFACENTI)	€ 15.611.000,00	33690000-3	A.LI.SA./CRA
FARMACI, PARAFARMACI, ALTRI PRODOTTI NECESSARI ALLA FARMACIA ESTERNA DELL'ENTE	€ 355.000,00		A.LI.SA./CRA



DESCRIZIONE	IMPORTO ANNUALE PRESUNTO - IVA ESCLUSA	IMPORTO > €1.000.000,00 - N. NOMENCLATURA	SOGGETTO AGGREGATORE /CENTRALE DI COMMITENZA COMPETENTE/GARE IN AUTONOMIA
<b>MANUTENZIONI APPARECCHIATURE</b>			
N. 2 Apparecchiature Axiom Aristos FX Plus	€ 80.000,00		A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia per diagnostic imagin	€ 59.375,00		A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia	€ 403.850,00		A.LI.SA/CRA
Angiografo Integris Allura 12, Multidiagnostic 4	€ 70.300,00		A.LI.SA/CRA
Tac Multislice brillante CT 64	€ 76.000,00		A.LI.SA/CRA
Angiografo digitale monoplanare FD 10	€ 70.000,00		A.LI.SA/CRA
Tomografo a risonanza magnetica 1,5T	€ 51.774,72		A.LI.SA/CRA
Apparecchiature gastroenterologia (Lotto 4 gara CRA)	€ 76.650,00		A.LI.SA/CRA
Sistema M3 + 2 Stazioni di pianificazione	€ 44.070,00		A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia (Acceleratori)	€ 354.440,00		A.LI.SA/CRA
<b>DIAGNOSTICI E REAGENTI</b>			
Fornitura in service per esami di Immunoistochimica per Istologia	€ 63.045,00		ALISA/CRA
Fornitura di radiofarmaci per Medicina Nucleare	€ 668.737,35		ALISA/CRA
Fornitura di sistemi completi per esami citologici – Istol e Anat. Patol.	€ 81.740,00		ALISA/CRA
Fornitura di sistemi analitici per test decentrati	€ 51.995,00		ALISA/CRA
Fornitura sistema per la misurazione della glicemia in amb. Ospedal.	€ 46.600,00		ALISA/CRA
<b>APPARECCHIATURE VARIE</b>			
1 MOC	€ 60.000,00		A.LI.SA/CRA
1 Angiografo fisso per Emodinamica	€ 650.000,00		A.LI.SA/CRA
1 Aggiornamento Risonanza Magnetica	€ 300.000,00		A.LI.SA/CRA
1 Ecocolordoppler Neurologia	€ 90.000,00		A.LI.SA/CRA
1 Ecografo Neonatale	€ 29.705,00		A.LI.SA/CRA
1 Ecocolordoppler per Urologia	€ 140.000,00		A.LI.SA/CRA
Sale integrate HD	€ 400.000,00		A.LI.SA/CRA
Videogastroscoopi e Videocolonscoopi	€ 226.000,00		A.LI.SA/CRA

## Allegato n. 17 - Piano degli investimenti in lavori strutturali

N. progressivo	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA		
		Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
1	Opere di adeguamento alla normativa antincendi del complesso ospedaliero – 3 <sup>a</sup> fase – 1° lotto	1.350.000,00		
2	Manutenzione straordinaria locali padiglione -2U	511.000,00		
3	Opere di risanamento locali padiglione -2B2	350.000,00		
4	Nuovo Ospedale Galliera	140.500.000,00		
5	Lavori vari di adeguamento alla normativa antincendi al D.M. 19 marzo 2015	600.000,00	600.000,00	
6	Sostituzione porte REI padiglioni vari ed opere collegate	170.000,00		
7	Risanamento finestrature gallerie storiche Ente ospedaliero - Fase 1 e Fase 2.	280.000,00	280.000,00	
8	Risanamento facciate pad. E	480.000,00		
9	Manutenzione straordinaria padiglione 1B8	174.000,00		
10	Interventi di messa in sicurezza terreni di proprietà dell'Ente In Genova - Coronata	170.000,00	150.000,00	
	<b>TOTALE</b>	<b>144.585.000,00</b>	<b>1.030.000,00</b>	*

**\* N.B. : PER L'ANNO 2020 SI E' RITENUTO STRATEGICO IMPIEGARE LE RISORSE PER IL NUOVO OSPEDALE GALLIERA FATTI SALVI EVENTUALI INTERVENTI CHE SI RENDESSERO NECESSARI**

## Allegato n. 18 – Azioni per “Imaging morfo-funzionale”

### 2018

- Mantenimento miglioramento performance diagnostica conseguita nel 2017;
- Ricerca:
  - proseguo progetto PET-TC 67 Cu a confronto con fluorocolina e RM (da Fase 2 a Fase 3) della S.C. Medicina Nucleare;
  - completamento documentazione per approvazione da parte dell’Ente proposto del progetto della S.C. Medicina Nucleare vincitore del bando di Compagnia San Paolo "Ruolo terapeutico del 64cucl2 nel trattamento di bambini affetti da recidiva di glioma ad alto grado o di tumori intrinseci diffusi del ponte";
  - studi clinici con S.C. Neuroradiologia diagnostica e interventistica e S.C. Neurologia e S.C. Geriatria.

### 2019

- Implementazione numero esami;
- perfezionamento di protocolli diagnostici di neuroimaging avanzato nella valutazione delle patologie oncologiche cervico-encefaliche, cerebrovascolari acute e correlate alle demenze e all’invecchiamento in genere;
- Ricerca: avvio progetto vincitore del bando di Compagnia San Paolo "Ruolo terapeutico del 64cucl2 nel trattamento di bambini affetti da recidiva di glioma ad alto grado o di tumori intrinseci diffusi del ponte".

### 2020

- Perfezionamento progressivo della diagnostica integrata (Radiologia, Neuroradiologia, Medicina Nucleare) in tutte le possibili e nuove applicazioni.
- Ricerca: ampliamento studi avviati nell’anno precedente ed eventuale applicazione nella pratica clinica.

## Allegato n. 19 - Azioni per “Mini-invasività e tecnologie robotiche”

### 2018

- implementazione *fast track surgery*: consolidamento a 6 giornate di degenza per la S.C. Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica) e inizio protocollo fast track per la chirurgia protesica da 7 a 4 giorni per la S.C. Ortopedia delle Articolazioni;
- attività di formazione di chirurgia robotica (chirurghi, anestesisti, infermieri);
- proseguo progetto di ricerca Hunova.

### 2019

- installazione e avvio chirurgia robotica e conseguente acquisizione quote mercato chirurgico, in linea con la strategia della Regione, attualmente orientato a mobilità extra-regionale:
  1. selezione DRG e verifica aumento pazienti liguri operati;
  2. verifica numero pazienti non liguri operati;
- inizio percorso di chirurgia robotica nella protesi di ginocchio o anca;
- inizio protocollo riabilitativo chirurgia protesica.

### 2020

- consolidamento utilizzo chirurgia robotica;
- aumento pratiche endoscopiche su pazienti anziani;
- monitoraggio tempi di degenza post procedurali;
- ampliamento criteri di inclusione fast track surgery per i pazienti della S.C. Ortopedia delle Articolazioni.

## Allegato n. 20 – Azioni per “Genomica”

### 2018

- acquisizione (in service)di nuovo strumento di NGS per linea diagnostica e strumento NGS di back up per ricerca (gratuito)
- completamento set up automazione linee produttive di immunogenetica con NGS;
- allestimento studio microbiota in NGS e interpretazione dati
- sviluppo linee di ricerca sulla genomica dell’aging con eventuale estensione a pazienti con senescenza e fragilità dovuta a infezione da HIV ;
- creazione biobanca di DNA a scopo ricerca sull’aging;

### 2019

- Mantenimento e gestione bio banca
- Sviluppo linee di ricerca su microbiota e applicazione nel trattamento dei pazienti anziani
- Sviluppo linee di ricerca sulla genomica dell’aging;
- Applicazione modello valutazione età biologica dal donatore di midollo ad altri set di soggetti (individui affetti da HIV, paziente geriatrico, ecc.)

### 2020

- Sviluppo linee di ricerca su microbiota e applicazione nel trattamento pazienti anziani
- Sviluppo linee di ricerca sulla genomica dell’aging;

## **Allegato n. 21 – Azioni per “Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano”**

### **2018**

- Progetto 1): Prosecuzione progetto nelle SC e SSD del Dipartimento CUROGE, fase di test e successiva messa a regime in Day Hospital e RSA;
- Progetto 2): Implementazione del progetto nella S.S.D. Cure Intermedie ed RSA;
- Progetto 3): Prosecuzione progetto e produzione interim report scientifico;
- Progetto 4): Esecuzione del progetto come da protocollo approvato dal Comitato Etico;
- Progetto 5): Inizio attività del progetto come da protocollo approvato dal Ministero della salute

### **2019**

- Progetto 1): Stesura di interim report e prosecuzione progetto;
- Progetto 2): Valutazione e presentazione dei risultati;
- Progetto 3): Prosecuzione progetto e produzione interim report scientifico;
- Progetto 4): Valutazione dei risultati del progetto e programmazione della Fase 2 (di intervento) del progetto;
- Progetto 5): Prosecuzione delle attività come definito nel progetto approvato

### **2020**

- Progetto 1): Interim report e Prosecuzione progetto;
- Progetto 2): Implementazione del programma ad altri Dipartimenti;
- Progetto 3): Valutazione finale dei risultati ottenuti
- Progetto 4): Implementazione della Fase 2 (di intervento) del progetto
- Progetto 5): Prosecuzione delle attività come definito nel progetto approvato

## Allegato n. 22 – Indicatori analizzati per “Adeguatezza ed efficienza”

1) Consegna indicatori di esito: PNE

2) Indicatori di adeguatezza clinica e organizzativa:

a) network MeS e ulteriori indicatori correlati a obiettivi o standard richiesti a livello normativo nazionale e regionale;

b) nuovi indicatori (da elaborare)

3) Mantenimento trend miglioramento rapporto riferito all'attività di ricovero:

$(\text{tariffato} - \text{costi}) / \text{tariffato} \times 100$ :

- Obiettivo 2018 -28,14%
- Obiettivo 2019 -26,85%
- Obiettivo 2020 -25,62%

4) Indicatori di efficienza in rapporto ai costi standard definiti dal network N.I.San.

## Allegato n. 23 – Azioni per “Sistema qualità”

Estensione del SGQ certificato UNI EN ISO 9001 nel:

### 2018

- S.C. Chirurgia generale ed epatobiliopancreatica – DEGENZA
- S.C. Ginecologia e ostetricia - livello ginecologia – DEGENZA
- Ufficio socio sanitario ospedaliero

### 2019

- S.C. Urologia – DEGENZA
- S.C. Gastroenterologia – DEGENZA

### 2020

- S.S.C. B.O.C. (Blocco Operatorio Centrale) e percorso chirurgico

## **Allegato n. 24 – azioni per “Comunicazione”**

### **2018**

- Coordinamento delle iniziative relative ai 130 anni dell’Ente
- Organizzazione “Sfide della Medicina 2018-2019”.

### **2019**

- Coordinamento delle iniziative di comunicazione relative al Nuovo Ospedale (posa prima pietra)

### **2020**

da aggiornare



## Allegato n. 25 – Azioni per “La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti”

1. Recepimento con procedura aziendale di ulteriori Raccomandazioni per la sicurezza del paziente, edite dal Ministero della Salute.
2. Recepimento con procedura aziendale di ulteriori obiettivi del Manuale per la sicurezza in sala operatoria, edito dal Ministero dal Ministero della Salute.
3. Recepimento con procedura aziendale delle istanze proposte da C.A.R.M.In.A., ad oggi non soddisfatte.
4. Potenziamento dell'approccio pro-attivo con l'estensione dell'utilizzo dell'Health Failure Mode Effects Analysis (HFMEA) nei processi clinici.
5. Supporto alle strutture cliniche per il raggiungimento dell'obiettivo di budget biennale di miglioramento dei processi clinici.
6. Coinvolgimento attivo del cittadino/paziente nel sistema di gestione del rischio clinico attraverso gli organi di partecipazione previsti dalla normativa.
7. Miglioramento della comunicazione clinica mediante redazione di procedure dedicate di hand-over e read back.
8. Miglioramento della gestione globale dell'evento avverso mediante redazione di procedura dedicata.
9. Monitoraggio eventi avversi (obiettivo riduzione) con valutazione semestrale

AZIONE	GIU 18	DIC 18	GIU 19	DIC 19	GIU 20	DIC 20
n. 1	▶	▶	▶	▶	▶	▶
n. 2	▶	▶	▶	▶	▶	▶
n. 3	▶	▶	▶	▶	▶	▶
n. 4		▶	▶	▶	▶	▶
n. 5	▶	▶	▶	▶		
n. 6	▶	▶	▶	▶	▶	▶
n. 7		▶	▶	▶		
n. 8		▶	▶	▶		
n. 9	▶	▶	▶	▶	▶	▶

## Allegato n. 26 – Azioni e investimenti per “Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro”

Azioni ed investimenti per “Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro” (valori presunti)

Assistenza a S.C. SPP

AZIONI	INVESTIMENTI	INVESTIMENTI	INVESTIMENTI	INVESTIMENTI
	2018	2019	2020	TOTALI
Aggiornamento del DVR con relative indagini strumentali (analisi chimico-fisiche ed ambientali)	€ 30.000	€ 22.500	€ 22.500	€ 75.000
Formazione ai sensi del DLGs 81/08. .Completamento del debito formativo per gli operatori dell'Ente ed erogazione della formazione per l'aggiornamento (6 ore per dipendente)	€ 12.000	€ 12.000	€ 12.000	€ 36.000
Assistenza al Servizio Prevenzione e Protezione per nuovi provvedimenti legislativi in materia di igiene e sicurezza sul lavoro di nuova emanazione e assistenza nella gestione delle pratiche INAIL e per l'accesso ai finanziamenti (tasso di riduzione)	€ 12.000	€ 12.000	€ 12.000	€ 36.000
<b>TOTALE</b>	<b>€ 54.000</b>	<b>€ 46.500</b>	<b>€ 46.500</b>	<b>€ 147.000</b>

### Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio

AZIONI	INVESTIMENTI	INVESTIMENTI	INVESTIMENTI	INVESTIMENTI
	2018	2019	2020	TOTALI
nomina di un Responsabile in possesso dei requisiti come da D.M.	€ 13.000	€ 13.000	€ 14.000	€ 40.000
addetti alle squadre Emergenza N° 3 *	€ 180.000	€ 25.000	€ 25.000	€ 230.000
implementazione DPI antincendio , cartellonistica ecc.	€ 12.000	€ 9.000	€ 9.000	€ 30.000
<b>TOTALE</b>	<b>€ 205.000</b>	<b>€ 47.000</b>	<b>€ 48.000</b>	<b>€ 300.000</b>

\* Il valore imputato (1° sem. 2018) tiene conto di N° 3 addetti in carico all'Ente. Per il periodo rimanente essendo prevista l'installazione dei rilevatori di fumo in tutto il nosocomio a partire da giugno 2018 gli addetti possono essere dimezzati e pertanto l'attività verrà gestita esclusivamente dalla ditta esternalizzata di Gestione Calore.

## **Allegato n. 27 – Azioni per “Formazione”**

### **2018**

- Rivisitazione del modello per la rilevazione del fabbisogno formativo che porti alla realizzazione e gestione del dossier di ogni singolo operatore e di gruppo (dipartimento e/o livello di intensità di cura).

### **2019**

- Realizzare la rilevazione del fabbisogno formativo per il Livello 3 AREA DELLE FRAGILITA'

### **2020**

- Realizzare la rilevazione del fabbisogno formativo per la costruzione del dossier formativo del Livello 1 alta intensità di cure, del Livello 2 CHIRURGICO media intensità di cure, del Livello 2 MEDICO media intensità di cure, dei servizi di diagnosi e dell'area tecnico-amministrativa.

## **Allegato n.28 – Azioni per “Performance individuali”**

### **2018**

Impostazione del sistema di Revisione del Sistema di valutazione della performance collettiva ed individuale: definizione del nuovo impianto di Ente per l'area della Dirigenza e del Comparto. Definizione, previo esperimento del prescritto confronto sindacale, del sistema di valutazione della performance individuale dell'Ente per l'area della Dirigenza e per l'area del Comparto, avuto riguardo alle differenti aree di appartenenza del personale, alle categorie ed ai profili professionali. Definizione degli items, riparametrazione dei valori, degli algoritmi e delle scale valutative. Definizione schede individuali.

### **2019**

Rivisitazione dell'impianto di valutazione e sottoposizione alle Rappresentanze del nuovo impianto, attraverso la ridefinizione dei contenuti dei seguenti documenti:

- Accordo Amministrazione - OO.SS. Area Dirigenza Medica, integrativo dell'Accordo sottoscritto in data 27 giugno 2013, relativo all'istituto della retribuzione di risultato anno 2014 (liquidazione luglio 2015), sottoscritto il 2 luglio 2015;
- Accordo Amministrazione - OO.SS. Area Comparto in materia di produttività collettiva, sottoscritto il 20 dicembre 2011;
- Accordo Integrativo Amministrazione - OO.SS. Area Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa, relativo all'istituto della retribuzione di risultato, sottoscritto in data 17 luglio 2013;
- Accordo Amministrazione - OO.SS. Area Dirigenza Sanitaria, relativo all'istituto della retribuzione di risultato, sottoscritto in data 27 giugno 2013.
- Acquisizione del nulla osta da parte del Nucleo di Valutazione.

### **2020**

Messa a regime del nuovo impianto di valutazione di Ente.

## **Allegato n.29 – Azioni per “Privacy: Attività connesse all’applicazione [25/05/2018] del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation)”**

### **2018**

- designazione del Responsabile della protezione dei dati;
- censimento delle attività di trattamento;
- eliminazione dell’utilizzo dei fax aziendali laddove siano previsti trattamenti di dati personali;
- formazione ai dipendenti;
- individuazione responsabili esterni (revisione dei rapporti con i fornitori di strumenti o servizi informatici e, ove opportuna, designazione degli stessi come responsabili esterni dei trattamenti, secondo le modalità previste dal regolamento ex art 36);
- predisposizione di un processo c.d. “data breach” per la gestione delle violazioni dei dati personali;
- avvio valutazione impatto.

### **2019**

- Prescrizione ai fornitori per non conformità alle valutazioni di impatto e relativo adeguamenti;
- Designazione Responsabile della protezione dei dati alla scadenza incarico 2018;
- Adeguamento alle prescrizioni dell’emanando Decreto Legislativo di cui è prevista l’adozione entro il 06.05.18 (Legge Delega).

### **2020**

- consolidamento delle misure ed azioni relative alla valutazione di impatto.

## **Allegato n.30 – Azioni per “Umanizzazione”**

### **2018**

- traduzione del documento “Carta dei diritti e doveri del paziente e del caregiver” in inglese;
- rilevazione qualità percepita con domande riferite anche all’“ospedale aperto” per pazienti utenti dopo la revisione orari visita;
- rilevazione qualità percepita con domande riferite all’“ospedale aperto” per operatori dopo la revisione orari visita;
- ospedale aperto al caregiver dei pazienti per il livello 2 medico.

### **2019**

- traduzione del documento “Carta dei diritti e doveri del paziente e del caregiver” in francese;
- Ospedale aperto al caregiver dei pazienti per il livello 2 chirurgico;
- Rianimazione aperta
- rilevazione qualità percepita con domande riferite su’“ospedale aperto” per pazienti utenti dopo la revisione orari visita;
- rilevazione qualità percepita con domande riferite all’“ospedale aperto” per operatori dopo la revisione orari visita.

### **2020**

- rilevazione qualità percepita con domande riferite su “ospedale aperto” per pazienti utenti dopo il cambiamento completo orari visita;
- rilevazione qualità percepita con domande riferite all' “ospedale aperto” per operatori dopo il cambiamento completo orari visita.

## **Allegato n. 31 – Azioni per “Sviluppo della Carta Etica”**

### **2018**

- Refresh dell’utilizzo e creazione di nuovi indicatori.

### **2019**

- Revisione con contributo di un rappresentante per ogni categoria di dipendente.

### **2020**

- Evento formativo riassuntivo dei risultati raggiunti nel triennio.