

PIANO STRATEGICO

2017-2019



Direzione Generale

Sommario

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	10
5	Stato di salute in Liguria	12
6	Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.)	12
7	Posizionamento dell'Ospedale Galliera	12
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	14
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	Sviluppo tecnologico dell'E.O. Ospedali Galliera	20
11.2	Piano degli investimenti in attrezzature sanitarie e lavori	20
11.3	Imaging morfo-funzionale	20
11.4	Mini-invasività e tecnologie robotiche	21
11.5	Genomica	22
11.6	Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano	23
12	Governance	24
12.1	Appropriatezza ed efficienza	24
12.2	Sistema qualità	24
12.3	Comunicazione	25
12.4	La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti	25
12.5	Sicurezza (Security)	26
12.6	Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro	26
12.7	Formazione	27
12.8	Performance individuali	27
13	Peculiarità del Nuovo Ospedale Galliera	28
13.1	Umanizzazione	28
13.2	Sviluppo della Carta Etica	28
14	Rendicontazioni e Bilancio Sociale	29

14.1	Bilancio di Sostenibilità	29
14.2	Controllo strategico	29
14.3	Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	30
14.4	Valutazione e monitoraggio del livello di raggiungimento degli indirizzi del presente Piano Strategico	31
	Legenda acronimi	32
	Allegato n. 1 – Statuto dell’Ente	33
	Allegato n. 2 – Valutazione del precedente Piano Strategico	34
	Allegato n. 3 – Risultati della Ricerca	36
	Allegato n. 4 – Azioni per IRCCS “Aging”	37
	Allegato n. 5 – Investimenti per “Ingegnerizzazione dei processi e loro informatizzazione”	38
	Allegato n. 6 – Azioni per “Sistema LEAN”	39
	Allegato n. 7 – Azioni per “Sviluppo DMT”	40
	Allegato n. 8 – Azioni per “Le nuove professionalità: il Farmacologo interprete clinico”	41
	Allegato n. 9 – Convenzioni attive	42
	Allegato n. 10 - Piano degli investimenti in attrezzature sanitarie	43
	Allegato n. 11 - Piano degli investimenti in lavori strutturali	45
	Allegato n. 12 – Azioni per “Imaging morfo-funzionale”	46
	Neuroradiologia	46
	Medicina Nucleare	46
	Allegato n. 13 - Azioni per “Mini-invasività e tecnologie robotiche”	47
	Allegato n. 14 – Azioni per “Genomica”	48
	Allegato n. 15 – Azioni per “Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano”	49
	Allegato n. 16 – Azioni per “Comunicazione”	50
	Allegato n. 17 – Azioni per “La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti”	51
	Allegato n. 18 – Azioni e investimenti per “Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro”	52
	Allegato n. 19 – Azioni per “Formazione”	53

1 Missione

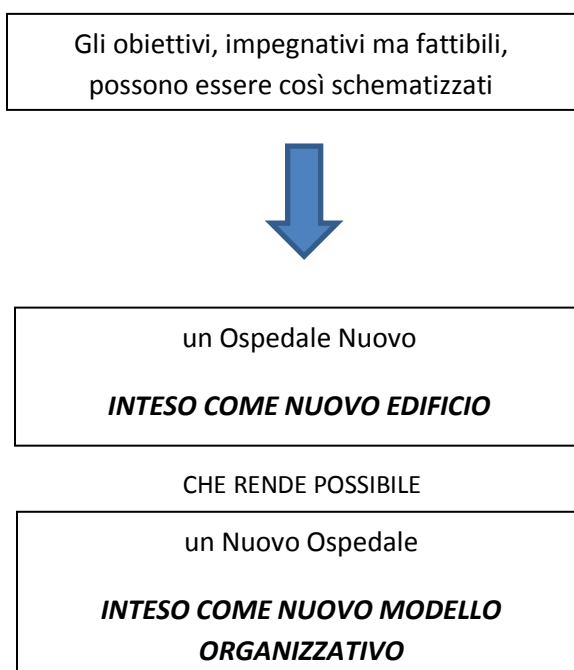
L'Ente Ospedaliero attua i "principi sull'erogazione dei servizi pubblici" contenuti nella Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.1.1994, ispirandosi ai criteri espressi dalla sua fondatrice, Marchesa Maria Brignole Sale, Duchessa di Galliera (garantire una cura e un'attenzione particolari nei confronti della persona malata o inferma), riportati più compiutamente nelle Statuto dell'E.O. come deliberato il 22.07.2002 (Allegato 1):

- 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 temporale di alcuni obiettivi fondamentali, che sono alla base del piano strategico 2017 - 2019, in continuazione peraltro con gli indirizzi di gestione degli scorsi anni (Allegato n.3). I principali obiettivi sono:

- 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, realizzazione dell'Ospedale Nuovo, sviluppo del Nuovo
- Ospedale con incremento dei livelli di efficienza e acquisizione dello status di IRCCS.
- 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 ¹.

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 anni².

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

¹ 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

² ISTAT “Disuguaglianze nella speranza di vita per livello di istruzione” - 2016

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

La spending review ha imposto alla Sanità, solamente negli ultimi 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 nell'area OCSE, in termini di spesa pro capite (18° posto, invece in rapporto al PIL³). Nel 2014, ad esempio, il Canada ha speso oltre il 100% in più per ogni cittadino rispetto all'Italia, la Germania il 68% e la Finlandia il 35%, con la conseguenza che l'Italia si posiziona all'estremo inferiore dei valori pro capite insieme a Paesi per lo più dell'Europa dell'Est. A livello regionale la spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226€) e la più bassa in Campania (1.689€)⁴.

Gli indicatori sociosanitari rilevano, 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^{5,6}, 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

³ Rapporto Health at a Glance 2015

⁴ Rapporto Osservasalute 2015

⁵ Tale fascia di età registrerà un progressivo incremento passando dal 4% attuale sino al 6% del 2026 (+ 50%)

⁶ Fonte ISTAT

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 salutarì di vita con l'obiettivo di ridurre l'incidenza dei costi futuri associati a patologie legate a comportamenti salutisticamente scorretti innalzando, nel contempo, la produttività in età lavorativa ⁷.

Nonostante il Rapporto Osserva Salute 2015 evidenzia 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 ⁸.

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

⁷ 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 salutarì (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).

⁸ Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OCSE – Rapporto Osserva Salute 2015.

richiederà importanti risorse finanziarie che potranno essere garantite o attraverso risparmi conseguenti al taglio di prestazioni ed esami inutili (c.d. "Slow Medicine")^{9,10} 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.

⁹ http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=20447

¹⁰ <http://www.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=104931>

4 Contesto di riferimento geo-demografico

Al 1° gennaio 2016 la popolazione in Italia è di 60 milioni 656 mila residenti (-139 mila unità rispetto al 2015). Gli stranieri sono 5 milioni 54 mila e rappresentano l'8,3% della popolazione totale (+39 mila unità rispetto al 2014). La popolazione di cittadinanza italiana scende a 55,6 milioni, conseguendo una perdita di 179 mila residenti. Nel 2015 le nascite sono state 488 mila (-15 mila), nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia. Il 2015 è il quinto anno consecutivo di riduzione della fecondità, giunta a 1,35 figli per donna. L'età media delle madri al parto sale a 31,6 anni. Il saldo migratorio netto con l'estero è di 128 mila unità, corrispondenti a un tasso del 2,1 per mille.

Aumentano i “giovani anziani” (ossia i 65-74enni), gli “anziani” (75-84 anni), e i “grandi vecchi”. Nel complesso la popolazione con 65 anni e oltre rappresenta quasi il 22% della popolazione residente, ossia più di una persona su 5 è ultra 65enne. Si conferma il boom degli ultracentenari. Al 1° gennaio 2015 oltre tre residenti su 10.000 hanno 100 anni e oltre¹¹.

La popolazione italiana sta quindi progressivamente invecchiando nonostante l'apporto positivo della dinamica migratoria. La composizione della popolazione per età è destinata a modificarsi gradualmente in direzione di un ulteriore marcato invecchiamento: la percentuale di over sessantacinquenni in Italia, infatti, è la più alta di tutti gli altri paesi dell'Unione Europea (pari al 21,4% della popolazione contro il 18,5% dell'Eurozona), e il 6,4% ha più di 80, contro una media di 5,1%¹² mentre il tasso di crescita¹³ è il più basso (9 contro 10,4). Il fenomeno è particolarmente accentuato in Liguria, regione in cui il tasso di crescita è del 6,4% mentre gli ultrasessantacinquenni già oggi raggiungono il 28% fino a raggiungere nei prossimi vent'anni il 30,9% della popolazione residente con conseguenti problemi di sostenibilità da parte di un welfare sempre più ridotto.

L'Italia si conferma comunque tra i Paesi con le migliori performance in termini di stato di salute: oltre che per l'aspettativa di vita, che ci vede secondi solo al Giappone, si registra una drastica riduzione dell'indice di mortalità per tutte le cause tra i 15 e i 60 anni che passa dai 129 casi di morte su 1000 abitanti nel 1990 agli 83 del 2013, per gli uomini, e da 60 casi a 38 per le donne¹⁴. 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.

Nonostante l'aspettativa di vita a 65 anni sia anch'essa tra le più alte ed è aumentata nel corso del tempo, per la prima volta si riduce la speranza di vita alla nascita: nel 2015 la speranza di vita per gli uomini è 80,1

¹¹ Rapporto Osservasalute 2015

¹² Eurostat 2015

¹³ n. nati per 1000 abitanti

¹⁴ WHO-World Health Statistics 2015.

anni, per le donne di 84,7. Nel 2014, la speranza di vita alla nascita era pari a 80,3 anni per gli uomini e 85,0 anni per le donne (come indicato nell'edizione 2015 del Rapporto¹⁵) Inoltre, l'aspettativa di vita in buona salute all'età di 65 anni in Italia è tra le più basse tra i paesi OCSE, con 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 anni per gli uomini. Inoltre, l'offerta di assistenza di lungo termine agli anziani è inferiore rispetto alla maggior parte dei paesi Ocse¹⁶.

L'Italia, inoltre, diventerà sempre più un paese multi-etnico: nello scenario più probabile si risconterà un costante incremento, pur a ritmi decrescenti nel tempo, della popolazione straniera. Dai 4,6 milioni d'individui, rilevati nel 2011, sono previsti 7,3 milioni nel 2020 e 9,5 milioni nel 2030. Nel complesso l'incidenza di cittadini stranieri residenti passerà dal 7,5% nel 2011 al 14,6% nel 2030. La Liguria ha una buona capacità attrattiva verso gli stranieri, in particolare le 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 demografico¹⁷. A partire dal 2012, principalmente a causa della crisi economica, si registra tuttavia un calo di richieste di nuovi permessi di soggiorno pari al -27% su territorio nazionale (-20,3% in Liguria).

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

In tutte le classi di età gli stranieri fanno registrare percentuali di "buona salute" più elevate degli italiani e il divario aumenta nel passare dalle età più giovani a quelle più anziane. Nella classe 55 anni ed oltre, il 59,9% degli stranieri ha dichiarato di stare bene o molto bene, contro il 42,4% degli italiani¹⁸.

¹⁵ Rapporto Osservasalute 2015

¹⁶ <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

¹⁷ Variazione popolazione residente ligure 2008/2013: -0,5%. Il calo complessivo è interamente dovuto alla provincia di Genova (-1,4%), con lievi incrementi nelle altre provincie

¹⁸ 11° Rapporto Osserva Salute 2013

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 molto maggiore rispetto alla media nazionale ed europea: secondo le previsioni Eurostat una percentuale maggiore di anziani nei prossimi vent'anni si riscontrerà solo nella Germania settentrionale ma in uno scenario ben diverso sotto il profilo economico e dell'efficienza del welfare ¹⁹.

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 (E.O. Ospedali Galliera e Ospedale Evangelico).

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 ospedaliero di riferimento cittadino e, in quanto sede di DEA (Dipartimento Emergenza e Accettazione) di primo livello, garantisce le funzioni di emergenza e la funzione elettiva per acuti nelle discipline presenti per le quali è riconosciuta l'alta specializzazione.

In ambito metropolitano sono presenti due DEA di primo livello (Galliera e ASL 3-Villa Scassi), un DEA di secondo livello (IRCCS A.O.U. San Martino IST) e un DEA di secondo livello pediatrico (Gaslini), è inoltre presente nel ponente cittadino un solo Ospedale sede di Pronto Soccorso h24 (Evangelico-Voltri) mentre l'Ospedale Gallino (Pontedecimo) e Padre Antero Micone (Sestri Ponente) non sono più sedi di Pronto Soccorso.

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

¹⁹ Regione Liguria-ISTAT: Rapporto statistico 2013

Ricoveri ordinari	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (1° sem.)
Età media	67,8	68,3	68,8	69,1	69,7	69,9
% =>65 anni	64,9 %	65,9 %	65,9 %	67,9 %	68,8 %	69,6 %
% casi totali con comorbidità	52,1 %	50,7 %	53,5 %	56,7 %	57,9 %	57,8 %
% pz >= 65 anni con comorbidità	77,3 %	77,6 %	76,9 %	77,7 %	78,5 %	79,3 %

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 comorbidità sono calcolati mediante APRDRG (casi con classe di severità clinica >1)

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 ²⁰. 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 prossimo 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).

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).

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.

²⁰ 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.

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. La numerosità e tipologia degli operatori nei loro vari ruoli e delle tecnologie è diversa nelle tre articolazioni del livello.

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.

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 diagnostico 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. 3) 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 termine di rapporto con l’Università in linea con i programmi europei. L’Ente desidera offrire ai candidati selezionati l’opportunità di studiare/lavorare in un ambiente di pratica clinica di livello italiano ed internazionale. Nel periodo di training i candidati selezionati dovranno essere seguiti da tutor personali altamente specializzati e motivati.

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. 4.

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 prossimo 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 nel prossimo biennio sono indicati in allegato n.5

10.2 Sistema Lean

Nel prossimo triennio continuerà l'adozione dell'approccio LEAN, sulla base anche dei risultati di miglioramento rappresentati negli oltre 40 progetti presentati in occasione dei "Galliera Quality Awards 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 nel prossimo triennio sono indicati in allegato n.6

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 prossimo 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 nel prossimo triennio sono indicati in allegato n.7.

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 nel prossimo triennio sono indicati in allegato n.8.

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.9. Il modello definito da ALISA prevede l'istituzione di dipartimenti regionali a cui il Galliera sarà chiamato a partecipare secondo il programma elaborato dalla Regione Liguria.

Reti Interprofessionali:

L'Ente partecipa a DMT interni ed esterni ed inoltre a Reti Regionali di Professionisti (reti oncologiche, chirurgiche, ortopediche, etc.) definite dall'ultimo piano sanitario della Regione Liguria.

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) SurgiQ - SME instrument finanzia la realizzazione di piani delle piccole medie imprese in merito allo sviluppo di prodotto, ingegnerizzazione e internazionalizzazione.

In particolare il progetto prevede la creazione di ulteriori funzionalità del prodotto surgiQ, soprattutto in merito alla pianificazione intelligente dei blocchi operatori, alla gestione della fase intra-operatoria e alla proposizione di surgiQ su mercati diversi da quello attuale ovvero ospedali privati ed estero.

7) 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.

Reti sociali:

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

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".

11 Ricerca e implementazione tecnologica

11.1 Sviluppo tecnologico dell'E.O. Ospedali Galliera

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 in allegato n.3.

11.2 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 prossimo biennio sono indicati negli allegati 10 e 11.

11.3 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 radiologiche e medico-nucleari.

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 prossimo triennio sono indicate in allegato n. 12.

11.4 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; successivamente verrà avviato un analogo studio di pazienti sottoposti a protesizzazione totale del ginocchio.

Le azioni previste nel prossimo triennio sono indicate in allegato n. 13.

11.5 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.

Allo scopo di supportare il percorso intrapreso dall'Ente verso la configurazione ad IRCSS 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 nel prossimo triennio sono indicate in allegato n. 14

11.6 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) Completamento della Cartella Informatizzata Integrata Multidimensionale di Livello: strumento clinico che permette la valutazione multidimensionale integrata medico-infermieristica del soggetto anziano nei vari setting di cura: Degenza per acuti, Degenza Post-acuti, Ortogeriatrica, Cure Domiciliari e RSA. Già attivato e testato con successo in S.S.D. Cure Intermedie e S.C. Geriatria.

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

Le azioni previste nel prossimo triennio sono indicate in allegato n. 15.

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 prossimo triennio sarà, di conseguenza, quella di riuscire a garantire, e possibilmente migliorare, la qualità dei servizi erogati e la loro accessibilità in presenza di risorse ridotte. L'Ente, anche in conformità ai più recenti indirizzi nazionali e regionali riguardo all'efficacia delle cure e al raggiungimento di livelli di qualità assistenziale rapportati alle reali e specifiche esigenze di salute del singolo cittadino, si propone:

- il raggiungimento e/o al mantenimento di livelli di appropriatezza gestionale e organizzativa conformi ai relativi benchmark;
- l'utilizzo ottimale delle risorse (efficienza);
- il raggiungimento e/o al mantenimento di livelli di appropriatezza clinica conformi alle evidenze scientifiche e alle linee guida più aggiornate (efficacia clinica).

Bisogna realizzare un set di indicatori multidimensionali specifici che consentano di valutare in modo oggettivo quanto un intervento diagnostico o terapeutico risulti adeguato nei tempi e nelle modalità tecnico-organizzative rispetto ai problemi di salute attuali del paziente e alle risorse disponibili. Obiettivo dell'Ente è non solo quello di utilizzare gli indicatori individuati a livello regionale e nazionale per la valutazione dei livelli di appropriatezza, bensì anche quello di implementare e sviluppare nuovi indicatori aziendali al fine di disporre un sistema di valutazione di tipo multidimensionale, utilizzabile sia a livello delle singole strutture sia, ove possibile, dei singoli professionisti, che ricomprenda le principali variabili correlate ai parametri relativi all'appropriatezza che si intendono valutare.

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 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 prossimo 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 prossimo triennio sono indicate in allegato n. 16.

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 tutela della salute. Il modello organizzativo è pensato ed elaborato in un'ottica di sviluppo della sicurezza, con l'obiettivo di promuovere un cambiamento culturale già in atto, in linea con le evidenze scientifiche, le Raccomandazioni Ministeriali e la normativa vigente. 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 (c.d. safety). Parimenti 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 (c.d. security).

La sicurezza dei pazienti è legata alla appropriatezza, alla tempestività e, più in generale, alla qualità delle prestazioni e dell'organizzazione; è inoltre connessa, anche se decisamente distinta, dalla sicurezza degli operatori. Questi aspetti si integrano con la gestione economica e di immagine delle attività svolte dall'organizzazione, in particolare a seguito della partecipazione dell'Ente al sistema regionale di autoassicurazione.

L'Ente, consapevole che la sicurezza, con le sue diverse dimensioni, rappresenta un valore fondamentale, si applica in una politica di prevenzione che individua obiettivi, risultati e standard all'interno dei processi nell'ambito della gestione del "rischio sanitario" come indicato nella Legge di Stabilità del 28/12/2015.

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

Per promuovere lo sviluppo della componente culturale nella gestione del rischio clinico si continuerà la usuale formazione del personale in modalità blended; questa formazione sarà affiancata a eventi formativi orientati sempre di più alla concretezza e all'operatività, con utilizzo di strumenti e analisi di eventi avversi.

Tra gli obiettivi del prossimo triennio si delineano come maggiori:

- il recepimento delle future Raccomandazioni per la sicurezza del paziente prodotte dal Ministero della Salute;
- il monitoraggio del rischio aziendale e degli eventi avversi
- il potenziamento dell'approccio pro-attivo con l'estensione dell'utilizzo dell'Health Failure Mode Effects Analysis (HFMEA) nei processi clinici;
- la revisione/introduzione di procedure e azioni di miglioramento relative a rischi noti e comuni alle organizzazioni sanitarie e / o introduzione di barriere all'errore mediante collaborazione stretta con le strutture trasversali dell'Ente;
- il supporto continuo a tutti gli operatori sia nella fase di identificazione di potenziali rischi sia nella presa in carico di eventi avversi/quasi eventi;
- la revisione dell'organizzazione interna con una ristrutturazione della rete di facilitatori ai fini di una migliore efficacia preventiva;
- il miglioramento della comunicazione interna per una efficacia globale del sistema, mediante presenza strutturata sia all'interno degli organi istituzionali aziendali quali il Collegio di Direzione, i Comitati di Dipartimento sia nei Gruppi di Lavoro sia negli incontri informali dedicati al tema.

Le azioni previste per il prossimo triennio sono indicate in allegato n.17

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 prossimo triennio sono indicati in allegato n. 18

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.

Le azioni e gli investimenti previsti nel prossimo triennio sono indicati in allegato n. 19

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.

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.

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.

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 2013-2015 sono riportati all'indirizzo <https://www.galliera.it/907/1275> nell'area dei documenti pubblici.

14.2 Controllo strategico

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

L'Ente, dopo aver consolidato un complesso sistema di contabilità analitica per centri di responsabilità e di costo legato all'articolazione organizzativa delle strutture, orientato al modello dell'intensità di cure, ha su questa base ampliato l'analisi con l'introduzione della tecnica dell'HPC (Health Patient Costing), sviluppando la metodologia dei costi standard. Tale tecnica è mirata alla misurazione delle risorse impiegate a favore del singolo paziente.

L'adozione contemporanea ed integrata di queste metodologie nel complesso sistema di budgeting aziendale e soprattutto il loro consolidamento ha consentito e consentirà di disporre di informazioni gestionali per ogni struttura mediante un potente portale gestionale intranet aziendale (e-Manager).

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

Il presente piano strategico mostra la compatibilità di tutti gli investimenti previsti, in particolare quelli per la realizzazione dell'ospedale nuovo con quelli necessari nell'ambito dell'implementazione tecnologica per un nuovo ospedale con quelli necessari per acquisire lo status di IRCCS.

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 obbligatorie previste dalla legge. 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.

È 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 del CDA n. 28/2016 sono state individuate le aree di intervento cui riferire gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ricordando che le stesse dovranno essere oggetto di precisi obiettivi di budget annuale da riferire alle singole articolazioni aziendali.

A tal fine l'aggiornamento del Piano per il triennio 2016-2018 individuerà i seguenti elementi:

- 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.

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

- implementazione della sezione del sito internet dell'Ente "Amministrazione trasparente" 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.

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

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

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

Il presente Piano Strategico sarà soggetto ad aggiornamento annuale e la realizzazione di alcuni progetti sarà subordinata ai finanziamenti ricevuti.

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 – 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. 2 – Valutazione del precedente Piano Strategico

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

N	Obiettivo	Descrizione	Stato di avanzamento	Note
1	Clinical Cancer Center	Modello organizzativo-funzionale, che integrando varie figure professionali, fornisce risposte diagnostiche terapeutiche e riabilitative eccellenti ai pazienti affetti da cancro	Modello organizzativo: AVVIATO Struttura fisica: NO	Confluirà nell'IRCCS dell'AGING
2	Fragilità	Condizioni di vita della persona, che comporta una ridotta autonomia della stessa, con aumento di vulnerabilità verso eventi avversi	In corso	Confluirà nell'IRCCS dell'AGING
3	Patologie cronico degenerative	Tali patologie si rivelano per due aspetti dominanti: cronicità ed evoluzione (inteso come progressivo aggiornamento del paziente verso l'invalidità e la morte)	In corso	Confluirà nell'IRCCS dell'AGING
4	Nuovo Ospedale	Costruzione del Nuovo Ospedale	In fase di definizione	Approvato Progetto Preliminare
5	Intensità di Cura	Progressivo superamento organizzazione verticale Strutture e Dipartimenti con realizzazione di modelli per livelli di assistenza (Livello 1,2,3)	In corso	Livello 1: in fase di realizzazione struttura fisica; Livello 2: in corso; Livello 3: conseguito.
6	Equilibrio di Bilancio	Rispetto equilibrio del bilancio	Conseguito nel 2015	Conseguito come da DGR N. 1243 del 30.12.2016 e in attesa della DGR riferita al 2016
7	Appropriatezza clinica	Adeguamento all'indicatore regionale	In fase di elaborazione dei risultati	Inseriti negli obiettivi di budget 2016
8	Efficienza economica	Raggiungimento dell'indice di sostenibilità sulla base del rapporto costi ricavi	Conseguito nel 2015	L'applicazione del D.M. del 21/6/16 del Ministero della Salute garantisce il raggiungimento di tale indice riferito al 2015 e in attesa DGR riferita a 2016 per l'elaborazione di tale indice
9	Eccellenza	Definizione sistema performance gestionale, organizzativa e professionale di Struttura e individuali per tutti gli operatori	In corso	Definito per tutta la dirigenza medica e sanitaria e per i coordinatori infermieristici e tecnici ed in fase di estensione alle restanti figure dirigenziali
10	Qualità	- "Passaggio dalla certificazione "per struttura" alla certificazione "per processi" dell'intero sistema - Attestazione di Ente di parte terza dell'applicazione di un SGSSL sui requisiti oggettivi esistenti (READNESS)"	In corso	
11	Gestione Rischio clinico	- "Livello clinico: Introduzione procedure e azioni miglioramento (Efficacia interventi: eliminazione tasso cadute pazienti ricoverati, eliminazione dei rischi legati alla mancata identificazione del paziente, etc.) - Livello gestionale: formazione personale rischio clinico	In corso	

		- HFMEA: Applicazione piani miglioramento identificati con tale metodologia"		
12	Security	Riduzione furti	In corso	A parte l'episodio del furto degli endoscopi di Dicembre 2016 l'indicatore era stato ampiamente conseguito
13	Ricerca	Adeguamento Struttura che permetta: -Stimolo attraverso fund raising e costruzione reti pubbliche in relazione con i Centri di Ricerca Europei e Italiani come facilitazione alla produzione di lavori quali-quantitativi -Costruzione e consolidamento Struttura che si occupi della complicata parte burocratica a lato della componente scientifica e che quindi faccia gestione economica ed amministrativa del lavoro scientifico	In corso	Confluirà nell'IRCCS dell'AGING
14	Reti	Potenziamento delle reti	In corso	
15	Fund raising		In corso	Confluirà nell'IRCCS dell'AGING
16	HTA	Applicazione HTA al Progetto Nuovo Ospedale	Raggiunto	
17	Lean	Progressivo utilizzo strumenti LEAN	In corso	
18	Dematerializzazione	-Copertura Firma remota documenti clinici digitali -Consegna referti via web con le immagini disponibili sul PACS (Archivio Centrale Immagini)	In corso	
19	Governance e piano triennale del personale	-Trasformazione del 100% dei rapporti flessibili e a tempo determinato in stabilizzazioni di cui al D.P.C.M. 06/03/2015	Raggiunto	
20	Formazione	-Sviluppo del percorso FAD -Scuola di formazione	In corso	-Sviluppo del percorso FAD: attivato -Scuola di formazione: confluirà nell'IRCCS dell'AGING

Allegato n. 3 – 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.

Numero di pubblicazioni valore
impact factor normalizzato

Anni	Articoli Science Cytation Index	Impact Factor Normalizzato
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

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. 4 – Azioni per IRCCS “Aging”

		TEMPI ESPRESSI IN MESI										
AZIONI		GEN. 2017	FEB. 2017	MAR. 2017	APR. 2017	MAG. 2017	GIU. 2017	LUG. 2017	AGO. 2017	SETT. 2017	OTT. 2017	NOV. 2017
1	Presentazione della domanda a Regione Liguria											
2	Delibera Regione Liguria e presentazione istanza MinSal											
3	Nomina Commissione Valutativa				???							
4	Valutazione domanda e Site Visit**											
5	Tramissione dal Ministero alla Conf. Stato-Regioni***											
6	Parere Conf. Stato Regioni							???				
7	Eventuali altri parere ministeriali							???				
8	Intesa del Presidente della Regione											
9	Decreto Ministeriale di Riconoscimento											
10	Creazione Direzione Scientifica con adeguamento personale											

NOTE

* Seduta 08/07/2016 (doc da presentare entro il 1/07)

■ Percorso critico

** entro 30 gg

*** entro 10 gg

??? Tempi non specificati in normativa, l'ultima autorizzazione ha necessitato in tutto 3 anni e mezzo

Allegato n. 5 – Investimenti per “Ingegnerizzazione dei processi e loro informatizzazione”

DESCRIZIONE	IMPORTO ANNUALE PRESUNTO - IVA ESCLUSA	IMPORTO > €1.000.000,00 – N. NOMENCLATURA	SOGGETTO AGGREGATORE /CENTRALE DI COMMITENZA COMPETENTE/GARE IN AUTONOMIA
2017			
PROCEDURE INFORMATICHE			
SOFTWARE SANITARI	€ 250.000,00		SUAR
MANUT HARDWARE	€ 50.000,00		SUAR
telefonia fissa	€ 45.000,00		CONSIP
centrale telefonica	€ 70.000,00		CONSIP
LICENZE ORACLE	€ 45.000,00		SUAR
telefonia mobile	€ 76.000,00		CONSIP
Fornitura punti gialli per incasso ticket	€ 70.000,00		SUAR
Integrazione Sw sanitari di Dedalus al nuovo sistema informatico	€ 170.000,00		SUAR
Integrazione Sw Ris/Pacs di Exprivia al nuovo sistema informatico	€ 48.800,00		SUAR
Manutenzione Rete Lan	€ 50.000,00		CONSIP
Connettività Internet	€ 18.000,00		CONSIP
Manutenzione Surgiq	€ 30.000,00		SUAR
Impianto regolacode manutenzione ed estensioni	€ 24.000,00		SUAR
Fornitura storage per nuovo SIO	€ 48.000,00		SUAR
Tablet reparto e camera operatoria	€ 90.000,00		SUAR
Manutenzione Hw	€ 50.000,00		CONSIP
Manutenzione Archiflow	€ 45.000,00		SUAR
TOTALE	€ 1.179.800,00		
2018			
PROCEDURE INFORMATICHE			
SOFTWARE SANITARI	€ 250.000,00		SUAR
LICENZE ORACLE	€ 45.000,00		SUAR
VIDEOSORVEGLIANZA	€ 60.000,00		SUAR
SOFTWARE RIS PACS	€ 80.000,00		SUAR
OPEN SOURCE	€ 50.000,00		SUAR
SOFTWARE AMMINISTRATIVI – GOLD	€ 180.000,00		SUAR
TOTALE	€ 665.000,00		

Allegato n. 6 – Azioni per “Sistema LEAN”

2017

- applicazione delle tecniche in tutte strutture sanitarie
- partecipazione al corso LEAN BASE e sperimentazione di una tecnica per le strutture amministrative
- realizzazione Quality Awards LEAN

2018

- definizione sistema macro indicatori attività sanitaria
- definizione sistema macro indicatori attività amministrativa

2019

- applicazione delle tecniche in tutte strutture amministrative
- realizzazione “Bilancio LEAN”
- realizzazione Quality Awards LEAN

Allegato n. 7 – Azioni per “Sviluppo DMT”

2017

- revisione della programmazione in considerazione dei nuovi direttori di diverse strutture coinvolte nei DMT
- sviluppare e sostenere percorsi di aggiornamento e formazione nell’ambito dei DMT
- incrementare il numero di linee guida o di revisione/aggiornamento di linee guida preesistenti
- valutazione dell’efficacia del metodo DMT nella scelta della strategia di cura migliore per il paziente

2018

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

2019

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

Allegato n. 8 – Azioni per “Le nuove professionalità: il Farmacologo interprete clinico”

2017

- 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;

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;

2019

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

Allegato n. 9 – Convenzioni attive

TIPOLOGIA	SOGGETTO	n° CONVENZIONI
ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere pubbliche e private	ASL n.1 Imperiese	3
	ASL n.2 Savonese	1
	ASL n.3 Genovese	8
	ASL n.3 Genovese – Villa Scassi	4
	ASL n.4 Chiavarese	2
	Ospedale Evangelico Internazionale	18
	Istituto Giannina Gaslini	10
	IRCCS San Martino – IST	3
	Istituto Europeo di Oncologia	4
	strutture sanitarie private non accreditate per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia	6
	altri	19
Enti ed Istituzioni	Regione Liguria	3
	AliSa	2
	Comune di Genova	2
	altri	4
Università, Istituti di formazione specialistica ed Istituti d'istruzione secondaria, ordini	UNIGE	12
	altre Università	19
	Istituti di formazione	8
	Istituti di istruzione secondaria	7
	Ordine degli Ingegneri della Provincia di Genova	1
Associazioni, Fondazioni e ONLUS	Associazioni di volontariato e tutela	11
	Fondazioni	5
	altri	2
Altri soggetti		9

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

Allegato n. 10 - Piano degli investimenti in attrezzature sanitarie

DESCRIZIONE	IMPORTO ANNUALE PRESUNTO - IVA ESCLUSA	IMPORTO > €1.000.000,00 – N. NOMENCLATURA	SOGGETTO AGGREGATORE /CENTRALE DI COMMITENZA COMPETENTE/GARE IN AUTONOMIA
2017			
MANUTENZIONI APPARECCHIATURE			
Sistema M3 + 2 Stazioni di pianificazione	€ 44.070,00	50421000-2	A.LI.SA/CRA
N. 2 apparecchiature Axiom Ariston FX Plus	€ 80.000,00	50421200-4	A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia per diagnostic imagin	€ 59.375,00	50421200-4	A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia	€ 403.850,00	50421200-4	A.LI.SA/CRA
Apparecchiature Rx Alta tecnologia	€ 354.440,00	50421200-4	A.LI.SA/CRA
Angiografo Integriss Allura 12, Multidiagnostic 4	€ 70.300,00	50421200-4	A.LI.SA/CRA
Tac Multislice brilliance CT 64	€ 76.000,00	50421200-4	A.LI.SA/CRA
Angiografo digitale monoplanare FD 10	€ 70.000,00	50422000-9	A.LI.SA/CRA
Tomografo a risonanza magnetica 1,5T	€ 51.774,72	50421200-4	A.LI.SA/CRA
Apparecchiature gastroenterologia	€ 76.650,00		A.LI.SA/CRA
Servizi integrati di manutenzione e gestione delle apparecchiature biomedicali	€ 677.606,26	541200-2	A.LI.SA/CRA
APPARECCHIATURE VARIE			
4 tavoli operatori, 4 scialitiche, 2 ventilatori polmonari, 2 monitor multiparametrici, 2 aspiratori chirurgici	€ 573.770,49		A.LI.SA/CRA
ventilatori polmonari	€ 327.868,85		A.LI.SA/CRA
monitoraggi	€ 98.360,66		A.LI.SA/CRA
monitoraggi (con centralina UTIC)	€ 122.950,82		A.LI.SA/CRA
angiografo mobile	€ 163.934,43		A.LI.SA/CRA
bilancia robotica	€ 50.000,00		A.LI.SA/CRA
apparecchiatura per sintesi e taglio tessuti	€ 188.524,59		A.LI.SA/CRA
doppler transcranico ad uso intraoperatorio da integrare al neuronavigatore e in degenza per vesospasmo cerebrale	€ 30.327,87		A.LI.SA/CRA
2 eco portatile da utilizzare in BOC	€ 44.262,30		A.LI.SA/CRA
5 ecotomografi	€ 450.819,67		A.LI.SA/CRA
sistema di chirurgia robotica	€ 2.500.000,00	3300000-1	A.LI.SA/CRA
Sistema MiSeq Illumina	€ 52.920,00		A.LI.SA/CRA
TOTALE	€ 6.567.805,66		

2018			
MANUTENZIONI APPARECCHIATURE			
Angiografo fisso	€ 47.496,36		CONSIP
APPARECCHIATURE VARIE			
arco a C per urgenze	€ 102.459,02		A.LI.SA/CRA
8 tavoli operatori	€ 655.737,70		A.LI.SA/CRA
sistema di copertura sterile paziente	€ 61.475,41		A.LI.SA/CRA
robot magazzino farmaceutico	€ 213.114,75		A.LI.SA/CRA
impianto compattato per stoccaggio presidi medico chirurgici	€ 151.639,34		A.LI.SA/CRA
1 acceleratore lineare	€ 2.000.000,00	3300000-1	A.LI.SA/CRA
1 PET-TAC	€ 2.500.000,00	3300000-1	A.LI.SA/CRA
Videogastroscoopi e videocolonscopi	€ 141.000,00		A.LI.SA/CRA
TOTALE	€ 5.872.922,58		

Allegato n. 11 - Piano degli investimenti in lavori strutturali

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO	Priorità	STIMA DEI COSTI DEL PROGRAMMA			Cessione Immobili	Apporto di capitale privato	
		Primo Anno 2017	Secondo Anno 2018	Terzo Anno 2019	S/N	Importo	Tipologia
Opere di adeguamento alla normativa antincendi del complesso ospedaliero – 3^ fase – 1° lotto	1	1.350.000,00			N		
Manutenzione straordinaria locali padiglione -2U	1	511.000,00			N		
Adeguamento alla normativa antincendi del complesso ospedaliero. Rivisitazione delle procedure relative alla 4^fase a seguito dell'entrata in vigore del D.M.19.03.2015	1	700.000,00			N		
Manutenzione straordinaria locali padiglione 2A	1	1.800.000,00			N		
Opere di risanamento locali padiglione - 2B2	1	350.000,00			N		
Manutenzione straordinaria locali piano ammezzato padiglione A – Nuova intensità 1A e 1B	1	700.000,00			N		
Manutenzione straordinaria cornicione pad.A	1	200.000,00			N		
Interventi di messa in sicurezza terreni di proprietà dell'Ente In Genova - Coronata	1		150.000,00		N		
Nuovo Ospedale Galliera	1		135.700.000,00		S		
TOTALE		5.611.000,00	135.850.000,00	-			

Allegato n. 12 – Azioni per “Imaging morfo-funzionale”

Neuroradiologia

2017

- implementazione di protocolli diagnostici di neuroimaging avanzato nella valutazione delle patologie oncologiche cervico-encefaliche, cerebrovascolari acute e correlate alle demenze e all'invecchiamento in genere.
- collaborazione con le Strutture di riferimento dell'Ente nell'inquadramento diagnostico-terapeutico di tali patologie e nel monitoraggio durante e dopo la terapia

2019

- 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.

Medicina Nucleare

2017

- riduzione costi radiofarmaci (nelle more della gara regionale in corso)
- introduzione nuovi farmaci diagnostico-terapeutici malattia-specifici:
 - PET-TC fluorodopa e RM nei gliomi pediatrici
 - PET-TC fluorocolina con MDC nei carcinomi prostatici
 - PET-TC florbetapir nei disturbi cognitivi
 - terapia radiometabolica con 223-radio delle mts osse prostatiche
- esami integrati radiologici-medico nucleari “immagini di fusione”

2018

- incremento numero di esami
- riduzione dose somministrata, ridotta esposizione e riduzione costi
- riduzione liste di attesa
- PET-TC 64Cu-Dotatoc nei carcinomi neuroendocrini
- terapia recettoriale con 177Lu-Dotatoc nei carcinomi neuroendocrini

2019

- perfezionamento progressivo della diagnostica integrata (Radiologia, Neuroradiologia, Medicina Nucleare) in tutte le possibili applicazioni.

Allegato n. 13 - Azioni per “Mini-invasività e tecnologie robotiche”

2017

- implementazione *fast track surgery*: diminuzione giornate di degenza;
- attività di formazione di chirurgia robotica (chirurghi, anestesisti, infermieri);

2018

- installazione e avvio chirurgia robotica
- acquisizione quote mercato chirurgico attualmente orientato a mobilità extra-regionale:
 1. selezione DRG e verifica aumento pazienti liguri operati;
 2. verifica numero pazienti non liguri operati;

2019

- consolidamento utilizzo chirurgia robotica;
- aumento pratiche endoscopiche su pazienti anziani;
- monitoraggio tempi di degenza post procedurali.

Allegato n. 14 – Azioni per “Genomica”

2017

- acquisizione (gratuita) nuovo strumento di NGS;
- set up automazione linee produttive di immunogenetica con NGS;
- sviluppo linee di ricerca sulla genomica dell’aging;

2018

- creazione biobanca di DNA a scopo ricerca sull’aging;
- sviluppo linee di ricerca sulla genomica dell’aging;

2019

- sviluppo linee di ricerca sulla genomica dell’aging.

Allegato n. 15 – Azioni per “Tecnologie rivolte al miglioramento della vita dell'anziano”

2017

- Progetto 1): Fase di test e successiva messa a regime in S.S.D. Ortogeriatria e implementazione cartella in RSA;
- Progetto 2): Istruzione operativa condivisa e diffusione Dipartimentale;
- Progetto 3): Messa a punto del programma di ricerca;
- Progetto 4): Esecuzione del progetto come da protocollo;

2018

- Progetto 1): Prosecuzione progetto in SC e SSD di Dipartimento e fase di test e successiva messa a regime in RSA;
- Progetto 2): Implementazione della istruzione operativa;
- Progetto 3): Prosecuzione progetto;
- Progetto 4): Esecuzione del progetto come da protocollo;

2019

- Progetto 1): Prosecuzione progetto;
- Progetto 2): Implementazione della istruzione operativa;
- Progetto 3): Prosecuzione progetto;
- Progetto 4): Valutazione e presentazione risultati.

Allegato n. 16 – Azioni per “Comunicazione”

Le azioni di comunicazione previste nel triennio potranno essere le seguenti

INTERNA:

- attivazione newsletter interna;
- realizzazione di eventi di comunicazione su multilivelli professionali;
- divulgazione della Carta Etica;

ESTERNA:

- organizzazione incontri personalizzati per testata;
- calendarizzazione conferenze stampa ed eventi mediatici integrativi;
- rafforzamento della comunicazione attraverso TV locali e nazionali;
- creazione partnership testate settore.

Nota: a seconda dell'iter progettuale del Nuovo Galliera sarà necessario identificare le azioni prioritarie da realizzare.

Allegato n. 17 – Azioni per “La gestione del rischio clinico e la sicurezza (Safety) dei pazienti”

Le azioni individuate per raggiungere gli obiettivi definiti saranno:

- redazione di procedure aziendali nel contesto delle Raccomandazioni del Ministero della Salute realizzate con il coinvolgimento trasversale delle Strutture Cliniche interessate.
- ulteriore sviluppo del monitoraggio del Rischio Aziendale attraverso lo studio degli eventi avversi e dei quasi eventi mediante il sistema degli incident reporting, dei contenziosi e dei reclami;
- estensione dell'utilizzo dell'Health Failure Mode Effects Analysis (HFMEA) nei processi clinici;
- 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, Root Cause Analysis RCA) dalle quali ricavare azioni di miglioramento, ad esempio introduzione di barriere all'errore-revisioni o introduzioni di procedure;
- selezione di facilitatori basata sulla disponibilità e la propensione al cambiamento, la sensibilità nei confronti della sicurezza del paziente;
- partecipazione calendarizzata all'interno degli organi istituzionali aziendali, partecipazione ai gruppi di lavoro.

Allegato n. 18 – Azioni e investimenti per “Sicurezza dei luoghi e degli ambienti di lavoro”

Assistenza a S.C. S.P.P.

AZIONI	INVESTIMENTI (valori presunti)
Aggiornamento del DVR con relative indagini strumentali (analisi chimico-fisiche ed ambientali)	€ 60.000
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)	€ 30.000
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)	€ 30.000
TOTALE	€ 120.000

N.B. Non sono compresi eventuali investimenti derivanti da nuovi obblighi legislativi o situazioni contingenti.

Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio

AZIONI	INVESTIMENTI (valori presunti)
Nomina di un Responsabile in possesso dei requisiti come da D.M.	€ 40.000
Implementazione degli addetti alle squadre Emergenza N° 3 unità H24 *	€ 1.100
Implementazione DPI antincendio, cartellonistica ecc.	€ 30.000
TOTALE	€ 71.100

* Il valore imputato non tiene conto delle altre attività che gli addetti alle squadre antincendio espletano durante la vigilanza. Tale spesa può essere eliminata qualora venga estesa a tutto il nosocomio la rilevazione fumi.

Allegato n. 19 – Azioni per “Formazione”

2017

- adozione di nuovi modelli gestionali del PFA;
- rivisitazione delle regole e dei criteri finalizzati all’individuazione delle “funzioni” e dei “momenti” della formazione;
- rivisitazione del processo formativo;

2018

- adozione di piani di formazione aderenti alle specificità ed ai fabbisogni diversificati delle strutture dell’Ente;
- attività formativa specifica orientata alla tematica dell’aging e della presa in carico del paziente anziano;

2019

- adozione di piani di formazione aderenti alle specificità ed ai fabbisogni diversificati delle strutture dell’Ente;
- attività formativa specifica orientata alla tematica dell’aging e della presa in carico del paziente anziano.