



Valori e futuro

Bilancio di Sostenibilità 2014

Bilancio di Sostenibilità 2014

*«Sappiamo bene che ciò che facciamo non è che una goccia nell'oceano.
Ma se questa goccia non ci fosse, all'oceano mancherebbe»*

Madre Teresa di Calcutta



Lettera del presidente

*S.E.R. Arcivescovo di Genova
Cardinale Angelo Bagnasco*

Questo Nostro Ospedale, che per vocazione di chi lo fondò è da sempre un luogo chiamato a servire “una cura e un’attenzione particolari nei confronti della persona malata o inferma” è divenuto nel corso degli anni un luogo aperto all’accoglienza di tutti i più deboli e ancor più in generale di tutta la comunità.

È in questo solco di partecipazione alla vita della cittadinanza che questo documento deve esser letto: la parola sostenibilità non può e non deve essere solo una parola vacua di moda, ma richiamarci ad uno sforzo verso la realizzazione di uno stile di vita e di un modo di produrre servizi che tenga conto tanto della situazione corrente quanto di quella a venire.

Nell’attività quotidiana il nostro faro deve rimanere “il bene comune”, di cui tutti siamo responsabili con i nostri comportamenti, ognuno a livelli e con modalità diverse: amministratori, medici, infermieri e operatori sanitari, sindacalisti, operatori della comunicazione, volontari e più in generale tutti i cittadini: ognuno ha il dovere di fare del proprio meglio per il bene della collettività, e questo documento rappresenta ciò che il Galliera per sua parte ha fatto.

L’impegno di tutto l’Ospedale deve perseverare nel cambiamento, diventando sempre più accogliente verso la comunità, rendendo però conto delle risposte ai bisogni che essa esprime. Sono fiducioso che tutti gli operatori, a cui esprimo la mia gratitudine per i risultati conseguiti nel corso del 2014, continueranno in quello sforzo collettivo che ha portato il Nostro Ente ad essere un punto di riferimento irrinunciabile per la Sanità genovese e ligure tanto nel presente quanto più nel futuro, e auspico che coloro che leggeranno questo Bilancio guardino tanto ai vari indicatori quanto al cuore del Galliera.

Per il secondo anno consecutivo l'Ospedale Galliera si pone davanti ai propri stakeholders affrontando il tema della sostenibilità, consapevole quanto ormai sia diventata comune l'opinione che di fronte alla situazione economica stagnante ed all'incremento di spesa, sia ineluttabile uno stato di stress con rischi di non sostenibilità dell'attuale sistema.

In realtà porsi la questione rappresenta il primo passo, se non l'unico, per cercare di dare una risposta concreta ed oggettiva in merito alla sostenibilità del nostro modello assistenziale, che seppur fra mille difficoltà si conferma fra le eccellenze in Europa e nel mondo. Misuriamo le nostre performance non solo per comunicarle esternamente e far conoscere la nostra attività, ma soprattutto in una logica di rendicontazione delle risorse impiegate, col fine di dimostrare che le risorse che ci vengono assegnate vengono utilizzate con oculatezza, facendo qualcosa di utile, oltrechè per i nostri pazienti, per tutta la collettività.

In questo senso il nostro impegno per migliorare l'efficienza non guarda solo all'esercizio in corso ma deve necessariamente traghettare il futuro ai fini di non caricare sulle future generazioni, in termini economici e di salute, inefficienze strutturali, tecnologiche ed organizzative.

Negli ultimi anni l'Ente ha concentrato la sua azione sulla “lotta agli sprechi” effettuando un’attenta revisione delle prestazioni erogate con massima attenzione all’appropriatezza, proprio per produrre gli interventi terapeutici che garantiscano al paziente la migliore cura ed al sistema il maggiore equilibrio. Per realizzare tutto ciò il Galliera ha intrapreso un cambiamento di approccio in termini di

disponibilità di informazioni, di lettura dei costi e degli outcome delle prestazioni di cui questo documento è testimone.

L'auspicio è che emerga dal Bilancio 2014 come lo sforzo per erogare prestazioni efficaci ed appropriate non abbia come fine il mero risparmio finanziario, ma come fulcro dell'attività la persona con i suoi bisogni, verso il quale abbiamo il dovere di realizzare un prodotto in modo efficiente, economico ed appropriato atto a sostenere la soddisfazione di quel bisogno.

Presentazione del Direttore Generale

Dott. Adriano Lagostena

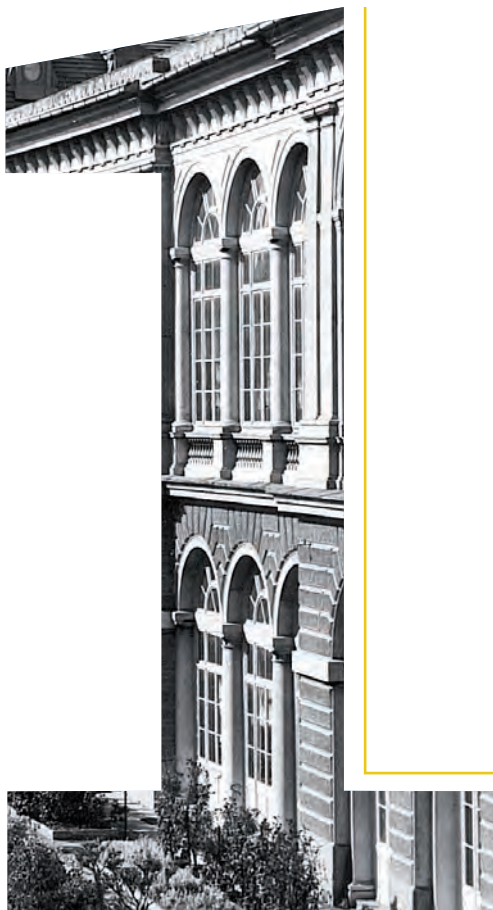


Gli stakeholder



1	Identità	11
1.1	La storia	13
1.2	La struttura	14
1.3	Organizzazione interna	15
1.4	Accesso alla struttura	24
1.5	I pazienti	26
2	Un anno di attività	33
2.1	Assistenza Sanitaria	34
2.2	Le performance	37
2.3	I risultati	39
2.4	Ascolto e soddisfazione	46
3	Miglioramento	55
3.1	La sicurezza del paziente	56
3.2	Sistema Qualità	62
3.3	Ricerca	65
4	Utilizzo delle risorse	69
4.1	Risorse umane	70
4.2	Bilancio di genere	84
4.3	Relazioni sindacali	90
4.4	Sicurezza degli operatori	94
4.5	Formazione	100
4.6	Anticorruzione	108
4.7	Impatto ambientale	110
4.8	Bilancio economico e stato patrimoniale	118
4.9	Fornitori	126
5	Relazioni sociali	131
5.1	Associazioni di volontariato e di tutela	132
5.2	Promozione della Salute	138
5.3	Servizi digitali per i cittadini	148
6	Il processo di formazione del Report	153
6.1	Perimetro del report e nota metodologica	154
6.2	Attestazione di parte terza	162
6.3	Le modalità di comunicazione del Report	164
	Contatti	166

Indice



Identità

- 1.1 La storia
- 1.2 La struttura
- 1.3 Organizzazione interna
- 1.4 Accesso alla struttura
- 1.5 I pazienti



Nel 1995 con D.P.C.M. del 14 luglio, l'Ente Ospedaliero è stato riconosciuto Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione.

Gli Ospedali Galliera vennero fondati come Opera Pia dalla Duchessa di Galliera, Marchesa Maria Brignole Sale, vedova del Marchese Raffaele De Ferrari, Duca di Galliera, tra il 1877 ed il 1888; l'Amministrazione dell'Opera Pia venne affidata ad un Consiglio composto da nove membri, presieduto dall'arcivescovo pro-tempore della città di Genova.

1.1

La storia

Per effetto della legge 12 febbraio 1968, n.132 l'Ospedale Galliera venne dichiarato (D.P.R. 26 febbraio 1969, n.392) Ente Ospedaliero e l'Amministrazione dell'Ente venne confermata in capo al Consiglio di Amministrazione.

Anche nel contesto della riforma sanitaria (art.41, 2° comma, legge 833/1978) l'Ente Ospedaliero ha mantenuto la propria posizione autonoma, confermata dal Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche, e pertanto non è confluito nelle UU.SS.LL.

L'Ente è finanziato annualmente mediante quota parte del Fondo sanitario regionale.

L'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera è situato nel quartiere di Carignano ed ha la propria sede legale in Mura delle Cappuccine 14: il corpo storico (B) è ad uso quasi esclusivamente sanitario e vede una soluzione strutturale distributiva composta da sette padiglioni a forma parallelepipedo collegati tra loro su un asse curvilineo lungo 260 m e disposti a raggiera.

Gli interventi di ampliamento dell'Ospedale Galliera hanno riguardato negli anni il padiglione A del pronto soccorso (1958), il padiglione C (1973) ed il padiglione A1 (2000).

I primi dati riferiti al padiglione E, sede tra l'altro del Registro Nazionale donatori di midollo osseo (IBMDR), risalgono al 1893, mentre il padiglione D, sede, tra l'altro, dell'Amministrazione, fu acquistato negli anni '70.

L'attività extra-ospedaliera si realizza nella RSA Galliera, autorizzata al funzionamento dal Comune di Genova con provvedimento n.120 del 19/12/2007, accreditata presso la Regione Liguria e convenzionata con l'ASL 3 Genovese ed il Comune di Genova. La struttura è situata sulle alture, nel levante genovese ed è organizzata in 2 nuclei:

- **Nucleo Pervinca o Nucleo Speciale Alzheimer**
con n. 24 posti letto
- **Nucleo Fiordaliso**
a funzione riabilitativa con n. 26 posti letto di cui n. 3 posti letto a disposizione per ricoveri privati (non in convenzione ASL).



1.2

La struttura



La Direzione Generale è supportata per lo svolgimento delle funzioni di carattere trasversale all'Ente quali la comunicazione, la prevenzione e la sicurezza degli operatori, la gestione del sistema informatico ed informativo e la gestione del sistema qualità, dal Dipartimento di Staff.

Il Galliera si caratterizza come realizzazione di un modello di ospedale aperto al territorio ed ai cittadini, organizzato in:

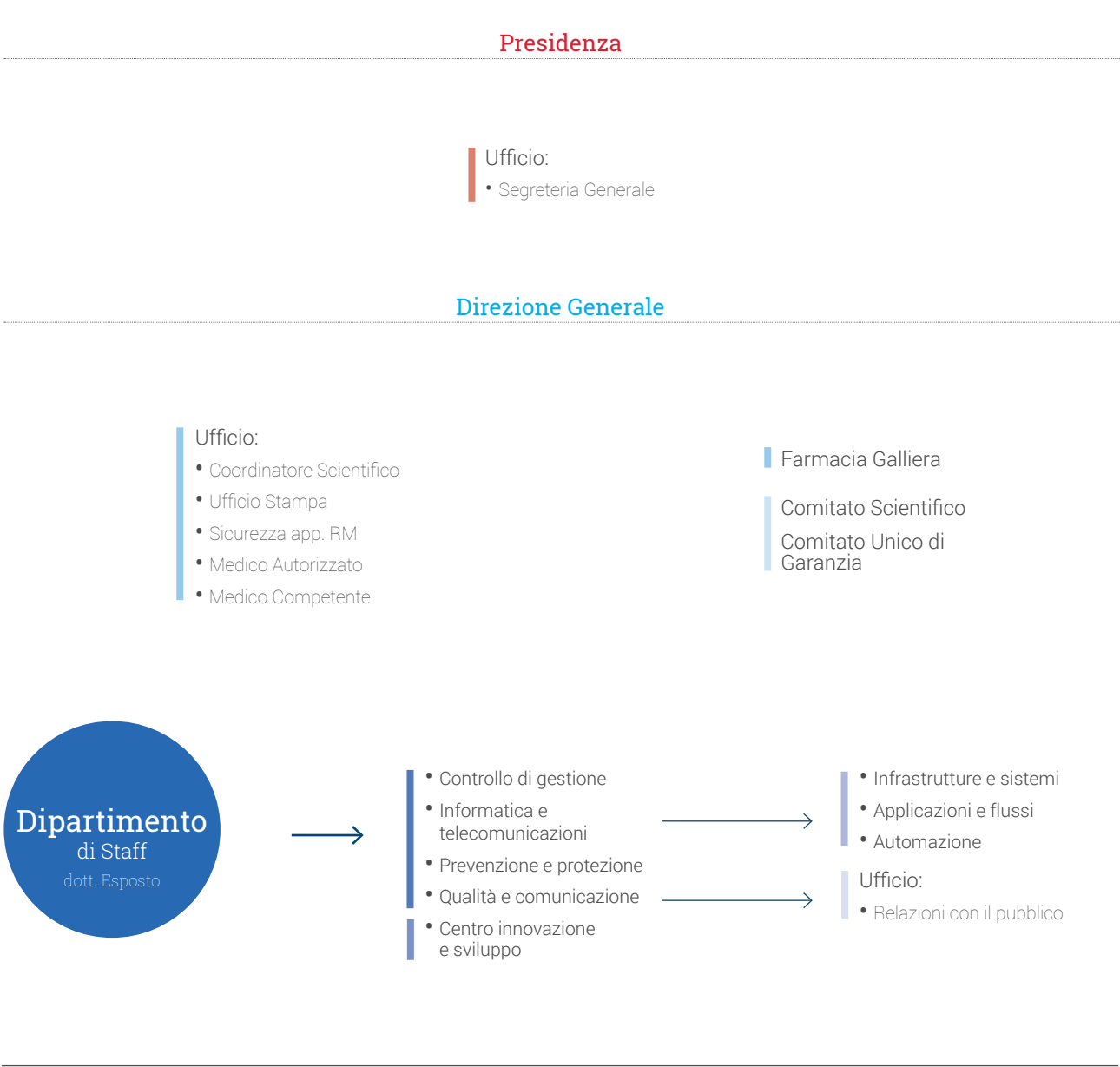
10 dipartimenti sanitari,
4 amministrativi
1 interaziendale
con una disponibilità di
458 posti letto.

1.3

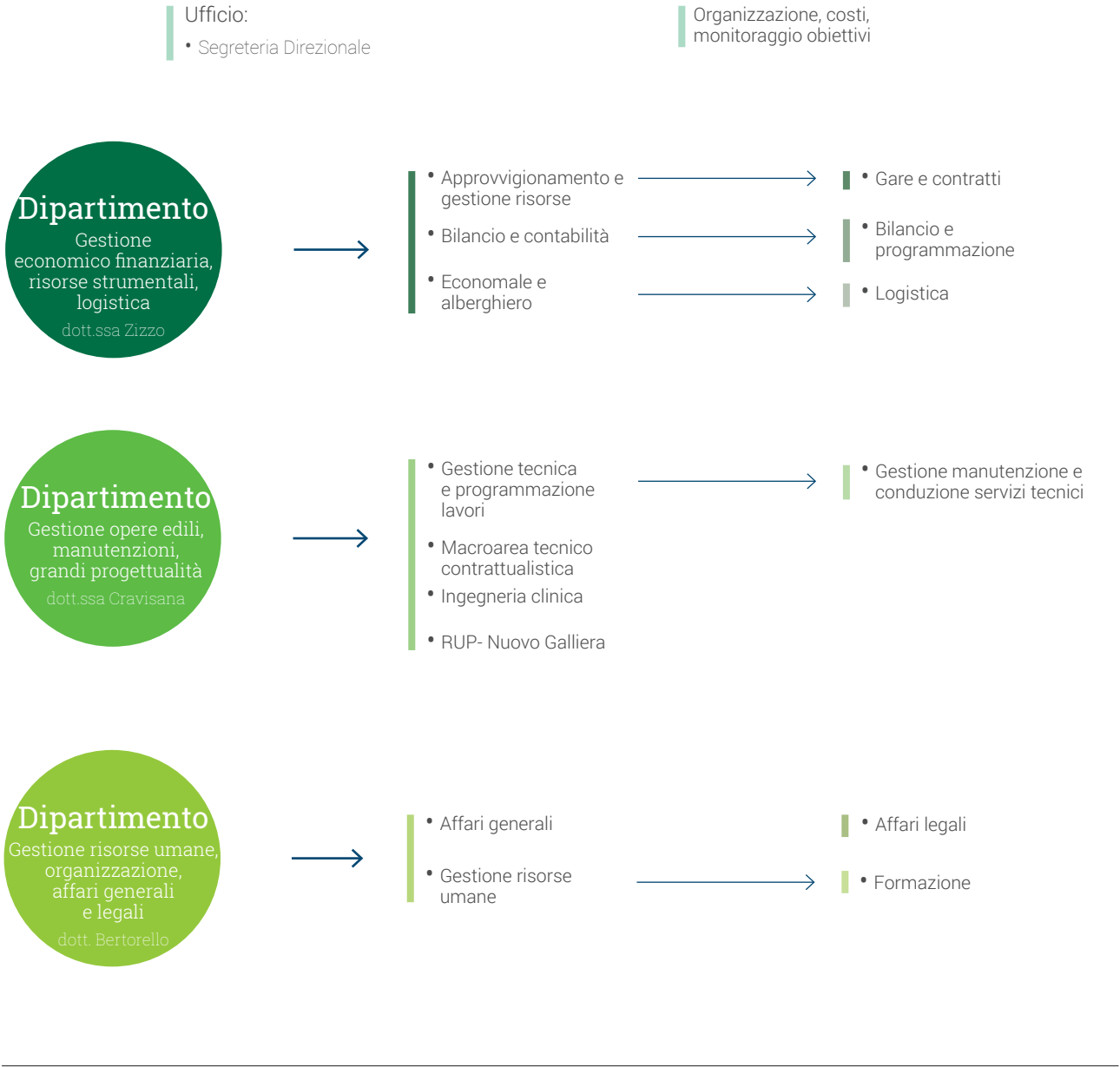
Organizzazione
interna

La Direzione Amministrativa, composta da tre dipartimenti, dirige i servizi gestionali che supportano le attività assistenziali dell'Ente; è organizzata secondo un modello dipartimentale che aggrega le unità operative complesse al fine di garantire carattere di omogeneità operativa negli ambiti della gestione economico-finanziaria, delle opere edili manutentive e progettuali e nell'ambito della gestione delle risorse umane, degli affari generali e legali.

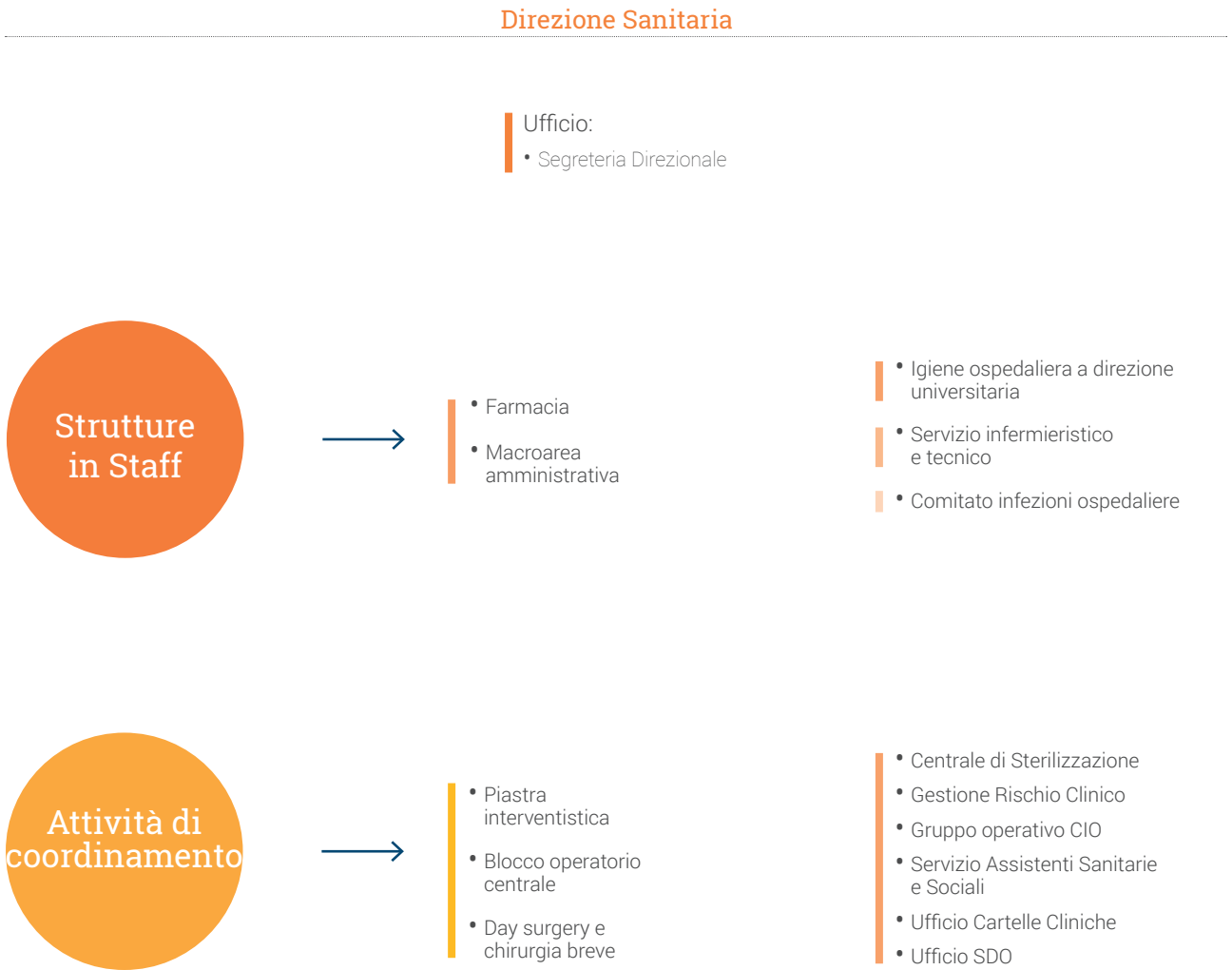
Organigramma Area Generale Amministrativa



Direzione Amministrativa



Organigramma Area Sanitaria



Con la Delibera del Consiglio di Amministrazione del 4/4/2014 si è provveduto, al termine di una sperimentazione della durata di un anno, alla definizione del nuovo funzionigramma dell'Ente basato sul modello per intensità di cura. Nello specifico sono stati individuati per l'area degenziale tre livelli di intensità di cura, ovvero tre aree omogenee che ospitano il paziente in base alla gravità del caso e del livello di complessità assistenziale:

- I Livello / Alta intensità**
degenze intensive e sub intensive (Rianimazione, Unità Terapia Intensiva Coronarica - UTIC, Terapia Intensiva Post Operatoria - TIPO)
- II Livello / Media intensità**
degenze per acuti (area medica, chirurgica e materno infantile)
- III Livello / Bassa intensità**
degenze per pazienti post-acuti (stabilizzazione e riabilitazione).

I nostri valori

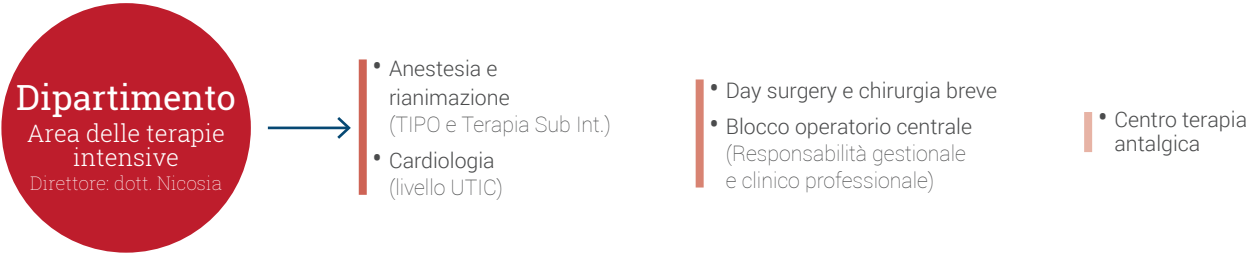
- L'accoglienza**
Si tiene conto non solo della dimensione biologica ma anche di quella relazionale, considerando la persona nel suo insieme e unendo alla cura medica il sostegno umano, psicologico, sociale e l'accompagnamento spirituale delle persone fin dall'ingresso in ospedale.
- La presa in carico del paziente**
È fondamentale il processo di presa in carico in cui gli interventi non vengono rivolti solo al paziente ma anche al nucleo di convivenza, mantenendo un rapporto continuativo al fine della revisione dell'intervento stesso nel corso del tempo.

- La trasparenza e la legalità**
Assicurare piena accessibilità e trasparenza delle procedure, consentendo forme diffuse di controllo sociale sull'azione dell'Ente, a tutela della legalità, della cultura dell'integrità ed etica pubblica.
- L'eccellenza**
La valutazione della qualità dell'assistenza richiede di misurare le fasi del percorso assistenziale in funzione dei risultati di salute attesi e conseguiti (efficacia) e dei processi attivati a livello clinico-organizzativo per garantire un utilizzo ottimale delle risorse (efficienza).

Organigramma Sanitario

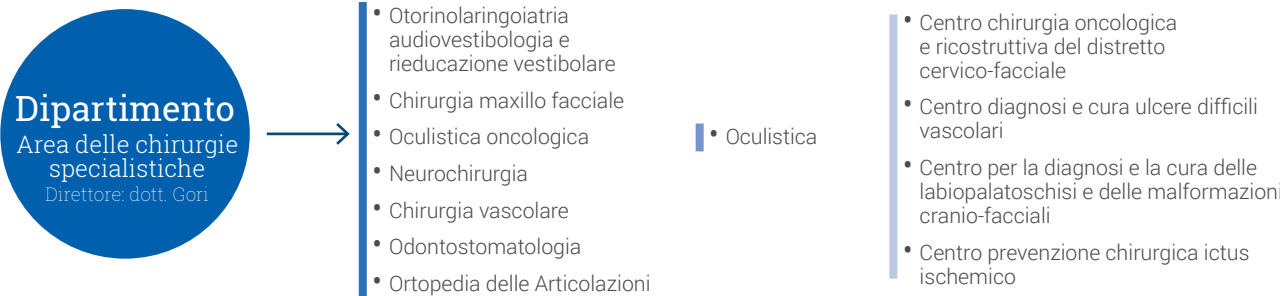
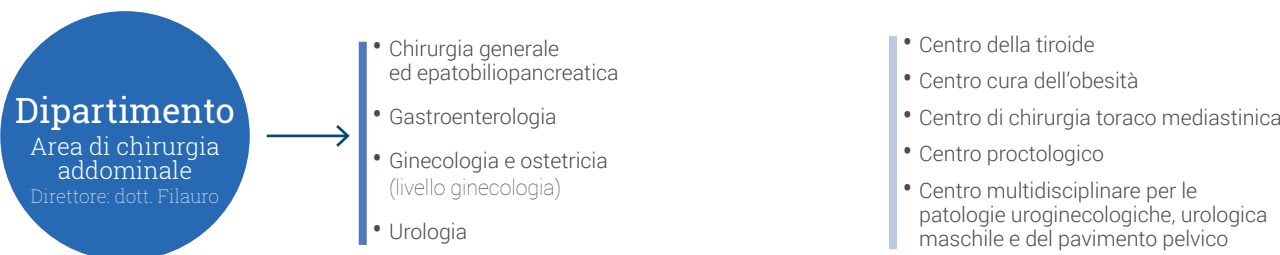
Livello 1

Alta intensità di cure
Coordinatore di unità di attività di Livello 1: dott. Nicosia



Livello 2

Media intensità di cure
Coordinatore di unità di attività di Livello 2: dott. Lo Pinto



Organigramma Sanitario

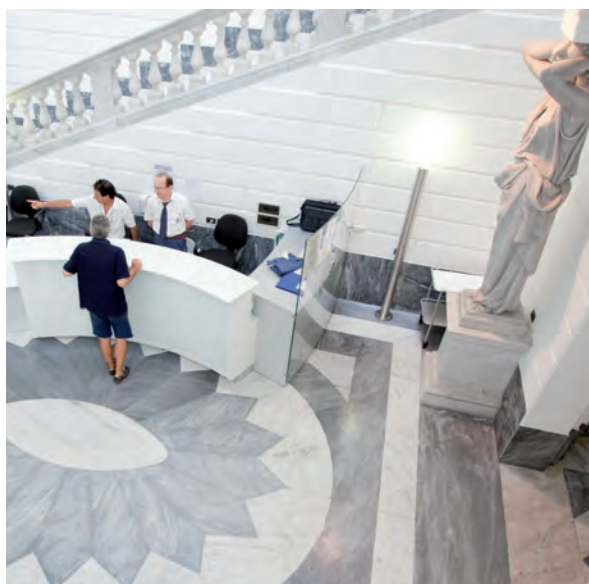
Area dei servizi



L'Ente garantisce l'accesso ai ricoveri ospedalieri utili a trattare condizioni patologiche che richiedono interventi di emergenza o di urgenza e patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare.

1.4

Accesso alla struttura



L'assistenza ospedaliera è erogata secondo le seguenti modalità di accesso:

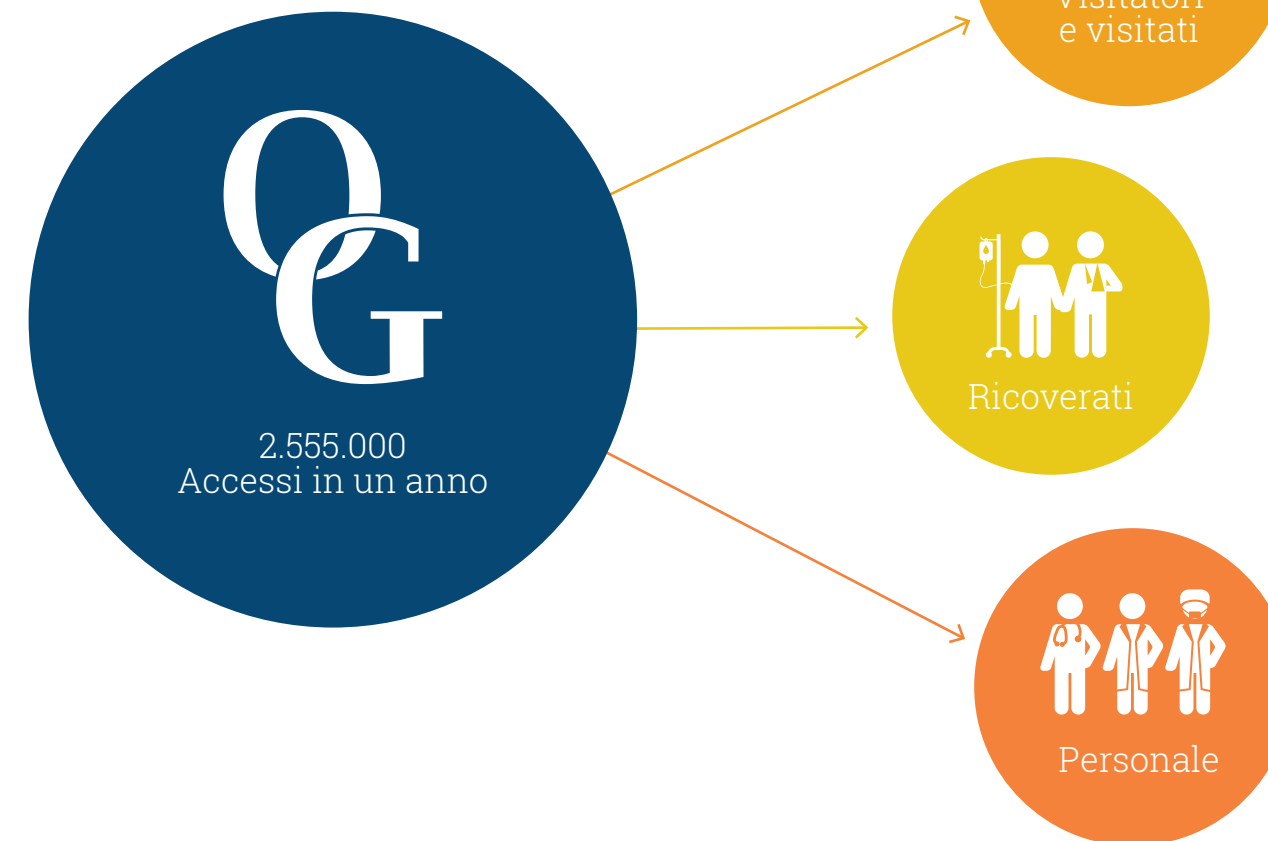
- 1** in forma di ricovero di urgenza ed emergenza,
- 2** in forma di ricovero ordinario programmato anche a ciclo diurno (day hospital - day surgery),
- 3** in forma di ospedalizzazione domiciliare, per i pazienti geriatrici ed oncologici, attraverso la Struttura Cure Domiciliari e la Struttura Cure Palliative,
- 4** in trattamento sanitario obbligatorio, attuato nei casi e con le modalità espressamente previste dalla legge.

Il Pronto Soccorso ha accesso proprio, presso Mura del Prato 6, e garantisce oltre alle prestazioni fornite dagli ospedali sede di pronto soccorso anche le funzioni di osservazione, degenza breve e di rianimazione, garantendo il servizio di pronto soccorso medico e chirurgico 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Oltre al Pronto Soccorso sono presenti in Ospedale diversi punti d'accesso, che consentono ai cittadini di raggiungere il servizio ricercato attraverso il percorso più breve; in ogni punto d'accesso è presente un servizio di portineria in grado di fornire informazioni e supporto per l'orientamento. Presso l'ingresso principale di via Volta 8 si trova l'Ufficio accettazione degenti, a disposizione dell'utenza per l'accettazione dei ricoveri ed il pagamento del ticket di pronto soccorso.

Dall'ingresso di via Volta 6 si raggiungono i Punti CUP 1 e 2, presso i quali è possibile effettuare le prenotazioni ed i relativi pagamenti per le

Accesso alla struttura



prestazioni ambulatoriali erogate nell'Ente e nelle strutture sanitarie accreditate metropolitane. Il CUP 1 inoltre consente di svolgere le pratiche amministrative del Centro prelievi.

Presso l'atrio dell'ingresso principale sono situati gli uffici dell'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), che favorisce la comunicazione ed i rapporti tra l'Ente ed i cittadini.

I pazienti

1.5

Gli accessi in Pronto Soccorso, e i ricoveri per cittadinanza rispecchiano la composizione della popolazione ligure e genovese e ricordano la presenza importante del porto.

La Liguria ha una buona capacità attrattiva verso gli stranieri, comunque non sufficiente a mitigare il costante calo demografico: a partire dal 2012, principalmente a causa della crisi economica, si registra un calo di richieste di nuovi permessi di soggiorno pari al -27% su territorio nazionale (-20,3% in Liguria). Circa la metà degli stranieri censiti in Liguria proviene dall'Europa (in particolare Romania, Albania, Ucraina e Moldavia), il 29% dal Sudamerica (Ecuador in particolare) e i rimanenti dall'Africa (soprattutto



Marocco e Tunisia) con una quota minoritaria di asiatici (<9%). Ecuadoriani, albanesi e rumeni rappresentano da soli circa il 50% degli stranieri censiti in Liguria. Riguardo al sesso vi è una netta prevalenza femminile, fatta eccezione per gli immigrati provenienti dall'Albania e dal continente africano. Nel difficile contesto economico nazionale, che non di rado ha condizionato negativamente

in questi anni le scelte dei pazienti in materia sanitaria, nonché nel particolare contesto demografico che caratterizza la regione Liguria, si evidenzia che il numero di pazienti non liguri che afferisce all'Ospedale si rivolge a settori di vera eccellenza tra i quali ricordiamo la neurochirurgia, la medicina nucleare, la radioterapia, la genetica e la radiochirurgia stereotassica.

Ricoveri
per stato di cittadinanza

	2013	2014
Italia	22.795	21.955
Ecuador	411	400
Albania	179	185
Romania	144	163
Marocco	169	136
Perù	70	88
Senegal	61	85
Nigeria	43	39
Ucraina	42	54
Bangladesh	32	47
Cina	45	51
Tunisia	23	32
Altro	808	492
Totale	24.822	23.727

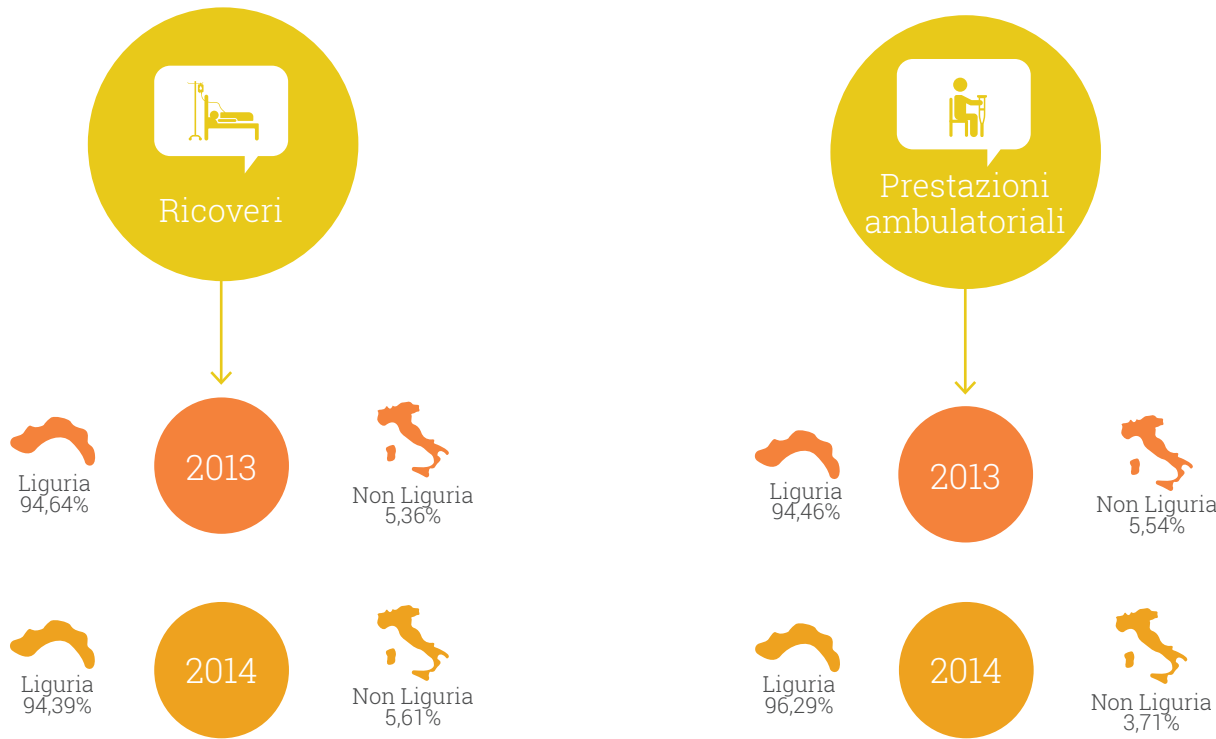
Accessi Pronto Soccorso
per stato di cittadinanza

	2013	2014
Italia	41.742	40.452
Ecuador	1.964	1.841
Marocco	1.192	1.225
Romania	868	886
Senegal	722	754
Albania	707	737
Perù	394	321
Tunisia	296	282
Nigeria	245	200
Bangladesh	233	223
Cina	161	179
Ucraina	167	175
Altro	2.787	2.868
Totale	51.478	50.143

La popolazione straniera fa riferimento al Pronto Soccorso del nostro Ospedale essenzialmente perché non ha un medico di medicina generale di riferimento, ed abita nella maggior parte dei casi nelle zone della città che hanno accesso preferenziale al Galliera. Data la presenza in Genova di un IRCCS pediatrico dedicato, la percentuale di pazienti con età minore di 20 anni è molto bassa nonostante nel 2012 e 2013, i nuovi nati siano stati poco meno di 1300 per anno e bambini in età scolare con patologie

chirurgiche maxillo facciali ricevano trattamenti di eccellenza. La popolazione straniera è decisamente più giovane rispetto al complesso della popolazione residente a Genova: l'età media è di 32 anni rispetto a 47 anni del totale genovese. 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 51 anni ed oltre, il 59,9% degli

Attrazione da fuori regione



Accessi Pronto Soccorso per fasce di età e genere

2013

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
<=20	1.651	1.593	3.244
21-30	3.775	3.405	7.180
31-40	4.822	4.130	8.952
41-50	3.813	4.487	8.300
51-60	2.758	3.347	6.105
61-70	2.430	2.593	5.023
>70	7.456	5.218	12.674
Totale	26.705	24.773	51.478

2014

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
<=20	1.551	1.533	3.084
21-30	3.638	3.308	6.946
31-40	4.651	3.762	8.413
41-50	3.577	4.222	7.799
51-60	3.031	3.399	6.430
61-70	2.397	2.601	4.998
>70	7.280	5.193	12.473
Totale	26.125	24.018	50.143

Ricoveri ordinari per fasce di età (Escluso servizio Psichiatrico, Ostetricia, Nido e Neonatologia)

	2013	2014	Diff %
01-20	183	172	-6,01%
21-40	1.047	869	-17,00%
41-60	2.393	2.242	-6,31%
61-70	2.054	1.940	-5,55%
71-80	3.346	3.090	-7,65%
81 e oltre	4.528	4.135	-8,68%
Tot	13.551	12.448	-8,14%

stranieri ha dichiarato di stare bene o molto bene, contro il 42,4% degli italiani. Per quanto riguarda i ricoveri ordinari (esclusa l'area materno infantile), oltre i due terzi dei pazienti ricoverati ha un'età superiore ai 60 anni e circa un terzo ha un'età maggiore di 80 anni.

Telefono interculturale

In ospedale dal 2010, per favorire la comunicazione tra gli operatori e le persone straniere è attivo il Servizio di Interpretariato Telefonico, che permette di avere un interprete sempre a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

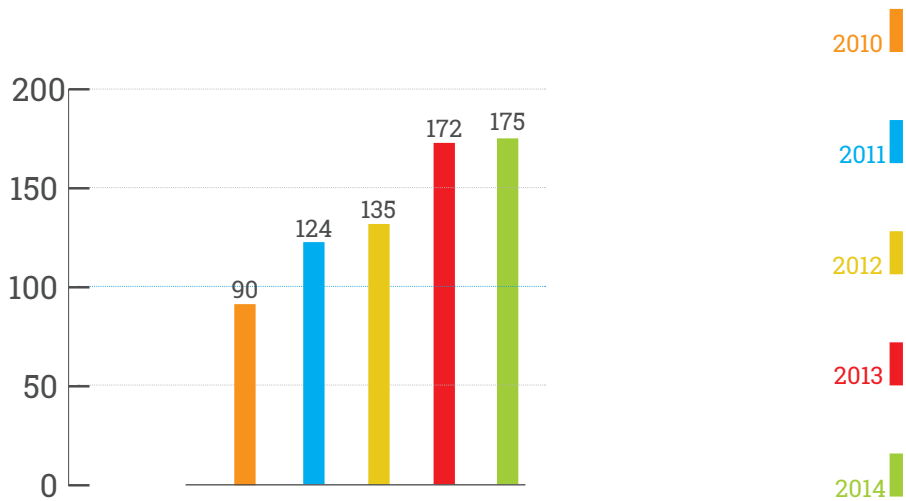
Il servizio assicura l'immediata informazione in lingua per ottenere la consapevolezza della comprensione della persona straniera sugli interventi clinico-assistenziali da attuare.

In questi cinque anni il servizio è stato utilizzato per 696 contatti, di cui 175 nel 2014.

Le lingue più richieste nel 2014 sono state: arabo (18), inglese (16), albanese (14), cinese e tedesco (13).

Sono state richieste 36 lingue straniere, alcune particolari come tigrino, wolof, urdu, georgiano.

Le strutture che più frequentemente hanno utilizzato il servizio sono state: Pronto Soccorso (61), Degenza Breve (9), Neonatologia e Cardiologia (8), Malattie Infettive (7).





Un anno di attività

- 2.1 Assistenza Sanitaria
- 2.2 Le performance
- 2.3 I risultati
- 2.4 Ascolto e soddisfazione

Un tasso di occupazione posti letto maggiore del 100% significa che sistematicamente vengono aggiunti posti letto, rispetto a quelli ufficialmente in dotazione già occupati, al fine di garantire i ricoveri necessari e indifferibili.

2.1

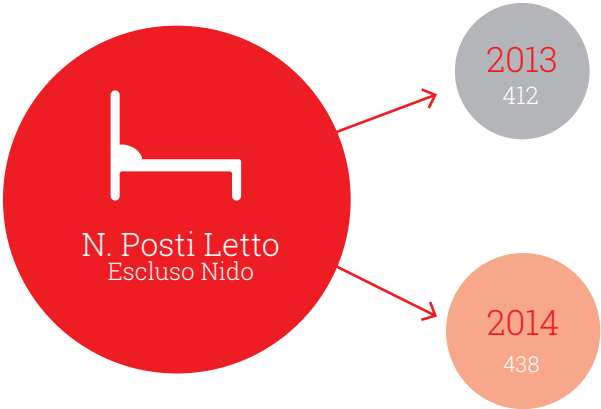
Assistenza sanitaria

La contrazione dei casi trattati in regime ordinario nel 2014 rispetto all'anno precedente deriva sia dalle azioni di appropriatezza poste in essere negli anni dall'Ente, finalizzate alla ricerca del setting assistenziale più adeguato - come nel caso della day surgery che ha gestito in un regime a basso impatto per l'utenza un numero sensibilmente più alto di pazienti rispetto all'anno precedente – sia da fattori di contesto quali l'afflusso di pazienti al Pronto Soccorso:

Indicatori di attività sanitaria



Degenza effettiva/posti letto x 365, escluso nido*



* L'indicatore tiene conto delle giornate di degenza effettivamente coperte rispetto a quelle teoricamente possibili che in un anno corrispondono al numero di posti letto per 365 giorni.

tale afflusso ha visto nel 2014 una riduzione in termini numerici ma è stato caratterizzato da una composizione dei codici triage in entrata più complessa rispetto all'anno precedente, con la conseguente necessità di una risposta assistenziale più articolata da parte delle strutture cliniche nonché di interventi organizzativi finalizzati alle migliori modalità di occupazione dei posti letto.

Il fenomeno viene molto ben sintetizzato nel fatto che il 55,40% dei pazienti dimessi nel 2014 in regime ordinario proviene dal Pronto Soccorso, percentuale consolidata peraltro negli ultimi anni e rappresentata tipicamente da pazienti anziani fragili e caratterizzati da comorbidità, che spesso si traducono in un allungamento della degenza e in un ridotto turn over dei posti letto.

Attività di ricovero

	2013	2014	Scostamento 2014/2013
Attività di ricovero ordinario	16.226	15.033	-7,4%
Attività di Day Hospital	4.594	4.377	-4,7%
Attività di Day Surgery	3.033	3.603	9,4%
drg 384 trasferito in regime ambulatoriale del 1/1/2015	914	714	
Totale attività	24.767	23.727	-2,5%

Pronto Soccorso

	2013	2014	Scostamento 2014/2013
Codice bianco	4.438	4.104	-7,5%
Codice verde	33.014	31.407	-4,9%
Codice giallo	12.219	12.362	1,2%
Codice rosso	1.795	2.262	26,0%
Accessi totali al Pronto Soccorso	51.478	50.143	-2,6%
Inappropriatezza accessi (cod.bianchi)	8.6%	8,2%	-5,1%
N. Accessi seguiti da ricovero	9.499	8.799	-7,4%
N. Abbandoni	2.399	2.068	-13,8%

Le prestazioni ambulatoriali per esterni sono diminuite nel 2014 del 4,2% rispetto al 2013: tale contrazione è riconducibile ad interventi di revisione delle attività a livello regionale, ai lavori straordinari effettuati per dotare l’Ente di

una nuova risonanza magnetica, inaugurata il 31 ottobre, nonché ai sempre più frequenti atteggiamenti di rinuncia alle prestazioni sanitarie a pagamento da parte dei cittadini.

Attività ambulatoriale

	2013	2014	Scostamento 2014/2013
Attività ambulatoriale per esterni	1.713.356	1.641.189	-4,2%
Attività ambulatoriale per interni	1.210.365	1.203.306	-0,6%
Totale attività	2.923.721	2.844.495	-2,7%

Anche a causa dell’aumento della domanda assistenziale verso gli ospedali sede di DEA per patologie complesse e/o con patologie concomitanti e della difficoltà a dimettere pazienti con patologie cronico-degenerative o particolari bisogni assistenziali, rispetto al 2013 si è registrato un incremento della degenza media dei ricoveri ordinari con aumento del peso medio.



Performance attività di ricovero

	2013		2014	
	Galliera	Benchmark regionale	Galliera	Benchmark regionale
Degenza media (giorni)	8,41	8,44	8,94	8,54
Peso medio DRG	1,41	1,20	1,23	1,21
Case mix	0,95	-	1,02	-

Il Galliera definisce la propria eccellenza come la capacità di rispondere in modo adeguato ad un bisogno indipendentemente dalla complessità dello stesso.



Forte di questo principio l’Ente ha costantemente perseguito la ricerca dell’eccellenza attraverso sia il miglior utilizzo delle risorse (efficienza), sia il raggiungimento dell’esito clinico appropriato (efficacia). Per fare ciò oltre ad avviare un sistema di valutazione delle performance delle strutture che nel 2014 si può dire consolidato, è stato sperimentato per il primo anno un sistema innovativo di valutazione delle performance per ogni singolo professionista.

2.2 Le performance

Il Piano Strategico rappresenta il documento programmatico che disegna lo sviluppo dell’attività dell’Ente nell’arco di un triennio, viene approvato dal Consiglio di Amministrazione quale utile strumento per definire gli obiettivi di medio termine e le azioni ad essi correlati. Il documento che ne deriva, il Piano triennale delle performance, definisce in modo puntuale gli obiettivi da raggiungere nel periodo di valenza del Piano Strategico.

Annualmente la Direzione, una volta individuati e determinati le linee guida e gli obiettivi aziendali, provvede alla negoziazione del budget annuale per le singole articolazioni organizzative definendo per ciascuna obiettivi economici e

qualitativi in coerenza con il Piano strategico dell’Ente e le disposizioni nazionali e regionali. Periodicamente al termine di ciascun esercizio annuale la Direzione valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura, redigendo il “Documento consuntivo di budget “ con la “Relazione sulla performace “che chiude il processo di budget.

Il consiglio di Amministrazione valuta il raggiungimento da parte dell’Alta Direzione (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo) degli obiettivi annualmente assegnati in coerenza con il Piano strategico dell’Ente e le disposizioni nazionali e regionali.

Valutazione delle performance

Con deliberazione n. 15 del 27 Giugno 2014 del Consiglio di Amministrazione, è stato adottato dall’Ente il “Programma di monitoraggio annuale del piano strategico 2014-2016: Piano delle Performance Triennale”, che coinvolge il 100% dei dipendenti, sulla base del quale sono stati adottati gli obiettivi di budget 2014, approvati con deliberazione n. 6 del 4 aprile 2014, avente ad oggetto: “Piano annuale delle Performance: Budget 2014”.

Il piano aziendale delle performance così come gli obiettivi di budget per ogni singola struttura rappresentano la conclusione concertata di un articolato percorso comunicativo di condivisione tra tutte le componenti dell’Ente.

Con questo metodo viene elaborato a consuntivo il documento che evidenzia i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse assegnate, e su questa base viene fondata la metodologia aziendale di attribuzione della retribuzione accessoria incentivante del personale

(retribuzione di risultato per il personale della Dirigenza e produttività collettiva per il personale del Comparto).

In merito alla valutazione, si è proceduto nel 2014, per l’area del Comparto, a perfezionare la cosiddetta valutazione dal basso consistente nella integrazione del percorso valutativo, tra gli altri dipendenti, dei coordinatori amministrativi e sanitari mediante l’introduzione di una apposita scheda, condivisa con le Organizzazioni sindacali che contempla la valutazione annuale dell’operato dei coordinatori sulla base di definiti criteri di carattere generale.

Inoltre nell’Area della Dirigenza è stata elaborata un’ipotesi di integrazione e modifica dell’attuale regolamentazione mediante l’individuazione, sperimentazione e successiva introduzione di uno o più indicatori individuali di performance tecnico-professionale destinati a rilevare l’apporto del singolo professionista nel conseguimento degli obiettivi.

2.3

I risultati

Per misurare le performance è necessario conoscere un valore di riferimento (standard) rispetto al quale confrontarsi: nel 2014 gli standard di riferimento utilizzati per la valutazione delle performance, sono stati quelli proposti da MeS (Laboratorio Management e Sanità), PNE (Programma Nazionale Esiti) e N.I.San (Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard) rispettivamente per gli ambiti di propria competenza. Attraverso la lettura degli indicatori di performance è possibile misurare le fasi salienti del percorso assistenziale in funzione dei risultati di salute attesi e ottenuti e dei processi attivati a livello clinico-organizzativo per garantire un utilizzo ottimale delle risorse.



Risultati di budget 2014

Strutture/servizi	= 100%	tra 90% e 99%	tra 80% e 89%	tra 70% e 79%	Minore di 70%	Totale
Area sanitaria	10	17	20	6	2	55
Area amministartiva	0	11	2	7	0	20
Totale	10	28	22	13	2	75
Percentuale	13,33%	37,33%	29,33%	17,33%	2,66%	100,00%

Tabella riassuntiva indicatori

				Obiettivo	Risultato
Efficienza di attività di ricovero	Governo della domanda	1	Riduzione del 20% dei ricoveri totali "impropri" da PS rispetto all'anno precedente (al netto dei ricoverati in degenza breve)	138	114
		2	Ricoveri presso reparti chirurgici da Pronto Soccorso che esitano in DRG medici	MES ottimo <15%	14,9%
		3	Ottimizzazione dell'uso dell'ospedale, mediante il contenimento entro le soglie previste dalla Regione dei ricoveri in regime ordinario dei DRG a rischio di inappropriatezza (cosiddetti DRG LEA Patto della salute) al netto dei ricoveri da PS, per casistiche annue superiori a 10 casi per singolo DRG	Max 130	128
		4	Contenimento "fughe" con l'incremento del 10% dei casi relativi a DRG sentinella ortopedici	174	197
	Appropriatezza organizzativa	5	Degenza massima preoperatoria per gli interventi elezione	<1g	0,92
		6	Ottimizzazione dell'uso del day hospital medico con finalità diagnostiche	<10%	9,6%
	Appropriatezza clinica chirurgica	7	Riconversione in day surgery colecistectomie laparoscopiche di elezione	>80%	97%
		8	% colecistectomie laparoscopiche (programmate) effettuate in day surgery o in ricovero ordinario di 0-1 g	>19%	60% <i>Valore 2013: 12%</i>
		9	% interventi programmati al colon in laparoscopia rispetto alla media regionale	>54,88% <i>dato 2013</i>	61,3%
		10	% interventi programmati al retto in laparoscopia in linea con benchmark PNE	>60% <i>dato Galliera 2013</i>	65,5%
		11	% prostatectomie transuretrali (TURP) su totali in linea con benchmark regionale/nazionale	MES ottimo >95%	96,2%
Appropriatezza erogazione farmacologica		12	Incremento della dispensazione diretta dei farmaci rispetto al valore 2013 (n.erogazioni)	>37.047	41.313
Qualità dell'assistenza	13	Individuazione e monitoraggio con outcome research di almeno un DRG da monitorare per struttura		Progetto avviato	
	14	Riduzione/mantenimento della percentuale di dimissioni volontarie in linea con benchmark regionale/nazionale	<1,27 <i>valore 2013</i>	0,9	
	15	% pazienti con codice triage PS giallo presi in carico entro 30 minuti in linea con il benchmark regionale/nazionale	MES buono tra 80% e 90%	80%	

Appropriatezza ricoveri da Pronto Soccorso

I ricoveri da Pronto Soccorso rappresentano la percentuale maggiore dei ricoveri effettuati in Ospedale e la quasi totalità di quelli in area medica.
È pertanto fondamentale che vengano ricoverati in urgenza dal Pronto Soccorso solo i pazienti per i quali sia necessario e indifferibile il ricovero onde evitare di rendere non disponibili i posti letto per i pazienti in lista di attesa per ricovero programmato.

a) rapporto accessi/ricoveri
(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 1)

Il Pronto Soccorso del Galliera ha un rapporto tra accessi e ricoveri più basso della media dei tre Dipartimenti di Emergenza e Accettazione dell'area metropolitana e tale risultato è da correlarsi alla selezione ottimale dei casi ovvero all'appropriatezza dei ricoveri il cui livello viene costantemente monitorato grazie all'utilizzo di appositi strumenti di controllo e verifica utilizzati in via sperimentale a partire dal 2013.

La riduzione del rapporto tra accessi e ricoveri assume maggiore rilevanza se si considera che la riduzione progressiva del numero degli accessi è da correlarsi esclusivamente ai codici bianchi e verdi.

a) Accessi/Ricoveri Pronto Soccorso Galliera

Anno	Accessi	Ricoveri	Accessi/Ricoveri
2012	53.058	9.938	18,70%
2013	51.478	9.499	18,50%
2014	50.143	8.799	17,50%

DEA Area metropolitana

Anno	Accessi	Ricoveri	Accessi/Ricoveri
2014	173.664	36.467	21,00%

Sono compresi ricoveri effettuati presso SPDC (circa 400 casi)

b) % pazienti con codice triage PS giallo presi in carico entro 30 minuti in linea con il benchmark regionale/nazionale
(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 15)

Nonostante le ripetute condizioni di iperafflusso verificatesi durante l'anno anche con riferimento alla gravità dei pazienti (codici gialli e rossi), il Galliera ha comunque garantito dei buoni risultati relativamente alla presa in carico dei pazienti con codice giallo entro 30 minuti, mantenendo i buoni livelli di performance già conseguiti negli anni precedenti.

Appropriatezza ricoveri in area medica

La riduzione del volume dei ricoveri ordinari in area medica nel 2014 vs 2013 è la conseguenza del calo del numero dei ricoveri provenienti da PS. Il maggior livello di appropriatezza dei ricoveri urgenti ha comportato, inoltre, un aumento del peso medio nonché della degenza media dei ricoveri (indicatori che evidenziano una maggiore complessità clinica dei pazienti ricoverati).

a) % ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostica

(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 6)

Il risultato conseguito nel 2014 è stato del 9,6%. Il livello di appropriatezza organizzativa complessivo è da ritenersi pertanto ottimo sulla base della scala di valutazione dell'indicatore del MeS C14.2 (ottimo = <10%).

Appropriatezza ricoveri in area chirurgica

a) ricoveri da PS in area chirurgica che esitano in DRG medici

(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 2)

La percentuale di ricoveri ordinari, relativi a DRG medici, dimessi da reparti chirurgici è pari a 14.9%. Il livello di appropriatezza organizzativa complessivo è da ritenersi ottimo sulla base della scala di valutazione dell'indicatore del MeSC4.1.1 (ottimo= <15%) e del valore obiettivo indicato dalla Regione per il Galliera (16%), tenuto conto che in Liguria la % di ricoveri medici in reparti chirurgici è del 18,3%;

b) trasferimento in regime ambulatoriale di ricoveri di day hospital/ day surgery

riconversione delle attività assistenziali (day surgery, day hospital) verso il regime ambulatoriale in conformità alla indicazioni regionali (DGR 1222/11); tutte le attività assistenziali (comprehensive degli ex PAC), previste dalla normativa regionale, risultano riconvertite in ambulatoriale entro il limite delle soglie indicate;

c) degenza preoperatoria

(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 5)

la durata della degenza preoperatoria per gli interventi di elezione è scesa nel 2014 sotto il valore di 1 (vedi tabella successiva) in linea con valore obiettivo indicato dalla Regione con riferimento all'indicatore C3 del MeS.

c) Degenza media preoperatoria

Anno	Degenza media preoperatoria
2012	1,73
2013	1,16
2014	0,92

Ricoveri ordinari >1 giorno esclusi urgenti

La riduzione della degenza preoperatoria al di sotto di 1 giorno è un indicatore diretto degli effetti positivi della riorganizzazione dei livelli e delle strutture degenziali messa in atto nel 2014

d) % colecistectomie laparoscopiche (programmate) effettuate in day surgery o in ricovero ordinario di 0-1 giorno

(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 8)

L'obiettivo posto dalla Regione era di raggiungere almeno il 19% (con riferimento al 12% circa rilevato nel 2013): la percentuale conseguita nel 2014 è stata pari al 60% (contro una media regionale 40,9%). Il notevole risultato in termini percentuali è un ulteriore indicatore che attesta gli effetti positivi della riorganizzazione messa in atto nel 2014.

e) % interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni

È un indicatore di qualità assistenziale il cui valore obiettivo indicato dal Ministero della Salute è >= 70%. La percentuale riportata dalla Chirurgia generale è salita dal 75% nel 2013 al 82,8% del 2014.

f) > % colecistectomie laparoscopiche (totali)

la percentuale di interventi di colecistectomia in chirurgia laparoscopica è stata pari al 91,1% compresi i casi urgenti (97% dei casi di elezione).

g) Interventi programmati al colon/retto in laparoscopia

(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 9)

Nel 2013 erano stati effettuati 167 interventi (resezioni) su colon-retto di cui 83 in laparoscopia corrispondenti al 49,7% contro un valore medio della Liguria 54,88% (fonte MeS 2013). Nel 2014 la percentuale di interventi in laparoscopia è salita al 61,3%. Non è ancora disponibile il dato ufficiale MeS 2014 relativo all'indicatore C5.10. Tuttavia l'obiettivo (superare il valore regionale) risulta pertanto essere stato ampiamente raggiunto.

h) Interventi programmati al retto in laparoscopia

(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 10)

La percentuale degli interventi di resezione al retto effettuati in laparoscopia è stato incrementato nel 2014 (65,5% versus 60% del 2013) in linea con benchmark PNE.

i) % prostatectomie transuretrali (TURP)

(vedi tabella riassuntiva indicatori - punto 11)

La % di TURP è ulteriormente aumentata nel 2014 rispetto all'anno precedente (96,2%) raggiungendo la valutazione ottima secondo l'indicatore del MeS C5.3 (ottimo > 95%).

Conclusioni

In sintesi, appare evidente che i risultati attesi in ambito di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza, nelle sue diverse articolazioni, sono stati raggiunti considerando che, ancora nel corso del 2014, sono state messe in atto ulteriori modificazioni nell'ambito delle Strutture, sia dal punto di vista logistico che organizzativo le cui risultanze operativo-gestionali sono attese con maggiore completezza nel corso del 2015.

Legenda

Appropriatezza

indica la misura di quanto un intervento diagnostico o terapeutico sia adeguato rispetto ai problemi di salute attuali del paziente. Un intervento sanitario risulta infatti appropriato se nel momento e nel contesto in cui viene erogato risponde il più possibile a criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.

Benchmark o standard di riferimento

Benchmarking è un'espressione derivata dal gergo economico-aziendale. L'idea è quella di parametrare le performance di un'azienda o di una struttura rispetto a quella di altre aziende o strutture, prese come punti di riferimento. A tal fine i dati di attività vengono aggregati ed analizzati attraverso specifici indicatori di performance. Affinché l'indicatore diventi un'informazione utile (cioè possa modificare le decisioni), deve essere correlato ad un valore soglia o standard (il benchmark), ossia ad un valore di riferimento tale che, se il valore osservato nella realtà è più alto (o più basso), ne possa derivare un'azione correttiva. I benchmark esterni di riferimento utilizzati dall'Ente fanno riferimento al MeS (cosiddetti "bersagli") adottati ufficialmente da Regione Liguria (DGR 1408/13 e DGR 878 del 11/07/14), al programma PNE-Agenas del Ministero della Salute e al NISAN (Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard).

Case-mix (indice)

Il case-mix costituisce l'espressione sintetica del livello di complessità assistenziale dei casi trattati sulla base dei pesi DRG. Valori superiori a 1 indicano una complessità media dei casi maggiore di quella osservata nella popolazione di riferimento (es.: Regione).

Efficacia

L'efficacia di un servizio sanitario consiste nel "fare le cose giuste alle persone giuste"; si differenzia dall'efficienza in quanto quest'ultima esprime il concetto di "fare le cose bene" ma non necessariamente le cose giuste.

Efficienza

Capacità di erogare assistenza con il minor impiego possibile di risorse a parità di benefici raggiunti e di sicurezza per il paziente.

Equità (di accesso):

Riguarda l'accessibilità dei servizi e la loro capacità di evitare discriminazioni, sia in riferimento ai costi di accesso, sia alle modalità di erogazione. Un sistema sanitario equo e solidale dovrebbe garantire i servizi essenziali a tutti i cittadini, indipendentemente da età, genere, razza, religione, residenza, grado d'istruzione, livello socio-economico.

Indicatore

È una variabile (un dato) ad alto contenuto informativo che consente una valutazione sintetica di fenomeni complessi e fornisce gli elementi necessari ad orientare le decisioni (un dato diventa un'informazione solo quando è utilizzabile per orientare le decisioni).

Peso (medio relativo) drg

Il peso di un DRG (singolo episodio di ricovero) rappresenta il grado di impegno relativo (in termini di costi e di impegno clinico) di ciascun DRG rispetto al costo medio standard calcolato su tutti i ricoveri a livello nazionale

Soddisfazione (responsivness)

Definisce in che misura il servizio risponde alle aspettative dell'utenza. Si riferisce alla qualità percepita dal cittadino, la cui soddisfazione rappresenta l'esito di un contesto organizzativo improntato all'umanizzazione dei rapporti e alla personalizzazione dei servizi;

Costi standard - il N.I.San.

L'Ente è da anni impegnato all'interno del N.I.San. nell'elaborazione dei costi standard, il cui utilizzo nel processo di budget è una realtà consolidata.

Fondato nel 2009 da E.O. Ospedali Galliera, Provincia Autonoma di Bolzano, Azienda Ussl 18 di Rovigo, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di S.Giovanni Rotondo, il N.I.San. è l'unico network italiano che elabora su scala nazionale i costi standard per i ricoveri secondo una metodologia stabilita a livello

internazionale. Per dimensione è la terza banca dati più importante in Europa tra quelle che rispettano i dettami dell'HPC, preceduta solo da Gran Bretagna e Germania. Ad oggi annovera oltre venti componenti i quali gestiscono in condivisione i risultati relativi all'elaborazione dei costi standard delle attività sanitarie svolte da ciascuno, secondo uno strumento tecnico omogeneo di elaborazione dei costi (CSO, Controllo Strategico Ospedaliero).

Attraverso questo strumento l'Ente è in grado di conoscere nel dettaglio il costo di ogni singolo episodio di ricovero dal momento dell'ingresso del paziente in ospedale fino alla dimissione, con la possibilità di confrontarsi con i costi standard determinati dal N.I.San. per svolgere analisi, valutazioni e intraprendere le più opportune scelte in merito al miglior utilizzo delle risorse disponibili.





L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, nel corso del 2014, ha garantito ascolto ed informazioni ai cittadini sui diritti e sui percorsi ed ha continuato a perseguire l'obiettivo principale di facilitare l'accesso ai servizi per soddisfare la domanda di informazione su come muoversi per risolvere un determinato problema, soddisfare una richiesta, affrontare uno specifico percorso di salute.

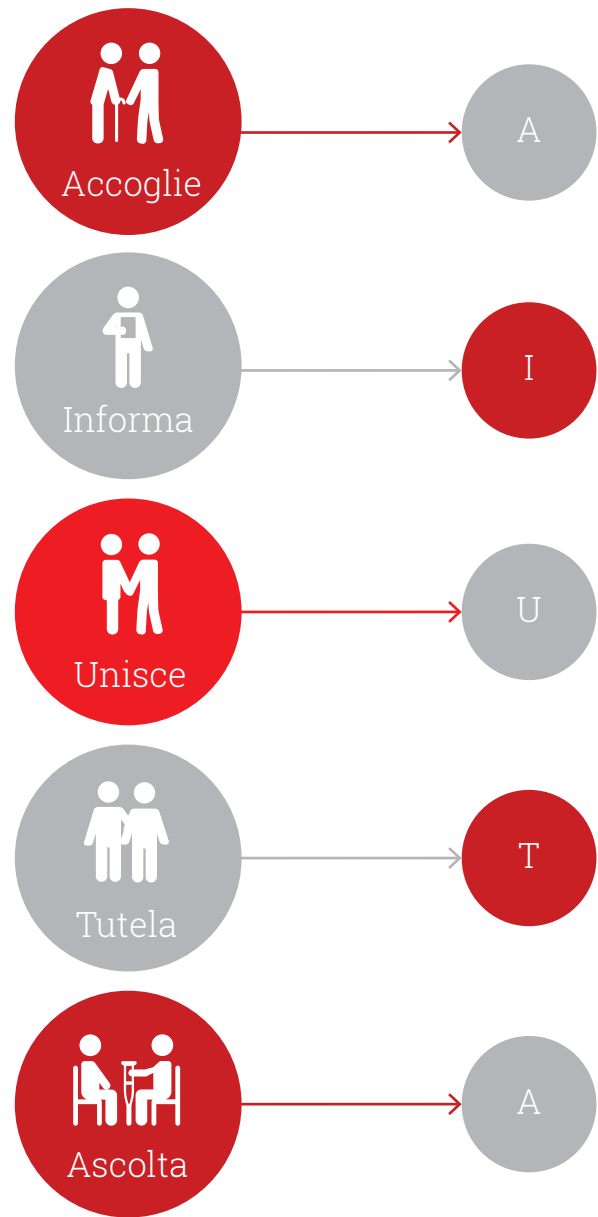
È proseguita anche la gestione dei reclami, elogi, suggerimenti e rilievi, dalla quale annualmente scaturisce una statistica che fa parte degli indicatori che permettono di orientare le azioni di miglioramento delle strutture e le strategie al fine di ottimizzare i servizi.

2.4

Ascolto e soddisfazione

48 interventi di miglioramento con il coinvolgimento di 19 strutture e 1 associazione di tutela.

L'ufficio Relazioni con il Pubblico essenzialmente AIUTA il cittadino



Accoglie il cittadino fornendo indicazioni su "come-dove-quando" ottenere un servizio, su come risolvere un problema, a chi deve rivolgersi.

Informa il cittadino nell'utilizzo dei servizi offerti dall'azienda, collaborando con la S.C. Qualità e comunicazione, riguardo ai servizi ed alle iniziative, i progetti e le novità.

Unisce il cittadino agli Operatori favorendo la partecipazione dei rappresentanti dei cittadini alla vita dell'Ospedale, proponendo iniziative e collaborando nella realizzazione di progetti specifici, anche attraverso il Comitato Misto Consultivo.

Tutela i diritti di salute dei cittadini; è compito dell'URP accogliere segnalazioni di problemi, disagi, disservizi o inadempienze, encomi, che il cittadino ha riscontrato nei suoi rapporti con i servizi sanitari.

Ascolta i bisogni e il livello di soddisfazione delle persone effettuando periodicamente sondaggi d'opinione, con la collaborazione della Associazioni di Volontariato e Tutela, facendosi promotore del miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate dall'azienda.

Nel corso del 2014 è stata attivata sistematicamente la funzione di mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie in modo da prevenire e limitare il contenzioso ristabilendo la relazione di fiducia tra gli utenti e gli operatori sanitari coinvolti nel conflitto per ricostituire un rapporto tra utente e struttura sanitaria: gli incontri tra gli operatori sanitari e i cittadini e loro famigliari sono stati 10.

Nel 2014 per ogni tipo di contatto (reclamo, informazione, encomio) la prevalenza delle persone che si è rivolta all'URP è stata di sesso femminile, cittadinanza italiana, ha interagito in forma diretta tramite contatto con l'operatore. La fascia d'età più rappresentata tra le persone che chiedono informazioni o presentano un reclamo, è stata quella tra i 41 e 65 anni mentre per gli elogi risultano ringraziare maggiormente le persone tra i 66 e 80 anni. Nell'anno 2014 il numero di persone straniere che si sono rivolte all'Ufficio relazioni con il pubblico è diminuito, con un totale di 34 persone (98 nel 2013).

Reclami ed Encomi

Il reclamo è "qualunque espressione di insoddisfazione che richieda una risposta". È utopistico immaginare un'organizzazione pubblica esente da critiche perciò i reclami, opportunamente raccolti ed analizzati, costituiscono una risorsa di grande valore per l'Ente, poichè permettono di impostare delle azioni di miglioramento della qualità tenendo conto del significato del valore per gli utenti.

Reclami

Classificazione	2013	2014
Aspetti relazionali	33	39
Aspetti organizzativi e burocratici	18	20
Aspetti tecnico professionali	21	9
Tempi	16	16
Aspetti alberghieri e comfort	2	8
Aspetti economici	17	22
Aspetti informativi	12	19
Adeguamento normativa	0	0
Aspetti strutturali	1	0
Altro	1	0
Totale	121	133

Encomi

2013	2014
472	549

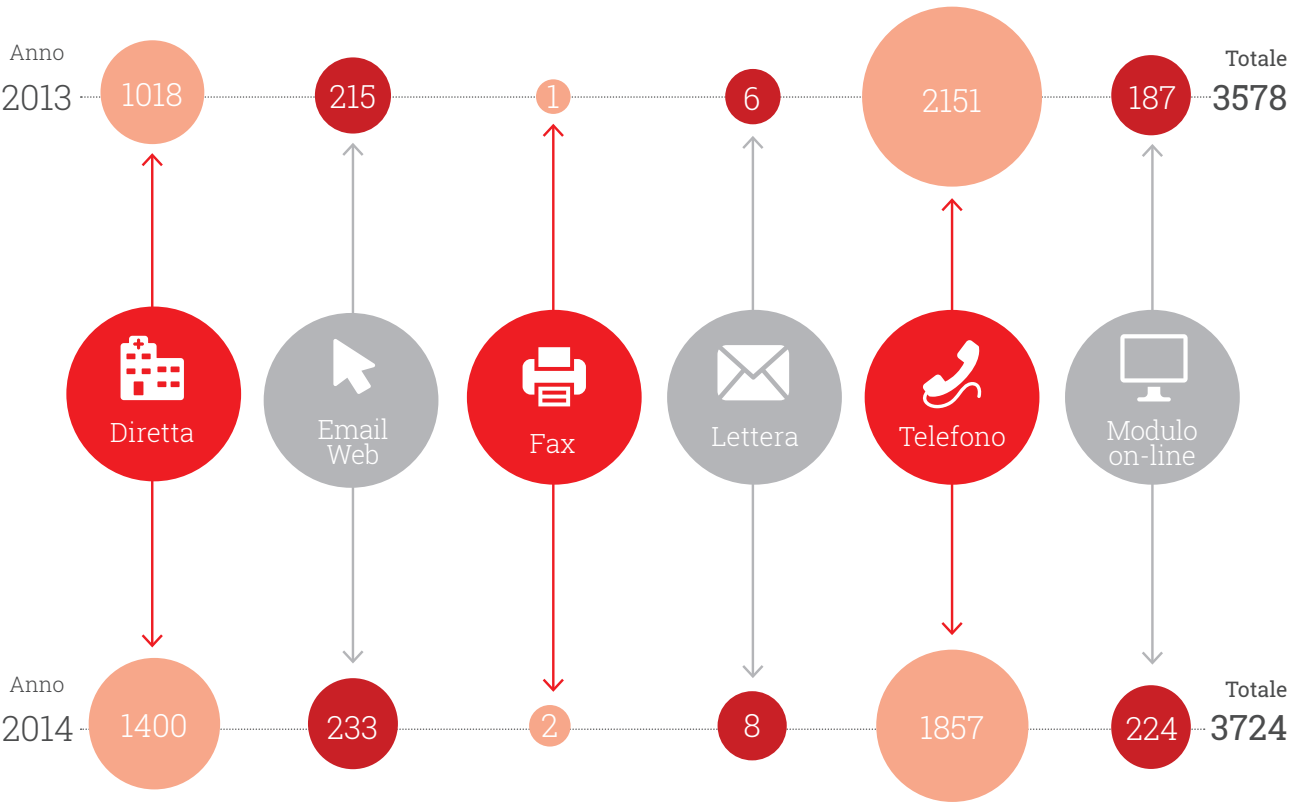
L'encomio è invece l'esposizione, da parte del cittadino utente di fatti che, a parere del proponente, hanno corrisposto alle migliori aspettative possibili nella situazione contingente.

Informazioni

Rispetto al 2013 le informazioni fornite dall'URP sono aumentate del 3%, è interessante notare come rispetto all'utilizzo del "modulo contatti" on-line da parte degli utenti si registri un incremento del 19.8%.

Inoltre sono state gestite 107 informazioni "evolute", cioè informazioni per le quali sono state necessarie azioni di reperimento dati, consultazione diretta con operatori o tramite siti internet e, in alcuni casi, hanno previsto la risposta a firma del Direttore generale.

Modalità richiesta informazione



Qualità percepita

Il concetto di qualità percepita è di fatto ormai considerato uno degli aspetti di sistema nei processi di miglioramento e quindi indice della qualità aziendale.

La percezione è soggettiva e si misura in base alle aspettative e all'esperienza vissuta: questo rapporto (aspettativa/esperienza) genera il cosiddetto valore di maggiore (o minore) soddisfazione, dato mutevole a seconda del "momento" vissuto dalla persona, del suo stato d'animo, dell'eventuale sua precedente esperienza.

In ottica "paperless" e adeguandosi ai più recenti standard in materia, le indagini vengono svolte esclusivamente via telefono o web, limitando al massimo l'uso della carta; le indagini vengono realizzate da risorse interne, utilizzando un software gratuito.

Nel 2014 sono state svolte diverse indagini sulla qualità percepita, che hanno coinvolto sia i degenti, che i pazienti ambulatoriali ed infine una parte dei dipendenti.

Per i pazienti (degenti e ambulatoriali) sono stati predisposte interviste al fine di indagare

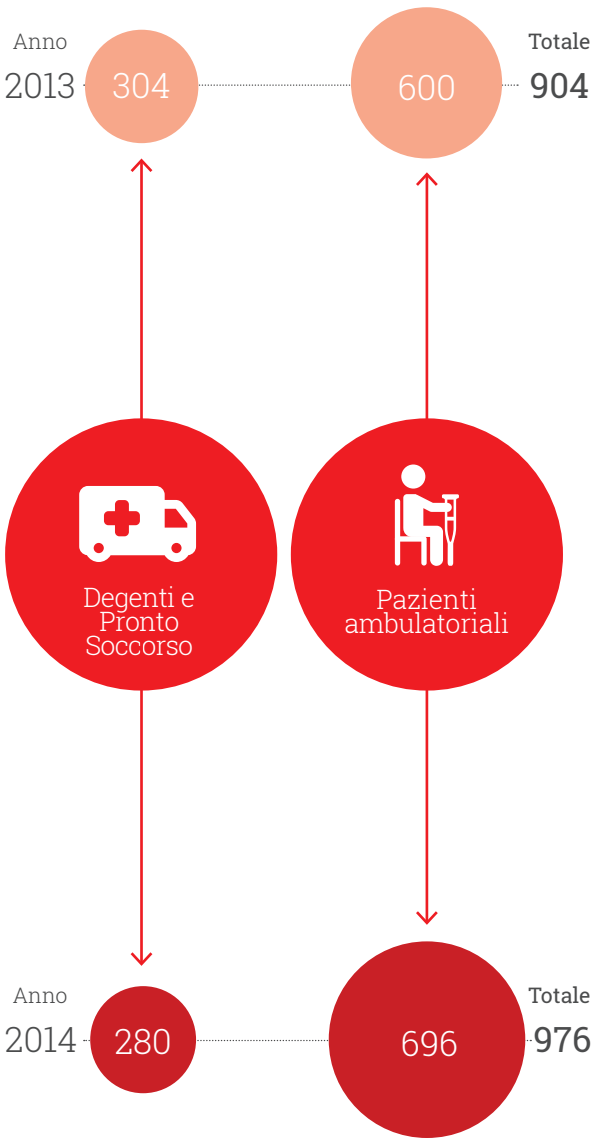
- l'accessibilità al servizio
- l'informazione
- i tempi d'attesa
- la relazione con il paziente
- l'iter burocratico
- la privacy
- il comfort
- la conoscenza della Carta dei Servizi
- la fruibilità del sito aziendale
- il servizio reso dall'URP
- l'utilizzo della rete wi-fi per i pazienti e i visitatori.

Dal 2009, progressivamente, l'Ospedale ha adottato il modello degenziale per "intensità di cura", suddividendo il percorso di degenza in livelli: il paziente riceve ciò di cui ha bisogno nel reparto più adatto per fornirglielo.

L'indagine effettuata nei reparti di degenza ha mirato a comprendere la percezione di "livello di cura" ricevuto, con particolare riferimento al medico tutor e all'infermiere di processo.

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale e diagnostica si è indagata l'attenzione al paziente in termini di accoglienza, informazioni prima, durante e dopo la prestazione sanitaria richiesta, il rilascio della documentazione clinica di supporto, oltre a comfort e adeguatezza delle zone di attesa. In alcune strutture (Laboratorio di Istocompatibilità, Anatomia Patologica, Immunoematologia e Trasfusionale, Laboratorio di Genetica Umana, Ematologia - Microcitemia) si è reso necessario adeguare le interviste alla peculiarità dei singoli percorsi diagnostici.

Qualità percepita
Ambito dell'indagine



Tipologie di intervistati





Risultati

Accoglienza

- accoglienza all'arrivo nelle strutture
degenziali e diagnostico ambulatoriali: 89%.

Tempo d'attesa

- tempo d'attesa per avere il posto letto
per il 76% entro i 30 minuti;
- prestazioni ambulatoriali o diagnostiche
eseguite entro 30 minuti nel 94% dei casi.

Relazione e comunicazione con il personale

- pazienti pienamente soddisfatti
della relazione con il personale
infermieristico: 81%;
- pazienti pienamente soddisfatti
della relazione con il personale medico: 87%.

Informazioni

- pazienti che hanno ricevuto informazioni
chiare e complete: 83%.

Privacy

- pazienti ricoverati con completo rispetto
della privacy: 91%;
- pazienti con accesso ambulatoriale
con pieno rispetto della privacy: 97%;
- n° reclami documentati e fondati relativi a
violazioni della privacy: 3 (aspetti alberghieri
e comfort).
- non sono stati registrati reclami per furto o
perdita di dati dei cittadini.

Trasparenza

Il Galliera ha intrapreso un percorso finalizzato alla crescita della cultura della legalità e della trasparenza mediante l'istituzione nel proprio sito internet www.galliera.it di una specifica sezione denominata "Amministrazione Trasparente" al cui interno sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti pubblicati ai sensi del decreto legislativo n.33/2013 consultabili liberamente da chiunque ne abbia interesse.

Per rendere effettivo l'esercizio del diritto di Accesso Civico è stato attivato l'apposito link

nell'ambito della sezione Amministrazione trasparente al cui interno sono contenute tutte le informazioni necessarie, un facsimile dell'istanza di accesso e i correlati riferimenti telefonici ed indirizzi di posta elettronica per l'invio della richiesta. Al fine di agevolare le comunicazioni con il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è stato attivato e pubblicato nella sopracitata sezione del sito internet dell'Ente un indirizzo mail dedicato anticorruzione@galliera.it





Miglioramento

3.1 La sicurezza del paziente

3.2 Sistema qualità

3.3 Ricerca

3.1

La sicurezza del paziente

Gestione del rischio clinico

L'Ente vuole essere un luogo sicuro per i pazienti perciò pone in atto, attraverso il Sistema di Gestione del Rischio aziendale, diverse iniziative al fine di ridurre i rischi per il paziente , ritenendo la sicurezza fattore determinante della qualità delle cure. La Direzione Sanitaria promuove costantemente e gli operatori pongono in essere, azioni volte a prevenire il manifestarsi di eventi potenzialmente dannosi per i pazienti e, al verificarsi di tali eventi, si attivano per minimizzare i danni e per evitare il ripetersi del problema. L'attività formativa rimane centrale nell'approccio a questo tema e nel 2014 è proseguita attraverso il corso di formazione aziendale "La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente", volto a formare il personale in merito alla conoscenza e all'utilizzo degli strumenti re-attivi e pro-attivi di analisi del rischio e delle azioni di miglioramento della pratica professionale.

Formati rischio clinico

Professione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Totale
Altri dirigenti*	2	11	7	8	1	8	6	8	51
Infermieri	3	48	45	38	37	37	44	79	359
Medici	29	31	16	15	37	19	21	33	201
Tecnici e a.p.**	12	31	35	28	22	29	34	32	223
Oss.***	0	0	0	0	16	2	3	20	41
Totale	74	121	103	89	113	95	108	172	875

* biologo, farmacista, fisico, psicologo, sociologo / ** altre professioni sanitarie / *** operatore socio-sanitario

Le attività più significative per la sicurezza del paziente - 2014:

- Redazione e implementazione della procedura per la corretta identificazione del paziente
- Introduzione della tecnica FMEA all'interno di un processo critico in tre strutture cliniche
- Revisione della procedura per l'Emergenza Intraospedaliera
- Redazione e implementazione della procedura per la prevenzione delle cadute del paziente ospedalizzato
- Azioni per la messa in sicurezza del trasporto del paziente critico
- Survey per la sicurezza presso alcune strutture chirurgiche e blocco operatorio



Si è ormai consolidato il sistema di segnalazione degli eventi avversi/quasi eventi (Incident Reporting) che ha dimostrato grande efficacia e ampia risposta presso il nostro Ente, consentendo di costruire una mappa del rischio aziendale per indirizzare e prioritizzare le attività di miglioramento e contenimento dei rischi.

Segnalazioni per tipo Evento

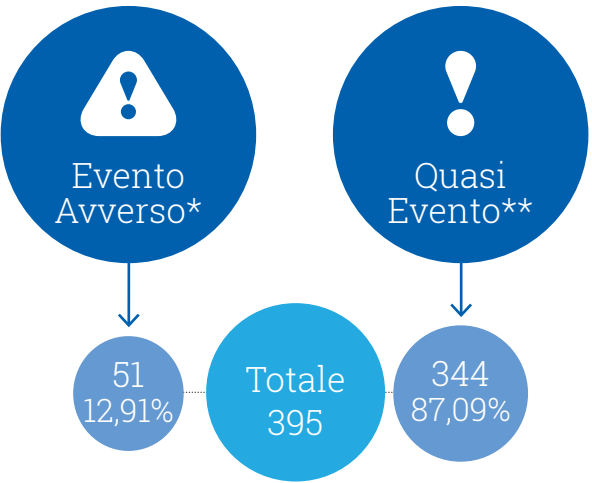
	2014	%
Procedura chirurgica	165	41,77%
Anagrafica identificazione paziente	33	8,35%
Procedura diagnostica	33	8,35%
Utilizzo dispositivi o apparecchiature	33	8,35%
Prestazione assistenziale	28	7,09%
Trasporto pazienti	20	5,06%
Identificazione paziente lato/sede	14	3,54%
Altro	13	3,29%
Identificazione materiale biologico	11	2,78%
Procedura informatica	11	2,78%
Trasporto materiale biologico	7	1,77%
Procedura trasfusione	5	1,27%
Utilizzo presidi	5	1,27%
Posizionamento paziente	3	0,76%
Distribuzione farmaco	3	0,76%
Distribuzione materiale di consumo	3	0,76%
Prescrizione/somministrazione farmaci	3	0,76%
Procedura terapeutica	3	0,76%
Non valutabili	2	0,51%
Totale	395	

Gli eventi maggiormente rappresentati o di particolare rilevanza sono stati presi in carico in modo strutturato, ed in seguito all'analisi delle cause profonde (R.C.A.) viene emesso il Rapporto di Evento Avverso (R.E.A.) contenente la pianificazione di adeguate azioni correttive.

Segnalazioni per Qualifica

	2014	%
Coordinatore	162	41,01%
Infermiere	126	31,90%
Medico	44	11,14%
Direttore	25	6,33%
Biologo	9	2,28%
Tecnico	9	2,28%
Altro	8	2,03%
Referente Q	3	0,76%
Totale	395	

Segnalazioni per Evento/Quasi evento



* Evento inatteso correlato al processo assistenziale, che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.
** Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso, che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Prevenzione e controllo infezioni ospedaliere

Dal 1986 è attivo presso l'Ente il Comitato per la Lotta alle Infezioni Ospedaliere (CIO), il quale definisce le strategie ed i programmi in tema di Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali, mentre le attività sono svolte dal Gruppo Operativo CIO (GOCIO) costituito da tre coordinatori infermieristici, un medico infettivologo, un microbiologo, un medico della Direzione Sanitaria e da un tecnico di laboratorio.

Gli ambiti funzionali prevedono:

- la sorveglianza epidemiologica;
- la prevenzione;
- la formazione rivolta agli Operatori Sanitari.

Il processo di sorveglianza epidemiologica ha contribuito ad incrementare l'interazione con le unità operative e ha reso disponibili dati epidemiologici relativi ai germi circolanti, in modo particolare dati relativi ai cosiddetti «alert organism», microrganismi multifarmaco resistenti (MDRO).
Numerosi studi hanno confermato che anche in Italia la diffusione di batteri multi resistenti agli antibiotici sta assumendo un ruolo rilevante tra i problemi di sanità pubblica per gravità delle infezioni e difficoltà di individuazione di farmaci efficaci.
In particolare l'Italia è il secondo Paese europeo dopo la Grecia, per prevalenza di infezioni invasive da Klebsiella pneumoniae multiresistente, livelli raggiunti rapidamente nell'arco dell'ultimo triennio, dimostrando un preoccupante trend in aumento.

L'importanza del fenomeno e la sua diffusione globale hanno dato luogo all'attivazione di numerosi sistemi di sorveglianza basati sulla raccolta di dati di laboratorio a livello nazionale, regionale o locale.

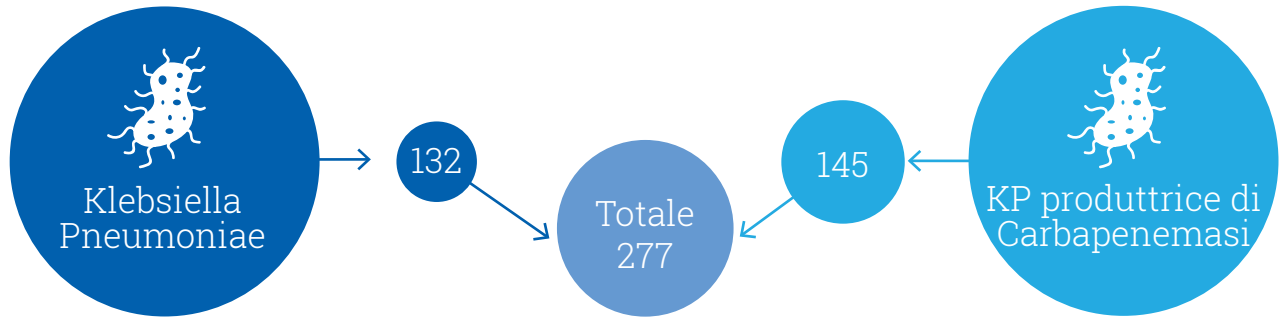
A seguito della Circolare del Ministero della Salute che invitava le Regioni a dotarsi di un sistema di sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) dal Giugno 2014, è stato formalizzato il documento regionale "Gestione di Enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie", recepito in seguito come delibera regionale vincolante. Come prevedeva già la Circolare ministeriale nel corso del 2014 il GOCIO ha attivato lo screening attraverso il tampone rettale di pazienti ricoverati

presso le strutture degenziali definite ad alto rischio, al fine di applicare sistematicamente misure preventive per prevenire e controllare la trasmissione di CPE tra i pazienti ricoverati. In collaborazione con il DISSAL Università di Genova nel trimestre Luglio-Settembre in modo sistematico sono stati tipizzati 32 ceppi di CPE in degenti ricoverati in diverse strutture dell'Ente. Presso l'Ente nel corso del 2014 sono stati isolati 277 ceppi di Klebsiella pneumoniae, di cui 132 Carbapenemici resistenti pari al 47%, dato in linea con la bibliografia di riferimento. Nel corso del 2014 il Gruppo Operativo CIO ha pianificato attività documentative e strategie organizzativo-preventive per poter gestire in modo efficace un eventuale caso sospetto di

Tamponi rettali

Mese 2014	P Cpe	N Cpe	Totale Row
Gennaio	3	19	22
Febbraio	0	18	18
Marzo	1	18	19
Aprile	3	30	33
Maggio	3	27	30
Giugno	1	26	27
Luglio	2	37	39
Agosto	2	24	26
Settembre	1	79	80
Ottobre	2	62	64
Novembre	1	46	47
Dicembre	4	43	47
Totale	23	429	452

Klebsiella Pneumoniae



paziente con Malattia da Virus Ebola (MVE) in fase di epidemia in Africa Occidentale. In seguito ad un'ampia e rigorosa ricerca bibliografica su fonti nazionali ed internazionali ed al recepimento delle normative Regionali e Ministeriali, la Direzione Sanitaria in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione, con il Servizio Infermieristico e con le SS.CC. Farmacia, Pronto Soccorso, Malattie Infettive e Laboratorio Analisi ha stabilito le strategie organizzative per la gestione di un eventuale caso sospetto di MVE presso il nostro Ente.

Le azioni principali sono state:

- Identificazione di un'unità di crisi, dei percorsi interni ed esterni;
- Individuazione e tipologia di protezione per gli operatori;
- Identificazione dei materiali e DPI necessari da fornire in dotazione;

Successivamente si è elaborata una procedura riguardante le modalità di indossamento e rimozione dei DPI da parte degli operatori sanitari coinvolti e il ricondizionamento ambientale. È stata infine pianificata la formazione dedicata al personale sanitario, attraverso un corso di informazione/formazione che ha coinvolto le Strutture dell'Ente potenzialmente coinvolte dal problema in particolare il Pronto Soccorso, il Laboratorio Analisi e le Malattie Infettive. Una prima formazione condotta da un Professionista con Certificazione NBCR è stata dedicata ad un gruppo di cinque addestratori che successivamente hanno addestrato circa 120 operatori sanitari potenzialmente coinvolti e ad oggi in grado di agire qualora il caso si presentasse.

Dopo un periodo in cui il governo del sistema era guidato solo da criteri di tipo gestionale-organizzativo, l'efficacia e l'appropriatezza stanno diventando i valori fondanti del servizio sanitario nazionale.

3.2

Sistema Qualità

Alla luce di ciò e della nuova organizzazione delle attività assistenziali "per intensità di cure" assumono un ruolo fondamentale le strategie dell'Ente riferite all'approccio per processi, alla gestione integrata dei percorsi di cura ed alla necessità di gestire la sicurezza dei pazienti e degli operatori attraverso l'applicazione degli appositi strumenti per la riduzione del rischio (risk management).

L'Ente intende perseguire la politica della qualità integrando gli strumenti cogenti e volontari rendendo possibile una completa gestione della qualità attraverso una visione unitaria del "sistema qualità aziendale" con obiettivi comuni ed un'unica gestione.

- Negli anni i vincitori del "Galliera Quality Awards" sono stati:
- 2009** "Misurare per conoscere"
Neonatologia: "Gestione del neonato a rischio di infezione early-onset"
 - 2010** "I percorsi di cura"
Chirurgia epatobiliopancreatica e SIET: "Un percorso snello per i pazienti obesi"
 - 2011** "Più valore per il paziente"
Direzione Sanitaria "Efficientamento del percorso del paziente dal PRC al BOC"
 - 2012** "La comunicazione e la relazione"
Malattie Infettive e ASV: "Monitoraggio e gestione dei pazienti affetti da HIV"
 - 2014** "Efficientiamo i processi"
Centrale di Sterilizzazione: "Ai ferri corti!"

Riconoscimenti



Il sistema di gestione integrato dell’Ente è un sistema composto da:

- Accreditamento Istituzionale;
- Gestione del Rischio Clinico;
- Sistema di gestione della qualità - SGQ - (ISO 9001);
- Sistema di gestione per la sicurezza e la salute dei lavoratori - SGSSL - (OHSAS 18001);
- Approccio LEAN.

La S.C. Qualità e comunicazione promuove all’interno dell’Ente le esperienze di miglioramento della qualità, attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori proprio con la finalità di far conosce-

re e quindi diffondere le best practice aziendali. In quest’ottica organizza il premio annuale Quality awards, che culmina con la giornata divulgativa e celebrativa dei progetti di qualità avviati all’interno dell’Ente: il premio consente ai gruppi di lavoro interni di presentare progetti concreti a tutto l’Ospedale ed all’esterno. In questo modo si offre un riconoscimento alle esperienze di miglioramento che vengono condotte nell’anno e si mettono in circolo proposte positive. Dal 2009 al 2014 sono stati presentati 108 progetti.

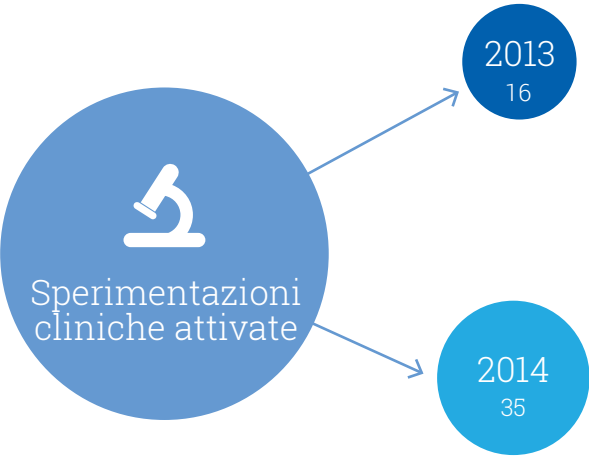


Finanziamenti per sperimentazioni ricevuti

Tipologia di finanziatore	2013	2014
Aziende farmaceutiche	€ 377.000,00	€ 317.434,54
Enti non Profit Pubblici	€ 101.180,00	€ 23.965,00
Enti non Profit Privati	€ 455.214,00	€ 375.099,00
Totale	€ 933.394,00	€ 716.498,54

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



3.3 Ricerca

L’attività di ricerca in ambito biomedico/sanitario è un fondamentale fattore di crescita culturale e scientifica per l’ambiente in cui si sviluppa ed è associata a una migliore qualità dell’assistenza.

Fare ricerca clinica infatti costringe ad un confronto costante con reparti ospedalieri che operano ai più alti livelli clinici e di ricerca con la necessità di un continuo adeguamento ed innovazione delle procedure e delle attrezzature.

Anche nel 2014 il Galliera ha confermato questa vocazione alla ricerca con un ulteriore impulso nell'attività, come è dimostrato valutando i prodotti della ricerca.

La riorganizzazione dei Comitati Etici avvenuta nel 2013 ha comportato una riduzione, temporanea, del numero di studi attivati e di conseguenza un minor introito nel 2014, poichè le sperimentazioni vengono pagate in base all'attività svolta e non a priori.



Progetti presentati a bandi a finanziamento europeo

Titolo del progetto	Bando FP7/H2020	Esito
ASAMET A randomized, 2x2 biomarker prevention trial of low-dose aspirin and metformin in colon cancer patients	ERA-NET on Translational Cancer Research (TRANSCAN)"Translational research on tertiary prevention in cancer patients"	Finanziato, in corso
PATHOS	PHC20: Advancing active and healthy ageing with ICT: ICT solutions for independent living with cognitive impairment	Ammesso, non finanziato
REFURBEE	EeB 5: Innovative design tools for refurbishment at building and district level	Ammesso, non finanziato
BAC Biometric Access Control platform	Digital Security: Cybersecurity, Privacy and Trust	Ammesso, non finanziato
ETAC The European Trial of adjuvant Aspirin in Colon cancer.	PHC13: New therapies for chronic non-communicable diseases	Non ammesso
HECATE Using patients' outcomes to develop evidence-based cancer guidelines in targeted health care for the elderly	PHC 17: Comparing the effectiveness of existing healthcare interventions in the elderly	Non ammesso

Oltre a dati quantitativi è indispensabili valutare dati qualitativi: la qualità delle pubblicazioni scientifiche viene normalmente valutata sulla base dell'IF (Impact Factor), l'indicatore bibliometrico maggiormente accreditato e utilizzato dalla comunità scientifica, calcolato dall'Institute for Scientific Information (ISI). 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 è direttamente proporzionale alla sua diffusione e ne rappresenta sostanzialmente la qualità. Inoltre nell'anno 2014 si sono concretizzate importanti collaborazioni a livello internazionale con l'obiettivo di promuovere la partecipazione dell'Ente a bandi europei per il finanziamento di Progetti Europei.



- 4.1 Risorse umane
- 4.2 Bilancio di genere
- 4.3 Relazioni sindacali
- 4.4 Sicurezza degli operatori
- 4.5 Formazione

Utilizzo delle risorse

- 4.6 Anticorruzione
- 4.7 Impatto ambientale
- 4.8 Bilancio economico
e stato patrimoniale
- 4.9 Fornitori



4.1

Risorse umane

L'E.O. Ospedali Galliera ha sempre posto la massima attenzione al “capitale umano” quale principale risorsa per il conseguimento degli obiettivi strategici favorendo quanto necessario per il suo sviluppo e la sua crescita sulla base delle specifiche qualifiche professionali. Nel triennio 2012 – 2014 l'andamento del personale evidenzia una diminuzione complessiva dell'1,33% (pari a n. 24 unità).

In particolare si evidenzia che la diminuzione del personale si riscontra prevalentemente nell'area del Comparto, - 2,24% pari a n. 32 unità, mentre il personale della Dirigenza Medica è aumentato del 2,17 % pari a n° 7 unità . Per quanto riguarda la proporzione di

dipendenti di uomini e donne, si è mantenuta pressochè uguale con una costante netta prevalenza del personale di genere femminile. La tipologia contrattuale prevalente è rappresentata dal rapporto di lavoro a tempo indeterminato che riguarda nel 2014 il 97,54%.

Si evidenzia come la composizione del personale è costituita per il 65,98% da operatori del ruolo sanitario, ai quali peraltro va affiancato il personale del ruolo tecnico addetto all'assistenza (OSS/OTA); entrambi i ruoli prevalentemente di genere femminile.

Personale dipendente nel triennio 2012-2014

Per genere

	2012	2013	2014
Uomini	597	596	586
Donne	1214	1218	1201
Totale	1811	1814	1787

Per tipologia contrattuale

	2012	2013	2014
Indeterminato	1757	1765	1743
Determinato	54	49	44
Totale	1811	1814	1787

Per ruolo

	2012	2013	2014
Amministrativo	233	234	230
Professionale	4	4	4
Sanitario	1196	1194	1179
Tecnico	378	382	374
Totale	1811	1814	1787

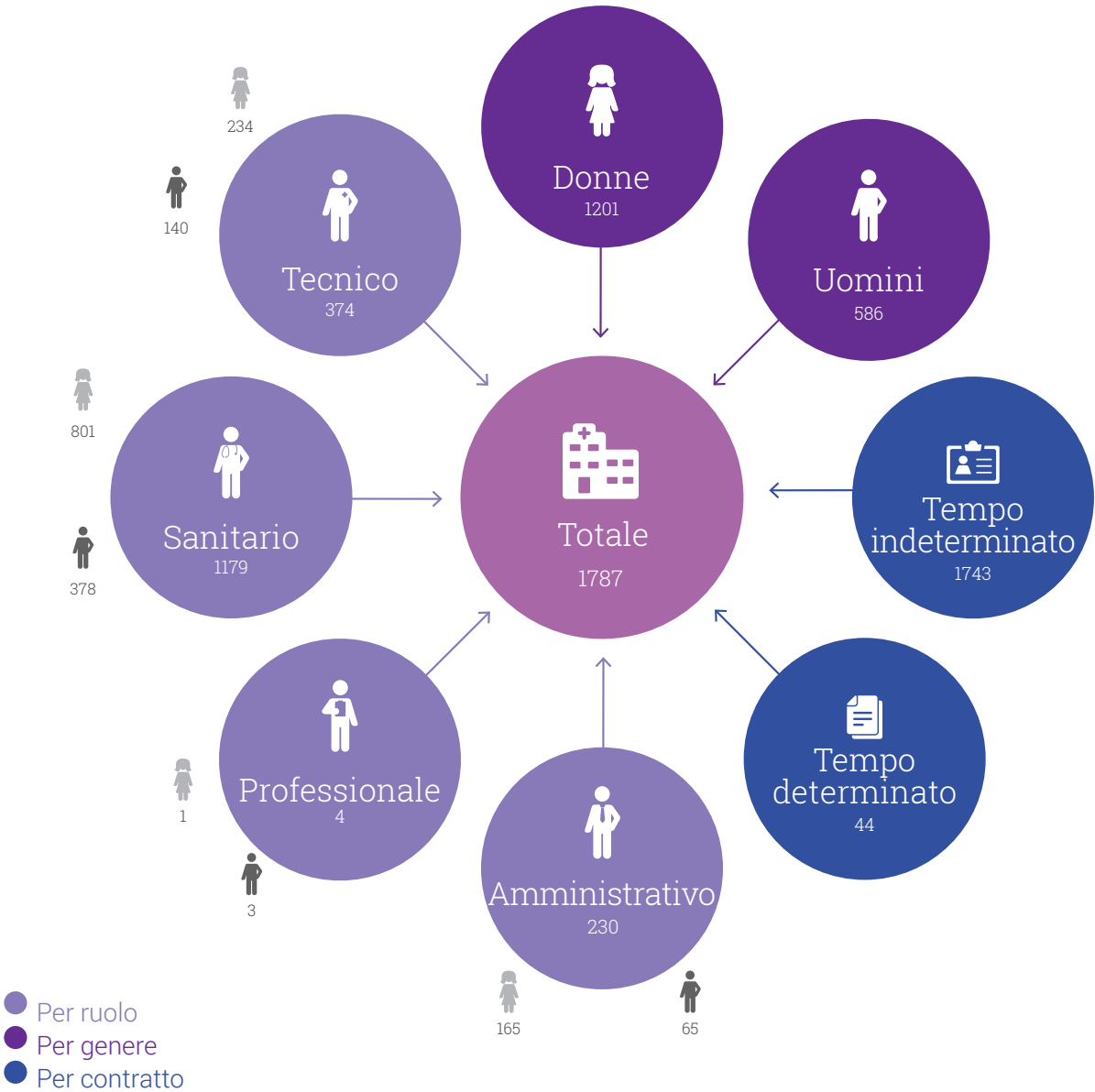
Per area contrattuale

	2012	2013	2014
Comparto	1428	1429	1396
Dirigenza medica	322	323	329
Dirigenza SPTA*	61	62	62
Totale	1811	1814	1787

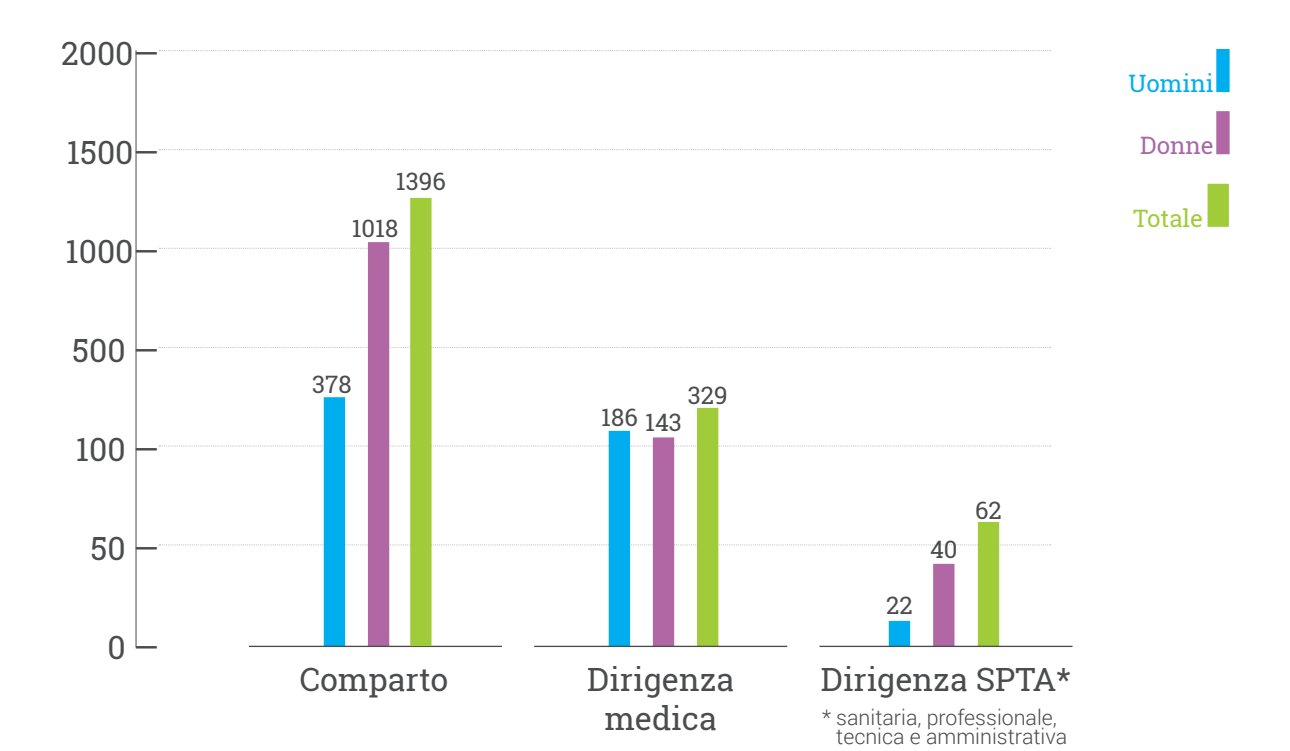
* sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa

Il 100% del personale è coperto da accordi collettivi di contrattazione con riferimento alle tre vigenti aree contrattuali del Comparto, della Dirigenza Medica e della Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica ed Amministrativa. L'Ente si avvale altresì di altro personale che presta la propria attività professionale di studio, di ricerca, di assistenza religiosa tramite altre tipologie contrattuali, tra le quali collaborazioni coordinate e continuative (Co.Co.Co.) e rapporti di lavoro interinali.

Personale dipendente
nel 2014



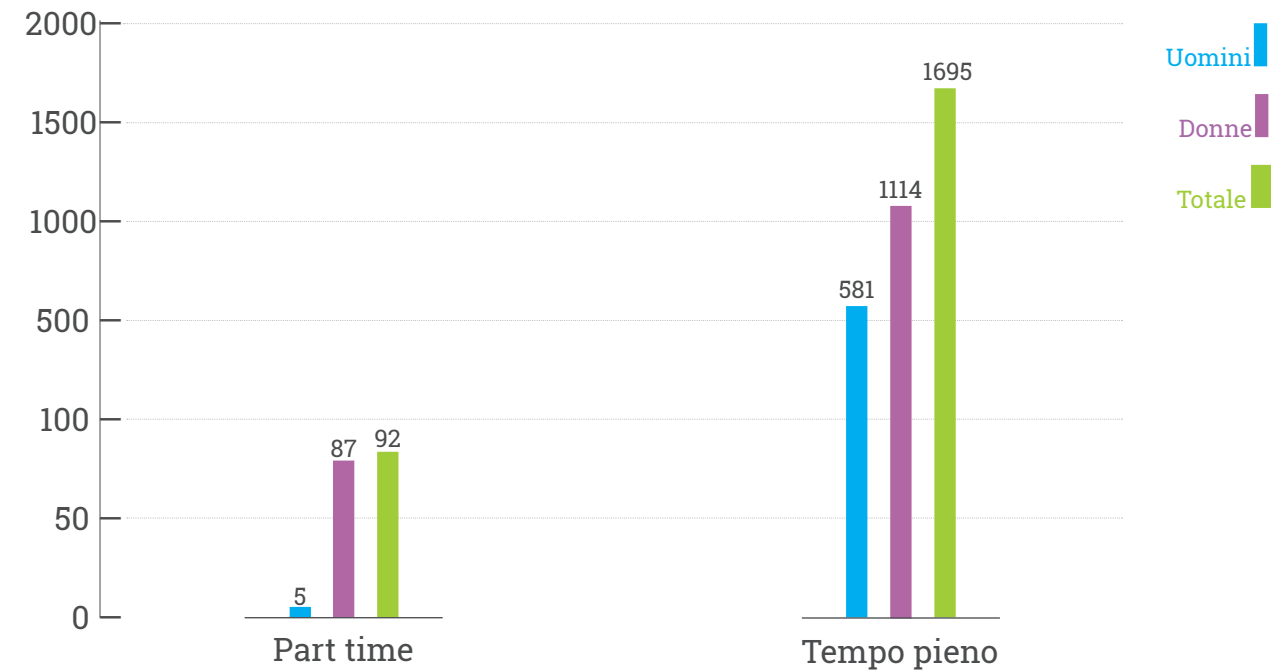
Personale per area contrattuale e genere 2014



Altro personale 2014

	Uomini	Donne	Tot
Borsisti	3	13	16
Co.Co.Co.	16	21	37
Personale religioso	3	0	3
Interinali	29	34	63
Specializzandi	9	34	43
Comando da altri Enti/Aziende	2	5	7
Totale	62	107	169

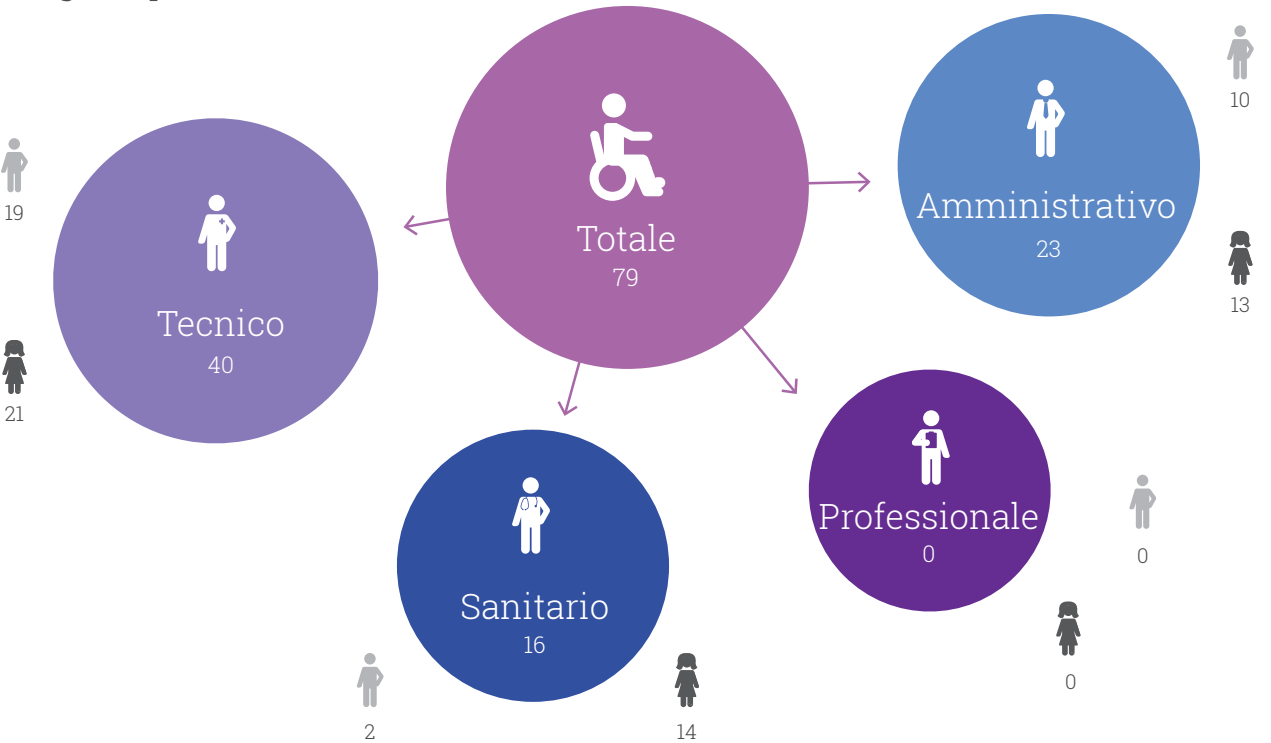
Personale dipendente nel 2014
Per tipologia oraria e genere



In merito alla tipologia di orario utilizzata, si evidenzia che il personale a tempo pieno rappresenta il 94,85% e che il part-time è essenzialmente utilizzato dal personale di sesso femminile del Comparto (nell'ambito della Dirigenza usufruisce del part-time solo una unità di sesso femminile).

Presso l'Ente risultano in servizio n. 79 unità, di cui la maggior parte appartenenti al ruolo tecnico, riconducibili nella quota di riserva ex artt. 1 e 18 della Legge 68/99 relativa all'avviamento al lavoro dei disabili come di seguito specificato.

Personale dipendente nel 2014
Categorie protette



Disabili/Invalidi (art. 1)

	Uomini	Donne	Totale
Amministrativo	10	11	21
Sanitario	2	14	16
Tecnico	16	19	35
Professionale	0	0	0
Totale	28	44	72

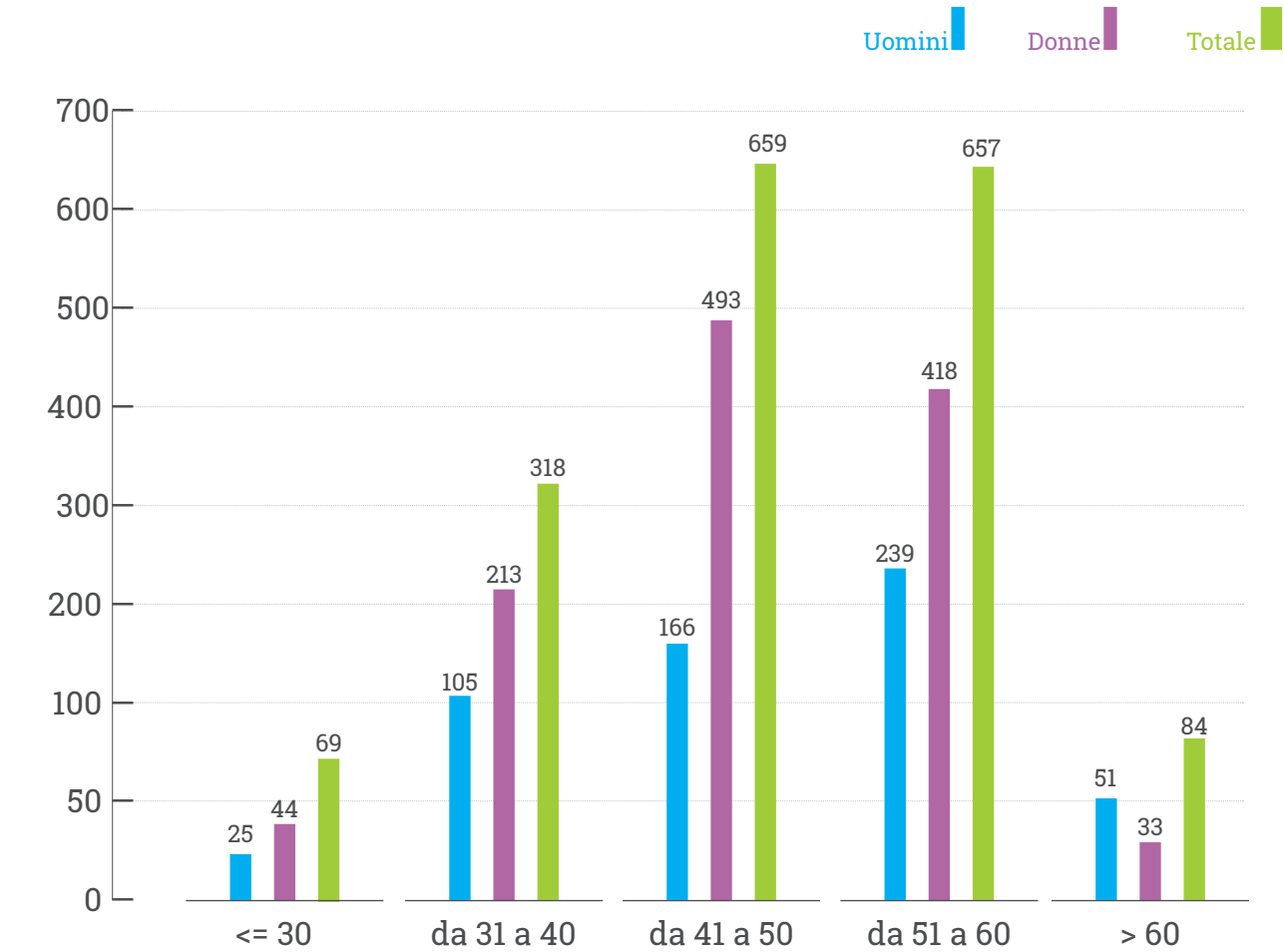
Altre categorie protette (art. 18)

	Uomini	Donne	Totale
Amministrativo	0	2	2
Sanitario	0	0	0
Tecnico	3	2	5
Professionale	0	0	0
Totale	3	4	7

L'età media del personale si è progressivamente innalzata nel corso del triennio e nel 2014 si attesta a 47,64 anni, evidenziando notevoli differenze tra i diversi profili come di seguito riportato. La fascia d'età più numerosa è quella compresa

tra i 41 e i 60 anni, pari al 73,65% evidenziando che per le donne la fascia più rappresentativa è quella compresa tra i 41 e i 50 anni, mentre per gli uomini la fascia d'età più rappresentativa è quella tra i 51 e i 60 anni.

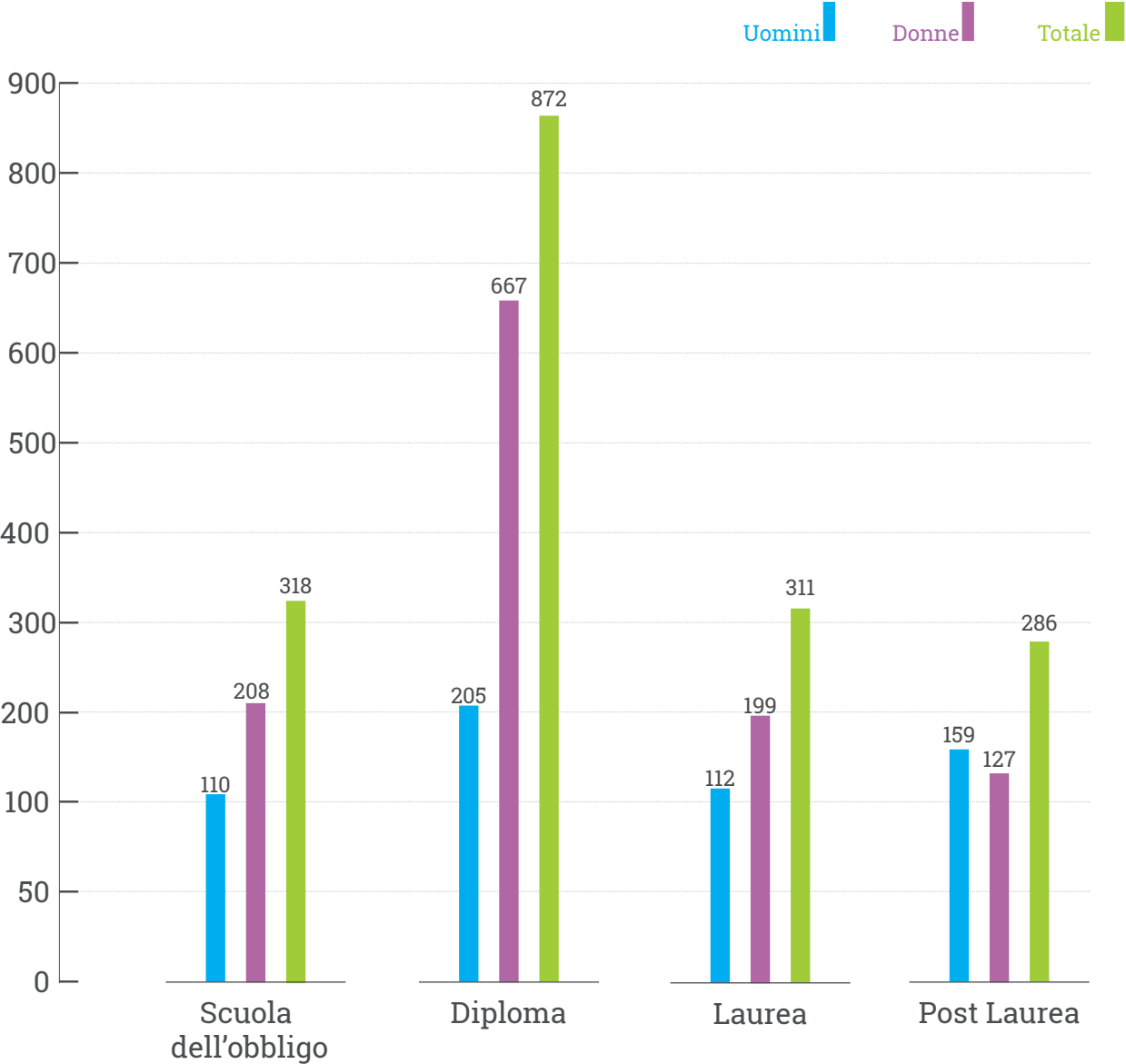
Personale per età e genere
Anno 2014



Età media del personale
Triennio 2012-2014

	2012	2013	2014
Medici	48,02	48,49	48,56
Infermieri e tecnici sanitari	43,89	44,73	45,51
Personale amministrativo	46	46,26	47,74
Tecnici area sanitaria	49,55	50,44	51,15
Media sul totale	46,23	46,99	47,64

Personale per Grado di scolarità e genere

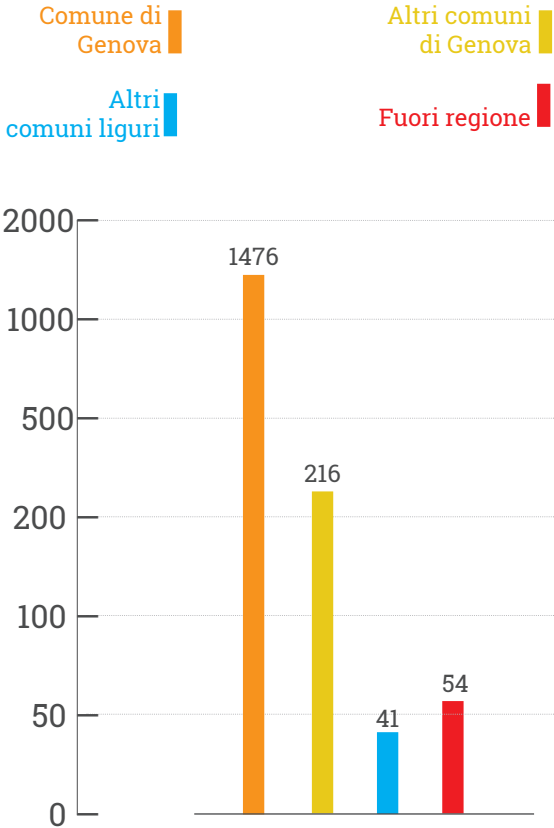


In merito al grado di scolarità complessivo dei dipendenti dell'Ente, il 66,2%, pari a n. 1183 unità, è in possesso di Laurea o titolo di studio di grado superiore, di cui n. 317 uomini e n. 866 donne.

Dal punto di vista territoriale, si rileva che il 17,4% dei dipendenti risiede nei vicini comuni della riviera ligure e dell'entroterra, nonché del Basso Piemonte: tale analisi è stata utile anche al fine dell'autorizzazione ad usufruire del parcheggio interno dell'Ente che, essendo a posti limitati, non può essere rilasciato alla totalità del personale.

Per quanto riguarda la cittadinanza dei dipendenti, si evidenzia che i dipendenti di cittadinanza straniera corrispondono allo 0,62% del totale pari a n. 11 unità, di cui n. 10 infermieri (n. 9 femmine e n. 1 maschio) e n. 1 operatore tecnico specializzato di sesso maschile. Nello specifico le cittadinanze rappresentate sono:

Distribuzione territoriale



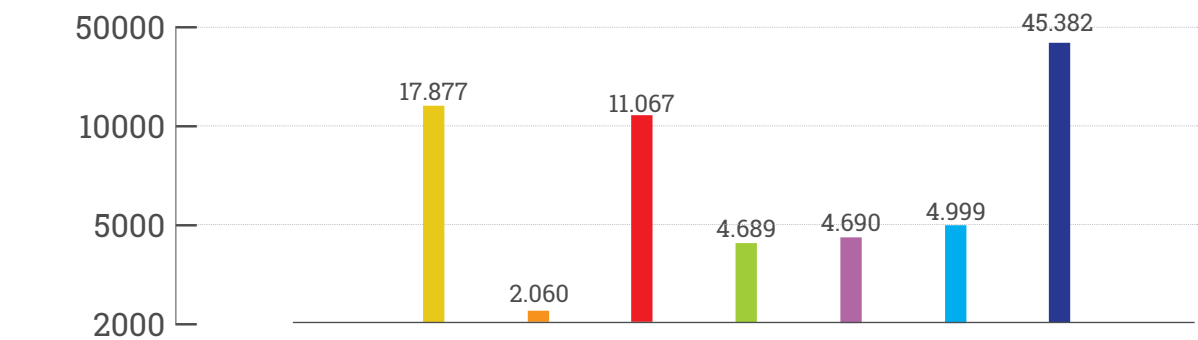
Nazione di provenienza	n° dipendenti
Romania	4
Ucraina	3
Perù	2
Polonia	1
India	1
Totale	11

Assenze per tipologia

Triennio 2012-2014

	2012	2013	2014
Malattia/ricoveri	17.240	19.091	17.877
Infortuni	1.864	1.494	2.060
Maternità (obbligatoria e facoltativa)	13.618	12.022	11.067
Permessi L. 104/92	4.657	4.532	4.689
Altri permessi retribuiti	6.128	4.539	4.690
Aspettative non retribuite	5.395	6.276	4.999
Giorni totali	48.902	47.954	45.382

Anno 2014



Analizzando le assenze del personale, non comprensive delle ferie, si evidenzia che nel 2014 vi è stata una significativa diminuzione dei giorni di assenza rispetto al 2013, soprattutto per quanto riguarda le assenze per malattia/ricoveri e per aspettative non retribuite. In merito ai tassi di assenza e presenza del personale si evidenzia che sul sito aziendale nella sezione Amministrazione trasparente, tra gli altri, sono pubblicati per ciascun mese tali dati aggregati per ufficio, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Nel 2014 la tipologia di assenza alla quale è riconducibile il maggior numero di giorni di assenza è malattia/ricoveri (n. 17.877 giorni) a cui seguono le assenze per maternità (n. 11.067 giorni).

Le assunzioni e le cessazioni del personale dell'Ente per il triennio 2012-2014, rilevano come compatibilmente con i limiti imposti dalla normativa vigente in materia di acquisizione di risorse e di contenimento della spesa per il personale è stato comunque garantito il turn over del personale principalmente sanitario anche avvalendosi di processi riorganizzativi, tesi a razionalizzare le risorse.

Di seguito si riportano i dati riepilogativi delle assunzioni e delle cessazioni del personale del 2014 per genere, per profilo professionale e per fasce d'età.

Turn over del personale

Triennio 2012-2014

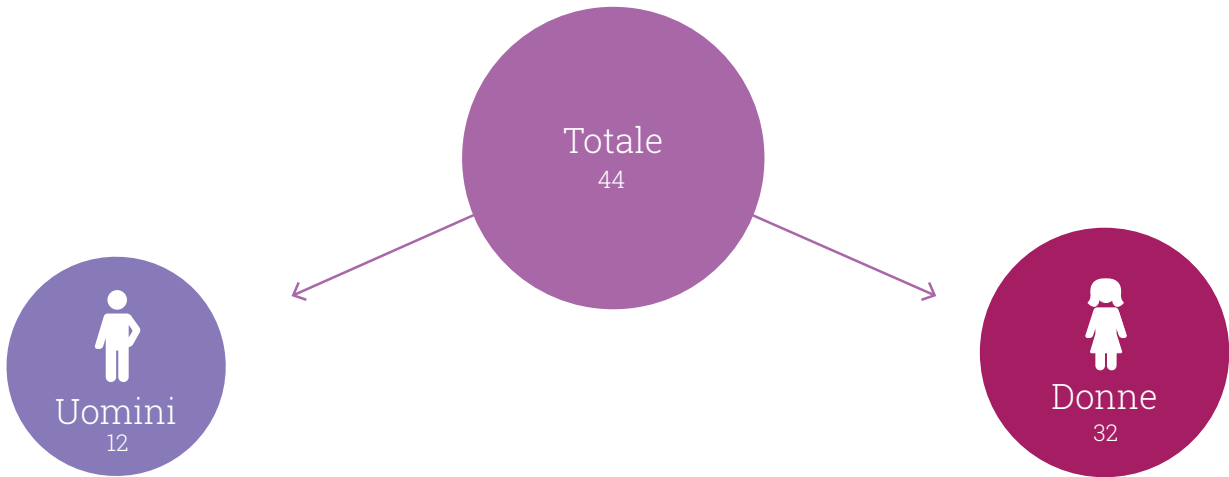
Assunzioni

Ruolo	2012	2013	2014
Sanitario	29	30	35
Tecnico	5	12	8
Amministrativo	4	4	1
Professionale	0	0	0
Totale	38	46	44
Tasso di nuovi assunti	2,10%	2,54%	2,46%

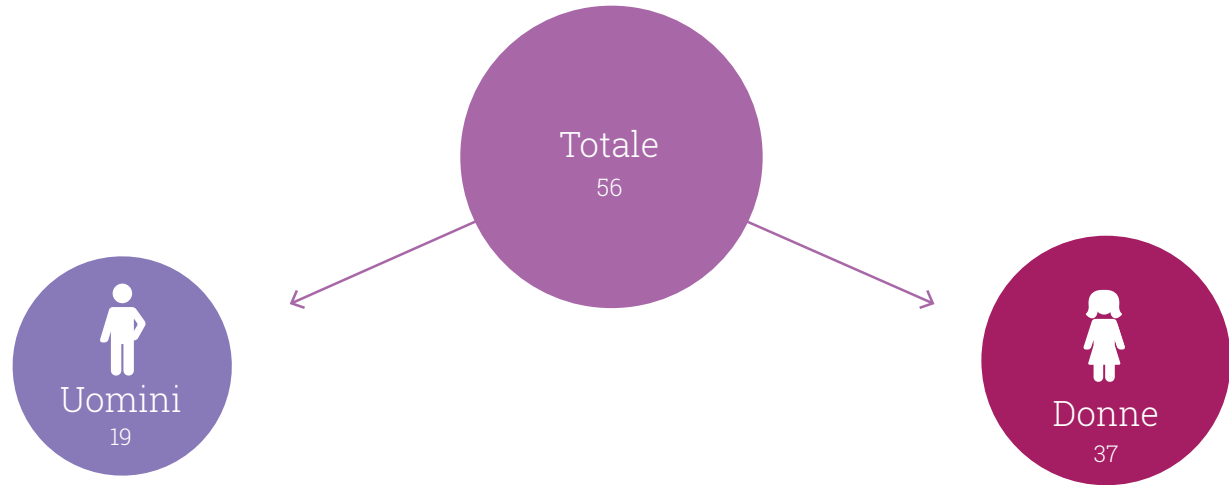
Cessazioni

Ruolo	2012	2013	2014
Sanitario	49	43	38
Tecnico	21	9	14
Amministrativo	5	4	4
Professionale	0	0	0
Totale	75	56	56
Tasso di turn over	4,14%	3,09%	3,13%

Assunzioni
nel 2014
Per genere



Cessazioni
nel 2014
Per genere



Per fasce di età

	Totale
< = 30 anni	5
da 31 a 40 anni	26
da 41 a 50 anni	10
da 51 a 60 anni	3
> 60 anni	0

Per profilo professionale

	Totale
Dirigenza medica	22
Dirigenza sanitaria	2
Dirigenza PTA*	1
Personale Infermieristico	9
Personale Tecnico sanitario	2
Oss-Ota	8
Operatori tecnici-ausiliari	0
Personale amministrativo	0

* professionale, tecnica e amministrativa

Per fasce di età

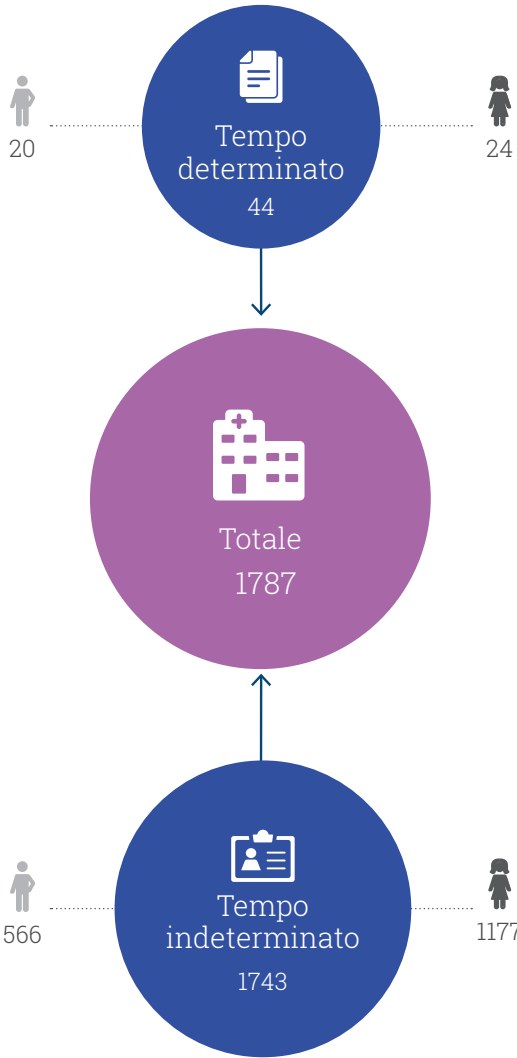
	Totale
< = 30 anni	5
da 31 a 40 anni	9
da 41 a 50 anni	8
da 51 a 60 anni	21
> 60 anni	13

Per profilo professionale

	Totale
Dirigenza medica	9
Dirigenza sanitaria	1
Dirigenza PTA*	1
Personale Infermieristico	25
Personale Tecnico sanitario	3
Oss-Ota	6
Operatori tecnici-ausiliari	8
Personale amministrativo	3

* professionale, tecnica e amministrativa

Personale dipendente
Per genere



4.2

Bilancio di genere

Il personale dell'Ente nel 2014 è costituito per il 67,21%, pari a n. 1201 unità, da donne e per il 32,79%, pari a n. 586 unità da uomini, pertanto con una netta prevalenza della componente femminile.

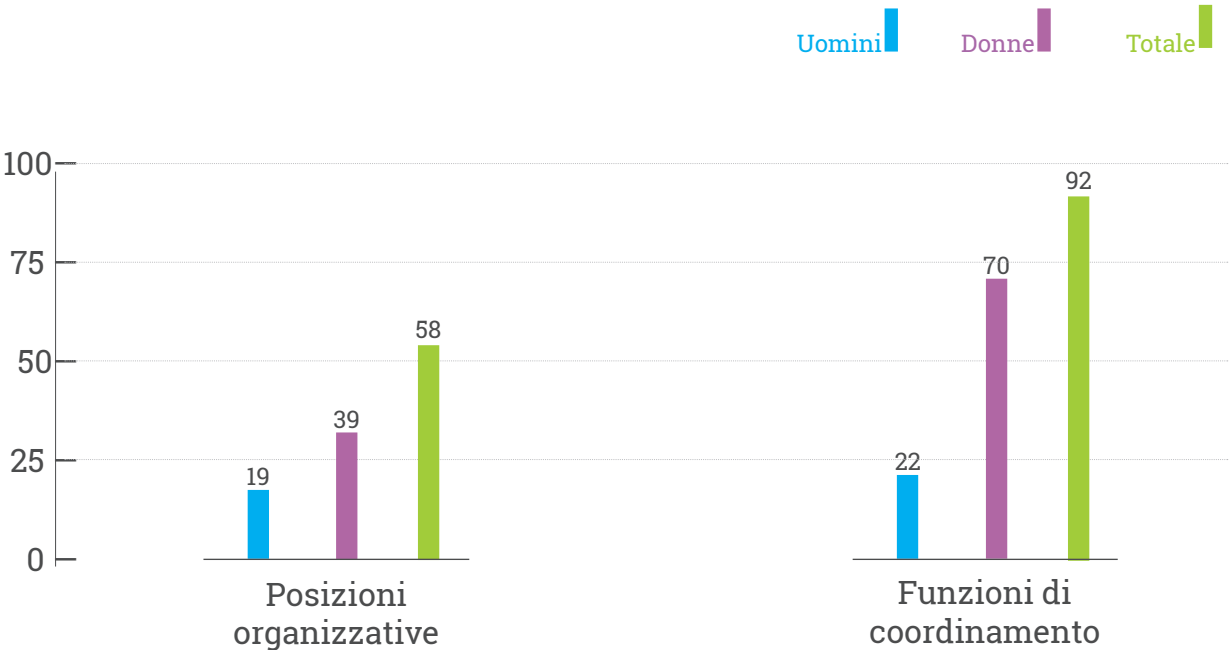
Le donne sono principalmente presenti nell'area contrattuale del Comparto, mentre nell'area della dirigenza, soprattutto medica, prevale il genere maschile con particolare riferimento alle qualifiche apicali (direttori di S.C. e dirigenti di S.S.).

Per quanto riguarda invece l'area del Comparto, la prevalenza della componente femminile viene riconfermata anche dall'analisi delle posizioni organizzative sanitarie e amministrative e delle funzioni di coordinamento sanitario.

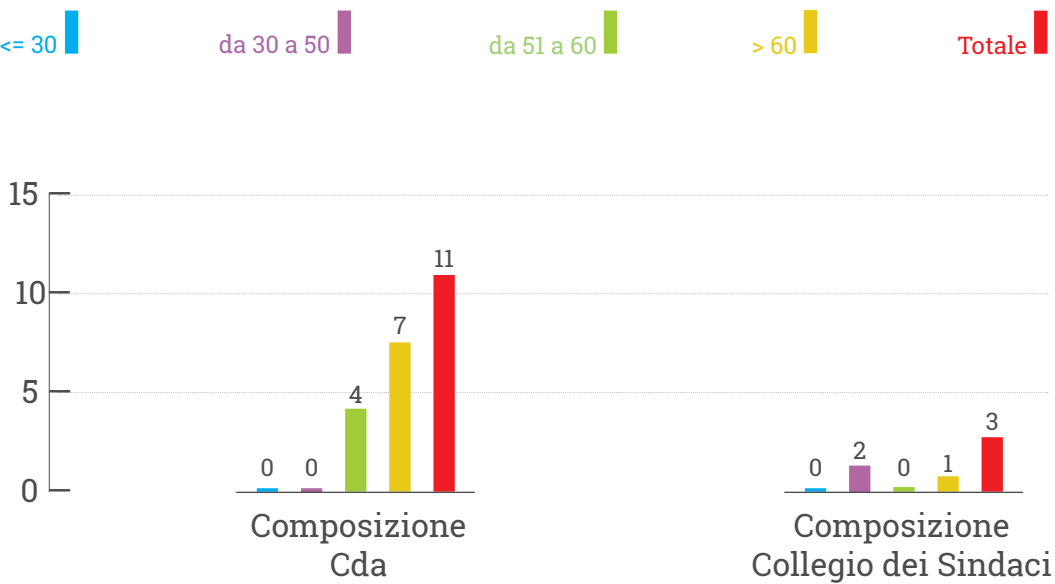
Dirigenti in posizioni apicali per genere
anno 2014

	Uomini	Donne	Totale
Direttori di S.C. e Dirigenti di S.S area medica e sanitaria	39	10	49
Direttori di S.C. e Dirigenti di S.S area professionale ,tecnica, amministrativa	11	5	16
Totale	50	15	65

Posizioni Organizzative e funzioni di coordinamento
Per genere



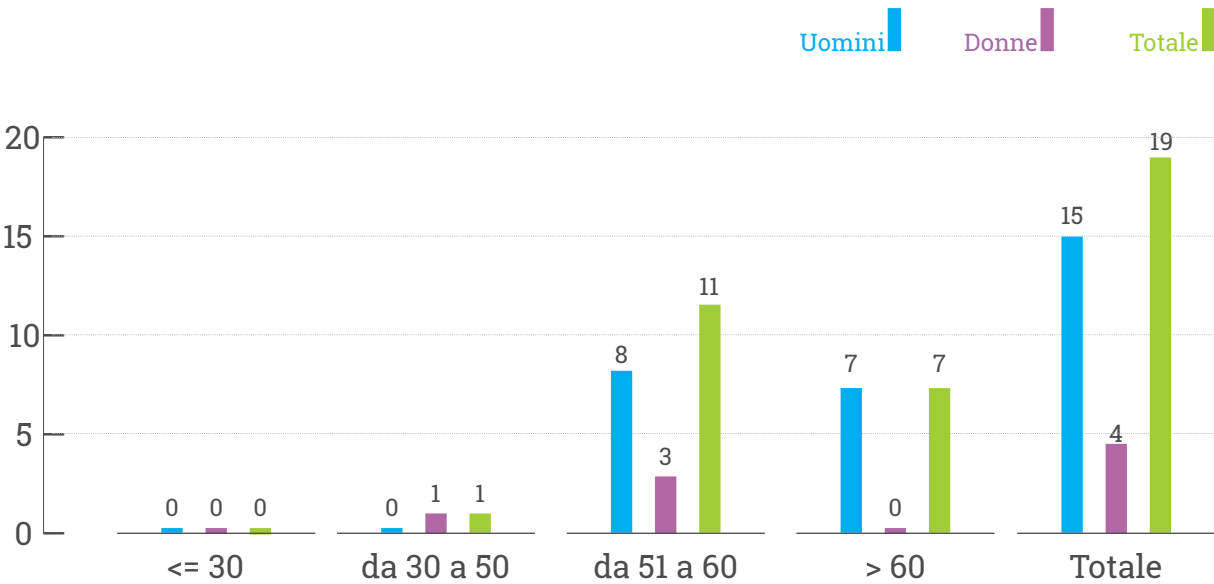
Composizione consiglio di amministrazione e Collegio dei Sindaci
Per fasce di età



Il 100% dei componenti degli organi istituzionali dell'Ente è costituito da uomini. Tra tali organi, in merito al Consiglio di Amministrazione e al Collegio Sindacale, si riporta di seguito la suddivisione dei componenti per fasce d'età.

La prevalenza della componente maschile viene confermata anche nella composizione del Collegio di Direzione, organo consultivo dell'Ente, attestandosi al 78,95%.

Collegio di Direzione
Per età e genere



Tutela delle pari opportunità

Il Comitato Unico di garanzia (CUG), costituito presso l'Ente Ospedali Galliera con Provvedimento n. 84 del 6/02/2013, ha lo scopo di preservare l'ambiente lavorativo, garantendo pari opportunità e parità di diritti, impegnandosi a contrastare ed eliminare, nell'accesso e nelle condizioni di lavoro, ogni forma di discriminazione diretta e indiretta relativa al genere, età,

orientamento sessuale, origine etnica, disabilità, religione o lingua, ogni forma di violenza morale o psichica, perseguendo la realizzazione di un ambiente lavorativo improntato al benessere organizzativo e personale.

Riunioni CUG 2014

- 10/01/2014

- Calendarizzazione presentazione CUG in Collegio di Direzione
 - Disponibilità altri membri CUG
 - Codice condotta: stato dell'arte e integrazione con altri codici dell'Ente
 - Proposta formativa del CUG
 - Valutazione e comparazione dei bandi di selezione per consigliera di fiducia reperiti in rete: requisiti e modalità di contatto
- 12/02/2014

- Piano di formazione: discussione programma
 - Schema requisiti per acquisizione consigliera di fiducia
 - Valutazione di integrazione del Codice di Condotta con altri codici
 - Comunicazioni del presidente e del vice presidente
- 09/04/2014

- Presa d'atto della rinuncia di un componente titolare del CUG e nomina sostituto
 - Revisione delle linee guida da parte della direzione e proposte di modifica
 - Codice di condotta: stato dell'arte
 - Schema requisiti per consigliere/a di fiducia
 - Proposta formazione per CUG
- 02/07/2014

- Relazione annuale
 - Programma di formazione per i dipendenti
 - Progetto di mappatura del personale dell'Ente

Il Cug

Il Cug ha composizione paritetica pari a 7 membri designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative e 7 membri designati dall'Ente. Il Presidente è stato nominato con delibera del Direttore Generale dell'Ente.

Riunioni CUG 2014

- 16/09/2014

- Presentazione nuovo segretario CUG
 - Approvazione definitiva linee guida CUG
 - Stato dell'arte bando consigliera di fiducia
 - Formazione per CUG
 - Formazione per dipendenti su attività CUG
 - Griglia presenze e partecipazione membri CUG ai lavori del Comitato
 - Progetto mappatura del personale e referenti interni
- 15/10/2014

- Firme linee guida CUG
 - Stato dell'arte bando consigliera di fiducia
 - Stato dell'arte progetti formativi
 - Questionario FIASO
 - Progetto mappatura del personale e referenti interni
 - Nota della consigliera di parità della Provincia di Genova
- 27/11/2014

- Relazione su incontro con Consigliera di parità della Provincia di Genova
 - Azioni da intraprendere

In particolare, si evidenziano nel corso del 2014 le seguenti azioni svolte dal CUG:

- Codice di condotta

Definizione di un Codice di Condotta finalizzato alla tutela della dignità e del benessere di tutti i dipendenti, che declina - tra l'altro - i compiti e l'ambito di operatività del Consigliere di Fiducia. Tale codice di condotta è stato inserito all'interno del Codice di Comportamento dell'Ente, approvato con provvedimento n. 475 del 30/06/2014.
- Sito web

E' stato inserito nel sito web dell'Ente tutto il materiale informativo e formativo elaborato dal CUG per permettere ad ogni interessato di conoscere in modo adeguato le finalità del CUG e gli strumenti in suo possesso per perseguire le stesse.

4.3

Relazioni sindacali

L'Ente ospedaliero ha sviluppato nel corso del 2014, in continuità con gli anni precedenti, un'intensa attività di relazioni sindacali attraverso numerosi incontri politici e tecnici con la R.S.U. e le Organizzazioni Sindacali rappresentative, al fine di condividere la gestione dei processi in atto presso l'Ente nel rispetto dei distinti ruoli e responsabilità.



Nell'ambito dell'area del Comparto, si evidenzia in particolare il protocollo d'intesa del 24/10/2014, in materia di riorganizzazione con il quale si è proceduto a condividere con le Organizzazioni sindacali la nuova disciplina

inerente il conferimento delle posizioni di coordinamento sanitario nonché la nuova disciplina inerente il conferimento degli incarichi di posizione organizzativa dell'area Sanitaria e Amministrativa.

Attività sindacale

2012

	Incontri sindacali	Accordi Intese
Comparto	11	3
Dirigenza medica	4	4
Dirigenza SPTA	4	6

2013

	Incontri sindacali	Accordi Intese
Comparto	14	6
Dirigenza medica	5	4
Dirigenza SPTA	3	6

2014

	Incontri sindacali	Accordi Intese
Comparto	13	3
Dirigenza medica	5	1
Dirigenza SPTA	2	3

In particolare si evidenzia che nel caso di cambiamenti organizzativi di grande rilevanza, pur non esistendo normativamente un termine di preavviso, è stata garantita, successivamente alla fase decisionale da parte della Direzione Aziendale, l'informazione: per il passaggio dell'organizzazione al nuovo modello per intensità di cure, infatti è stato programmato un piano di capillare comunicazione al fine di informare tutti gli operatori attraverso l'organizzazione di numerosi incontri informativi e di specifica formazione.

Per quanto riguarda invece i cambiamenti operativi, prima dell'attuazione, sono stati trattati con incontri sindacali dedicati per la condivisione e il confronto e sono stati sempre accompagnati da un periodo di sperimentazione, prevedendo al termine di tale periodo l'analisi del monitoraggio dell'andamento di tali modifiche da parte del settore proponente e l'acquisizione di eventuali osservazioni e richieste di chiarimenti dalla parte sindacale.

Incontri sindacali
Comparto

Date:
26 febbraio 2014 – 6 marzo 2014 – 27 marzo 2014 – 11 aprile 2014 – 9 maggio 2014 – 9 giugno 2014 – 29 luglio 2014 – 16 settembre 2014 – 2 ottobre 2014 – 6 ottobre 2014 – 21 ottobre 2014 – 6 novembre 2014 – 16 dicembre 2014

- Argomenti trattati:**
- Fondi contrattuali 2014 (preventivo) e istituti connessi
 - Pronta disponibilità
 - Part time
 - Posizioni organizzative
 - Problematiche inerenti alcuni servizi
 - Regolamentazione in materia di congedo per cure agli invalidi
 - Modifiche orario di alcuni servizi
 - Mobilità interna del personale
 - Dotazione organica di alcuni servizi
 - Problematiche inerenti all'appalto dei servizi energetici
 - Funzioni di coordinamento sanitario
 - Produttività collettiva
 - Riorganizzazione attività e orari di alcuni servizi
 - Misure di prevenzione diffusione epidemia ebola
 - Eventi atmosferici avversi

Dirigenza medica

Date:
Date: 25 febbraio 2014 – 12 giugno 2014 – 2 luglio 2014 – 18 novembre 2014 – 15 dicembre 2014

- Argomenti trattati:**
- Fondi contrattuali 2014 (preventivo) e istituti connessi
 - Riorganizzazione di alcuni servizi
 - Retribuzione di risultato
 - Incarichi professionali triennio 2014-2016
 - Fondo di perequazione
 - Eccedenze orarie

Dirigenza sanitaria

Data:
13/06/2014

- Argomenti trattati:**
- Fondi contrattuali 2014 (preventivo) e istituti connessi
 - Progetti comuni all'area SPTA

Dirigenza PTA (professionale, tecnica e amministrativa)

Data:
26/06/2014

- Argomenti trattati:**
- Fondi contrattuali 2014 (preventivo) e istituti connessi
 - Progetti comuni area contrattuale SPTA
 - Incarichi professionali triennio 2014-2016

L’Ente Ospedaliero, attraverso la S.C. Prevenzione e protezione, promuove le azioni finalizzate alla prevenzione e alla diminuzione del rischio dei lavoratori nello svolgimento delle proprie attività coordinando e supportando tutte le professionalità interessate.

In particolare, la S.C. Prevenzione e protezione si occupa della revisione periodica del Documento di Valutazione del Rischio realizzato per ciascuna Struttura dove vengono individuati i potenziali rischi per i lavoratori e le relative misure di salvaguardia.

4.4 Sicurezza degli operatori

L’Ente inoltre, promuove attività formative in materia di sicurezza attraverso la realizzazione di un piano formativo funzionale ai rischi presenti in ambito sanitario che nel 2014 è stato integrato da ben n. 9 edizioni di corso pratico sull'emergenza Ebola in modo da rendere edotti gli operatori del Pronto Soccorso, delle Malattie infettive e del Laboratorio analisi su come gestire in sicurezza un possibile paziente affetto da MVE.

Ai corsi riportati nella tabella va inoltre aggiunto, come già nel 2013, il corso obbligatorio di formazione generale sulla sicurezza somministrato, in modalità e-learning in modo da adattare il percorso formativo in base agli impegni del singolo lavoratore.



Riunioni RLS

2012	2013	2014
05/07	25/01	24/01
21/12	22/02	09/05
	14/06	24/11
	03/12	

Gli RLS, che hanno il compito di rappresentare il lavoratore per quanto concerne la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, sono stati nominati con provvedimento n. 362 del 2012 e rappresentano il 100% dei lavoratori in quanto designati dalle Rappresentanze Sindacali Aziendali delle tre aree contrattuali del Comparto, della Dirigenza Medica e della Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica ed Amministrativa.

Attività formativa 2014 In materia di salute e sicurezza

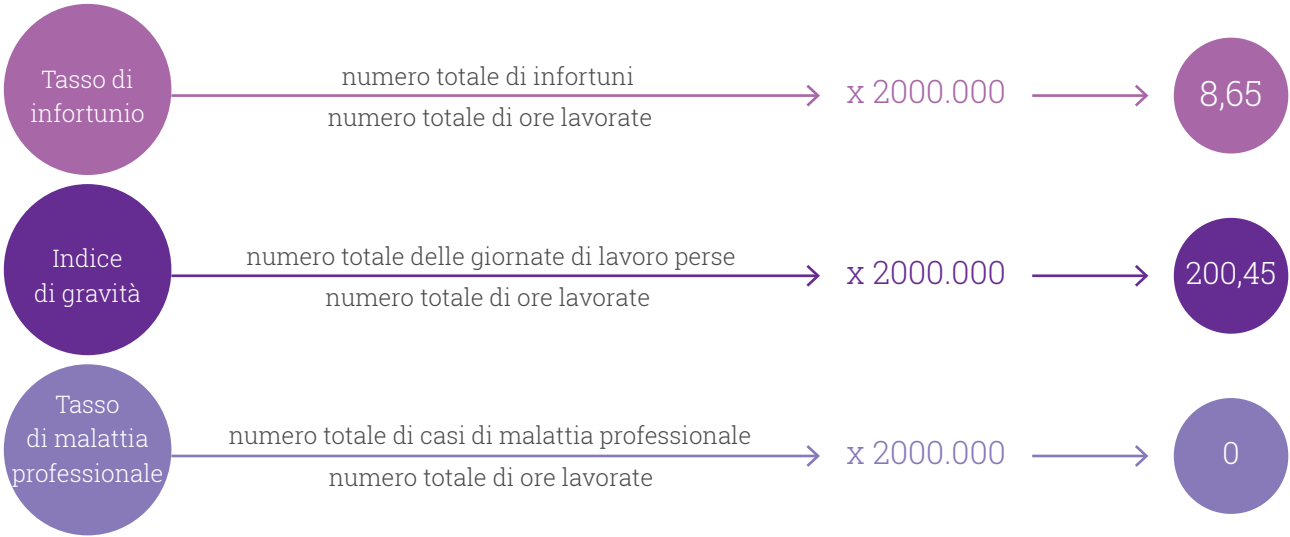
Corso	N. edizione	N. ore per edizione
Il rischio biologico	2	5
Il rischio chimico	2	6
Aggiornamento per dirigenti e preposti	2	5
Aggiornamento per RLS	1	8
Aggiornamento procedure di emergenza	18	1
MAPO*	1	5
MAPO* - Training on the job	3	4
Informativa emergenza ebola	3	2
Esercitazione procedure emergenza ebola	9	4
Corso antincendio a rischio elevato	1	16

* Movimentazione Assistita Pazienti Ospedalizzati

Infortunati per tipologia

	2012	2013	2014
Punture con ago	19	21	20
Tagli	8	7	5
Contaminazione con sostanze potenzialmente infette	12	9	11
Contaminazione con sostanze chimiche pericolose	1	0	1
Urti	21	24	10
Movimentazione carichi	10	7	13
Cadute	23	24	27
Ustioni	2	0	1
Aggressioni	2	4	6
In itinere	35	24	39
Altro	11	19	7
Totale	144	139	140

Infortunati 2014



Nel 2014 è proseguita l'analisi continua relativa agli infortuni, necessaria a quantificare le diverse tipologie di rischio e a valutare quelle con maggiore incidenza al fine di intervenire adeguatamente. Da tale analisi, rispetto al 2013, il numero degli infortuni risulta praticamente invariato. Se si escludono gli infortuni in itinere, non collegati quindi all'ambiente di lavoro, si riscontra una significativa diminuzione (14 casi in meno).

Anche per quanto concerne le altre tipologie di infortuni si notano minimi scostamenti rispetto all'anno precedente ad eccezione di una netta diminuzione degli urti e di un incremento degli infortuni dovuti a movimentazione carichi.

Ruolo fondamentale, in materia di sicurezza, assume l'attività del medico competente che si interfaccia e coopera quotidianamente con il Servizio Prevenzione e protezione, ai sensi del D.Lgs. 81/2008. In particolare, il Medico Competente nell'ambito del Servizio di Medicina Preventiva, effettua la sorveglianza sanitaria, come misura di tutela della salute dei lavoratori effettuando visite mediche preventive per valutare l'idoneità del lavoratore allo svolgimento della mansione specifica e visite mediche periodiche per controllare lo stato di salute dei lavoratori, esprimendo giudizi di idoneità o inidoneità anche con prescrizioni o limitazioni per le mansioni specifiche.

Attività medicina preventiva

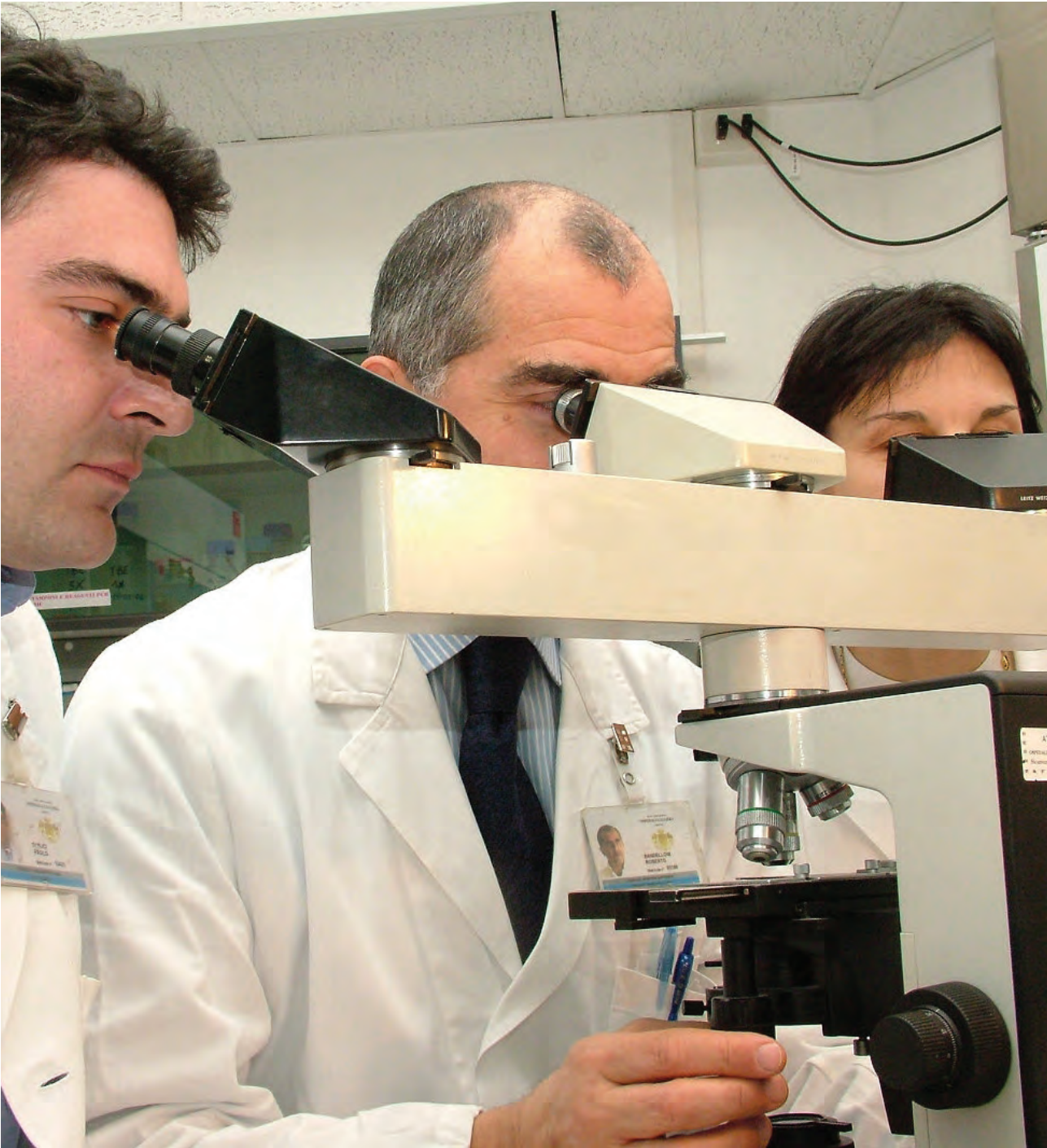
	2012	2013	2014
Visite periodiche	1.517	1.476	1.542
Visite straordinarie*	158	212	176
Visite preventive	56	82	108
Visite preventive per studenti del corso di infermieristica	37	88	42
Totale	1.768	1.858	1.868

* Effettuate su richiesta del lavoratore, per cambio mansione, per assenza superiore ai 60 giorni

Esiti della sorveglianza sanitaria al 31/12/2014

Profilo professionale	Lavoratori sotto sorveglianza sanitaria	Lavoratori idonei con prescrizioni/limitazioni	%
Dirigente medico ed odontoiatria	357	38	10,6%
Infermiere	567	130	22,9%
Coordinatore sanitario	47	3	6,4%
Infermiere Generico/Puericultrice	4	3	75,0%
Ostetrica	16	3	18,8%
Tecnico sanitario di radiologia medica	80	8	10%
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	71	8	11,3%
Fisioterapista	23	4	17,4%
Operatore sociosanitario tecnico assistenza	277	81	29,2%
Operatore tecnico specializzato	90	16	17,8%
Personale amministrativo	285	17	6%

Inoltre, vengono riportati gli esiti della sorveglianza sanitaria in relazione ai giudizi di idoneità alla mansione specifica, con le prescrizioni/limitazioni in essere al 31 dicembre 2014, rilevando che nel corso del 2014 si sono concluse con un giudizio di idoneità con prescrizione/limitazione n. 306 visite pari al 16,2% delle visite effettuate (il dato è riferito al numero di visite e non al personale in quanto un operatore può essere stato visitato più volte nell'anno).





4.5

Formazione

L'Ente, sulla base di quanto previsto dalle linee guida per il riordino del sistema di formazione continua in medicina (ECM), ha elaborato per l'anno 2014 il "Piano Formativo" che accompagna strategicamente le politiche aziendali.

In tale contesto, oltre agli eventi strategici a carattere trasversale ed a quelli obbligatori, sono stati attivati eventi formativi ad alto contenuto scientifico aperti anche a professionisti esterni ed è stata promossa e diffusa la "formazione di struttura", meglio definita come formazione sul campo: nel 2014 sono stati attivati complessivamente 103 corsi.

La S.S.C. Formazione ai fini di favorire il raggiungimento del monte crediti ECM previsto per ciascuna professione, monitora le ore medie annue di formazione nonché la media dei crediti ECM attribuiti per profilo professionale.

In linea con la tradizione dell'Ente, oltre alla formazione obbligatoria e strategica, fanno parte integrante del Piano Formativo gli eventi dedicati al personale amministrativo rispetto alle tematiche ritenute strategiche dalla direzione aziendale.

Formazione 2014 - Personale dipendente ECM

Profilo professionale	Numero dipendenti	Ore medie di formazione fruite	Tasso di frequenza	Media crediti ECM attribuiti
Dirigenti				
Biologo	30	46	100%	62
Farmacista	6	8	67%	10
Fisico	5	42	100%	47
Medico	329	19	72%	26
Comparto				
Assistente sanitario	5	34	80%	48
Dietista	3	23	100%	28
Fisioterapista	22	13	96%	39
Infermiere	576	16	72%	21
Infermiere pediatrico	18	59	100%	85
Logopedista	1	16	100%	24
Ortottista	3	65	100%	86
Ostetrica	17	31	100%	44
Tecnico audioprotesista	1	22	100%	22
Tecnico di neurofisiopatologia	5	6	40%	8
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	74	26	86%	35
Tecnico sanitario di radiologia medica	75	22	83%	27

Ore medie di formazione per genere

Al fine di evidenziare la suddivisione delle ore di formazione per genere, sono state estrapolate alcune categorie (escludendo quelle poco

rappresentative dal punto di vista numerico o quelle formate da sole donne):

Profilo professionale	n° personale in formazione anno 2014			n° ore totali di formazione erogata nel 2014	ore medie di formazione		
	totale	maschi	femmine		totale	maschi	femmine
Biologo	30	6	24	1.368,40	45,61	48,82	44,81
Fisioterapista	22	9	13	290,50	13,20	3,5	19,93
Infermiere	576	112	464	9.227,15	16,02	14,22	16,46
Medico Chirurgo	329	186	143	6.320,52	19,21	19,06	19,43
Tec. San. Lab. Biomed.	74	26	48	1944,8	26,28	22,43	28,38
Tec. San. Rad. Med.	75	31	44	1628,25	21,71	23,4	20,53



Ore/crediti totali

	2013	2014
Ore di formazione erogate	34.468	23.181
Crediti ECM erogati	24.449	31.034

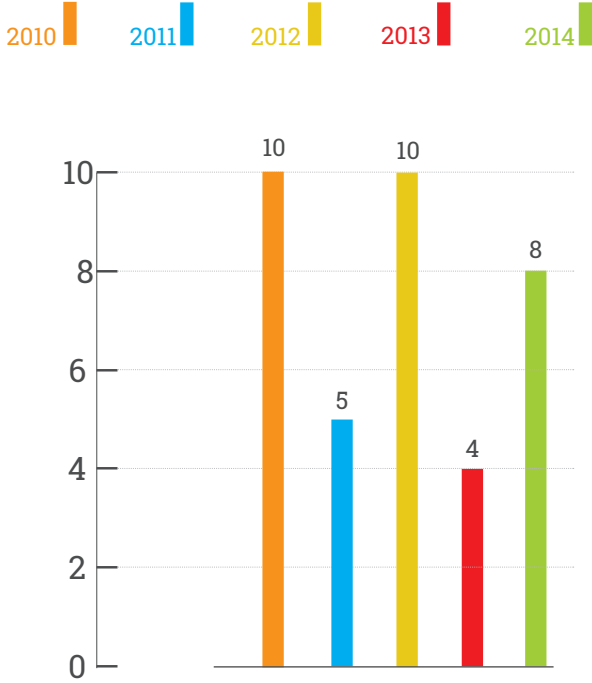
Rispetto agli anni precedenti, è diminuito il numero complessivo delle ore di formazione erogate, al quale corrisponde in proporzione un maggior numero di crediti formativi erogati, a fronte di un lavoro preciso e puntuale nella definizione dei programmi degli eventi e nella ricerca di metodologie didattiche adeguate.

Dal 2010 la Direzione ha rivolto un’attenzione particolare alla formazione di tipo manageriale, sia in ambito sanitario che amministrativo con l’attivazione di un primo ciclo di corsi come illustrato nel grafico riportato.

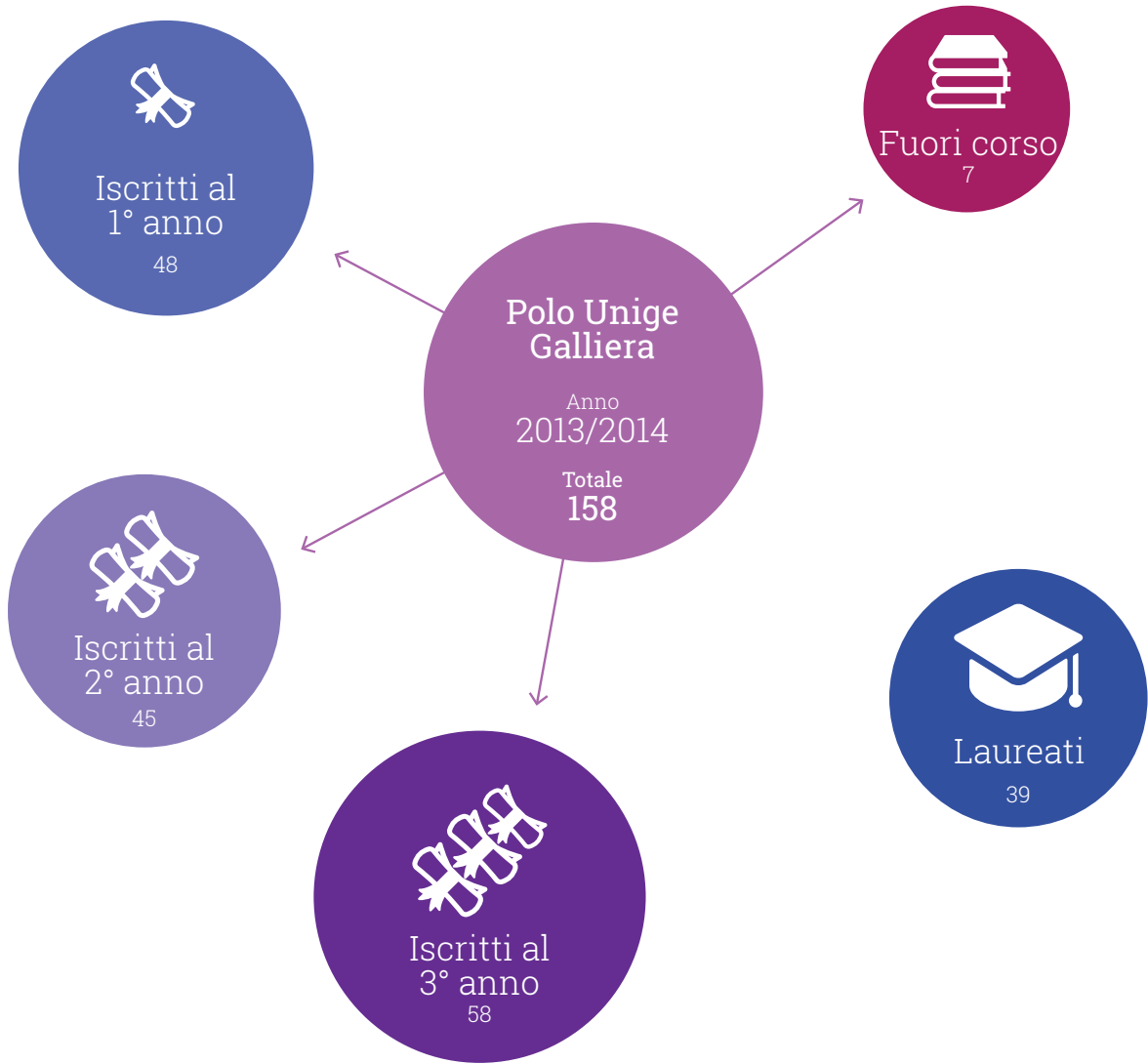
Negli anni successivi è stata predisposta una programmazione biennale su tematiche innovativo gestionali, quali il Bilancio delle competenze, le tecniche Lean, la misurazione dei costi standard delle attività amministrative.

Il numero dei corsi indicati nel grafico, infatti tiene conto, dopo il primo anno di attuazione, non solo dei corsi innovativi gestionali ma anche di quelli puramente operativi, legati alle specificità delle diverse strutture.

Corsi amministrativi



Corso di Laurea in infermieristica
Unige Polo Galliera



Corsi Oss

Anno	Tipologia di corso	Partner	Numero classi	Totale classi	Studenti	Totale studenti
2012/2013	Riqualificazione	isforcoop	2	2	47	47
2013/2014	Riqualificazione	isforcoop	2	4	48	97
	Riqualificazione	sogea	1		28	
	Prima formazione	sogea	1		21	



Nell'ambito della formazione di base, particolare rilevanza assume sia l'attività svolta presso l'Ente quale polo del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Genova sia la gestione, in collaborazione con strutture convenzionate, di percorsi di formazione/tirocinio base e post formativi per Operatori Socio Sanitari.

In particolare si evidenzia che nel 2014 gli studenti afferenti al polo Galliera che hanno conseguito la Laurea in Infermieristica sono stati 39, a testimonianza del lavoro di promozione del successo scolastico svolto attraverso le attività di docenza e di supporto da parte di tutte le componenti aziendali.

80 anni di Scuola Galliera
1933/34-2013/2014

“... occorre che gli infermieri abbiano conoscenze tecniche... per ottenere ciò è necessario istruirli...istituendo una scuola di infermieri che seguisse programmi pratici, ben definiti e orari regolari...occorre studiare il modo di impartire una istruzione completa..
E, posto che a Genova non esiste una Scuola di infermieri, sarebbe molto utile, e certo renderebbe la istituzione molto simpatica alla cittadinanza...”

CdA 10 aprile 1908

Il 10 aprile 1908, durante una seduta del Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale, cominciava a prendere forma la proposta di creare al Galliera una vera e propria Scuola per Infermieri e nell'anno scolastico 1933/34 iniziava la sua attività la Scuola Convitto Professionale per Infermiere.

Il 16 maggio 2014 la scuola ha festeggiato 80 anni di attività durante i quali la formazione infermieristica ha rappresentato un punto di forza nell'organizzazione dell'Ospedale, in quanto ha consentito di formare personale per l'assistenza ai malati in linea con i principi che hanno ispirato la fondazione dell' Ente.

Attualmente è uno dei poli del Corso di Laurea in Infermieristica, afferente alla Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Genova.



Formazione in materia prevenzione della corruzione e trasparenza

- Sono stati realizzati n.3 eventi formativi nel 2014, ciascuno della durata di 5 ore cui hanno partecipato 150 dipendenti (8,4% del totale dei dipendenti).
- Il 100% dei dipendenti delle aree maggiormente esposte a rischio corruzione hanno partecipato alla formazione.

4.6

Anticorruzione



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 nel mese di agosto 2013 con la nomina del Dott. Francesco De Nicola, dirigente responsabile della S.C. Affari generali, quale 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.). Le procedure di formale approvazione del Piano si sono concluse il 30 gennaio 2014 con l’adozione del provvedimento n.55/2014.

Il Piano rappresenta uno 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.

In fase di prima applicazione sono stati mappati i processi delle aree maggiormente esposte a rischio corruzione le quali, conformemente a quanto stabilito nel Piano Nazionale Anticorruzione, sono riconducibili a:

- scelta del contraente per l’affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 163 del 2006
- concorsi e prove selettive per l’assunzione del personale e progressioni di carriera.

A completamento delle aree indicate sono stati mappati inoltre i processi afferenti la S.C. Affari generali.

Con il Piano sono implementati tutti gli strumenti e le misure di prevenzione previste fra le quali si ritiene di menzionare a mero titolo di esempio e non esaustivo la trasparenza, il codice di comportamento aziendale, la procedura di tutela del dipendente che segnala gli illeciti, la formazione specifica e generale rivolta al personale dell’Ente.

In data 23 settembre 2014 si è tenuta la “Giornata della Trasparenza” per la presentazione del programma della trasparenza che ha previsto il coinvolgimento e la partecipazione dei portatori di interessi (stakeholder).

Strutture ospedaliere monitorate per i rischi legati alla corruzione

Sono state monitorate n.5 strutture ospedaliere che rappresentano il 100% delle strutture operanti nelle aree maggiormente esposte a rischio corruzione:

- S.C. Gestione risorse umane
- S.C. Affari generali
- S.C. Approvvigionamento e gestione risorse
- S.C. Macroarea Tecnico contrattualistica
- S.C. Gestione tecnica e programmazione lavori
- S.C. Ingegneria clinica
- S.C. RUP – Nuovo Galliera

Garantire le prestazioni mediche appropriate agli utenti offrendo, contestualmente, un alto livello di comfort in ambienti salubri è un impegno rispetto al quale una struttura sanitaria di alto livello come il Nostro Ospedale non può venir meno.

Il governo delle interazioni fra uomo e attività produttive dal punto di vista ambientale, deve essere finalizzato a consentire la salubrità dell'ambiente, sia per gli operatori, che per i pazienti ed i cittadini in genere. Le attenzioni necessarie in tal senso impongono accurati controlli sul livello delle emissioni, sui rifiuti ed una particolare attenzione per evitare sprechi energetici.

4.7

Impatto ambientale



L'Ente ospedaliero tiene molto in considerazione la gestione dell'energia, perseguendo, ove possibile, obiettivi di risparmio energetico, come dimostra la progressiva riduzione di consumo in tonnellate equivalenti di petrolio (TEP) dell'ultimo quadriennio.

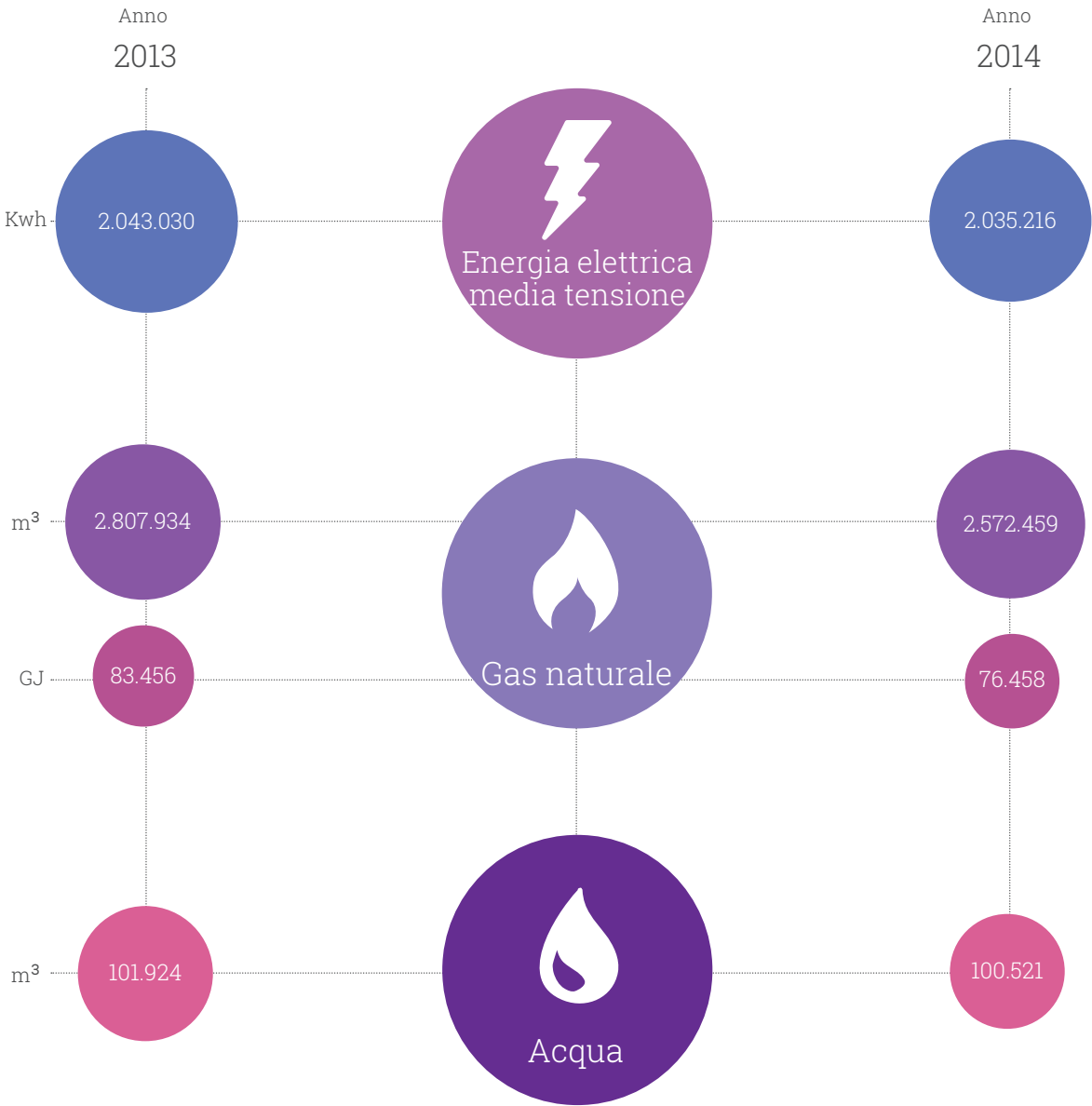
I TEP (Tonnellate Equivalenti di Petrolio) sono una misura della quantità di combustibile fossile consumata globalmente da un edificio sia per il riscaldamento che per il raffrescamento degli ambienti che per l'illuminazione e il funzionamento delle apparecchiature elettriche in esso presenti.

È bene ricordare che i risparmi ottenibili con un uso razionale dell'energia sono sempre a parità di servizio fornito, o con miglioramento dello stesso, e non impongono quindi rinunce o tagli. Tutti aspetti, questi, legati al concetto di "Ospedale verde" a cui l'Ente Ospedaliero sta rivolgendo le future progettualità.

Consumi tonnellate equivalenti di petrolio

	2010	2011	2012	2013	2014
Tep	3.804	3.444	3.328	2.778	2.578

Consumi



Complessità strutturale



Da un'ulteriore analisi dei consumi per fonte energetica si possono considerare i consumi per fonte energetica diretta, qualora l'energia rientri nel perimetro operativo dell'organizzazione, o indiretta, che l'organizzazione utilizza indirettamente attraverso l'acquisto di elettricità, riscaldamento o vapore prodotti convertendo energia primaria in altre forme di energia.

E' in funzione una centrale di cogenerazione che permette la produzione contemporanea di energia termica, nonché autoproduzione di quota parte dell'energia elettrica necessaria all'Ente, permettendo l'ottimizzazione dei relativi costi nonché dei consumi.

L'installazione del cogeneratore ha ridotto in maniera significativa i consumi dell'ospedale, ciò poichè l'autoproduzione in loco di energia elettrica ed il recupero del calore nell'impianto di riscaldamento permette di migliorare l'efficienza di produzione dell'elettricità rispetto a quella fornita dalla rete elettrica.

Si evidenzia rispetto al 2013 una diminuzione dell'energia consumata di gas metano ed elettricità come dimostrato dalla riduzione del 7% di TEP. Tali valori dipendono da fattori maggiormente favorevoli legati sia all'andamento termico stagionale che dall'esecuzione di miglioramenti tecnico impiantistici che consentono un'ottimizzazione della resa in termini di consumo.

Consumi di energia per fonte energetica primaria

	U.M.	2013	2014
Gas naturale*	m³	2.807.934	2.572.459
Gas naturale*	GJ	83.456	76.458
Gasolio**	L	6.000	6.231
Benzina***	L	6.293	7.310

* Per produrre calore/vapore/energia elettrica / ** Per generatori elettrici / *** Per utilizzo veicoli di proprietà dell'ente

Consumi energia per fonte energetica secondaria

	U.M.	2013	2014
Energia elettrica*	GJ	7.355	7.327
Gas naturale**	GJ	67.071	63.344
Energia***	GJ	29.541	27.621

* Prelevata da rete / ** Per la produzione di energia elettrica / *** Energia autoprodotta con cogenerazione

Legenda:

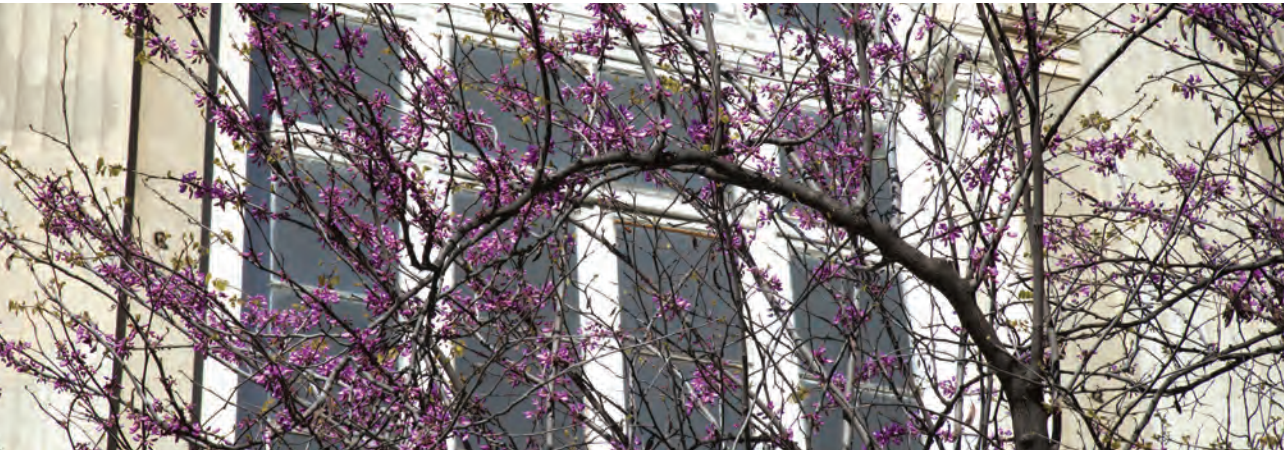
m³= metro cubo, unità standard di misura del consumo di gas
L= litri, unità di misura standard per il consumo di carburante
GJ= giga joule, unità di misura del consumo di energia

Rifiuti

L’Ente adotta un sistema di raccolta differenziata anche all’interno dei reparti di degenza con buoni risultati in termini di quantità prodotte e avviate a recupero.

L’Ente utilizza carta in parte derivante da materiale riciclato. Per i rifiuti pericolosi esistono depositi differenziati che permettono di poter avere costantemente la situazione delle giacenze aggiornata e conseguentemente avviare a smaltimento i rifiuti secondo le vigenti normative in materia.

I rifiuti sanitari pericolosi rappresentano il rifiuto di maggior produzione pertanto è stata avviata una campagna di sensibilizzazione al fine di non avviare a smaltimento in modo improprio rifiuti non rientranti in tale categoria.



Rifiuti differenziati

	2013	2014
Ingombranti/misti	kg. 22.860	kg. 18.290
Carta/cartone	kg. 150.960	kg. 82.220
Plastica	kg. 24.090	kg. 12.500
Vetro	kg. 2.100	kg. 2.350
Ferro	kg. 7.890	kg. 13.810
Piombo	kg. 810	kg. 640

Consumo carta

	2013	2014	2014 %
A4 bianca	kg. 35.417	kg. 35.305	97%
A4 riciclata	kg. 1.352	kg. 722	3%
Totale	kg. 36.769	kg. 36.027	

Inoltre per tali rifiuti si è provveduto ad introdurre contenitori riciclabili che hanno permesso di diminuire ulteriormente i quantitativi da avviare a smaltimento comportando di conseguenza un significativo risparmio economico e minor impatto ambientale.

I rifiuti vengono conferiti per la maggior parte (circa 95%) ad un’unica ditta che li trasporta al centro di stoccaggio e successivamente li inoltra

agli impianti di smaltimento finale (debitamente autorizzati); nessun rifiuto viene inoltrato oltre i confini nazionali.

Non risultano applicate sanzioni non monetarie o multe per mancato rispetto di regolamenti e leggi in materia ambientale.

Rifiuti pericolosi

Tipologia	2013	2014	Modalità di Smaltimento
Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo	kg. 245.325	kg. 216.765	Incenerimento
Raee (apparecchiature elettriche elettroniche)	kg. 7.396	kg. 2.855	Recupero
Sostanze chimiche	kg. 4.238	kg. 4.348	Incenerimento
Batterie piombo	kg. 602	kg. 0	Recupero
Altro	kg. 164	kg. 362	Incenerimento / Recupero

Rifiuti radioattivi

	2013	2014
Conferimenti di radioisotopi*	m³ 15,36	m³ 16,2

* Tecnezio, indio, iodio, tallio, fluoro.

Il Nuovo Galliera - Green hospital

I progettisti hanno disegnato un ospedale a "misura di paziente", innovativo sia nella struttura che nell'organizzazione, altamente tecnologico e a basso impatto ambientale, il cosiddetto "Green Hospital": utilizzo di innovativi sistemi di razionalizzazione nell'uso dell'energia; impianto tri-generazione in grado di produrre energia elettrica, termica e frigorifera; impianto a pannelli fotovoltaici e solari; sistemi di recupero calore sottratto a frigoriferi, celle frigo e camere fredde.

Il nuovo Galliera sorgerà sull'area attualmente occupata dai padiglioni non storici e dai parcheggi dei dipendenti. Un ospedale compatto, dotato di percorsi verticali semplici, brevi e distinti tra pazienti visitatori e personale sanitario, con due ingressi: uno verso il mare per l'accesso al Pronto Soccorso (da corso Aurelio Saffi) e l'altro in Via Volta per pazienti e visitatori.

L'edificio si sviluppa su tre piani esterni (la cui altezza massima è inferiore di circa 4 metri rispetto alla linea di gronda dell'Ospedale storico), che poggiano su un giardino pensile, che costituisce la copertura dei piani seminterrati.

Grandi e ampi patii attraversano verticalmente tutta la struttura, consentendo alla luce di raggiungere tutti gli ambienti e il totale dei sette piani della struttura. Al fine di semplificare l'accessibilità degli utenti ai vari servizi, l'ospedale presenta una netta separazione spaziale e funzionale tra le degenze suddivise in alta-media e bassa intensità, l'ospedale "di giorno", e le piastre a maggiore complessità clinica e tecnologica.

L'Ospedale, dotato di 400 posti letto, propone un alto comfort alberghiero con camere tutte con due letti (alcune ad uso singolo), area condizionata e bagno personalizzato. A completamento del nuovo ospedale, tutti i padiglioni storici non accoglieranno più pazienti e al loro interno saranno allocate funzioni di supporto quali: uffici, aule, spogliatoi, deposito divise, centro di cottura e mensa, magazzini, servizi mortuari, area di carico e scarico merci, nonché un Centro di Ricerca finalizzato allo studio sull'invecchiamento.



Il Bilancio d'esercizio è composto da Stato Patrimoniale, Conto Economico e Nota Integrativa. I documenti, che costituiscono e corredano il bilancio economico patrimoniale, sono redatti secondo il dettato delle leggi e delle normative in vigore e secondo le indicazioni contenute nel "Manuale di riferimento per l'avvio della contabilità economico-patrimoniale nelle aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Liguria", approvato con D.G.R. del 17.12.1997, n.5.211, ed integrato con la D.G.R. n.1.479 del 3.12.1999 e le successive indicazioni impartite.

4.8

Bilancio economico e stato patrimoniale

Il bilancio è corredato dalla Relazione sulla gestione che fornisce tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della situazione economico-finanziaria relativa all'esercizio di riferimento. La struttura dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della Nota integrativa corrisponde allo "Schema di bilancio economico-patrimoniale per le Aziende sanitarie liguri", contenuto nel manuale sopracitato ed è sostanzialmente quella stabilita dagli artt. 2423 - ter, 2424 e 2425 del Codice Civile.



Conto economico
a/ Valore della produzione

	2013	2014
Contributi in c/esercizio	147.826.112	146.210.117
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti		
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolti di esercizi precedenti	688.018	761.431
Ricavi per prestazioni sanitarie, sociosanitarie a rilevanza sanitaria	32.839.294	32.268.326
Concorsi, recuperi e rimborsi	7.603.728	7.196.045
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (tiket)	3.178.825	3.017.635
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	1.633.112	1.236.476
Incrementi delle immobilizzazioni pr lavori interni		
Altri ricavi e proventi	2.154.403	1.948.262
Totale	195.923.492	192.636.292

b/ Costi della produzione

	2013	2014
Acquisti di beni	40.709.415	42.607.688
Acquisti di servizi sanitari	32.086.120	36.057.762
Acquisti di servizi non sanitari	20.123.488	17.369.712
Manutenzione e riparazione	4.253.072	3.642.698
Godimento di beni di terzi	1.221.272	1.440.821
Costi del personale	85.506.292	84.163.354
Oneri diversi di gestione	292.203	305.584
Ammortamenti	4.119.102	3.799.076
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	57.307	760.034
Variazione delle rimanenze	-440.501	-445.076
Accantonamenti	1.195.790	1.091.234
Totale	189.123.562	190.792.887
Differenza tra valore e costi della produzione (a-b)	6.799.930	1.843.405

Conto economico
c/ Proventi e oneri finanziari

	2013	2014
Interessi attivi ed altri provenienti finanziari	99.284	101.551
Interessi passivi ed altri oneri finanziari	456.967	404.994
Totale	-357.683	-303.443

d/Rettifiche di valore di attività finanziarie

	2013	2014
Rivalutazione	0	0
Svalutazione	0	0
Totale	0	0

e/Proventi e oneri straordinari

	2013	2014
Proventi straordinari	854.907	1.572.563
Oneri straordinari	1.867.974	1.347.031
Totale	-1.013.067	225.532

Risultato prima delle imposte (a+b+c+d+e)	5.429.180	1.765.494
---	-----------	-----------

f/ Imposte sul reddito dell'esercizio

	2013	2014
IRAP	6.167.286	6.272.020
IRES	347.447	350.000
Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)		
Totale	6.514.733	6.622.020

Utile (perdita) dell'esercizio	-1.085.553	-4.856.526
--------------------------------	------------	------------

Nel redigere il bilancio vengono osservati i postulati generali ed i principi previsti dall'art.2423 - bis c.c. , avendo come obbiettivo quello della rappresentazione chiara, veritiera, e corretta della situazione patrimoniale, finanziaria dell'azienda ed il risultato economico dell'esercizio. Tali principi vengono integrati da quanto disposto e diffuso dalla normativa regionale tramite il "Manuale di riferimento per l'avvio della contabilità economico-patrimoniale delle Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Liguria" e le "Note operative per l'utilizzo del piano dei conti" adottate dalla Giunta Regionale con deliberazione n.1.479 del 3.12.1999.

Il bilancio d'esercizio è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente con delibera n.14 del 5 giugno 2015. La gestione economico finanziaria chiude con un disavanzo "programmato" che verrà totalmente coperto dalla risorse finanziarie che la stessa Regione ha già stabilito di assegnare dopo l'approvazione del bilancio d'esercizio. Tra gli aggregati di maggior rilievo emerge il "valore della produzione" composto per la maggior parte dal finanziamento regionale e dai ricavi per le prestazioni sanitarie erogate dall'Ente. In quest'area vengono rilevati anche il finanziamento ed i ricavi legati anche all' I.B.M.D.R.

Inoltre vi sono inseriti i ricavi relativi alla compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket).

Il "costo della produzione" comprende il costo del personale,una delle voci di gran lunga più rilevanti nell'ambito dei costi di un'azienda ospedaliera, i costi per acquisti di beni e servizi sanitari e non, e i costi per manutenzione e riparazioni, nonché quelli per ammortamenti ed accantonamenti.

Nello schema indicato sono altresì rilevati l'andamento della gestione finanziaria (interessi attivi e passivi a carico della gestione corrente), la gestione straordinaria e le imposte e le tasse di competenza dell'esercizio.

Lo schema termina con l'evidenza dell'utile o perdita dell'esercizio, come già rilevato sopra, il 2014 chiude con una perdita "stabilita" dalla Regione, che ne ha già previsto la copertura successivamente alla chiusura del bilancio di esercizio

Valore aggiunto

La riclassificazione del bilancio secondo il metodo del valore aggiunto rappresenta la misura della “ricchezza” residua che l'ente è riuscito a creare una volta coperti tutti i costi dei fattori (beni e servizi) necessari per la produzione delle prestazioni sanitarie. Nella tabella viene rappresentato il valore aggiunto globale lordo determinato come differenza tra il valore della produzione ed i costi della stessa che rappresenta il risultato delle attività tipiche della struttura. Sommando al valore aggiunto globale lordo i risultati della gestione straordinaria e finanziaria

si ottiene il valore aggiunto distribuibile. L'analisi in dettaglio della distribuzione del valore aggiunto tra i differenti destinatari sia nel 2014 che nel 2013 evidenzia che la maggior parte di esso è destinato alla remunerazione del capitale umano impiegato nei processi aziendali. La seconda quota in termini di valore è invece destinata alla remunerazione della pubblica amministrazione attraverso il pagamento delle imposte. Infine la quota rimanente è destinata al reintegro del capitale attraverso il valore degli ammortamenti.



Valore aggiunto

	2013	2014
Contributi in c/esercizio	147.826.112	146.210.117
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	688.018	761.431
Ricavi per prestazioni sanitarie, sociosanitarie a rilevanza sanitaria	32.839.294	32.268.326
Concorsi, recuperi e rimborsi	7.603.728	7.198.045
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	3.178.825	3.017.635
Quota contributi in c/capitlle imputata nell'esercizio	1.633.112	1.236.476
Altri ricavi e proventi	2.154.403	1.948.262
Valore della produzione	195.923.492	192.636.292
Acquisti di beni	40.709.415	42.607.688
Acquisti di servizi sanitari e non sanitari	52.209.608	53.427.474
Manutenzione e riparazione	4.253.072	3.642.698
Godimento di beni di terzi	1.221.272	1.440.821
Oneri diversi di gestione	292.203	305.584
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	57.307	760.034
Variazione delle rimanenze	-440.501	-445.076
Accantonamenti	1.195.790	1.091.234
Costi della produzione	99.498.168	102.830.457
Valore aggiunto globale lordo	96.425.324	89.805.835
Saldo gestione straordinaria	-1.013.067	225.532
Saldo della gestione finanziaria	-357.663	-303.443
Valore aggiunto distribuibile	95.054.574	89.727.924

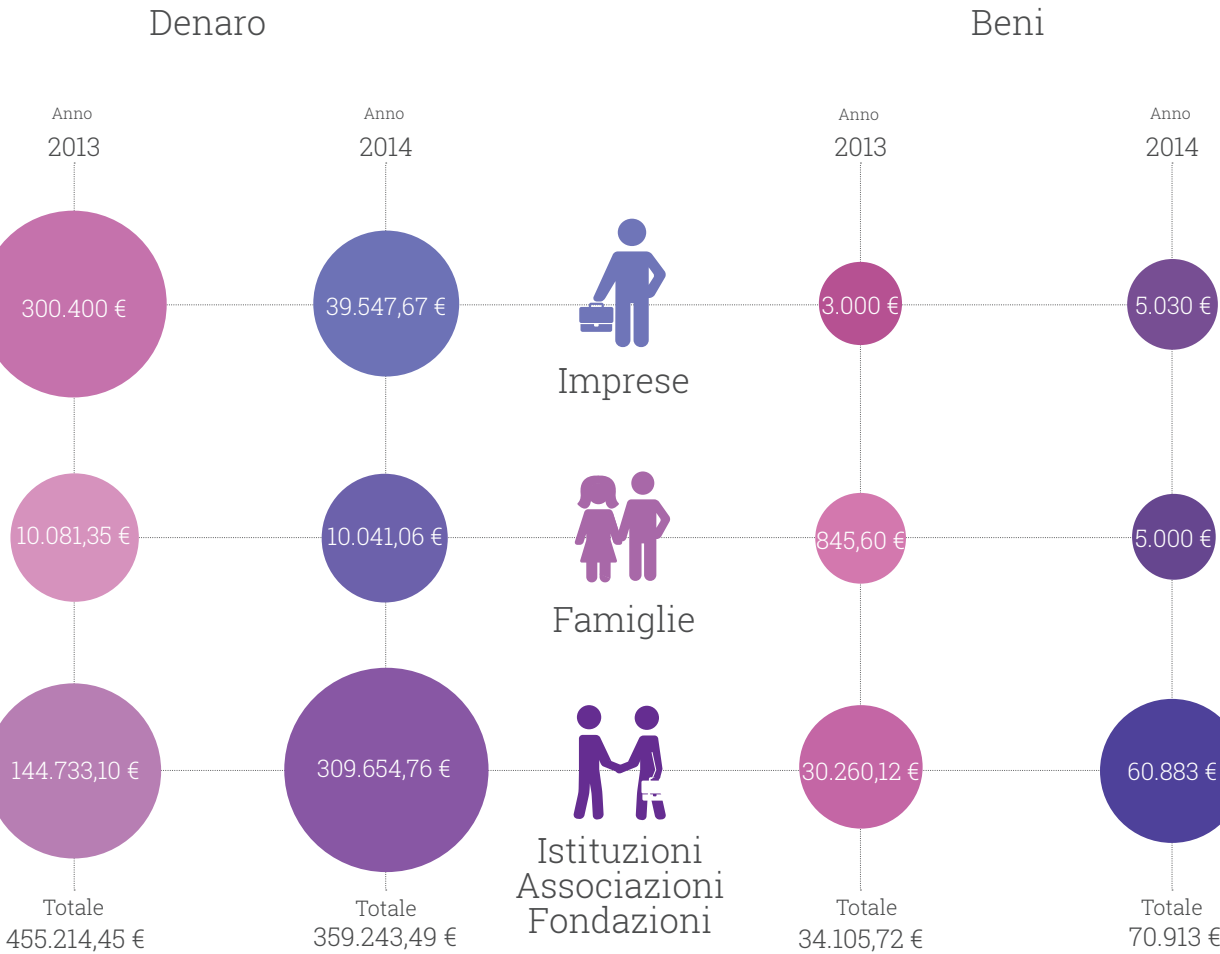
Prospetto di riparto del valore aggiunto

	2013	2014
Personale dirigente medico	29.747.055	29.657.159
Personale dirigente ruolo sanitario non medico	3.470.477	3.517.431
Personale comparto ruolo sanitario	31.968.035	31.076.900
Personale dirigente altri ruoli	1.741.473	1.741.351
Personale comparto altri ruoli	18.579.252	18.170.513
Remunerazione del personale	85.506.292	84.163.354
IRAP	6.167.286	6.272.020
Oneri tributari diversi	347.447	350.000
Remunerazione della pubblica amministrazione	6.514.733	6.622.020
Ammortamenti	4.119.102	3.799.076
A reintegro del capitale	4.119.102	3.799.076
Risultato differenziale della gestione	-1.085.553	-4.856.526

Donazioni

È anche grazie alle donazioni ricevute da privati, aziende, associazioni o da club di servizio, che l’Ente indirizza la propria attività verso l’eccellenza.

Questi contributi hanno permesso nel corso degli anni l’introduzione di preziose tecnologie per la diagnosi e la cura dei pazienti, nonché la formazione degli operatori.



4.9

Fornitori

Per l’approvvigionamento e la gestione delle risorse, oltre alle normative vigenti in materia e al regolamento degli acquisti in economia, adottato con provv. n.970 del 30.11.2007 e successive modificazioni, l’Ente, pur potendo riconoscersi un determinato livello di autonomia, si è sempre allineato alle determinazioni regionali applicabili alle ASL ed alle Aziende ospedaliere in materia di approvvigionamento delle risorse strumentali.

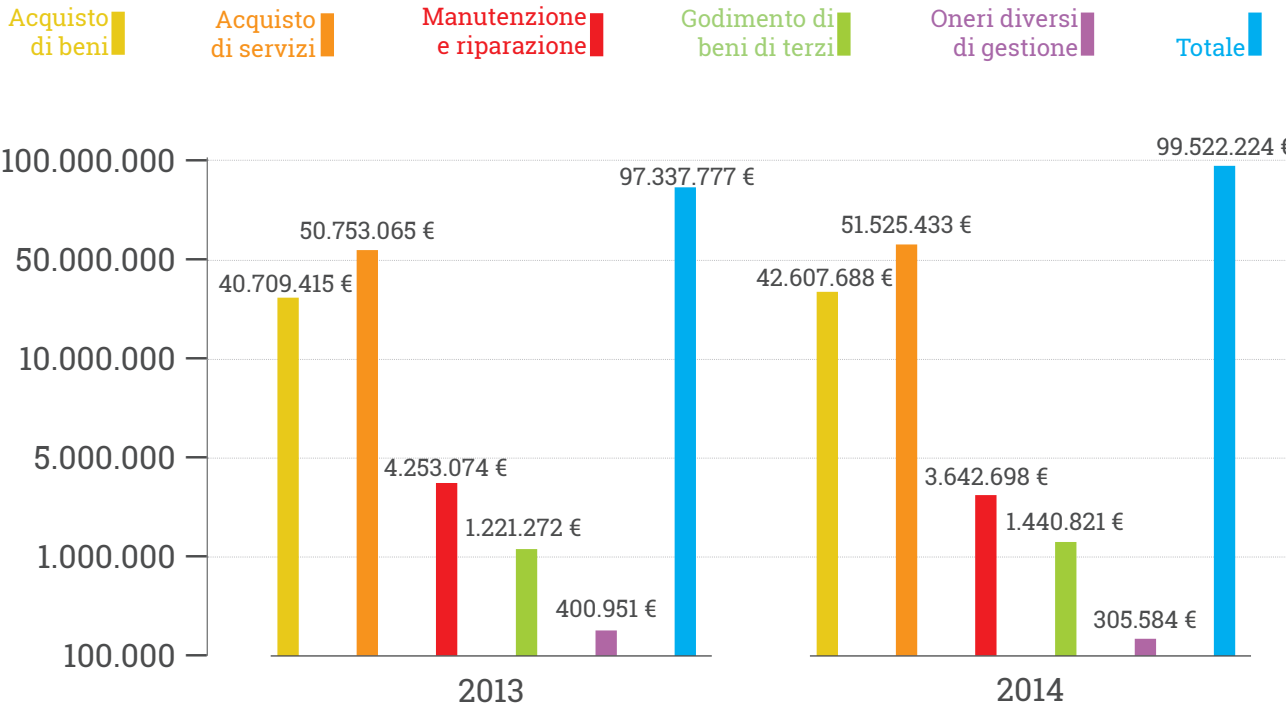
Fin dal 2008 l’Ente ha aderito alle iniziative di acquisti unificati e di gare espletate dalla “Centrale d’Acquisto” regionale, finchè tutto il sistema regionale degli approvvigionamenti in materia sanitaria, ha subito una completa riorganizzazione con la legge regionale n.34 del 06.11.2012, con la costituzione dell’ Agenzia Regionale Sanitaria con funzione di Centrale Regionale d’Acquisto che ha comportato una sostanziale modifica dell’attività di programmazione delle singole procedure di gara, che sono state sostanzialmente trasferite all’ARS/CRA, affidandole la competenza per tutte le procedure superiori a € 40.000, rientranti nella programmazione.

Il D.L. 66/2014 ribadisce il disegno legislativo di centralizzazione degli acquisti prevedendo che il numero complessivo dei soggetti aggregatori presenti sul territorio nazionale non può essere superiore a 35. A tutto ciò si deve aggiungere un contesto normativo particolarmente complesso e innovativo che già nel corso del 2012 ha visto la piena applicazione della spending review con una rivisitazione dei fabbisogni aziendali e dei contratti in corso, a cui si aggiunge un obbligo informativo sempre più ampio nei confronti dell’ANAC, intervenuto anche nel corso del 2013, con le norme sulla trasparenza e anticorruzione, e innovazioni intervenute anche sulle modalità di espletamento delle singole procedure di acquisto con il MEPA (Mercato Elettronico Pubblica Amministrazione) e l’AVCPASS.

Fornitori

	2013	2014
Fornitori con contratti attivi presso l’Ente	932	970
Contratti esternalizzati	7	7
Fatturato annuo	97.337.777€	99.522.224€

Bene acquistato



Tempi pagamenti fatture*

	2013	2014
Fornitori beni e servizi	120 giorni	120 giorni
Fatture strutture per convenzioni**	90 giorni	90 giorni
Forniture CONSIP	120 giorni	120 giorni
Stati avanzamento lavori (SAL)	150 giorni	60 giorni
Pubbliche assistenze	60 giorni	60 giorni

* Pagamento fatture: lasso di tempo tra il momeno in cui la fattura viene acquisita al protocollo dell'Ente al momento in cui viene emesso il mandato di pagamento

**Disabili, psichici, tossicodipendenti, anziani.

Il fabbisogno mensile di cassa dell'E.O. Ospedali Galliera per il pagamento dei fornitori nel 2014 è pari a circa € 12.196.860 mensili e l'indicatore "tempestività dei pagamenti" si mantiene costante rispetto al 2013 mostrando un miglioramento per quanto riguarda i tempi di pagamento dei Stati Avanzamento Lavori (SAL)





Relazioni sociali

5.1 Associazioni di volontariato
e di tutela

5.2 Promozione della Salute

5.3 Servizi digitali per i cittadini

5.1

Associazioni di volontariato e di tutela

All'Ospedale Galliera, la partecipazione dei cittadini è garantita attraverso il Comitato Misto Consultivo che si occupa di controlli di qualità dal lato della domanda, di raccolta e analisi dei segnali di disservizio e dei reclami degli utenti nonché della verifica del grado di coinvolgimento dell'ospedale nel miglioramento della qualità della comunicazione col cittadino e della rilevazione della soddisfazione dell'utenza. I componenti del Comitato partecipano ad attività formative dell'ospedale e promuovono attività di verifica della qualità percepita anche attraverso il monitoraggio di criticità rilevate e segnalate dai cittadini. A tali attività seguono accurate analisi rispetto ai problemi emersi, proposte di miglioramento e partecipazione alle azioni per la loro realizzazione.

Tra le principali interfacce dell'Ospedale Galliera ci sono le Associazioni di Volontariato e tutela.

L'Ente sostiene e favorisce un rapporto di collaborazione, con l'obiettivo di supportare pazienti e utenti nelle attività/bisogni non sanitari, disporre di soggetti qualificati a supporto dell'utenza e assicurare a tutte le Associazioni equità di condizioni nei rapporti con l'Ente stesso.

Allo stesso tempo cerca di soddisfare l'esigenza delle Associazioni di farsi conoscere sul territorio e promuovere la cultura del volontariato e della solidarietà, mettendo a disposizione spazi per banchetti informativi e di raccolta fondi. L'attività dei Volontari è la risposta ai bisogni espressi dalle strutture, che si fanno portavoce delle necessità del cittadino (utente o caregiver) evidenziate durante l'accesso in Ospedale e consiste in:

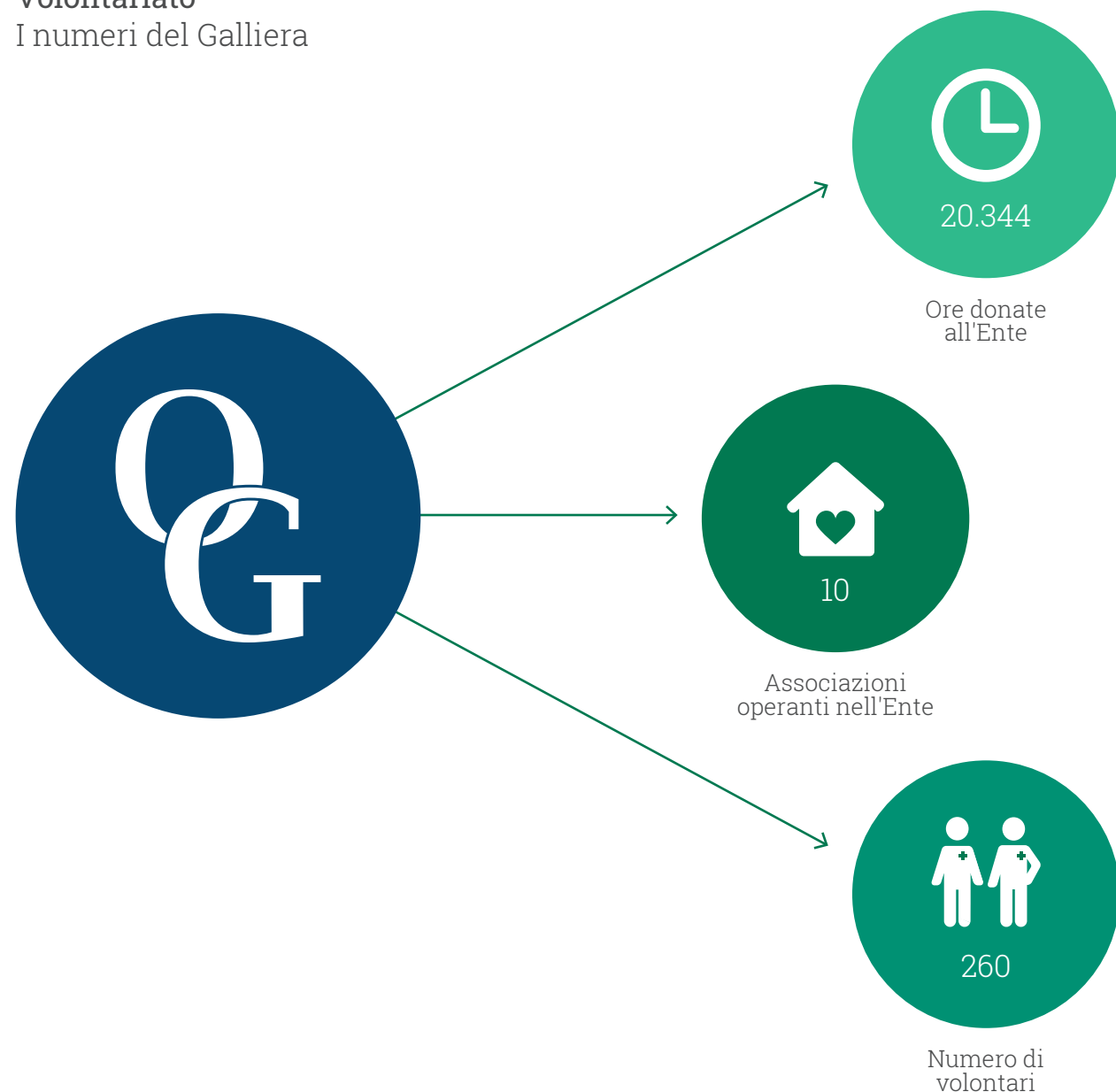
- **supporto informativo e psicologico a pazienti e familiari;**
- **attività ricreativa** (clownterapia, gioco, lettura, disegno, conversazione, compagnia);
- **accompagnamento nello svolgimento delle pratiche quotidiane;**
- **accoglienza di parenti e familiari** (supporto logistico- abitativo);
- **trasporto/ accompagnamento pazienti casa-Ospedale-casa per l'esecuzione delle terapie.**



Ad oggi sono coinvolte 10 Associazioni di Volontariato e tutela (convenzionate) che operano in tutte le strutture ad eccezione di Anestesia e rianimazione e Malattie infettive, per la particolarità dei pazienti ricoverati. Le Associazioni di Volontariato costituiscono una importante risorsa anche per l'attività di accoglienza e orientamento: grazie alla presenza dei Volontari AVO si possono ottenere più informazioni e l'accompagnamento del cittadino/familiare alla struttura.

Volontariato

I numeri del Galliera



Attività di informazione ed educazione alla salute realizzate con le associazioni

- **II edizione del Corredino Baby "Dentro la calza":**
in collaborazione con l'Istituto Duchessa di Galliera sezione moda e AVO che ha offerto agli studenti le stoffe. Il progetto ha visto gli studenti dell'Istituto Duchessa di Galliera sezione moda creatori di tre completi da neonato (coperta, tutina e bavaglino) e due copri cuscino da allattamento, donati alla struttura di Neonatologia dell'Ospedale.
- **Open day delle associazioni di volontariato e tutela:**
l'11 febbraio in occasione della XXII Giornata mondiale del malato nell'ingresso principale dell'ospedale si è tenuto l'open day delle associazioni che operano all'interno del Galliera.
- **Giornata della tiroide:**
il 20 Maggio si è svolto un incontro pubblico in collaborazione con il Comitato associazioni pazienti endocrini, rivolto agli studenti delle Scuole superiori di secondo grado.
- **XIII Giornata nazionale del sollievo:**
in collaborazione con l'associazione Gigi Ghirotti ONLUS, la giornata si è svolta il 23 maggio nel Salone dei congressi dell'Ente e ha visto la presentazione del libro di Marco Romagnoli "La custode del tempo perduto", racconti di persone ricoverate in hospice.

- **Flash mob "allattamento":**
il 4 ottobre si è svolto un flash mob nell'ingresso principale dell'ospedale con la partecipazione di mamme e bambini in collaborazione con UNICEF e Leache Legue Genova.
- **Giornata internazionale delle bambine e delle ragazze:**
l'Ente dal 05 giugno 2013 ha adottato la Carta dei Diritti della Bambina, proposta da FIDAPA, con l'intento di promuovere presso i neogenitori la presa di coscienza delle differenze che il genere comporta, sotto l'aspetto fisico, emozionale e riproduttivo. Il 7 e 9 ottobre, presso l'Ingresso principale le associate della Federazione italiana donne arti professioni affari (FIDAPA) hanno svolto attività di informazione e sensibilizzazione sui diritti delle bambine.
- **Presentazione del libro "La forza degli anni - Lezioni di vecchiaia per giovani e famiglie":**
il 15 ottobre, in occasione dello svolgimento della seconda giornata del corso "La fragilità: diagnosi ed interventi", si è svolto un dibattito intorno al tema della fragilità con la collaborazione della Comunità di Sant'Egidio.

Le Associazioni di seguito citate hanno uffici dedicati con accesso dal corridoio adiacente l'ingresso principale di via Volta 8.

• **Acquablu Associazione giovanile di volontariato**

L'associazione ha per scopo la promozione di iniziative in campo sanitario e sociale nei confronti di Enti pubblici, ASL, Ospedali, strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private anche convenzionate, nelle diverse tipologie e forme, valorizzando i giovani come risorsa preziosa del mondo del volontariato. L'Associazione Acquablu svolge attività di animazione in diversi reparti dell'E.O. Ospedali Galliera e presso la RSA Galliera.

• **Associazione Donatori Midollo Osseo (ADMO)**

E' una ONLUS che da oltre dieci anni è attiva in tutta Italia con lo scopo principale di sensibilizzare la popolazione sulla possibilità di combattere la leucemia e altre neoplasie del sangue, attraverso il trapianto di midollo osseo.

L'associazione è impegnata nella ricerca di donatori, fra i 18 e i 35 anni, per dare una speranza di vita ai malati che non hanno un donatore consanguineo compatibile.

• **Associazione Ligure Talassemici ONLUS**

L'Associazione ha da sempre curato: la tutela dei talassemici nelle sedi sanitarie; l'informazione alle famiglie sulla malattia e sulla terapia, tramite assemblee e incontri con specialisti; la partecipazione a incontri in varie sedi istituzionali e associative per far conoscere la malattia e i modi per prevenirla.

• **Associazione Volontari Ospedalieri (AVO)**

Costituita a Genova nel 1978 e iscritta all'albo regionale e nazionale delle associazioni di volontariato, è un'associazione senza scopo di lucro (ONLUS) nata e organizzata per dare una possibilità concreta a quanti vogliono portare conforto nelle corsie degli ospedali e nelle case di riposo.

• **Associazione Volontari Pagiassi (VIP) ONLUS**

Nasce a Genova nel 2004 ed appartiene alla Federazione Nazionale V.I.P.Italia (VIVIAMO IN POSITIVO).

Gli ottanta clown di corsia genovesi prestano servizio in questa struttura nei reparti di Geriatria e Cure Intermedie, con un ottimo riscontro sia del personale di reparto, sia dei ricoverati.

La missione del Vivere in Positivo e di portare un sorriso non si limita alle corsie ospedaliere (Galliera, Gaslini, IST) ma si rivolge anche a case famiglia, case di riposo, scuole.

• **Confederazione Ligure dei CDTM "Maria Chighine" ONLUS**

Il CDTM sollecita il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Collabora alla definizione degli standard di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere.

• **Coordinamento Ligure Consumatori Utenti (associazione di tutela)**

Lo scopo dell'associazione è la tutela di utenti e consumatori nell'utilizzo dei servizi pubblici e privati. In ambito sanitario sensibilizza, informa e aiuta il cittadino nel corretto uso dei servizi.

• **Fondo Terapia Tumori "Clotilde Rubiola"**

L'associazione, costituitasi nel 1981, è nata con lo scopo di potenziare il Servizio di Radioterapia Oncologica dell'E.O. Ospedali Galliera nella sua attività terapeutica e nella preparazione specialistica del suo personale. Successivamente il Fondo ha esteso le sue finalità ai reparti di radioterapia della Regione Liguria. Presso i reparti di radioterapia non si svolge, tuttavia, soltanto attività terapeutica, ma anche di ricerca clinica radiooncologica.

• **Sostegno Genovese ONLUS**

Attivo dal 1989, svolge attualmente la propria attività, in collaborazione con la Struttura Semplice Dipartimentale di Cure Palliative dell'E.O. Ospedali Galliera, verso pazienti affetti da neoplasie o da altre patologie cronico-degenerative invalidanti.

L'attività del Sostegno Genovese prevede in particolare assistenza gratuita al domicilio dei pazienti mettendo loro a disposizione attrezzature e ausili (aste flebo, sedie a rotelle, letti elettrici, materassi antidecubito, girelli...); sostegno psicologico per supportare i pazienti e i familiari; promozione borse di studio per personale in ambito non esclusivamente sanitario.

• **Cittadinanza attiva Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva Liguria ONLUS**

Il TDM è un'iniziativa di Cittadinanzattiva, nata nel 1980 per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del servizio sanitario nazionale. Si occupa di garantire la necessità dei cittadini di assistenza, consulenza e aiuto per far valere legittime aspettative; aiutare i cittadini a trovare strumenti e opportunità per ottenere la tutela e la protezione dei suoi diritti; promuovere la partecipazione civica, affinché i cittadini stessi siano protagonisti delle azioni di tutela in ambito sanitario.



Promozione della salute

5.2

Carta dei servizi

Ogni anno l'Ospedale revisiona ed adotta la Carta dei Servizi aziendale.

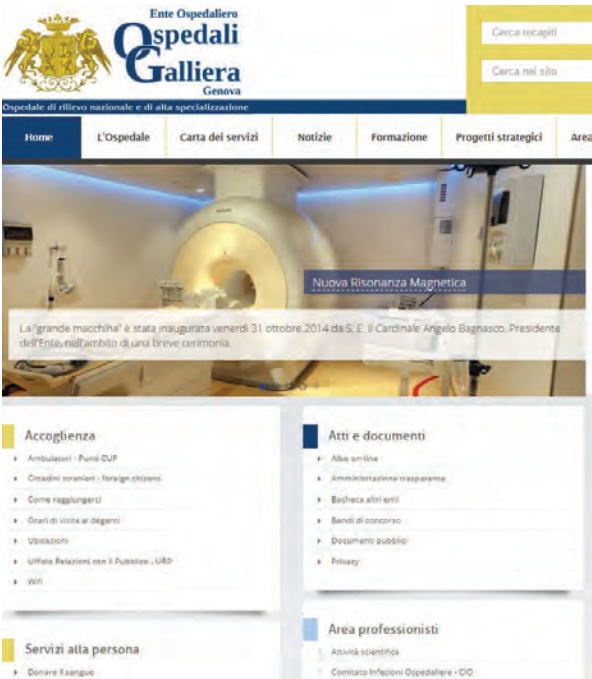
Tale documento, oltre all'enunciazione dei principi generali che improntano e ispirano l'attività dello stesso, vuole rendere noti gli impegni aziendali che s'intendono assumere nei confronti dei cittadini, evidenziandone anche gli strumenti di misurazione.

La Carta dei Servizi è stata costruita con il coinvolgimento e la responsabilizzazione degli operatori, delle Associazioni di volontariato e tutela e del Comitato misto consultivo.

Sotto il profilo strutturale il documento, elaborato sulla base delle Direttive impartite dal Ministero di riferimento, è articolato in quattro sezioni con le quali si sono evidenziati, nella prima gli obiettivi generali e i principi fondamentali nonché la presentazione di massima dell'Ospedale mentre nella seconda sono fornite le informazioni generali sulle strutture e sui Responsabili delle stesse.

La terza e la quarta sezione rappresentano invece "il cuore" della Carta, attraverso l'enunciazione degli impegni e degli indicatori aziendali e dei meccanismi di tutela e verifica diretti a garantire al cittadino, anche attraverso le associazioni di volontariato, l'effettuazione di un costante e continuo sistema di monitoraggi e verifiche.

La Carta dei Servizi è resa pubblica sul sito www.galliera.it dove il cittadino trova tutte le informazioni sull'attività svolta, sui servizi erogati, sugli impegni, indicatori e standard di ogni struttura sanitaria.



Ogni struttura dispone della propria carta del servizio con l'informazione dettagliata e pertinente ad essa, in formato stampabile, con la quale si informa sull'attività ed indirizzi terapeutici, staff sanitario, ambulatori, ricovero, collaborazioni, pubblicazioni ed informazioni anche in lingua inglese.

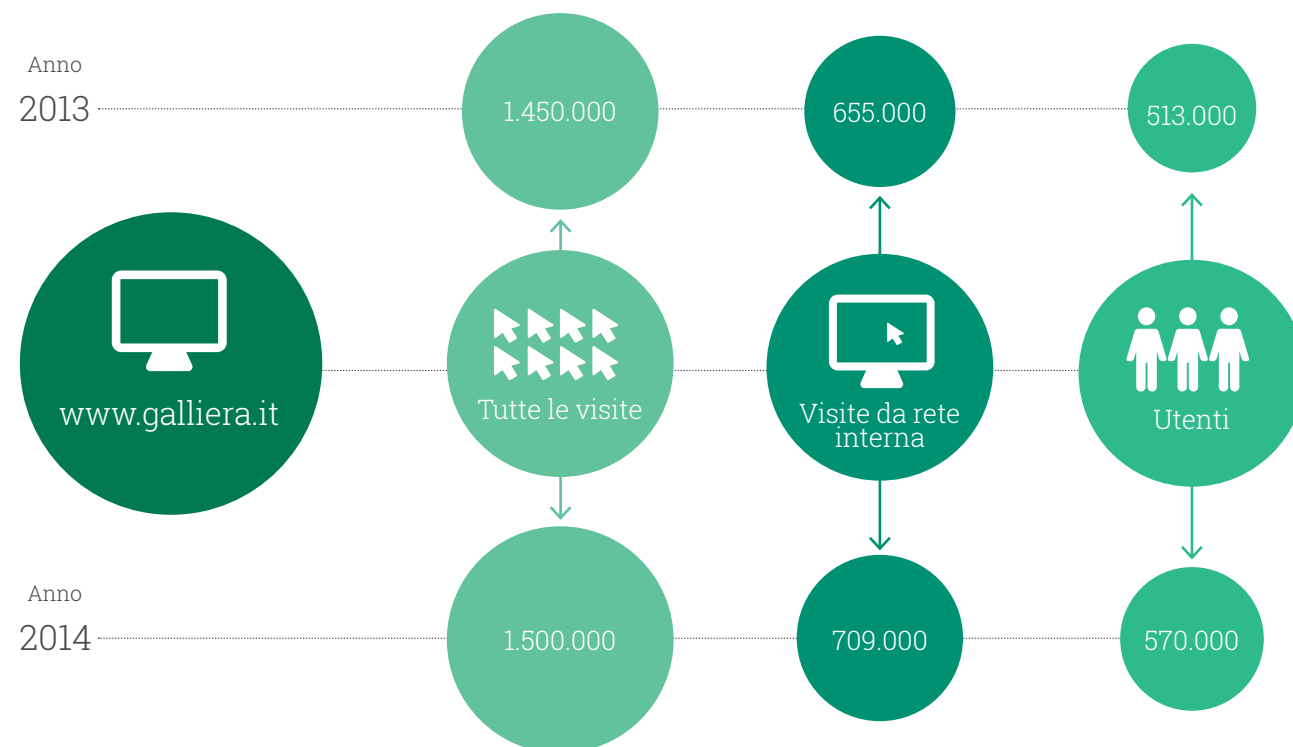
Sito web

Il sito www.galliera.it rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Ente si presenta in tempo reale ai cittadini. Nell'ultimo triennio l'implementazione delle pagine e dei contenuti è stata continua, tanto che ad oggi sono disponibili circa 3.000 pagine, 1.000 notizie ed oltre 9.000 tra immagini e file allegati. I criteri che indirizzano l'attività sono la tempestività, l'aggiornamento continuo e la fruibilità dei contenuti, curati ed aggiornati, che sono in grado di offrire una dettagliata panoramica di ciò che offre l'Ospedale.

Il portale www.galliera.it è stato completamente rinnovato: il 16 aprile 2014 è stato inaugurato un nuovo sito per offrire una maggiore accessibilità con ogni tipo di supporto, la navigazione facilitata e tutte le opportunità rese possibili da un software moderno e flessibile. Nell'ultimo anno l'attività si è concentrata sul rinnovo del sito e sul continuo miglioramento in termini di trasparenza, partecipazione ed interazione dell'utenza. Per l'anno 2014 la statistica - fonte Google Analytics - espone un totale di circa 1.500.000 visite con una media di permanenza sul sito di sei minuti e mezzo.

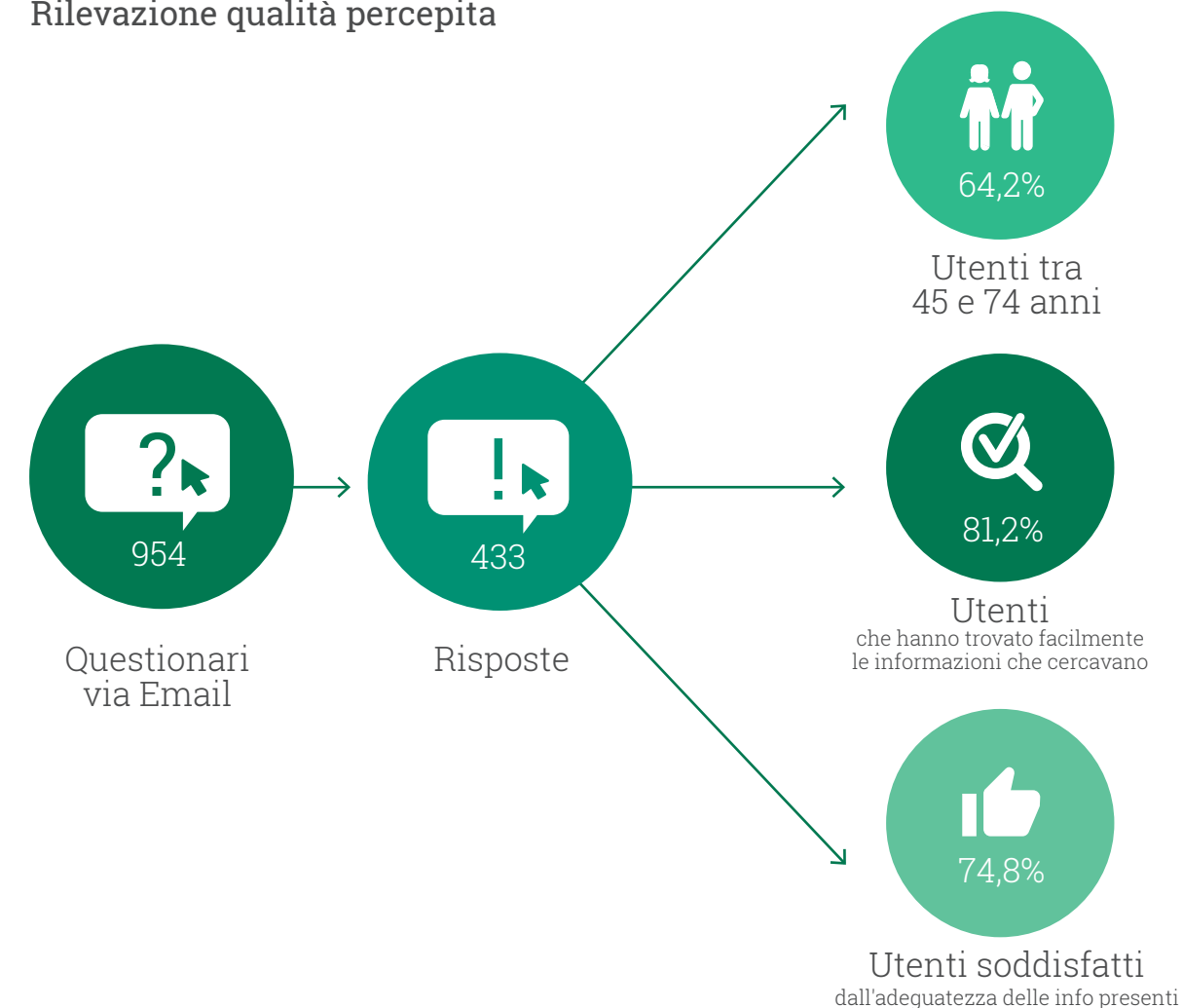
Il dato si divide con il 60% di visitatori esterni ed il 40% interni. La statistica evidenzia per il 2014 circa 7.000.000 di pagine visualizzate ed un incremento del 10,85% del numero totale degli utenti. Questi ulteriori dati dimostrano il costante incremento della possibilità ed abilità di navigazione degli utenti e la contestuale miglior disposizione delle informazioni che, cercate da un numero maggiore di utenti, danno origine ad un numero di pagine visualizzate che di poco si discosta dall'anno precedente.

Visite al sito web dell'Ente



A dicembre 2014, per un mese, è stato inoltre somministrato agli utenti esterni, tramite mail, un questionario per rilevare la qualità percepita del nuovo sito.

Rilevazione qualità percepita



Eventi 2014

L'ospedale aderisce al progetto OMS "health promotion hospital" (HPH) e in ragione di questo dal 2009 ha deciso di aprirsi ai cittadini con iniziative di sensibilizzazione, informazione, educazione alla salute che hanno visto coinvolti Operatori dell'Ente, Associazioni di volontariato, Scuole medie superiori dell'area metropolitana, Giornalisti dei media locali e regionali. In particolare dal 2009 ad oggi si sono svolti 10 incontri con i cittadini, denominati "Parliamo di...", nei quali gli esperti delle differenti discipline, con la regia di un giornalista sotto forma di talk show, hanno affrontato vari argomenti di educazione sanitaria, prevenzione e diagnosi e cura. Dal primo incontro, nel 2009, ad oggi, hanno partecipato circa 1.440 persone; dalla valutazione dei questionari di gradimento, nell'85% dei casi si è osservata moltissima soddisfazione per l'aumento delle conoscenze e per la gradevolezza dell'organizzazione.

Di seguito sono riportati tutti gli eventi realizzati nel 2014, oltre quelli già citati in collaborazione con le associazioni di volontariato:

• Febbraio

Maturità, e poi?

Evento di orientamento dedicato agli alunni delle scuole superiori organizzato dai Rotary clubs con la partecipazione di alcuni dirigenti dell'Ospedale.

XIII Giornata mondiale del Malato

Open day in Ospedale con tutte le associazioni di volontariato per sensibilizzare e far conoscere le realtà associative presenti in Ospedale a sostegno dei pazienti.

Sfide della medicina, ottava edizione

Il convegno è stato dedicato alla salute materno fetale con la partecipazione di esperti e specialisti provenienti anche da altre realtà ospedaliere.

Progetto INDICATE – il Nuovo Galliera Indicator-based Interactive Decision Support and Information Exchange platform for Smart Cities

Giornata di studio sul progetto - finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito dell'ultimo Bando dedicato alle Smart Cities - coordinato dal Comune di Genova, con partner internazionali provenienti da Gran Bretagna, Irlanda e Svizzera.



• Aprile

Parliamo di... trombosi e prevenzione

in collaborazione con Medicina interna, Chirurgia Vascolare, Ginecologia, Cardiologia, Radiodiagnostica, Recupero e riabilitazione funzionale e Istituto G. Gaslini Incontro divulgativo ed educativo sulla salute in collaborazione anche con ALT (Associazione per la lotta alla trombosi).

• Maggio

Giornata per la salute della mano

In occasione della Giornata per la salute della mano gli specialisti del Centro di chirurgia della mano sono stati disponibili per visite gratuite.

80 anni Scuola Infermieri Galliera

Celebrazione per gli 80 anni di attività della Scuola Infermieri del Galliera.

• Giugno

Presentazione dell'Annual Report 2013, uno strumento di divulgazione dell'attività scientifica svolta all'interno dell'Ospedale realizzato dall'Ufficio del Coordinatore scientifico.

• Settembre

Giornata della trasparenza, evento di presentazione a tutta la cittadinanza del piano triennale per la trasparenza, l'integrità e il piano anticorruzione.

• Ottobre

Quality day

Evento di presentazione e premiazione dei progetti di qualità che partecipano ai Quality Awards organizzato dalla S.C. Qualità e comunicazione.

Obesity day

In collaborazione con le dietiste della struttura di Endocrinologia evento di sensibilizzazione su sovrappeso e salute.

Open day Osteoporosi

Evento di sensibilizzazione con Dipartimento di gerontologia e scienze motorie e ufficio stampa.

G:OOD 2014

Conferenza sulla gestione del tempo in Ospedale scandito dalle tecnologie digitali.

• Novembre

Parliamo di... allattamento e salute

Con Dipartimento area materno infantile, ASL 3 attività in consultorio e PLS. Evento di divulgazione ed educazione dedicato al tema dell'allattamento al seno nel quadro degli eventi organizzati per la certificazione UNICEF come Ospedale amico dei bambini

• Dicembre

Primo Concorso Presepi Galliera

Dedicato ai dipendenti e alle associazioni di volontariato e tutela presenti in Ospedale.

Ufficio Stampa

L'Ufficio Stampa aziendale cura i collegamenti con gli organi di informazione (agenzie di stampa, quotidiani, periodici, testate giornalistiche on-line, televisioni, web tv, radio, new media) assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle informazioni per la diffusione di notizie.

Promuove l'attività clinica, assistenziale e di ricerca svolta dall'Ospedale, risponde alle richieste di notizie o approfondimenti per servizi giornalistici su argomenti sanitari e per attività relative all'Ente.

Si occupa di sviluppare iniziative editoriali - anche digitali - finalizzate alla promozione della Salute. Garantisce alla cittadinanza, attraverso i media, informazioni sui servizi erogati e sull'attività della struttura.

Nel 2013 l'Ufficio Stampa ha avviato con la S.C. Informatica e Telecomunicazioni una collaborazione per la realizzazione di prodotti multimediali, premiati nell'ambito di E-gov 2014 con la motivazione "Un esempio concreto di come si dovrebbero utilizzare gli strumenti e i canali digitali per rendere più semplice, fruibile e parlante il rapporto fra sanità e assistito."

Inoltre il progetto ha ricevuto la menzione d'onore della Giuria esterna del premio "La Pietra" nell'ambito del Quality Awards 2014.

Le funzioni dell'Ufficio Stampa sono regolate dall'Art. 9 della L.150/2000 sulla "Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni".

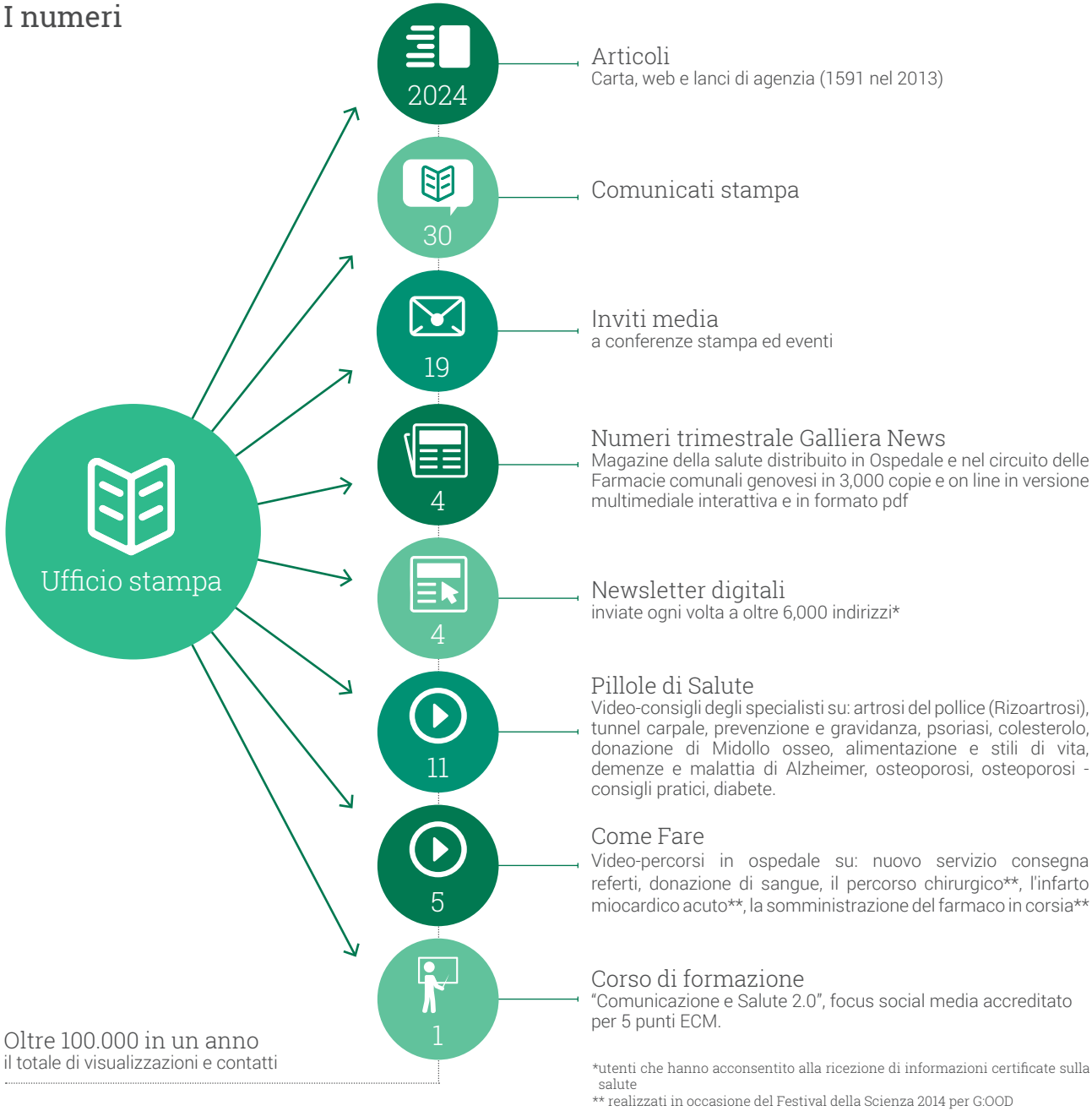
- Tra le attività svolte:
- **redazione comunicati stampa, news, bollettini sanitari, articoli**
 - **organizzazione conferenze stampa, incontri, eventi, corsi di formazione interni, convegni**
 - **realizzazione rassegne stampa tematiche e/o periodiche**
 - **realizzazione interviste, anche video e audio**
 - **sviluppo settore multimediale**
 - **realizzazione e coordinamento del magazine aziendale sia nella versione cartacea che multimediale**
 - **gestione e monitoraggio del canale YouTube aziendale.**

- Prodotti editoriali:
- **Galliera News (cartaceo)**
 - **Galliera News 2.0 (interattivo on-line e pdf)**
 - **Pillole di salute**
 - **Canale YouTube**

- Prodotti editoriali attivati nel 2014:
- **Come fare**
 - **Servizio newsletter digitale**
 - **Area Salute e Benessere su www.galliera.it**

Interattività:
www.galliera.it/20/56/1154/contatti-e-accredito
www.galliera.it/20/56/1154/salute-e-benessere

I numeri



Educazione sanitaria

L'Ente mette a disposizione dei pazienti, dei familiari e dei loro caregiver una serie di programmi che consentono di rendere queste figure più partecipi al processo di cura, più consapevoli nelle scelte tra le varie opzioni terapeutiche e più autonome nella propria gestione. Dedicati a:

Pazienti degenti e ambulatoriali

S.C. Medicina interna

Educazione al paziente in terapia anticoagulante orale.

Educazione sanitaria ai pazienti e parenti in presenza di Clostridium difficile.

Educazione terapautica al paziente diabetico.

S.C. Neurologia

Educazione ai pazienti in terapia anticomiziale.

Educazione ai pazienti che iniziano ad assumere terapia anticoagulante.

S.C. Recupero e Riabilitazione funzionale

Educazione e rieducazione comportamentale sui pazienti incontinenti.

Correzione atteggiamenti nelle attività di vita quotidiana, correzione delle abitudini motorie insicure per pazienti parkinsoniani.

Corretto utilizzo della respirazione e correzione della voce e della postura in pazienti laringectomizzati.

S.C. Chirurgia generale ed epatobiliopancreatica

Educazione sanitaria ai pazienti stomizzati.

Pazienti ambulatoriali

S.C. Dermatologia

Educazione sanitaria pazienti affetti da melanoma

Educazione sanitaria relativa alle malattie sessualmente trasmesse

S.S. Endocrinologia

Educazione individuale per i pazienti diabetici.

S.C. Radioterapia

Educazione informativa per i pazienti in trattamento radioterapico

Scheda informativa sulle norme comportamentali da adottare durante il ciclo radioterapico

Centro multidisciplinare per le patologie uroginecologica, urologia maschile e del pavimento pelvico

Insegnamento del cateterismo intermittente e dell'auto-cateterismo intermittente.

Addestramento al comportamento del corretto svuotamento vescicale e norme igieniche per evitare infezioni alle vie urinarie.

Pazienti ambulatoriali donne

S.C. Medicina Interna

La trombosi venosa nella donna – Progetto prevenzione rosa.

Caregiver dei pazienti degenti e ambulatoriali

S.C. Neurologia

Educazione ai caregiver dei pazienti affetti da sindromi di deterioramento mentale.

Pazienti obesi / operati di chirurgia bariatrica / gravide / pazienti affetti da Sindrome di Down

S.S. Endocrinologia

Educazione alimentare

Donatori di sangue

S.C. Immunoematologia e Trasfusionale (SIT)

Monitoraggio clinico donatori di sangue.

Dipendenti e loro familiari

“Prevenzione secondaria del cancro colon-retto” Servizio Medicina Preventiva - S.Ct. Gastroenterologia	Educazione Formazione		Consulenza		Prevenzione Controllo rischi		Cura	
	si	no	si	no	si	no	si	no
Destinatari del programma								
Lavoratori		x		x	x		x	
Famiglie di lavoratori		x		x		x		x
Membri della comunità		x		x		x		x

Donne gravide, puerpere e papà

S.C. Ginecologia e Ostetricia

Livello Ostetricia

S.C. Neonatologia

Corso di accompagnamento alla nascita.

S.C. Neonatologia

Accoglienza dei genitori in patologia neonatale.

Educazione sanitaria per la conservazione del latte materno tirato

Incontri di sostegno all'allattamento - Operatori della Leache League.

Pazienti non udenti

Associazione Oltre le Parole

Servizio di interpretariato della lingua dei segni.

5.3

Servizi digitali per i cittadini

Il Galliera offre ai cittadini la possibilità di usufruire della vasta gamma di servizi digitali offerta con l'obiettivo di facilitare l'accesso alle informazioni, elemento che come nel caso dei referti on line, si traduce per l'utenza in un concreto risparmio di tempo.

I risultati di questi servizi corrispondono a una complessa regia interna e a un know-how tecnologico consolidato poichè da anni l'Ente è impegnato sul fronte del digitale, guadagnando sul territorio nazionale prestigiosi premi e riconoscimenti per lo stato di avanzamento e le soluzioni innovative utilizzate.



“Referti via web” e sportelli digitali sono i servizi gratuiti offerti al paziente per ricevere comodamente su internet o nei diversi punti attrezzati gli esami effettuati dal Laboratorio di Analisi del Galliera. Il servizio attivo dal 2004, consente ai pazienti la consultazione via web dei referti appena redatti e dei precedenti, oggi vengono scaricati 24 ore su 24 attraverso questo strumento oltre 6000 referti al mese: di cui 4000 nuovi, 2000 per consultazione precedenti. **Lo strumento on line rappresenta oggi la modalità di ritiro del 59,4% dei referti,** a questo da giugno 2011 si è affiancato il servizio di consegna dematerializzata di sportello che ha consentito di: moltiplicare i punti di consegna tradizionali da 1 a 7 (6 + farmacia esterna) poiché la carta si produce al momento della consegna e non della refertazione; ampliare la fascia oraria di consegna (6,5 ore in più al giorno); aggiungere il sabato ai giorni di consegna. Si è potuto osservare un progressivo spostamento in farmacia di una fascia di utenti over 50 che per attitudine non utilizza gli strumenti di consegna WEB. Da febbraio 2012 è stata inoltre introdotta la notifica via SMS, che informa sulla disponibilità on line del referto. Attualmente vengono inviati 1200 SMS/mese per questo servizio”.



Una culla on line collegata al reparto di Ginecologia e Ostetricia. Così anche gli zii e i nonni d'oltreoceano possono conoscere in tempo reale il proprio nipotino nato pochi istanti prima al Galliera. Un'isola collegata al Nido Virtuale dell'Ente con la possibilità di scoprire per le future mamme anche tutte le informazioni on line sul percorso nascita del Galliera.

Il Nido Virtuale è stato avviato nel 2002 e per ogni anno sono pubblicate quasi 1200 foto. E' particolarmente utile per le famiglie che hanno parenti lontani. Fenomeno rilevante se si pensa che oggi il 30% delle mamme che partoriscono al Galliera sono di nazionalità straniera. Il servizio produce un volume di oltre 30.000 visualizzazioni mese.





Innovazioni digitali per ottimizzare flussi e salvaguardare la privacy sono i temi che hanno stimolato la creazione di strumenti quali il "Pronto Soccorso on line" e la "chiamata visiva e SMS" per pazienti e accompagnatori. Per i visitatori un viaggio virtuale nel mondo dell'emergenza.



Chiamata visiva e SMS in Pronto Soccorso

Per fornire l'adeguata privacy nella sala di attesa del Pronto Soccorso è stato attivato un sistema di "chiamata visiva". Durante il triage viene consegnata al paziente una scheda che riporta il codice di accesso alfanumerico. Al momento della visita due schermi segnalano visivamente il codice riportato sulla scheda e la sala visita dove il paziente dovrà recarsi. Un sistema vocale automatico legge le informazioni in italiano, inglese, spagnolo e francese. E' possibile usufruire anche della chiamata per l'eventuale accompagnatore, attivata dal medico del box. La chiamata è sia visiva che vocale sempre sullo schermo, ma anche via SMS (in 4 lingue) per consentire libertà di movimento all'accompagnatore.

118 on line.

Pubblicazione in rete - in tempo reale - degli accessi e i triage (codice colore assegnato in base alla gravità del caso clinico) di tutti i PS dell'area genovese. Il risultato è oggi strumento quotidiano utilizzato dagli operatori dell'emergenza sanitaria dal 2006, per verificare, 24 ore su 24, i dati di afflusso in base ai quali poter smistare le auto-mediche e le ambulanze contribuendo quindi a garantire le finalità di coordinamento assegnato al sistema 118. Lo strumento è utilizzato anche dai **cittadini** essendo una pagina pubblica per individuare eventuali criticità e scegliere di conseguenza la destinazione migliore. <http://galliera.it/118>.

Accessi giornalieri da Google Analytics, per una giornata: visualizzazioni di pagina uniche 6.650; accessi: 5.380.



Servizi di accoglienza "digitale" dedicati al cittadino: carta dei servizi on-line, elenco telefonico, informazioni in tempo reale e rete wi-fi per la navigazione gratuita all'interno dell'ospedale. In particolare il servizio wi-fi viene attivato direttamente dall'utente che si

registra selezionando "GallieraFree" dal proprio dispositivo inserendo poi il proprio numero di cellulare sulla pagina di richiesta agganciata automaticamente. Su questo numero di cellulare l'utente riceve immediatamente via SMS il codice di accesso al Web. Questo meccanismo permette di non coinvolgere personale nell'erogazione delle password. Gli account vengono disabilitati automaticamente dopo ventiquattr'ore di inattività.





Il processo di formazione del Report

- 6.1 Perimetro del report
e nota metodologica
- 6.2 Attestazione di parte terza
- 6.3 Le modalità di
comunicazione del report

6.1

Perimetro del report e nota metodologica

Il Bilancio di sostenibilità dell'Ospedale Galliera si riferisce all'intera attività svolta presso la sede di Genova, Mura delle Cappuccine 14 – 16128, nell'anno 2014. L'Ente ha identificato lo strumento del Bilancio di Sostenibilità sia nel Piano Strategico 2012-2013 che nel Piano 2014-2016 nell'ambito delle azioni volte a rafforzare la "responsabilità sociale d'impresa". La pubblicazione del documento avviene perciò annualmente, affinché esso sia uno strumento stabile nel tempo destinato a rappresentare l'esito di un processo, stimolando i processi decisionali dell'Ente e fornendo ai cittadini e ai diversi interlocutori i dati oggettivi utili a

formulare un proprio giudizio su come l'Ente interpreta e realizza il suo mandato. Gli indicatori riportati vengono quindi messi a confronto, laddove possibile, con i dati dell'attività svolta nel 2013.

Anche quest'anno ha partecipato alla stesura del Bilancio un team multidisciplinare, già formato nel corso del 2012 su questa tematica, per assicurare la partecipazione diretta di tutte le strutture organizzative maggiormente coinvolte, che si sono avvalse dei diversi sistemi informativi e gestionali presenti nell'organizzazione.

Come riferimento metodologico sono stati valutati i più consolidati modelli nazionali e internazionali di rendicontazione sociale, tra i quali in particolare le linee guida per il reporting di sostenibilità (versione 3.1) del Global Reporting Initiative (GRI), rispetto al quale è stato adottato il livello B, sottoposto a verifica da parte terza indipendente; l'attestato di verifica è riportato in allegato. Nella tabella seguente è possibile riscontrare con immediatezza i contenuti richiesti dal GRI tra le pagine del Bilancio.

Particolare attenzione è stata dedicata all'individuazione delle numerose e articolate categorie di stakeholder, che per una struttura ospedaliera costituiscono la base della propria missione, con riferimento sia alle persone direttamente o indirettamente destinatarie delle cure sanitarie sia alle risorse umane utilizzate, ai fornitori, ai volontari, alle istituzioni pubbliche, ai media ed a tutti i cittadini interessati al buon funzionamento dell'Ospedale. Con tutte queste

categorie di stakeholder sono in essere numerosi strumenti di comunicazione e coinvolgimento, descritti all'interno del Bilancio, le cui risultanze sono state utilizzate nella progettazione di uno strumento di rendicontazione annuale snello e al tempo stesso denso di contenuti essenziali, utile per permettere una valutazione oggettiva delle performance ottenute, considerate sotto i diversi profili di sostenibilità sociale, ambientale ed economica.



Correlazione indicatori GRI

1. Strategia ed analisi		pag.
1.1	Dichiarazione della più alta autorità del processo decisionale in merito all'importanza della sostenibilità per l'organizzazione e la sua strategia.	6, 7
1.2	Descrizione dei principali impatti, rischi ed opportunità	7, 37, 43, 56, 110, 116, 154, 155, 163
2. Profilo dell'organizzazione		pag.
2.1-2.3	Nome dell'Organizzazione, struttura operativa e principali servizi	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
2.2	Principali Marchi, prodotti e/o servizi	34, 35, 36
2.4	Luogo in cui ha sede il quartier generale dell'organizzazione.	14
2.5	Numero di Paesi in cui opera l'organizzazione	14
2.6	Assetto proprietario e forma legale	13, 14, 15
2.7	Mercati Serviti (utenza)	24, 25, 26, 27, 28, 29
2.8	Dimensione dell'Organizzazione: numero dipendenti, ricavi netti	72, 119, 120
2.9	Cambiamenti significativi nelle dimensioni, nella struttura o nell'assetto proprietario avvenuti nel periodo di rendicontazione	18
2.10	Riconoscimenti/premi ricevuti nel periodo di rendicontazione	63
3. Parametri del Report		pag.
Profilo Del Report		
3.1	Periodo di rendicontazione delle informazioni fornite	7, 154
3.3	Periodicità di rendicontazione (annuale/biennale)	154
3.4	Contatti e indirizzi utili per richiedere informazioni sul report di sostenibilità e i suoi contenuti	164
Obiettivo E Perimetro Del Report		
3.5	Processo per la definizione dei contenuti del report	154, 155
3.6	Perimetro del report	154, 155

3.7	Dichiarazione di qualsiasi limitazione specifica dell'obiettivo o del perimetro del report	154
3.8	Informazioni relative a joint venture controllate, impianti in leasing, attività in outsourcing e altre entità che possono influenzare significativamente la comparabilità tra periodi e/o organizzazioni	126, 127, 128
3.9	Tecniche di misurazione dei dati e basi di calcolo, incluse assunzioni e tecniche sottostanti le stime applicate al calcolo degli Indicatori e alla compilazione delle altre informazioni del report.	39, 154
3.11	Cambiamenti significativi di obiettivo, perimetro o metodi di misurazione utilizzati nel report, rispetto al precedente periodo di rendicontazione.	159
Gri Content Index		
3.12	Tabella esplicativa dei contenuti del report che riporti il numero di pagina o del sito internet di ogni sezione dove è possibile identificare i veri contenuti dell'informativa	156, 157, 158, 159
Assurance		
3.13	Politiche e pratiche attuali al fine di ottenere l'assurance esterna del report.	161
4.	Governance, impegni, coinvolgimento degli stakeholder	pag.
Governance		
4.1-4.3	Struttura di governo dell'organizzazione, inclusi i comitati che rispondono direttamente al più alto organo di governo, responsabili di specifici compiti come la definizione della strategia, o il controllo organizzativo. Numero e sesso dei componenti che sono indipendenti e/o non esecutivi	16, 17, 20, 21, 22, 85, 86, 87
4.5-4.10	Legame tra compensi dei componenti del più alto organo di governo, senior manager e executive (inclusa la buona uscita) e la performance dell'organizzazione (inclusa la performance sociale e ambientale). Processo per la valutazione delle performance dei componenti del più alto organo di governo, in particolare in funzione delle performance economiche, ambientali, sociali.	37, 38
4.9	Procedure del più alto organo di governo per controllare le modalità di identificazione e gestione delle performance economiche, ambientali e sociali dell'organizzazione, includendo i rischi e le opportunità rilevanti e la conformità agli standard internazionali, ai codici di condotta e ai principi dichiarati.	154, 155
4.11 - 4.12	Spiegazione dell'eventuale modalità di applicazione del principio o approccio prudenziale. Sottoscrizione o adozione di codici di condotta, principi e carte sviluppati da enti/associazioni esterne relativi a performance economiche, sociali e ambientali.	135
4.13	Partecipazione ad associazioni di categoria nazionali e/o internazionali in cui l'organizzazione:	45

4.14	Elenco di gruppi di stakeholder con cui l'organizzazione intrattiene attività di coinvolgimento	8
4.15	Principi per identificare e selezionare i principali stakeholder con i quali intraprendere l'attività di coinvolgimento	154, 155, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 146, 147, 126, 127, 70, 71, 90, 91, 132

Indicatori di performance economica

Sigla	Indicatore	pag.
EC1	Valore economico direttamente generato e distribuito, inclusi ricavi, costi operativi, remunerazioni ai dipendenti, donazioni e altri investimenti nella comunità, utili non distribuiti, pagamenti ai finanziatori e alla Pubblica Amministrazione	118, 119, 120
EC8	Sviluppo e impatto di investimenti in infrastrutture e servizi forniti principalmente per “pubblica utilità”, attraverso impegni commerciali, donazioni di prodotti/servizi, attività pro bono.	148, 149, 150, 151

Indicatori di performance ambientale

Sigla	Indicatore	pag.
EN2	Percentuale dei materiali utilizzati che deriva da materiale riciclato	112, 114
EN3	Consumo diretto di energia suddiviso per fonte energetica primaria	113
EN4	Consumo indiretto di energia suddiviso per fonte energetica primaria	113
EN7	Iniziative volte alla riduzione del consumo dell'energia indiretta e riduzioni ottenute	110, 112, 113
EN14	Strategie, azioni attuate, piani futuri per gestire gli impatti sulla biodiversità	116
EN22	Peso totale dei rifiuti per tipologia e per metodi di smaltimento	115

Indicatori di performance sociale

Sigla	Indicatore	Pagina
LA1	Numero totale dei dipendenti, suddiviso per tipologie, tipo di contratto, distribuzione territoriale e genere.	70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79
LA2	Numeri totali e tassi di nuove assunzioni e di turnover del personale per età, genere e area geografica.	81, 82, 83
LA4	Percentuale dei dipendenti coperti da accordi collettivi di contrattazione.	71
LA5	Periodo minimo di preavviso per modifiche operative (cambiamenti organizzativi), specificando se tali condizioni siano incluse o meno nella contrattazione collettiva	71, 93
LA6	Percentuale dei lavoratori rappresentati nel Comitato per la salute e la sicurezza, composto da rappresentanti della direzione e dei lavoratori, istituito al fine di controllare e fornire consigli sui programmi per la tutela della salute e della sicurezza del lavoratore.	97
LA7	Tasso di infortuni sul lavoro, di malattia, di giornate di lavoro perse, assenteismo e numero totale di decessi, divisi per area geografica e genere.	80, 81, 96, 97, 98, 99, 100
LA8	Programmi di educazione, formazione, consulenza, prevenzione e controllo dei rischi attivati a supporto dei lavoratori, delle rispettive famiglie o della comunità, relativamente a disturbi o malattie gravi.	146, 147
LA9	Accordi formali con i sindacati relativi alla salute e alla sicurezza	91, 95
LA10	Ore medie di formazione annue per dipendente, suddiviso per genere e per categoria di lavoratori	101, 102
LA12	Percentuale di dipendenti che ricevono regolarmente valutazioni delle performance e dello sviluppo della propria carriera, suddivisi per genere.	38, 39
LA13	Composizione degli organi di governo dell'impresa e ripartizione dei dipendenti per categoria in base a sesso, età, appartenenza a categorie protette e altri indicatori di diversità.	75, 76, 77, 84, 85, 86, 87
HR1	Percentuale e numero totale di accordi e di contratti di investimento significativi che includono clausole sui diritti umani o che sono sottoposti ad una relativa valutazione (screening).	50, 51, 52
SO2	Percentuale e numero di divisioni interne monitorate per rischi legati alla corruzione	108, 109
SO4	Azioni intraprese in risposta a episodi di corruzione.	108, 109
PR5	Pratiche relative alla customer satisfaction, inclusi i risultati delle indagini volte alla sua misurazione)	50, 51, 52
PR8	Numero di reclami documentati relativi a violazioni della privacy e a perdita dei dati dei consumatori	52

Rispetto al Bilancio di Sostenibilità 2013 sono stati introdotti quattro nuovi indicatori: due relativi all’ambito “società” (SO2 e SO3) e due relativi alla “responsabilità di prodotto” (PR5 e PR8).

Poiché gli indicatori previsti dal GRI non trattano nello specifico l'ambito sanitario ed in particolare l'attività delle aziende ospedaliere, si è ritenuto opportuno integrare le linee guida GRI con gli indicatori di Assistenza Sanitaria previsti dal “Testo LINEE GUIDA - IL BILANCIO SOCIALE E DI MISSIONE NELLE AZIENDE SANITARIE, II Edizione - anno 2010 - INDICATORI PER LE AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE” dell’A.Re.S.S. Regione Piemonte.

Indicatori specifici sanitari

Area	Indicatore	pag.
Assistenza sanitaria	N. posti letto	34
	Tasso di occupazione posti letto	34
	Produzione ospedaliera (ordinaria/DH)	35
	Accessi DEA	35
	Accessi DEA per codice Triage	35
	Appropriatezza accessi DEA	35
	% di abbandoni dal Pronto Soccorso	35
	Indice di performance degenza media	36
	Complessità della casistica	36
	Indice di attrazione extra – regione	28





6.2

Attestazione di parte terza

Anche quest'anno l'Ente ha deciso di sottoporre il Bilancio di Sostenibilità ad una verifica da parte di un ente di Certificazione.

Questo Bilancio è stato certificato dal RINA che si è aggiudicato il servizio a seguito di una gara pubblica. Il RINA è partner dell'Ente per la certificazione dell'applicazione della norma ISO 9001 "Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti" presso le strutture sanitarie ed amministrative dell'Ospedale.

L'audit al documento si è svolto il 3 e il 4 agosto 2015 ed è stato condotto con riferimento alle linee guida G3.1 del GRI.

L'analisi puntuale degli indicatori G3.1 è tesa a verificare la chiarezza, accuratezza, rintracciabilità e affidabilità, su base campionatoria, delle informazioni riportate nel documento.

Il RINA ha certificato il documento per il livello di applicazione B ed in seguito al buon esito della verifica condotta ha attribuito al nostro rapporto il livello "B +".



VERIFICA DEL RAPPORTO DI SOSTENIBILITÀ DICHIARAZIONE DI VERIFICA VERIFICATION OF SUSTAINABILITY REPORTS VERIFICATION STATEMENT

RINA SERVICES S.p.A., sulla base delle valutazioni condotte dai suoi tecnici, dichiara che il Rapporto di Sostenibilità, per l'anno 2014, dal titolo
RINA SERVICES S.p.A., on the basis of the assessments carried out by its technical personnel, declares that the Sustainability Report, for the year 2014, named

Bilancio di Sostenibilità 2014

Revisione Agosto 2015
Revision August 2015

dell'Organizzazione
of the Organisation

ENTE OSPEDALIERO 'OSPEDALI GALLIERA' GENOVA

VIA MURA DELLE CAPPUCCINE 14 16121 GENOVA GE IT

E' conforme ai requisiti forniti dalle Linee Guida GRI 3.1, per il livello di applicazione B scelto dall'Organizzazione.
Complies with the requirements provided by GRI 3.1 Guidelines, for the application level B approach chosen by the Organisation.

A seguito del buon esito della verifica condotta da RINA Services S.p.A., il livello di applicazione risulta essere "B +".
Following the positive outcome of the verification performed by RINA Services S.p.A. the level of application results to be "B +".

La verifica del rapporto di sostenibilità è stata effettuata secondo le modalità descritte nel documento RINA "Regolamento per la verifica dei rapporti di sostenibilità" disponibile sul sito RINA www.rina.org.
Verification of sustainability report has been performed in accordance with the methods described in the RINA document "Rules for the verification of sustainability reports" available from the RINA site www.rina.org.

Nel rapporto di verifica sono riportati i risultati della verifica e una sintesi delle attività svolte e delle evidenze oggettive acquisite.
The verification report contains the results of the verification and a summary of the activities carried out and of the objective evidence acquired.

Laura Severino
(Sustainability, Environment & Climate Change Manager)

Laura Severino

RINA SERVICES S.p.A.

Data di emissione: 26/08/2015
Date of issue: 26/08/2015





6.3

Le modalità di comunicazione del report

Il Bilancio di Sostenibilità 2014 verrà presentato in occasione della seconda Giornata della Trasparenza, evento aperto a tutta la cittadinanza, organizzato dall'E.O. Galliera e previsto per il 23 settembre 2015.

In questa occasione il documento verrà presentato a tutti gli stakeholders, consentendo anche un momento di confronto da cui trarre spunti di miglioramento per la pubblicazione dell'anno successivo.





Contatti

Il Bilancio di sostenibilità è pubblicato sul sito web dell'Ospedale www.galliera.it che può essere consultato anche per la lettura di documenti citati nel testo, tra i quali l'Annual report o i documenti pubblici ufficiali come lo Statuto e l'Atto di Autonomia Regolamentare.

Per ogni ulteriore informazione e feedback, si prega di contattare:

- **S.C. Qualità e comunicazione**
Email qualita@galliera.it
Tel +39 010 5632030 - +39 010 5632037
- **Ente Ospedaliero Ospedali Galliera**
Mura delle Cappuccine, 14 - 16128 Genova
Tel +39 010 56321
Fax +39 010 5632018
C.F e P.IVA 00557720109
www.galliera.it

Bilancio di Sostenibilità 2014

• Gruppo di lavoro

Coordinatore
Simone Canepa
S.C. Qualità e comunicazione

Alice Lasero
S.C. Qualità e comunicazione

Linda Fantoni
S.C. Qualità e comunicazione

Mara Dal Cin
S.C. Macroarea amministrativa

Claudio Forte
Direzione Sanitaria

Rita Lionetto
Direzione Sanitaria

Iolanda Graziella Congiu
Direzione Sanitaria

Marco Briganti
Direzione Sanitaria

Alessandra Argusti
Ufficio coordinatore scientifico

Micaela Pagliano
Ufficio Relazioni col Pubblico (URP)

Viviana Riccio
Ufficio Relazioni col Pubblico (URP)

Elisa Nerva
Ufficio Stampa

Paola Giunciuglio
S.C. Controllo di gestione

Alessio Fabbri
S.C. Controllo di gestione

Emanuela Caligiuri
S.C. Bilancio e contabilità

Anna Maria Andreotti
S.C. Gestione risorse umane

Natalia Chiaraman
S.C. Gestione risorse umane

Barbara Salati
S.S.C. Formazione

Anna Porta
S.S.C. Formazione

Christian Perrone
Dip. Gestione opere edili,
manutenzioni, grandi progettualità

Giacomo Montecucco
S.C. Prevenzione e Protezione

Nadia Cenderello
Comitato Infezioni Ospedaliere

Paola Fabbri
Comitato Infezioni Ospedaliere

Questo Bilancio di Sostenibilità è disponibile in formato pdf nell'area download del sito www.galliera.it/bilancio-sostenibilita

Per ulteriori informazioni si prega di contattare:

Dott. Simone Canepa
e-mail: simone.canepa@galliera.it
tel. 010 5632030

- **Progetto grafico e impaginazione**
Siks Adv

- **Servizio Fotografico**
E.O. Ospedali Galliera
Domenico Carratta
Sandro Paltrinieri

- **Stampa:**
Finito di stampare nel settembre 2015 su carta patinata da 170 g/m2 Symbol Freelifa Matt Plus FEDRIGONI (certificata FSC).
-



Ente Ospedaliero Ospedali Galliera
Mura delle Cappuccine, 14 - 16128 Genova
Tel +39 010 56321 / **Fax** +39 010 5632018
C.F e P.IVA 00557720109
www.galliera.it