



Bilancio di Sostenibilità 2016

*“Trattiamo bene la terra su cui viviamo: essa non ci è stata donata
dai nostri padri, ma ci è stata prestata dai nostri figli.”*

Proverbio Masai

	Lettera del Presidente	6
	Presentazione del Direttore Generale	7
	Analisi di materialità	9
1	Identità	13
1.1	La storia	15
1.2	La struttura	16
1.3	Organizzazione interna	17
1.4	Accesso alla struttura	26
1.5	I pazienti	28
2	Un anno di attività	35
2.1	Assistenza Sanitaria	36
2.2	Le performance	39
2.3	I risultati	42
2.4	Ascolto e soddisfazione	54
3	Miglioramento	63
3.1	La sicurezza del paziente	64
3.2	Sistema Qualità	72
3.3	Ricerca	76
4	Utilizzo delle risorse	81
4.1	Risorse umane	82
4.2	Bilancio di genere	100
4.3	Relazioni sindacali	106
4.4	Sicurezza degli operatori	108
4.5	Formazione	114
4.6	Anticorruzione	120
4.7	Impatto ambientale	122
4.8	Bilancio economico e stato patrimoniale	130
4.9	Fornitori	138
5	Relazioni sociali	143
5.1	Associazioni di volontariato e di tutela	144
5.2	Promozione della Salute	149
6	Il processo di formazione del Report	157
6.1	Perimetro del report e nota metodologica	158
6.2	Attestazione di parte terza	168
6.3	Le modalità di comunicazione del Report	170
	Contatti	172

Indice



Lettera del presidente

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

Nella società contemporanea, credendo di procedere sulla strada del progresso, vengono spesso messi in discussione principi ormai acquisiti, come ad esempio la tutela della salute quale diritto universale di ogni individuo. Non è raro, infatti, che alcuni cittadini siano costretti a rinunciare alle cure, e purtroppo questo accade a coloro che sono più fragili, indigenti per condizioni economiche o persone che la

vita mette in condizioni di non poter accedere a strutture pubbliche e ai loro servizi.

Anche il Nostro Ospedale è chiamato a confrontarsi con questa nuova realtà e operare quotidianamente in nome della dignità della persona umana, rispondendo non solo alla propria missione istituzionale, garantendo a tutti i soggetti assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale l'accesso ai servizi ospedalieri, ma rendendo le proprie attività maggiormente accessibili e accoglienti.

Rendo merito, attraverso questa mia lettera, a tutti gli operatori che con il loro costante impegno rendono l'Ospedale un luogo dove la persona viene presa in carico con amorevolezza e dedizione.

In questo quarto Bilancio di Sostenibilità mi auguro che il lettore possa trovare la testimonianza non solo di servizi efficaci ed efficienti, ma soprattutto che trovi riscontro dei principi fondamentali a cui il Galliera si ispira. Auspico che la rendicontazione di come usiamo le risorse possa contribuire a rafforzare il ruolo del Galliera quale struttura sanitaria alla quale affidarsi e di cui fidarsi.

Questo modo di agire, indicato già nelle tavole di fondazione, risulta oggi quanto mai attuale considerata la turbolenza della società contemporanea.

Mentre ringrazio tutti, benedico di cuore i dirigenti e gli operatori del caro Ospedale.

Genova, 19 aprile 2017



Presentazione del Direttore Generale

Dott. Adriano Lagostena

Mantenere l'equilibrio gestionale in un Ospedale pubblico è in questo contesto storico quantomai complesso; è necessario infatti coniugare la necessaria attenzione alla persona con il miglioramento delle prestazioni erogate in una generale all'attenzione alla spesa. Questa sinergia è resa possibile da un corretto utilizzo delle risorse impiegate che coinvolge tutto il "sistema azienda".

I risultati che vengono riportati in questo quarto Bilancio di Sostenibilità sono stati raggiunti grazie all'impegno di tutti i professionisti dell'Ospedale con l'obiettivo di rispondere alle necessità di salute dei pazienti sulla base del principio dell'appropriatezza, curando nel modo "giusto" il paziente "giusto".

Nell'ultimo anno l'attenzione alla dimensione dell'appropriatezza si è ulteriormente sviluppata, è obiettivo strategico dell'Ente l'utilizzo di

sistemi di valutazione e di standard specifici. Da questi presupposti nascono i soddisfacenti risultati relativi alla produzione, alla qualità del servizio erogato, alla soddisfazione dei pazienti, rendicontati in modo sintetico ma comprensibile a tutti gli stakeholders.

Il bilancio è uno degli strumenti che ha permesso e permetterà di incrementare la conoscenza dell'Ente sul territorio e di accrescere le collaborazioni con le realtà di alto profilo scientifico e sanitario. Da questa crescita di consapevolezza generale circa il ruolo dell'Ente nel panorama sanitario regionale e nazionale e dallo studio delle sue performance e delle sue potenzialità è nato il prestigioso progetto di trasformazione dell'Ente in IRCCS. Ciò nella convinzione che l'assistenza ai malati è migliore dove c'è l'approfondimento culturale che la ricerca impone.

Sostenere un cambiamento di tale portata in parallelo al progetto del Nuovo Ospedale richiede di guardare al futuro con grande senso di responsabilità, ma anche con la consapevolezza che l'Ospedale Galliera porta in se occasioni di sviluppo decisive per tutto il Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

Per affrontare adeguatamente le nuove sfide per la sostenibilità dell'Ente sarà necessario porre ancora maggiore attenzione al territorio e alla sua comunità e questo report vuole improntare un dialogo aperto con tutti gli stakeholders, affermando la ferma volontà di soddisfare la richiesta di informazione, in modo efficace ed oggettivo.

Genova, 19 aprile 2017

Gli stakeholder identificati



Analisi di materialità

Nel corso del 2016 è stato avviato un nuovo processo di identificazione dei temi più rilevanti che riguardano la sostenibilità, in accordo con le linee guida GRI-G4. Tale attività ha consentito di definire la matrice di materialità, che individua i temi importanti per l'organizzazione ed i suoi stakeholder incrociando quelli che hanno impatto economico, reputazionale o ambientale per l'organizzazione con il livello di interesse che quei temi hanno per i nostri stakeholder.

L'identificazione delle numerose e articolate categorie di stakeholder si è basata su una distinzione del rapporto con l'Ospedale in base alla mission propria dell'istituzione sanitaria. Si è individuata come prima categoria quella di coloro che direttamente o indirettamente sono destinatari delle cure come pazienti e famigliari; in una seconda categoria sono stati inquadrati coloro che prestano cure sanitarie, direttamente come i dipendenti, o indirettamente come i fornitori o le altre aziende sanitarie, contribuiscono alla fornitura del servizio. Portatori d'interesse peculiari sia per il loro contributo che per la loro natura sono i volontari che forniscono un supporto fondamentale al buon funzionamento dell'Ospedale. Infine nella categoria più ampia del pubblico sono state ricomprese tutte le categorie di stakeholder che interagiscono con l'Ente non solo per la missione che esercita ma in relazione a specifici interessi come ad esempio gli studenti, i media, le associazioni di categoria, le istituzioni e gli enti pubblici, le fondazioni e i sindacati.

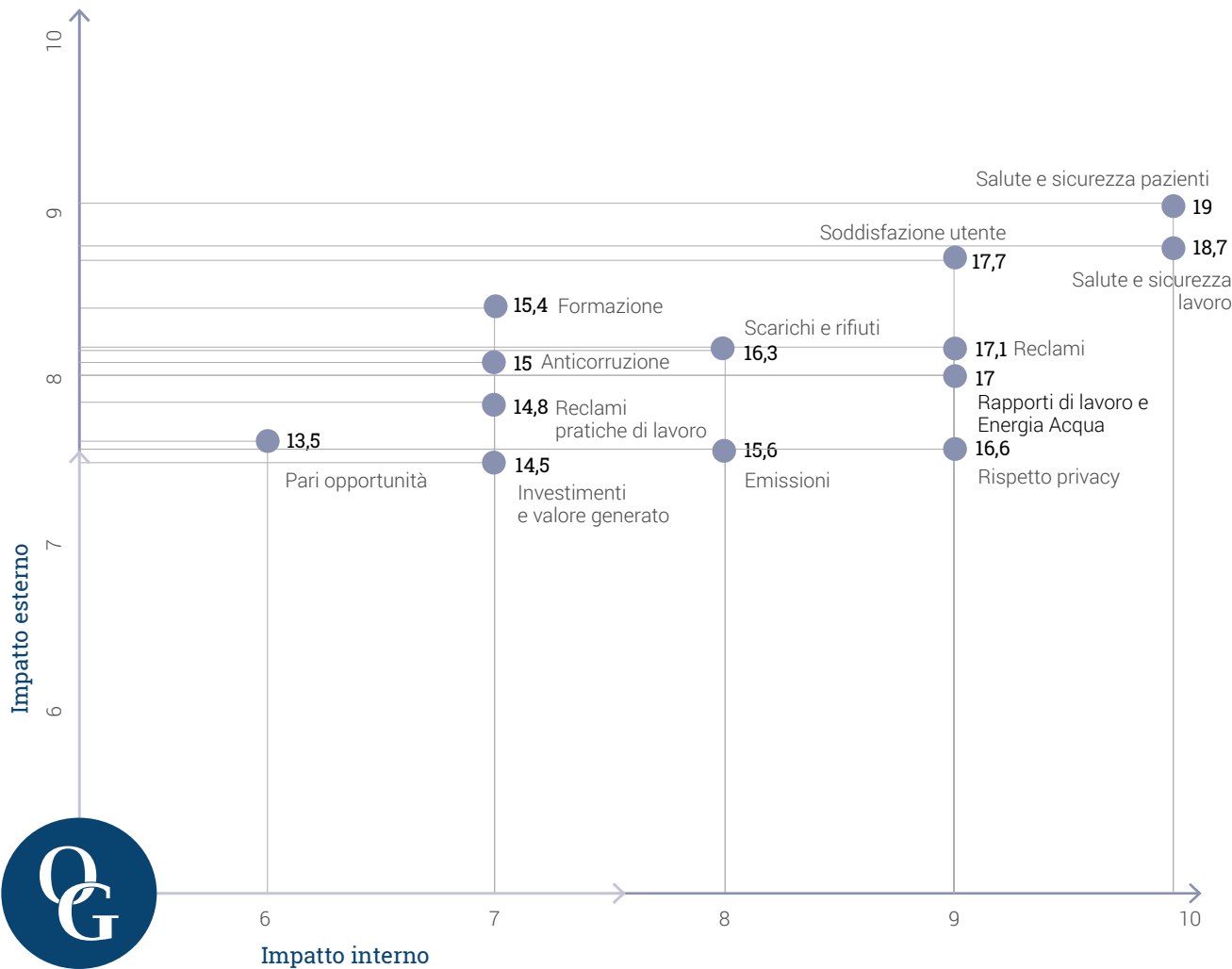
A partire dalla principale linea guida di sostenibilità GRI-G4 è stata effettuata un'analisi di settore, circa i temi materiali identificati da realtà sanitarie e imprese di altri settori con esperienze rilevanti nell'ambito della sostenibilità.

Diparticolare rilievo l'analisi della documentazione interna (Piano Strategico, rassegna stampa, house organ) e gli incontri effettuati con la Direzione aziendale nel corso del 2016, attraverso cui è stato possibile definire la rilevanza interna dei temi identificati. Parallelamente a questa valutazione sono stati considerati i temi rilevanti per l'opinione pubblica e i media e quelli emersi dall'analisi dei risultati della qualità percepita e dei feed-back degli stakeholder principali.

Per ponderare per ciascun tema materiale l'impatto interno è stato attribuito un livello di priorità dal top management e per definire l'impatto esterno tutti gli stakeholder sono stati coinvolti nella definizione della materialità esterna, attraverso la somministrazione di un questionario nel periodo dal 21 marzo al 4 aprile. Questo è stato inviato tramite mail a tutti i contatti dell'Ente ad eccezione dei fornitori, per i quali sono stati selezionati i 23 considerati più rilevanti e per "pazienti" e "famigliari" per i quali lo stesso questionario è stato reso disponibile online sul sito istituzionale www.galliera.it.

Dall'analisi dei questionari è emerso che tra coloro che "chiedono assistenza" i temi di maggior interesse per i pazienti sono risultati essere quelli relativi alla "salute e sicurezza dei pazienti" e "salute e sicurezza sul lavoro" ai quali si aggiunge per i famigliari il tema "anticorruzione". Tra chi "presta assistenza" i temi più rilevanti per i dipendenti e le ASL e case di cura sono risultati essere quelli relativi alla "salute e sicurezza dei

Matrice di materialità



Basso Alto
n° Totale

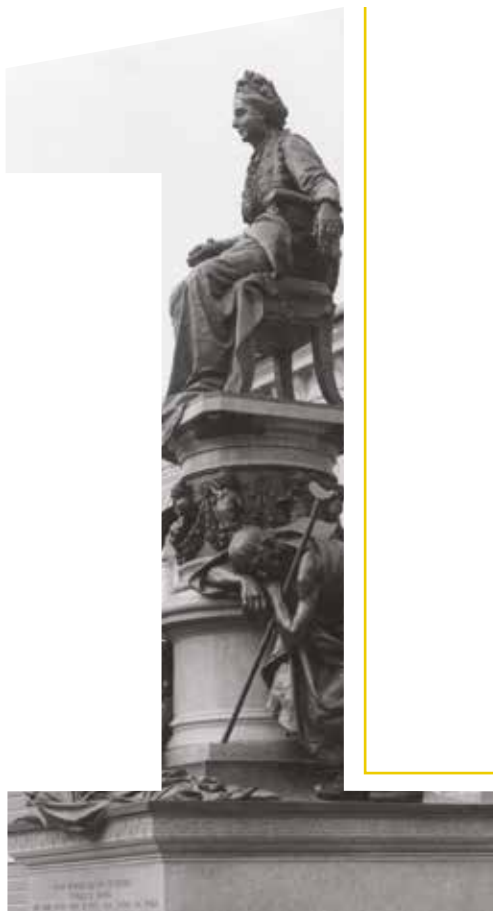
NOTA METODOLOGICA
I pilastri per il modello di sostenibilità dell'E.O. Ospedali Galliera non inclusi nella matrice della materialità sono:
governance / performance economiche / rispetto delle leggi

Definizione matrice di materialità



pazienti” e “salute e sicurezza sul lavoro” mentre per i fornitori quelli relativi a “scarichi e rifiuti” e “reclami”.
Fra le associazioni di volontariato e di tutela, con le quali si mantiene un dialogo ininterrotto per tutto l’arco dell’anno, sono emersi come temi rilevanti oltre a quelli già individuati dalle precedenti categorie anche il tema della “soddisfazione dell’utente”. Tra il “pubblico” l’interesse ai diversi temi è risultato quantomai disomogeneo: gli studenti hanno manifestato maggior interesse per “salute e sicurezza dei pazienti” e “salute e sicurezza sul lavoro” mentre per gli enti pubblici e le istituzioni si aggiunge la “soddisfazione dell’utente” e per i sindacati gli aspetti “anticorruzione” e “formazione”.
Per le fondazioni emergono come temi rilevanti “pari opportunità”, “reclami” e “salute e sicurezza dei pazienti” mentre infine per i media gli aspetti di maggior interesse risultano essere i “rapporti

di lavoro”, la “salute e sicurezza dei pazienti” e la “soddisfazione dell’utente”.
Purtroppo la risposta degli ordini professionali e associazioni di categoria non è stata esauriente al punto da consentire di elaborare una statistica ed in futuro dovranno essere messe a punto strategie di coinvolgimento per questi stakeholders maggiormente efficaci.
Attraverso il processo di stakeholder engagement così rappresentato è stato possibile coinvolgere tutti gli stakeholder identificati, ma con un’efficacia limitata dal mezzo utilizzato. A partire dalla prossima pubblicazione potranno dunque essere sviluppati processi di coinvolgimento diversi che consentano un coinvolgimento più prossimo, come ad esempio i focus group, permettendo di trattare il tema della Sostenibilità in maniera esaustiva e le diverse tematiche in modo più approfondito.



Identità

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



1.1

La storia

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.

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.

1.2 La struttura

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 parallelepipedica 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:

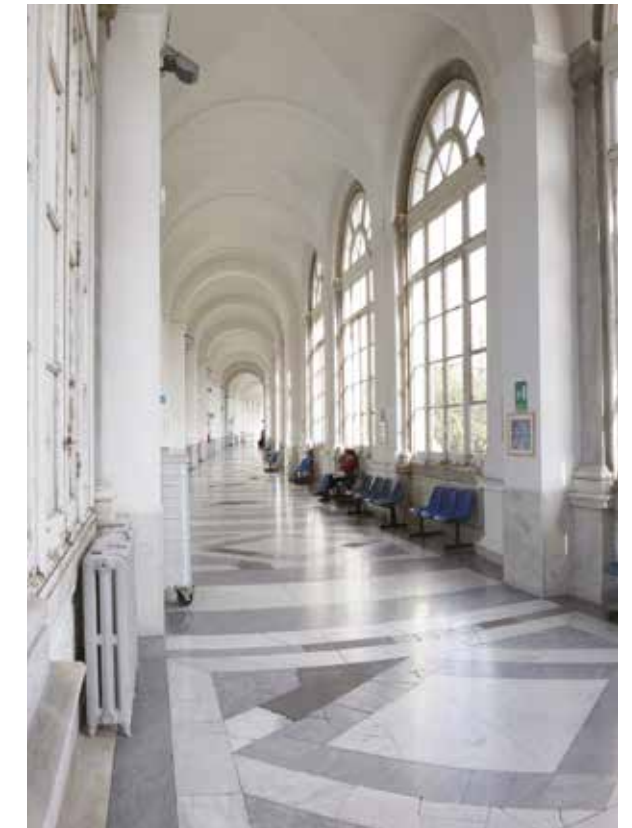
- **Nucleo Pervinca o Nucleo Speciale Alzheimer**
con n. 24 posti letto
- **Nucleo Fiordaliso**
a funzione riabilitativa con n. 26 posti letto di cui n. 3 posti letto a disposizione per ricoveri privati (non in convenzione ASL).

1.3 Organizzazione interna

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

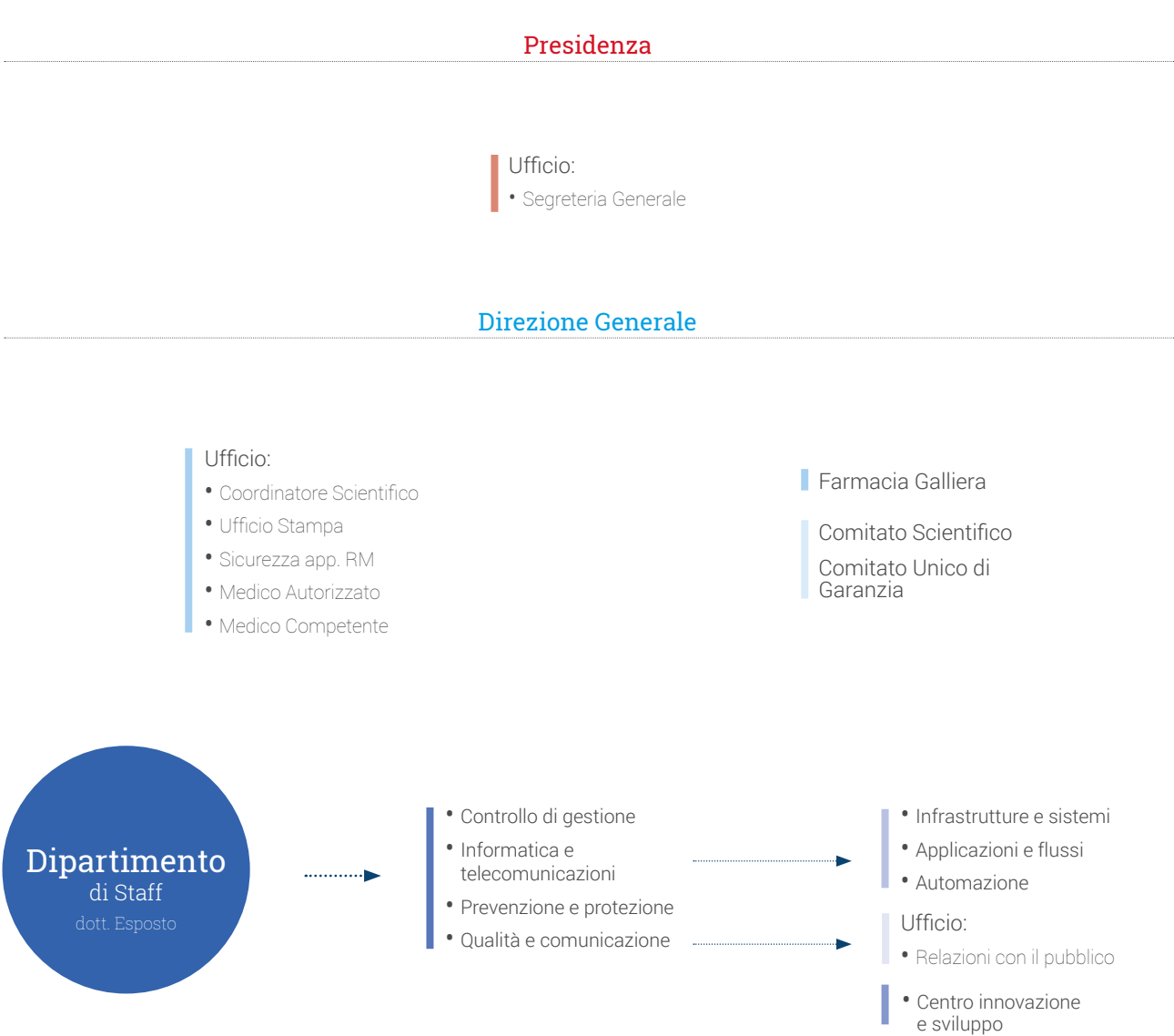
**9 dipartimenti sanitari,
4 amministrativi
2 interaziendali
con una disponibilità di
431 posti letto.**

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.

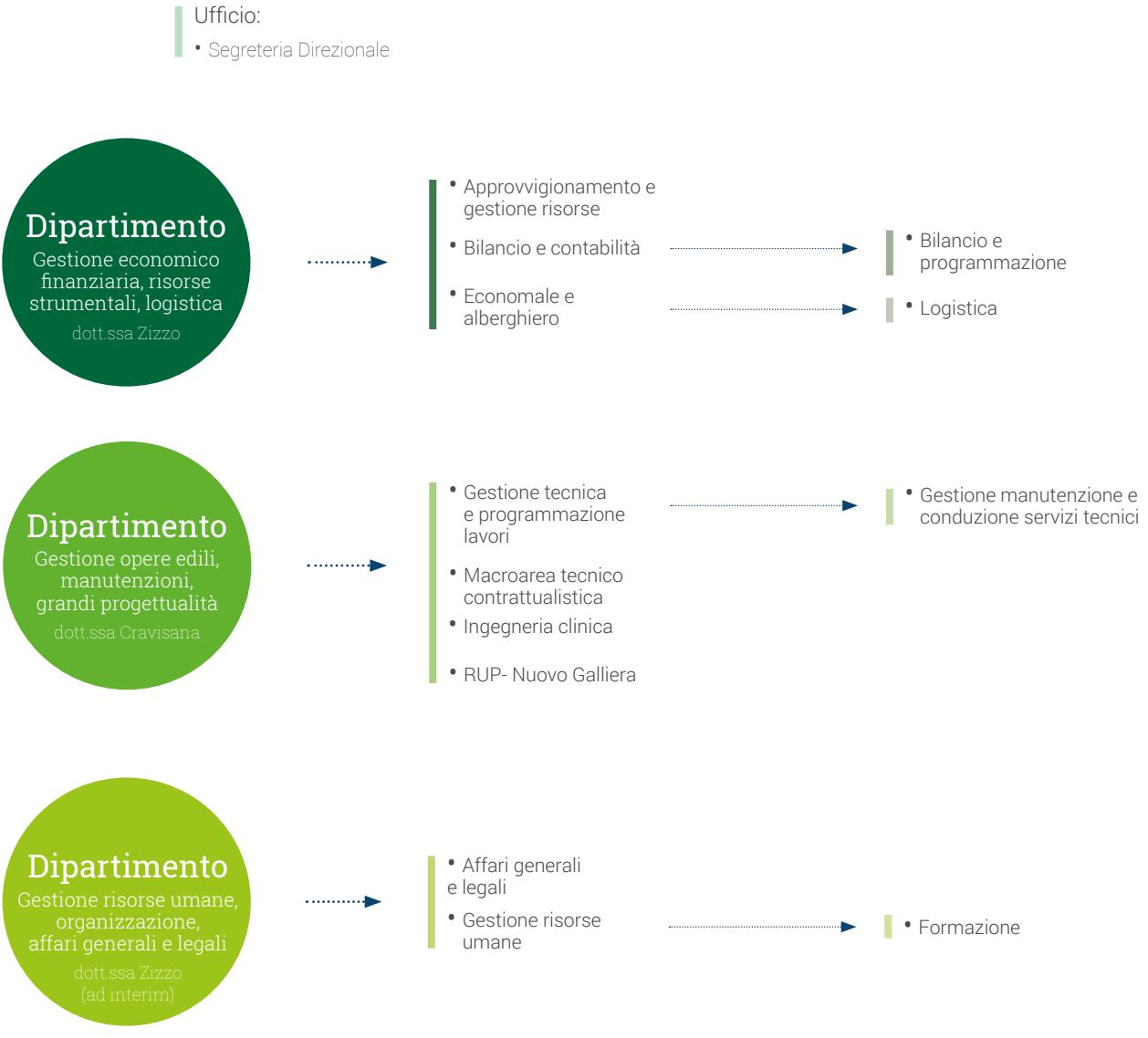


La Direzione Generale è supportata per lo svolgimento delle funzioni di carattere trasversale all'Ente quali la comunicazione, la prevenzione e la sicurezza degli operatori, la gestione del sistema informatico ed informativo e la gestione del sistema qualità, dal Dipartimento di Staff.

Organigramma Area Generale Amministrativa



Direzione Amministrativa



Organigramma Area Sanitaria

Direzione Sanitaria

- Direzione universitaria di igiene ospedaliera
 - Farmacia
 - Macroarea amministrativa
- Segreteria Direzionale
 - Ufficio Struttura delle professioni sanitarie
 - Comitato infezioni ospedaliere



- Centrale di Sterilizzazione
- Gruppo operativo CIO
- Medico legale
- Servizio Assistenti Sanitarie e Sociali
- Ufficio Cartelle Cliniche
- Ufficio SDO
- Unità Gestione Rischio Clinico U.G.R.
- Unità di attività area polispecialistica invasiva ed interventistica



- Blocco operatorio centrale
- Day surgery e chirurgia breve
- Unità di attività pre ricovero centralizzato

Con la Delibera n.9 del 8 maggio 2015 il Consiglio di Amministrazione ha approvato l'evoluzione del funzionigramma dell'Ente basato sul modello per intensità di cura, mantenendo la suddivisione dei tre livelli di intensità di cura individuati per l'area degenziale e ratificando la suddivisione del secondo livello in secondo livello medico e secondo livello chirurgico.

Le aree omogenee che ospitano il paziente in base alla gravità del caso e del livello di complessità assistenziale sono:

- I Livello - Alta intensità**
Degenze intensive e sub intensive (Rianimazione, Unità Terapia Intensiva Coronarica - UTIC, Terapia Intensiva Post Operatoria - TIPO)
- II Livello Medico - Media intensità**
Degenze per acuti (area medica e materno infantile)
- II Livello Chirurgico - Media intensità**
Degenze per acuti chirurgici
- III Livello - Area delle faragilità**
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.

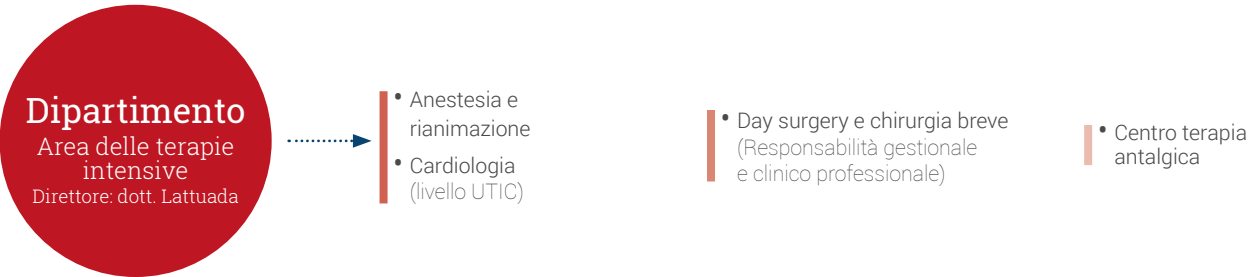
La trasparenza e la legalità
Assicurare piena accessibilità e trasparenza delle procedure, consentendo forme diffuse di controllo sociale sull'azione dell'Ente, a tutela della legalità, della cultura dell'integrità ed etica pubblica.

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

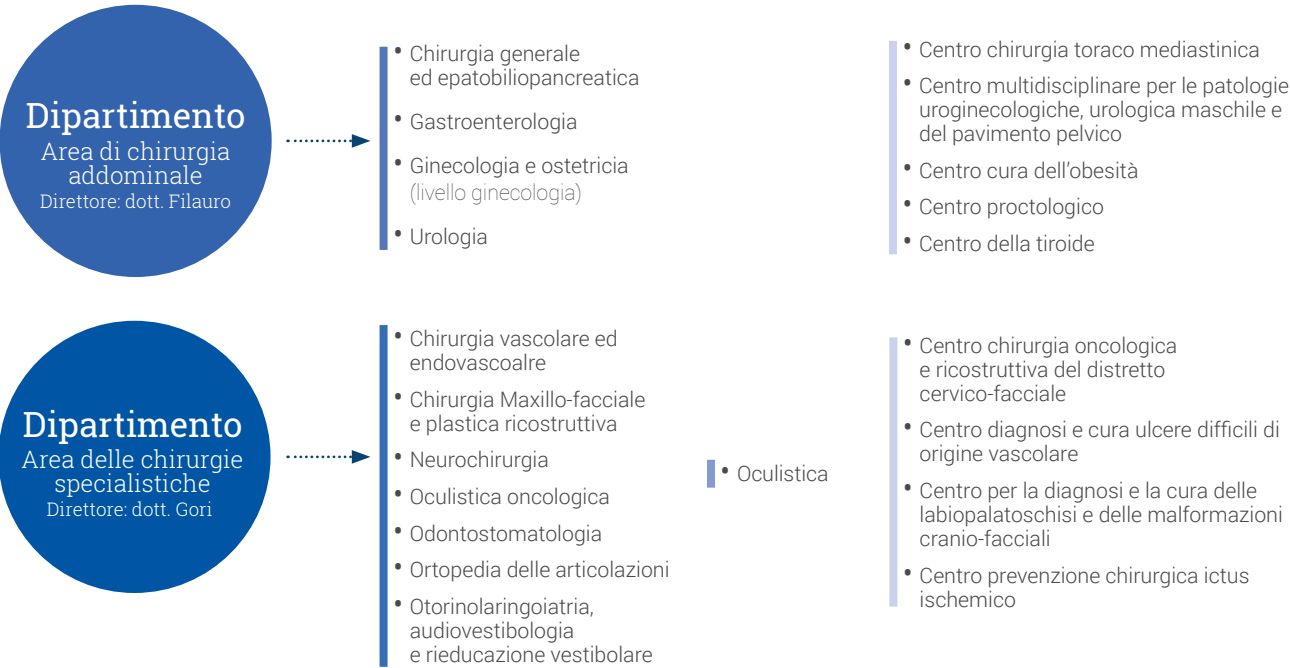
Livello 1

Alta intensità di cure
Coordinatore: dott. L.attuada



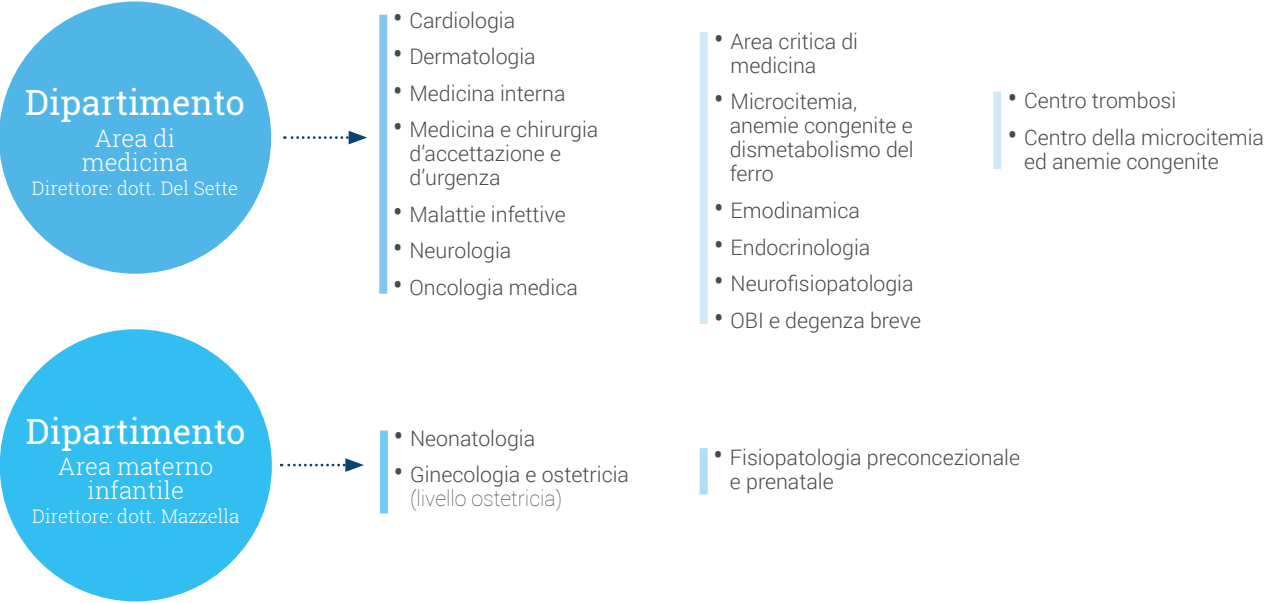
Livello 2 Chirurgico

Media intensità di cure
Coordinatore: dott. Gori



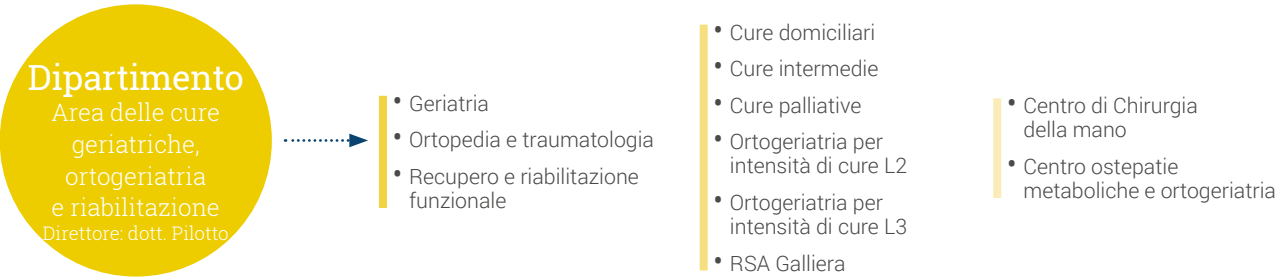
Livello 2 Medico

Media intensità di cure
Coordinatore: dott. Del Sette



Livello 3

Area delle fragilità
Coordinatore: dott. Pilotto



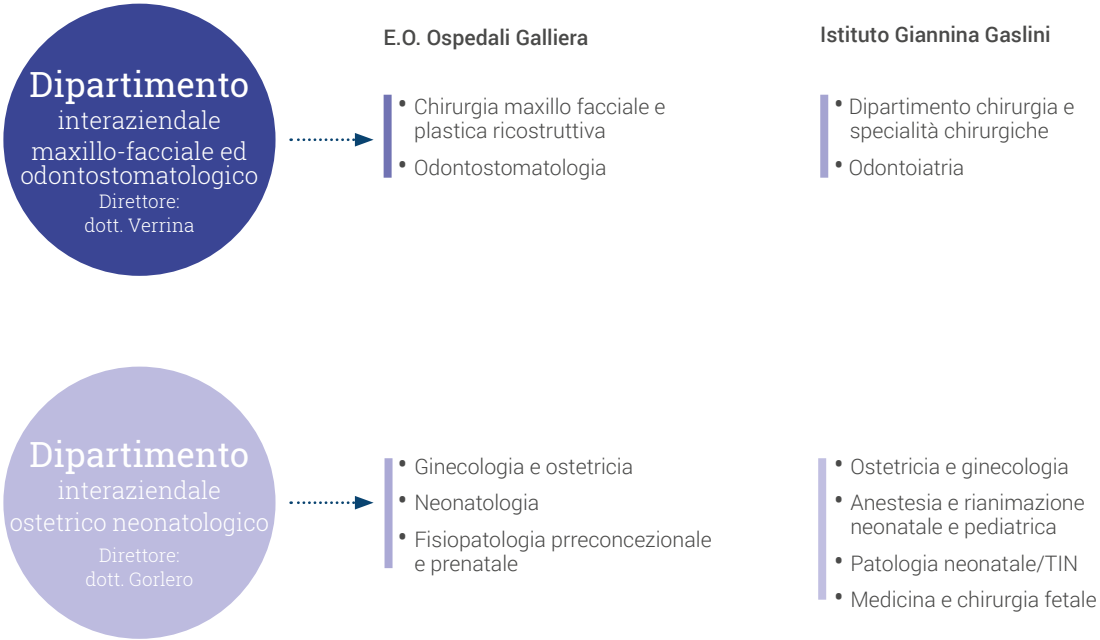
Organigramma Sanitario

Area dei servizi



Dipartimenti interaziendali

tra E.O. Ospedali Galliera e Istituto Giannina Gaslini



1.4 Accesso alla struttura

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.

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, qualificandosi come Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) di I livello.

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, mentre

al piano inferiore è collocato il punto CUP 3 ove si può procedere all'accettazione e pagamento delle prestazioni dell'area diagnostica per immagini.

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 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.



1.5

I pazienti

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.

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 eccellenza tra i quali la neurochirurgia, la



medicina nucleare, la radioterapia, la genetica e la radiocirurgia stereotassica. 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 2016 i nuovi nati siano stati più di un migliaio e i bambini in età scolare con patologie chirurgiche maxillo facciali ricevano trattamenti di eccellenza. Per quanto riguarda l'età dei ricoverati si sottolinea che mentre i ricoverati della fascia over 70 rappresentano il 54,6% e quelli della fascia 21- 40 l'8,2%, nel caso degli accessi in Pronto Soccorso gli over 70 rappresentano solamente il 24,87% mentre la fascia più rappresentata risulta essere quella 21- 40 con il 30% di accessi.

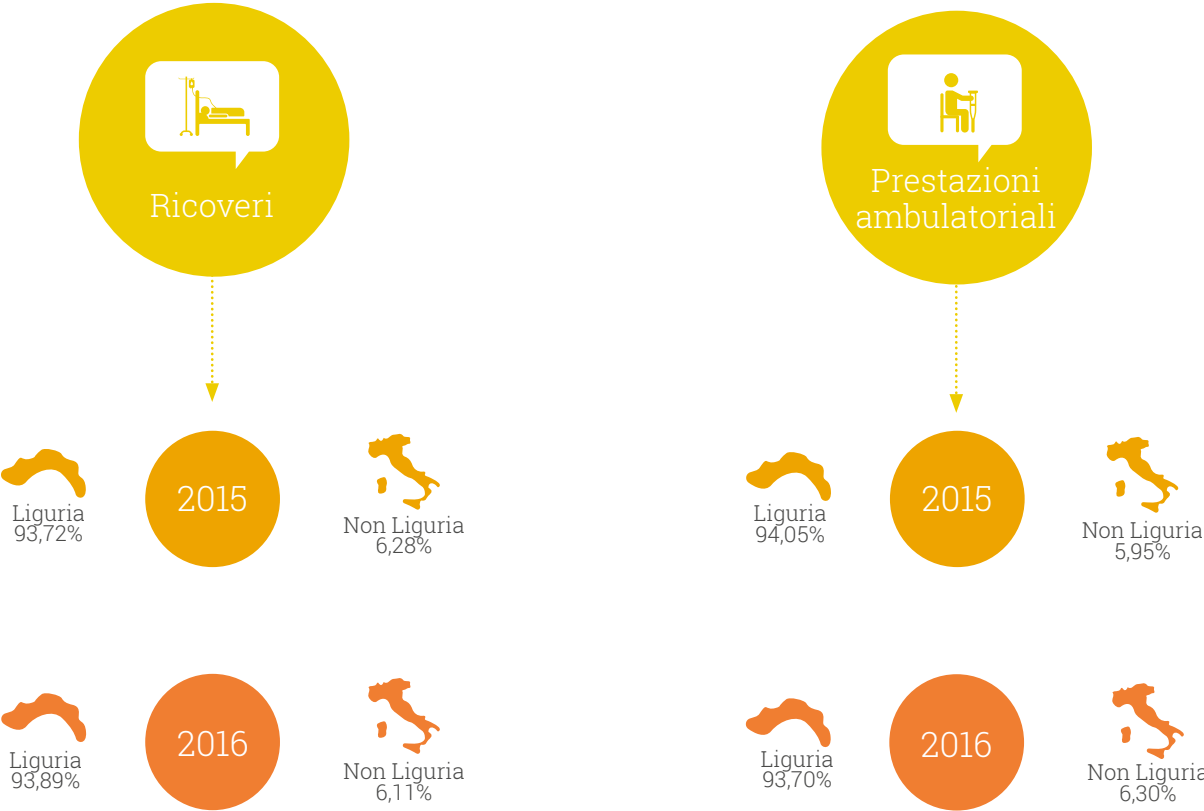
Ricoveri per stato di cittadinanza

	2015	2016
Italia	22.143	21.784
Ecuador	387	336
Albania	176	210
Marocco	160	165
Romania	137	136
Senegal	75	74
Perù	63	67
Nigeria	61	78
Ucraina	46	39
Cina	45	42
Bangladesh	33	44
Sri Lanka	33	27
Tunisia	27	44
Altro	442	488
Totale	23.828	23.534

Accessi Pronto Soccorso per stato di cittadinanza

	2015	2016
Italia	39.944	39.928
Ecuador	1.616	1.685
Marocco	1.185	1.356
Senegal	714	818
Albania	661	747
Nigeria	379	646
Romania	732	644
Bangladesh	381	370
Perù	303	330
Tunisia	273	265
Ucraina	193	187
Pakistan	126	169
Cina	141	160
Altro	2.765	3.284
Totale	49.413	50.589

Attrazione da fuori regione



Accessi Pronto Soccorso per fasce di età e genere

2015

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
<=20	1.443	1.589	3.032
21-30	3.648	3.483	7.131
31-40	4.251	3.676	7.927
41-50	3.482	4.067	7.549
51-60	2.976	3.376	6.352
61-70	2.331	2.611	4.942
>70	7.230	5.250	12.480
Totale	25.361	24.052	49.413

2016

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
<=20	1.400	1.925	3.325
21-30	3.603	3.857	7.460
31-40	4.124	3.581	7.705
41-50	3.407	3.928	7.335
51-60	3.299	3.665	6.964
61-70	2.530	2.686	5.216
>70	7.330	5.254	12.584
Totale	25.693	24.896	50.589

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

2015

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
01-20	79	105	184
21-40	449	452	901
41-60	1.158	1.226	2.384
61-70	889	1.111	2.000
71-80	1.562	1.591	3.153
81 e oltre	2.834	1.830	4.664
Totale	6.971	6.315	13.286

2016

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
01-20	75	112	187
21-40	457	511	968
41-60	1.135	1.113	2.248
61-70	867	1.089	1.956
71-80	1.565	1.629	3.194
81 e oltre	2.848	1.771	4.619
Totale	6.947	6.225	13.172

Telefono interculturale

Dal 2010, per favorire la comunicazione tra gli operatori e le persone straniere, è attivo in Ospedale il Servizio di interpretariato telefonico multilingue che permette di avere un interprete sempre a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

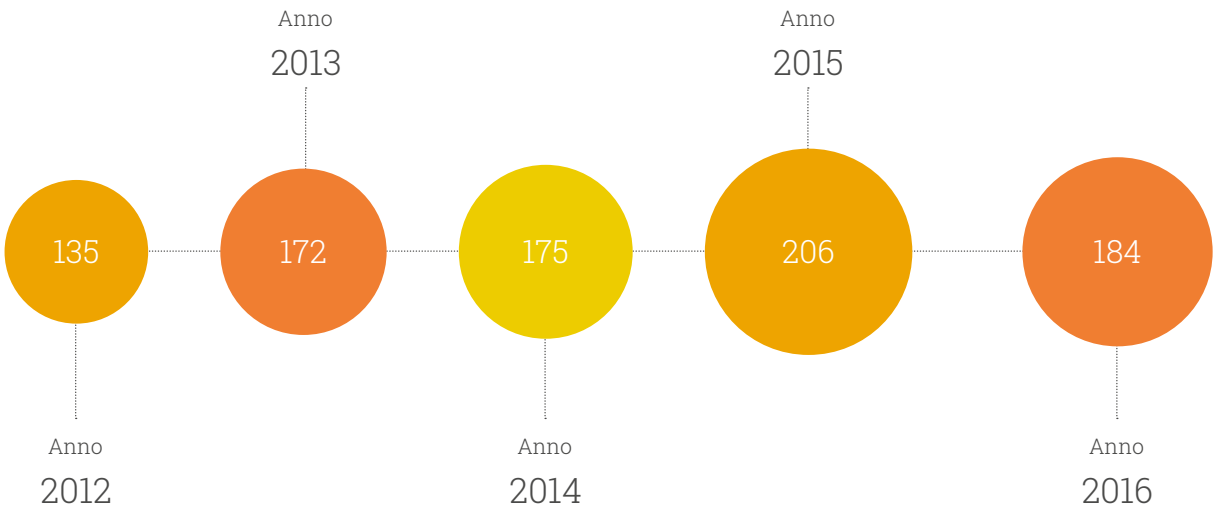
Il servizio assicura l'immediata informazione in lingua in modo che gli operatori sanitari possano essere certi che le persone straniere abbiano compreso correttamente informazioni

in merito agli interventi clinico-assistenziali da attuare.

Nel 2016 ci sono stati 184 contatti.

Le lingue più richieste sono state francese (27), tedesco (24), arabo (20), mandinga (16), inglese (12). Le strutture che hanno utilizzato maggiormente il servizio sono state il Pronto Soccorso, la Neurologia e la Cardiologia.

Contatti





Un anno di attività

2.1 Assistenza Sanitaria

2.2 Le performance

2.3 I risultati

2.4 Ascolto e soddisfazione

2.1 Assistenza sanitaria

L'afflusso di pazienti al Pronto Soccorso come noto rappresenta una variabile molto significativa nelle dinamiche sanitarie.

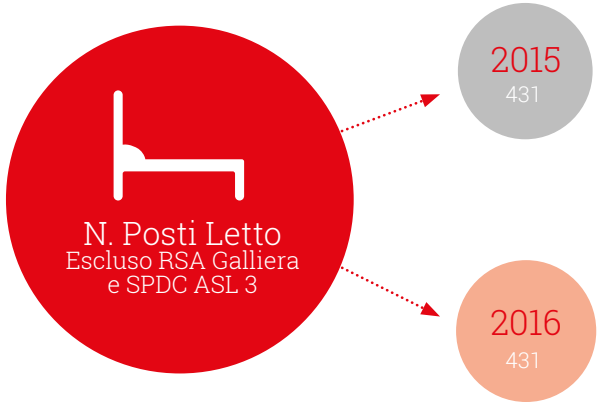
Il 2016 ha visto rispetto al 2015 un incremento complessivo in termini numerici degli accessi pari a circa il 2,4% così distribuito: un incremento significativo, di oltre il 23%, dei codici bianchi, sintomatico di un accesso non ottimale alle prestazioni sanitarie tramite gli ordinari canali della prenotazione, una flessione del 2,6% dei codici verdi e un incremento di oltre il 6% dei codici gialli e rossi, che nel 2016 sono stati 17.739, pari al 35% del totale degli accessi, contro i 16.649 del 2015, pari al 34% del totale degli accessi.

Questi numeri, che confermano peraltro un trend in atto già da alcuni anni per questo ospedale, hanno comportato la necessità di una risposta assistenziale ed organizzativa sempre più articolata da parte delle diverse strutture dell'Ente, sia diagnostiche che cliniche, da contemperare da un lato con un numero di posti letto non sempre adeguato alle reali esigenze del bacino di utenza, dall'altro con le criticità rappresentate dal territorio, sia per i flussi in entrata che per quelli in uscita.

Indicatori di attività sanitaria



Degenza effettiva/posti letto x 365, escluso nido e pazienti entrati e usciti nello stesso giorno*



* 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.

Attività di ricovero

	2015	2016	Scostamento
Regime ordinario*	15.650	15.544	-0,68%
Regime DH	4.310	4.071	-5,59%
Regime DS	3.795	3.919	1,37%
Totale attività	23.828	23.534	-1,23%

* Comprensivi Nido, riabilitazione Cure intermedie

I numeri dell'attività di ricovero 2016 raffrontati con i numeri dell'attività 2015 evidenziano una sostanziale sovrapponibilità tra i valori complessivi dei due anni con differenziazioni all'interno delle diverse linee in relazione alle dinamiche di pronto soccorso e a logiche di appropriatezza del setting di erogazione. L'attività di Day Surgery in particolare riflette l'ottemperanza da parte dell'Ente ai consolidati criteri nazionali e regionali in materia di appropriatezza del setting assistenziale e conferma il trend aziendale degli ultimi anni di aumento dei pazienti trattati in tale regime.

Accessi al Pronto Soccorso

	2015	2016	Scostamento 2015/2016
Codice bianco	3.602	4.453	23,63%
codice verde	29.157	28.392	-2,62%
codice giallo	13.838	14.802	6,97%
codice rosso	2.811	2.937	4,48%
Accessi totali PS *	49.413	50.589	2,38%
Inappropriatezza accessi (cod.bianchi)	7,29%	8,80%	20,75%
N. Accessi seguiti da ricovero	9.856	10.261	4,11%
N. Abbandoni	2.697	2.736	1,45%

* Comprensivi di codici neri e non attribuiti

DEA area metropolitana

Anno	Accessi	Ricoveri	Accessi/Ricoveri
2016	175.741	36.090	20,54%

Fonte: DWH Regionale - al 9/05/2017

I pazienti provenienti dal Pronto Soccorso rappresentano nel 2016 il 65% dei pazienti dimessi in ricovero ordinario (al netto del livello 3) contro il 63% registrato nel 2015, con inevitabili impatti in senso restrittivo sull'attività di ricovero di elezione dell'Ente.

L'attività specialistica ambulatoriale ha registrato nel 2016 rispetto al 2015 un calo dei volumi del 8,9% in gran parte riconducibile alle aree della genetica, dei laboratori di analisi e della diagnostica per immagini, interessate a vario

titolo da criticità di tipo logistico, da mutamenti nell'accesso alle prestazioni sanitarie legati anche a fattori economici, da innovazioni normative quali la ricetta dematerializzata nonché da cambiamenti organizzativi interni.

Attività ambulatoriale

	2015	2016	Scostamento 2016/2015
Attività ambulatoriale per esterni	1.610.666	1.467.027	-8,92%
Attività ambulatoriale per interni	1.269.487	1.303.418	2,67%
Totale attività	2.880.153	2.770.445	

L'aumento della degenza media registrato nel 2016 deriva soprattutto dal terzo livello, mentre la diminuzione del peso medio è da porre in relazione anche all'aumento di pazienti dimessi a seguito di ricovero da Pronto Soccorso, prevalentemente afferenti all'area medica e tipicamente con peso medio inferiore ai pazienti chirurgici.



Performance attività di ricovero

	2015		2016	
	Regione	Galliera	Regione	Galliera
Degenza media giorni	8,56	8,38	8,65	8,49
Peso medio DRG	1,22	1,26	1,22	1,24
Indice di case mix		1,03		1,02

Fonte: DWH Regionale - al 05/04/2017

2.2

Le performance

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. 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

Il Piano annuale delle performance 2016 è stato approvato con deliberazione n. 11 del 15 aprile 2016 dal Consiglio di Amministrazione, ed è stato adottato sulla base del Piano Strategico 2014-2016 e del relativo piano triennale delle performance.

Risultati di budget 2016

Strutture/servizi	=100%	tra 90% e 99%	tra 80% e 89%	tra 70% e 79%	Minore di 70%	Totale
Area sanitaria	1	10	12	15	17	55
Area amministrativa	6	8	2	0	0	16
Totale	7	18	14	15	17	71
Percentuale	10%	25%	20%	21%	24%	100%

Tale documento definisce, in coerenza con le indicazioni regionali, gli obiettivi generali aziendali e gli obiettivi annuali specifici di struttura e dipartimento, individuati in esito all'articolato percorso di negoziazione previsto annualmente con tutti i dipartimenti/strutture dell'Ente. È su questa base che viene elaborato a consuntivo il documento che evidenzia gli obiettivi raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse assegnate. L'attribuzione della retribuzione accessoria incentivante del personale - retribuzione di risultato per la Dirigenza e produttività collettiva per il Comparto - è strettamente connessa alla realizzazione di tali obiettivi e prevede la partecipazione di tutto il personale dipendente alle progettualità annualmente definite dalla Direzione Strategica e al raggiungimento della mission della struttura, secondo il rispettivo ruolo e responsabilità e nei limiti della propria professionalità.

All'interno dei processi che portano all'attribuzione di tali istituti, si evidenzia l'importanza dell'informazione e della condivisione con tutto il personale, attraverso incontri dedicati, degli obiettivi annuali e pluriennali assegnati (con specifico riferimento ai risultati attesi, agli indicatori e ai parametri valutativi) e del costante monitoraggio durante il corso dell'anno dell'andamento degli stessi.

Per quanto riguarda il Comparto, per l'anno 2016 è stato confermato il vigente impianto della produttività collettiva e della connessa valutazione individuale che prevede durante l'anno, oltre ad incontri informativi con tutti i dipendenti, il perfezionamento da parte dei coordinatori/dirigenti di un colloquio di valutazione intermedio volto alla valutazione individuale dell'andamento delle performance e delle prestazioni degli stessi con l'individuazione di possibili piani di miglioramento e di crescita professionale e di un colloquio finale nel quale la scheda di valutazione individuale compilata da parte dei coordinatori/dirigenti viene condivisa con i singoli valutati anche alla luce delle eventuali criticità emerse.

Per quanto riguarda la Dirigenza, è stata confermata per l'anno 2016 la metodologia di individuazione, all'interno del fondo disponibile per i singoli anni di riferimento, delle quote relative alla retribuzione di risultato dei Direttori di Struttura Complessa e dei Responsabili di Strutture Semplici nonché dei dirigenti medici sulla base del risultato di budget relativo alla rispettiva struttura di appartenenza. Per questi ultimi è stata inoltre valutata la singola partecipazione ai risultati di budget mediante la definizione della metodologia delle performance individuali.

L'Ente sta procedendo ad una revisione complessiva del sistema di valutazione delle performance organizzative e individuali anche attraverso il perfezionamento di specifici indicatori di performance individuale per le diverse figure professionali.

Personale del Comparto valutabile nel 2016

pari a n. 1.493 unità

Trattasi di tutto il personale che ha prestato servizio presso l'Ente nel corso del 2016, ivi compreso il personale cessato al 31/12/2016.

Personale del Comparto soggetto a valutazione nel 2016

pari a n. 1.442 unità

Come previsto da accordo sindacale trattasi del personale con presenza in servizio superiore a 420 ore nel corso dell'anno, pari al 96,58 % del totale del personale.

Valutazione*	U	%	D	%	Tot	%
fino a 25	4	1,03	3	0,28	7	0,49
superiore a 25 e fino a 35 compreso	20	5,14	31	2,94	51	3,54
superiore a 35 e fino a 40 compreso	18	4,63	50	4,75	68	4,72
superiore a 40 e fino a 45 compreso	56	14,40	114	10,83	170	11,79
superiore a 45 e fino a 50	291	74,81	855	81,20	1.146	79,47
Totale	389	100	1.053	100	1.442	100

* La valutazione individuale è espressa in cinquantiesimi e 25 è la soglia minima prevista da accordo sindacale al di sotto della quale il valutatore è tenuto a comunicare obbligatoriamente la motivazione della valutazione complessiva espressa

2.3

I risultati

Per misurare le performance è necessario conoscere un valore di riferimento (standard) rispetto al quale confrontarsi: nel 2016 gli standard di riferimento, utilizzati per la valutazione delle performance, sono stati quelli del MeS (Laboratorio Management e Sanità), del PNE (Programma Nazionale Esiti), del N.I.San (Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard) e il valore medio regionale, rispettivamente per gli ambiti di propria competenza. Attraverso la lettura integrata degli indicatori di performance è possibile misurare le fasi salienti del percorso assistenziale in funzione dei risultati di salute ottenuti rispetto quelli attesi e dei processi attivati a livello clinico-organizzativo per garantire un utilizzo ottimale delle risorse.

L'analisi comparata degli indicatori correlati all'attività di ricovero ordinario, evidenzia una lieve riduzione del numero di pazienti dimessi (A, B). Tale flessione è attribuibile all'incremento dei ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso (C) che richiedono mediamente una degenza più lunga rispetto ai ricoveri programmati a parità di motivazioni cliniche (DRG).

Il peso medio (D) risulta parallelamente lievemente diminuito anche a causa della riduzione dei ricoveri chirurgici, di peso maggiore (E,F), e dell'incremento di quelli di tipo medico (G). Per quanto riguarda la degenza media, si rileva una lieve riduzione nell'area medica (H) a fronte di



un incremento nell'area chirurgica (I), quest'ultima correlata ad una minore disponibilità di posti letto in area riabilitativa - in cui vengono trasferiti pazienti chirurgici che hanno superato la fase acuta - derivante dall'allungamento dei tempi di presa in carico territoriale con conseguente incremento della degenza media anche in quest'area (L).

Riguardo all'efficienza nell'utilizzo dei posti letto ordinari in dotazione all'Ente, un tasso di occupazione del 97,6% (N) - contro una media nell'area metropolitana di poco inferiore a quella regionale (85,3%) - e un intervallo di turnover (M) pari a 0,22 giorni ⁸- contro una media regionale di 1,63 giorni - ne riprova il pieno e totale utilizzo.

Attività di ricovero ordinario per acuti¹ indicatori

	Descrizione	2015	2016	Delta %
A	DIMESSI TOTALI ²	15.650	15.544	-0,68
B	DIMESSI ACUTI	13.723	13.662	-0,44
C	DIMESSI a seguito RICOVERI da PS	9.418 (68,6%)	9.666 (70,8%)	+2,63
D	Peso medio (P) ACUTI ³	1,30	1,28	-1,54
E	RICOVERI CHIRURGICI ⁴	5.251 (peso = 1,85)	4.968 (peso = 1,87)	-5,4
F	RICOVERI CHIRURGICI da PS	2.042 (21,7%)	1.915 (19,8%)	-6,22
G	RICOVERI MEDICI	10.399 (peso = 0,88)	10.576 (peso = 0,87)	+1,7
H	DEGENZA MEDIA area medica ⁵	9,8	9,7	-1,02
I	DEGENZA MEDIA area chirurgica	6,2	6,5	+4,84
L	DEGENZA MEDIA area riabilitativa e cure intermedie	17,15	19,13	+11,5%
M	Intervallo di turnover ⁶	0,30	0,22	-26,7%
N	Tasso di occupazione posti letto ⁷	96,7	97,6	+0,9%

- 1. Ricoveri in regime ordinario (esclusi SPDC, nido, riabilitazione e cure intermedie).
- 2. Ricoveri totali in regime ordinario (esclusi SPDC).
- 3. Esclusi nido, spdc, riabilitazione e cure intermedie.
- 4. Dimessi con DRG chirurgico.
- 5. Medicina interna, ACM, Geriatria, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Degenza Breve
- 6. Evidenzia il tempo che intercorre tra la dimissione di un paziente ed il ricovero del successivo, ossia il tempo in cui i letti non risultano occupati. Si ottiene dividendo la differenza tra le giornate di degenza teoriche e quelle di degenza effettive con il numero complessivo dei ricoveri.
- 7. Calcolato escludendo Nido e ricoveri ordinari relativi a pazienti entrati e usciti nello stesso giorno
- 8. Il valore evidenzia che mediamente un letto rimane libero solo il tempo minimo necessario al rifacimento.

Indicatori di appropriatezza clinico-organizzativa e qualità assistenziale

L’analisi comparata degli indicatori di performance riportati in tabella consente di valutare la qualità assistenziale sia sotto il profilo organizzativo che clinico.

Per quanto riguarda l’appropriatezza clinico-organizzativa, ovvero l’efficienza dell’attività di ricovero, si evidenzia anzitutto l’ulteriore miglioramento del livello di appropriatezza dei ricoveri da Pronto soccorso (F, I) - che rappresentano la maggioranza dei ricoveri ordinari (65,7%) - nonché del loro corretto inquadramento clinico (H, W). Gli indicatori correlati all’attività di Pronto Soccorso, relativi ai tempi di visita (U) e di ricovero (V), evidenziano una performance

inferiore all’anno precedente; tale risultato è da valutarsi considerando l’entità dell’afflusso di pazienti verso il Pronto Soccorso del Galliera, che risulta essere il più alto rispetto ai 3 DEA dell’area metropolitana in relazione ai posti letto disponibili per il ricovero (X), tanto da determinarne una condizione di relativa carenza nonostante il loro pieno utilizzo, anche a causa delle difficoltà di presa in carico territoriali (L). Il livello di efficienza raggiunto nell’utilizzo dei posti letto in dotazione all’Ospedale - ordinari e diurni - è altresì attestato dal loro utilizzo appropriato sia sotto il profilo organizzativo (G,H,I,K) sia del setting assistenziale (M, N). Per quanto riguarda la qualità assistenziale, la % dei ricoveri ripetuti a 30 gg per motivazioni cliniche simili, risulta la più bassa della regione e all’interno del range considerato ottimale (E). Tale risultato è da correlarsi anche all’utilizzo consolidato di tecniche chirurgiche meno invasive (M, O, R)⁹.

Legenda tabella 2

- 1. Esclusi nido, SPDC nonché i ricoveri ordinari < 2 giorni eccetto deceduti.
- 2. Misura l'efficienza operativa dei vari erogatori in termini di degenza media standardizzata per il case-mix (medesimi DRG) e per disciplina di dimissione, rispetto allo standard (regione): è data dal rapporto tra le giornate di degenza attese (qualora la composizione dei DRG dello standard di riferimento fosse la medesima dell'ospedale X) e le giornate realmente osservate.
- 3. Il peso medio è calcolato con un algoritmo regionale che esclude Nido, SPDC nonché i ricoveri ordinari < 2 giorni eccetto deceduti.
- 4. E' il rapporto tra il peso medio di tutti i dimessi considerati (C) e quello di riferimento (regionale o nazionale); esprime quindi la complessità dei casi trattati in rapporto alla complessità media dello standard di riferimento.
- 5. La % è calcolata sulle medesime discipline. E' un indicatore di qualità assistenziale.
- 6. Patto della salute 2012: GRIGLIA LEA.
- 7. Parti NTSV: donne primipare, con parto a termine non gemellare e feto in posizione di vertice.
- 8. L'indicatore indica la % di parti cesarei effettuati su donne con nessun pregresso cesareo.
- 9. Il Patto per la Salute 2012 definiva alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario se sottoposti a trattamenti meno invasivi: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Anche in regime ordinario (O), il trattamento mininvasivo consente di ottenere vantaggi per il paziente quali minore dolore, migliore ripresa della funzione intestinale e, infine, minori tempi di degenza post-operatoria.
- 10. Il confronto tra ospedali potrebbe comunque essere distorto se non si tenesse conto della possibile diversa distribuzione dei fattori di rischio per cesareo delle pazienti tra le diverse strutture: il taglio cesareo è infatti indicato in molte situazioni cliniche le quali devono inoltre essere tracciate correttamente nei sistemi informativi affinché il dato grezzo possa essere standardizzato da PNE.
- 11. PNE 2016 (fonte dati: anno 2015).

Indicatori di performance

Descrizione		2015	2016	Liguria 2016	Note
A	Degenza media dimessi ¹	8,9	9,0	9,3	
B	Indice Comparativo di Performance (ICP) ²	1,00	1,03	1	Liguria verso Italia 2015: 1,06
C	Peso medio (P) ³	1,34	1,32	1,28	Italia 2015: 1,21
D	Indice case-mix (ICM) ⁴	1,05	1,03	1	Liguria verso Italia 2015: 1,06
E	% ricoveri ripetuti a 30gg stessa MDC ⁵ (MeS C5.1)	3,79%	3,65%	4,79%	Valore ottimale: <4,3%
F	% ricoveri appropriati da PS	98,8%	99,0 %	dato non disponibile	Italia: dato non disponibile
G	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati (MeS C3.4)	0,85	0,96	dato non disponibile	Valore ottimale: <1
H	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici (MeS C4.1.1)	10,6%	10,6%	16,4	Valore ottimale: <15%
I	% ricoveri ordinari appropriati con riferimento ai cosiddetti DRG a rischio di inappropriatezza ⁶ (MeS C4.13)	84,2%	85,4 %	83,1%	Italia 2015: 56,7%
K	% day hospital diagnostici (MeS C14.2)	12,3%	14,9%	36,8%	Italia 2015: 40,21%
L	% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (MeS C14)	5,4%	5,7%	4,95% (ASL3: 10,3%)	Italia 2015: 4,13%
M	% colecistectomie laparoscopiche (programmate) effettuate in day surgery o in ricovero ordinario di 0-1 g (MeS C4.4)	81,2%	88,8%	61,54%	Italia 2015: 30,8 % Valore ottimale: >75%
N	% DRG LEA chirurgici operati in regime di day surgery MeS (C4.7)	56,8%	65,3%	54,8%	Italia 2015: 55,4 %
O	% interventi al colon-retto in laparoscopia (MeS C5.10)	71,3%	70,0%	63,48%	Italia 2015: 42,4 %
P	% casi frattura femore con degenza preoperatoria <=2 giorni (MeS C5.2)	62,0%	49,2%	58,8%	Val. atteso: barriera minima: 40% obiettivo: >=55% 80,5% <= 3 gg
Q	% fratture di femore operate sulle fratture diagnosticate (MeS C5.12)	95,4%	95,0%	93,2	Italia 2015: 91,9 %
R	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne di 15-49 anni di età (MeS C5.11)	100%	87,5%	69,8%	Valore ottimale: <80% Italia 2015: 76,7 %
S	% tagli cesarei a basso rischio (NTSV ⁷) (MeS C7.1)	31,2%	30,0%	28,1%	Italia 2015: 23,3 %
T	% parti cesarei primari ⁸	27,4%	26%	28% (2015)	Italia 2015: 25,1 %
U	% codici giallo in PS visitati entro 30 minuti (MeS C16.1)	72,2%	62,6%	64,7%	Italia 2015: 76,2 %
V	% pazienti inviati a ricovero da PS entro 8 ore (escluso OBI) (MeS C16.4)	77,8%	71,5%	88,4%	Italia 2015: 90,7 %
W	% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (MeS C16.7)	77,1%	76,3%	63,9%	Italia 2015: 56,7 % val. ottimale: > 75%
X	rapporto tra n° accessi annuali in Pronto Soccorso e n°posti letto ordinari disponibili	133	137	94 (DEA area metropolitana)	
Y	% dimissioni volontarie (MeS D 18)	0,85%	0,8%	1,23%	Italia 2015: 1,12 %



In ambito ostetrico-ginecologico la % di parti cesarei risulta diminuita sulla base di entrambi gli indicatori utilizzati (S,T), tuttavia, ferma restando la necessità di una standardizzazione corretta dei fattori di rischio¹⁰, solo la % di cesarei primari (T) risulta prossima al valore atteso rispetto a quella dei cesarei NTSV (S); considerato che quest'ultimo indicatore (S) è misurato solo su donne che non hanno mai partorito, mentre

il primo (T) comprende anche le donne che hanno già partorito ma non con parto cesareo, si evidenzia come il ricorso al cesareo sia spesso "indotto" da motivazioni "culturali" e non cliniche ovvero da una precisa richiesta della donna che si trova ad affrontare il suo primo parto. Al fine di raggiungere i valori medi ottimali sul ricorso al parto cesareo, è stato avviato un percorso di audit finalizzato sia a ridurre al minimo i cesarei primari privi di indicazione clinica sia ad incrementare la % di parti naturali anche nelle donne che hanno effettuato un precedente cesareo nei casi in cui non rappresenti un rischio.

L'indicatore sulle fratture di femore operate entro 2 giorni (P) registra un decremento percentuale rispetto all'anno precedente; il dato è da correlarsi a diversi fattori tra cui problemi contingenti intercorsi di ordine organizzativo; l'indicatore, come noto, è considerato predittivo di esiti più favorevoli; al riguardo, tuttavia, si evidenzia che la grande maggioranza di fratture è stata comunque trattata entro 3 giorni (80,5%) e che la % di fratture operate su quelle diagnosticate, presso l'Ortopedia del Galliera, continua ad essere superiore sia alla media regionale che nazionale (Q).

La qualità degli esiti è comunque attestata dall'indicatore PNE "fratture del collo di femore: mortalità a 30 gg" che rileva per l'Ente un rischio comunque inferiore alla media nazionale (RR aggiustato 0,99).

Per quanto riguarda, infine, la "qualità percepita", l'indicatore più utilizzato a livello nazionale, quello sulle dimissioni volontarie (Y), evidenzia per il Galliera una % costantemente al di sotto di quella regionale e nazionale.



Appropriatezza Clinico organizzativa

L'Indice Comparativo di Performance (ICP) e l'Indice di CaseMix (ICM) sono gli indicatori più utilizzati per la valutazione della complessità e dell'efficienza gestionale dell'attività di ricovero¹.

In particolare, la lettura congiunta di ICM e ICP tramite un grafico a quattro quadranti risulta particolarmente significativa: nel grafico i valori dell'ICM sono riportati sull'asse delle ascisse, mentre l'ICP su quello delle ordinate².



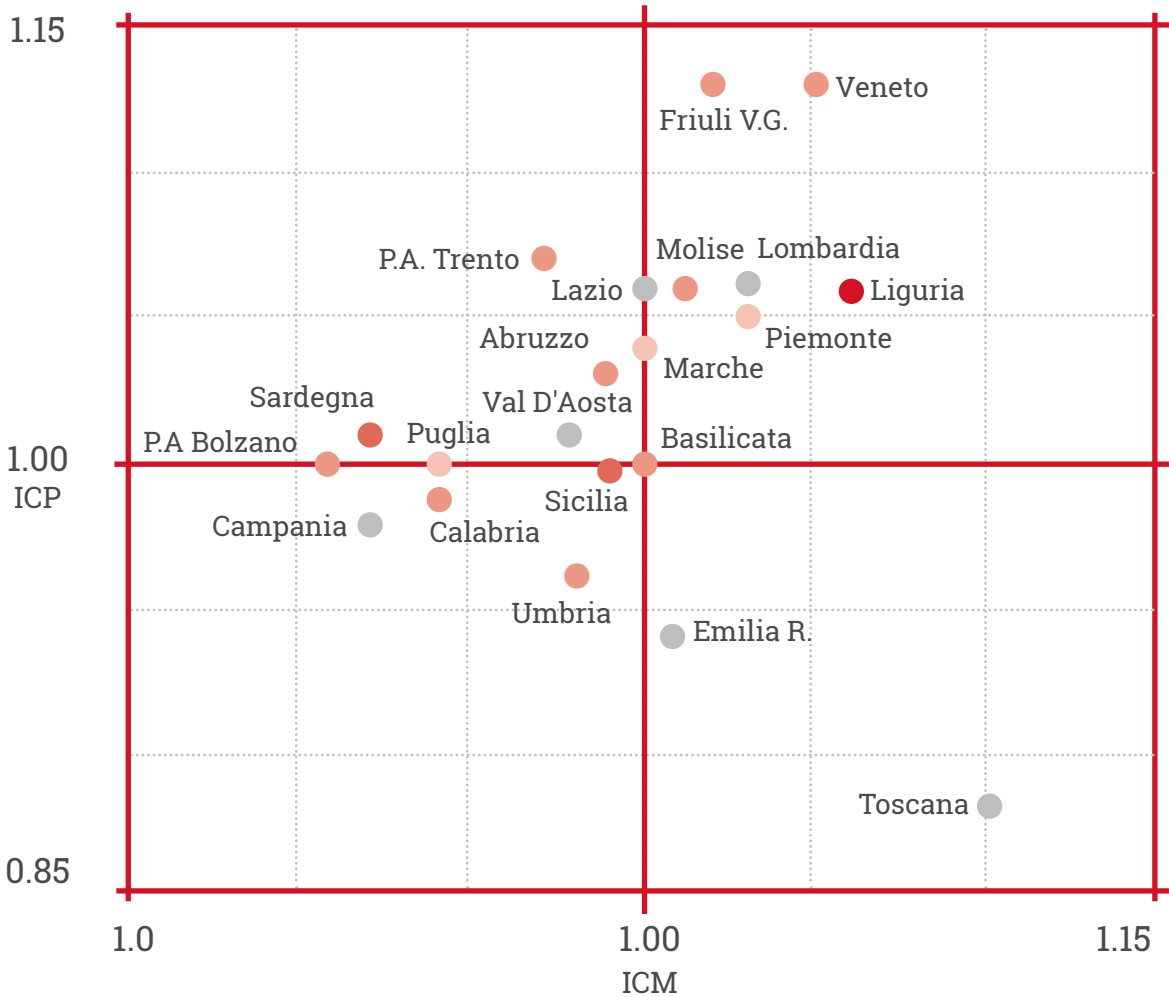
I **due quadranti superiori** ($ICP > 1$) sono caratterizzati da una degenza media standardizzata superiore allo standard di riferimento, mentre i due quadranti a destra ($ICM > 1$) individuano una maggiore complessità della casistica. Pertanto, il quadrante inferiore destro ($ICM > 1, ICP < 1$) individua gli erogatori ad alta efficienza, caratterizzati da una casistica ad alta complessità ed una degenza più breve dello standard; in questo quadrante si collocano: Emilia Romagna, Toscana.

Il **quadrante superiore destro** ($ICM > 1, ICP > 1$) individua quegli erogatori in cui la maggiore durata della degenza è ragionevolmente imputabile alla maggiore complessità e non a inefficienza organizzativa; in questo quadrante si collocano: Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli V.G., **Liguria**, Marche, Molise.

Il **quadrante inferiore sinistro** ($ICM < 1, ICP < 1$) rappresenta l'area in cui la minore degenza media non è dovuta ad alta efficienza organizzativa ma ad una casistica meno complessa; in questo caso, troviamo Umbria, Campania, Puglia, Sicilia, Calabria.

Infine, il **quadrante superiore sinistro** ($ICM < 1, ICP > 1$) individua infine quegli erogatori in cui la durata della degenza è più alta nonostante la complessità della casistica sia più bassa rispetto allo standard, ed è probabilmente riconducibile ad inefficienza organizzativa. In questo quadrante osserviamo Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Lazio, Abruzzo, Sardegna.

Ricoveri ordinari



1. **Indice Comparativo di Performance (ICP):** è rapporto fra la degenza media standardizzata per il casemix di ogni singolo erogatore e la degenza media dello standard di riferimento impiegato per la standardizzazione (valore nazionale). Poiché il procedimento di standardizzazione rende omogenea la casistica delle diverse Regioni, l'ICP consente di misurare e confrontare il livello di appropriatezza rispetto allo standard nazionale: valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano una efficienza inferiore rispetto allo standard (poiché a parità di casistica la degenza è più lunga), mentre valori al di sotto dell'unità rispecchiano una efficienza superiore. **L'Indice di CaseMix (ICM)** consente invece di valutare la complessità media della casistica trattata rispetto allo standard di riferimento; è il rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore.
2. Rapporto SDO 2015 Ministero della Salute.

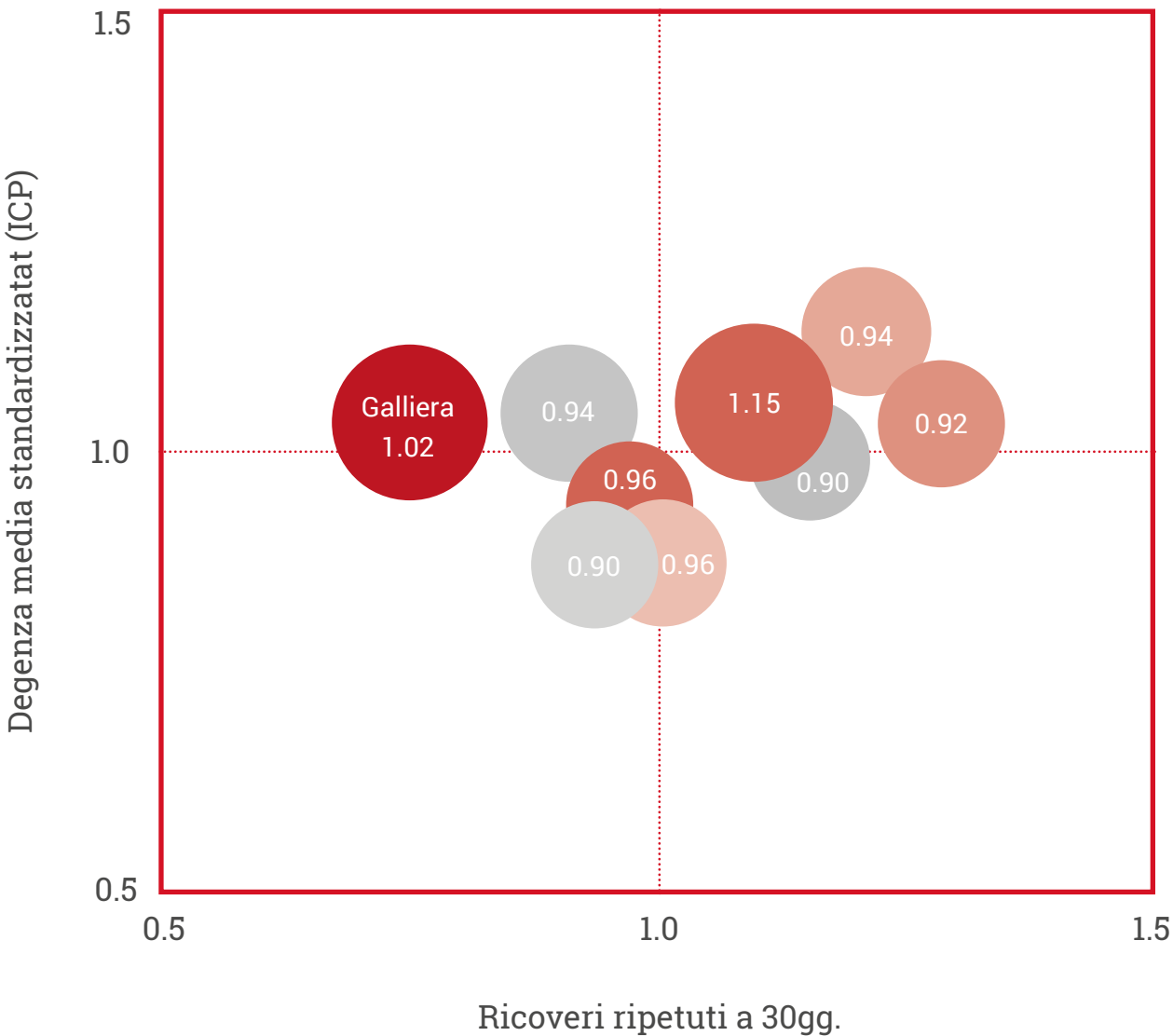
Valutazione dell'appropriatezza Clinica e Organizzativa dell'Ente in ambito regionale

Il grafico rappresenta il livello di appropriatezza clinico-organizzativa degli ospedali liguri valutata mediante la correlazione di 3 indicatori multidimensionali ¹.

In particolare, l'Indice Comparativo di Performance (ICP) e l'Indice di Case-Mix (ICM) misurano, se utilizzati congiuntamente, l'appropriatezza dei ricoveri, mentre l'indicatore relativo all'incidenza dei ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per motivazioni cliniche simili (RR30gg)² consente di valutare anche la qualità assistenziale (esito delle cure).

La rappresentazione grafica di ICM, ICP e RR30gg, consente pertanto di identificare gli ospedali con una minore incidenza di ricoveri ripetuti (quadranti di sinistra), una degenza media standardizzata inferiore alla media (quadranti inferiori) ed una complessità dei ricoveri effettuati (ICM) maggiore, rappresentata graficamente dalla grandezza della "bolla".

Con riferimento al Galliera, il grafico evidenzia l'incidenza più bassa di ricoveri ripetuti in ambito regionale (0,76 - range 0,76-1,27)³, a fronte di una degenza media standardizzata (ICP) solo lievemente superiore alla media regionale (1,03) e comunque correlata ad un indice di complessità dei ricoveri maggiore (ICM=1,02)⁴, considerato, inoltre, che l'ICM regionale risulta a sua volta superiore a quello nazionale (vedi grafico 1).



1. Per la definizione dell'Indice Comparativo di Performance (ICP) e dell'Indice di CaseMix (ICM), vedi note in calce al grafico precedente
2. l'indicatore relativo ai Ricoveri ripetuti (C5.1 del MeS) misura quante volte un paziente viene nuovamente ricoverato entro 30 giorni dal primo ricovero per un problema assimilabile alla causa del primo ricovero. Il ricovero ripetuto è attribuito alla prima azienda che ha curato il paziente
3. pari allo 3,65 % contro un media regionale del 4,79%
4. la durata della degenza - a parità di case-mix - è influenzata anche dalla più alta percentuale di ricoveri urgenti da Pronto Soccorso (v. Tabelle precedenti)

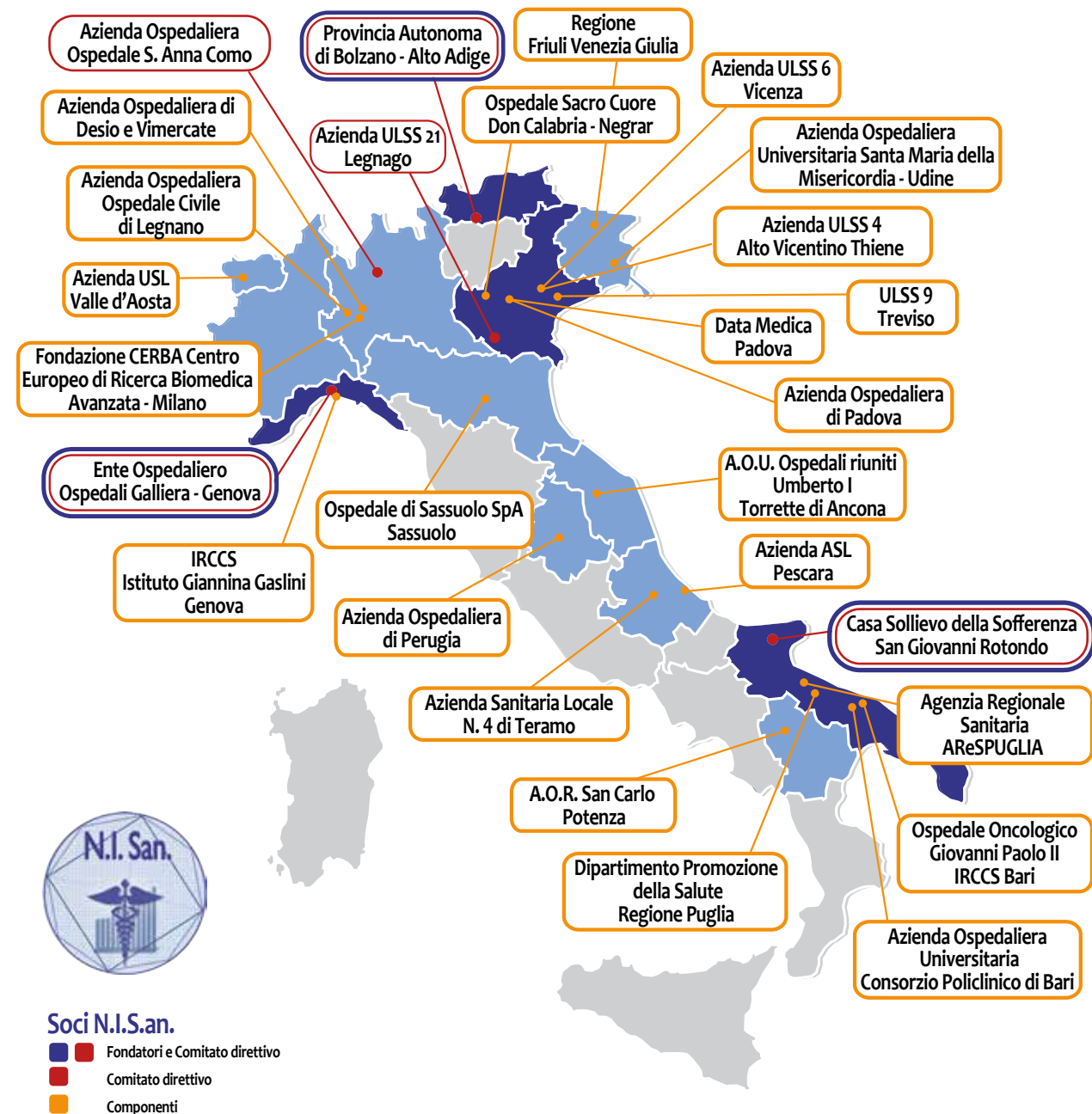
Costi standard e organizzazione snella

I Costi Standard possono essere visti come una bussola utile ad orientare al meglio le aziende circa l'appropriatezza. Anche guardando il panorama internazionale molti Paesi utilizzano i Costi Standard in questo modo e per le aziende e gli Ospedali aderenti al Network, utilizzare in modo corretto questo strumento significa perseguire l'interesse primario dei cittadini e dei pazienti.

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, annovera oltre venti componenti i quali gestiscono in condivisione i risultati relativi all'elaborazione dei costi standard delle attività sanitarie svolte da ciascuno, ai fini 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 e con la finalità di intraprendere le più opportune scelte in merito al miglior utilizzo delle risorse disponibili.

Per questi motivi l'approccio definito dalla metodologia del N.I.San. riferita ai costi standard collima perfettamente nella strategia dell'Ente con l'approccio di tipo Lean di efficientamento dei processi, per realizzare la quale è indispensabile conoscere i costi di dettaglio delle risorse impiegate. Questo soprattutto anche alla luce della riforma costituzionale che all'articolo 32 introduce i costi standard nelle spese che competono agli enti locali e all'articolo 119 esplicita una ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse attraverso la riduzione degli sprechi.



2.4 Ascolto e soddisfazione

L'evoluzione qualitativa delle pubbliche amministrazioni in ambito comunicativo è legata all'attività svolta dagli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), un servizio nato per favorire e semplificare i rapporti tra cittadini e pubblica amministrazione, per far sì che ogni cittadino possa esercitare il proprio diritto di conoscere, partecipare, fruire dei servizi offerti dall'Ospedale.

L'URP promuove la partecipazione ed assicura ai cittadini il diritto di essere ascoltati, di essere informati e di avere una risposta.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, nel corso del 2016, ha garantito ascolto ed informazioni ai cittadini sui diritti e sui percorsi di cura perseguendo l'obiettivo di informare e facilitare l'accesso ai servizi offrendo un supporto nella risoluzione dei problemi esposti dai cittadini-utenti e nell'affrontare uno specifico percorso di salute.

L'URP ha sviluppato nel tempo un sistema di relazione diretto ai cittadini-utenti ed alle associazioni di volontariato ed ha rafforzato le capacità di relazioni interne tra gli operatori delle strutture e dei programmi sanitari, agendo in modo diretto sull'immagine e sulla cultura dell'Ospedale.

È proseguita anche la gestione del processo aziendale delle segnalazioni, garantendo un'adeguata risposta ai cittadini e alle loro associazioni.

I risultati della gestione dei reclami, elogi, suggerimenti e rilievi sono stati utilizzati

come uno degli indicatori per orientare le azioni di miglioramento e le strategie, al fine di ottimizzare i servizi e di soddisfare i bisogni sociali emersi:

**in totale sono stati
39 gli interventi di
miglioramento con il
coinvolgimento di 20
strutture e 3 associazioni
di volontariato**



Nel 2016 è stata portata avanti la funzione di mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie.

Tale funzione è uno strumento per prevenire e limitare il contenzioso, ponendosi come obiettivo quello di ristabilire la relazione di fiducia tra gli utenti e gli operatori sanitari coinvolti nel conflitto: gli incontri tra gli operatori sanitari, i cittadini e loro familiari sono stati 22.

Reclami ed Encomi

Il reclamo è “qualunque espressione di insoddisfazione che richieda una risposta”. Essendo utopistico immaginare una organizzazione pubblica esente da critiche da parte dei suoi utenti ed essendo difficile pensare che un ospedale possa impostare delle azioni di miglioramento della qualità senza tener conto dell’opinione degli utenti, i reclami, se opportunamente raccolti ed analizzati, costituiscono una risorsa di grande valore per l’Ente. Essi rappresentano infatti un’occasione preziosa per identificare e correggere gli errori, migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini ed aumentare la fiducia.

Di seguito si riportano i dati dei reclami dei cittadini riferiti all’anno 2016, posti a confronto, con i dati dell’anno precedente. L’Ente pone particolare attenzione nel mettere in atto ogni procedura atta a garantire la privacy degli utenti, sia nell’erogazione materiale della prestazione che nel trattamento dei dati personali come si evince dal numero di reclami relativi al rispetto della privacy.

Reclami

Classificazione	2015	2016
Aspetti relazionali	33	28
Aspetti organizzativi Amm.vi	16	21
Aspetti economici	28	22
Aspetti tecnici professionali	35	30
Tempi	18	29
Informazione	24	25
Altro	7	3
Rispetto della privacy	0	0
Aspetti alberghieri e comfort	2	7
Adeguamento alla normativa	0	0
Aspetti strutturali	2	1
Totale	165	166

Il valore aggiunto che l’URP può offrire al cittadino è rappresentato dalla tempestività con cui il reclamo viene accolto, elaborato e risolto, per questo motivo l’ufficio è orientato a gestire i reclami in tempo reale (Just in time) classificandoli come “Qui e ora”. Nel 2016 ne sono stati registrati 94.

Encomi

2015	2016
476	446

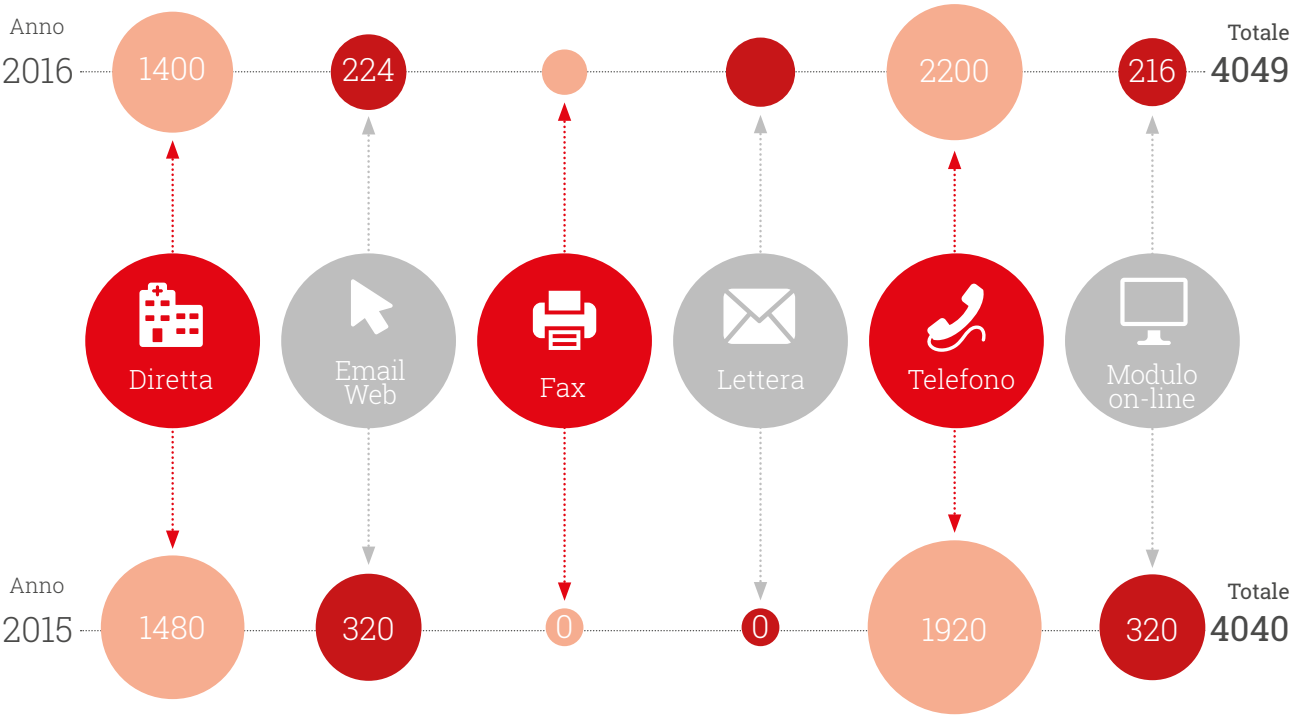
L’encomio è invece l’esposizione, da parte del cittadino utente, di fatti che, a parere del proponente, hanno corrisposto alle migliori aspettative possibili nella situazione contingente.

Informazioni

Le informazioni fornite dall’Urp nel 2016 sono state 4.049 di cui 216 gestite con “modulo contatti on line” in crescita rispetto al 2015 dello 0,2% se si considera che nell’anno precedente erano state 4.040 di cui 201 gestite tramite “modulo contatti online”. Inoltre sono state gestite 113 informazioni “evolute”, cioè informazioni per le quali sono state necessarie azioni di reperimento dati, consultazione diretta con operatori o tramite siti internet: alcune hanno previsto una risposta scritta o del Direttore Generale o del Direttore Sanitario (in 26 casi). Anche nel 2016 per ogni tipo di contatto (reclamo, informazione,

encomio) la prevalenza delle persone è stata di sesso femminile, cittadinanza italiana, in forma diretta tramite contatto con operatore URP. La fascia d’età delle persone coinvolte nei reclami ed informazioni è stata quella tra i 41 e 65 anni mentre per gli encomi risultano ringraziare “a pari merito” le persone tra i 66 e gli 80 anni e tra i 41 e i 65 anni. Nel 2015, sono state 81 le persone straniere che si sono rivolte all’Ufficio Relazioni con il Pubblico, nel 2016 son state 67; inoltre sono stati gestiti 4 pazienti stranieri extra UE che necessitavano di cure in Italia.

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.

L'indagine della percezione dei cittadini supporta il processo di miglioramento continuo portato avanti dall'Ente. L'ospedale ha reso tale indagine "paperless" e ne ha limitato fortemente i costi, svolgendola esclusivamente via telefono o

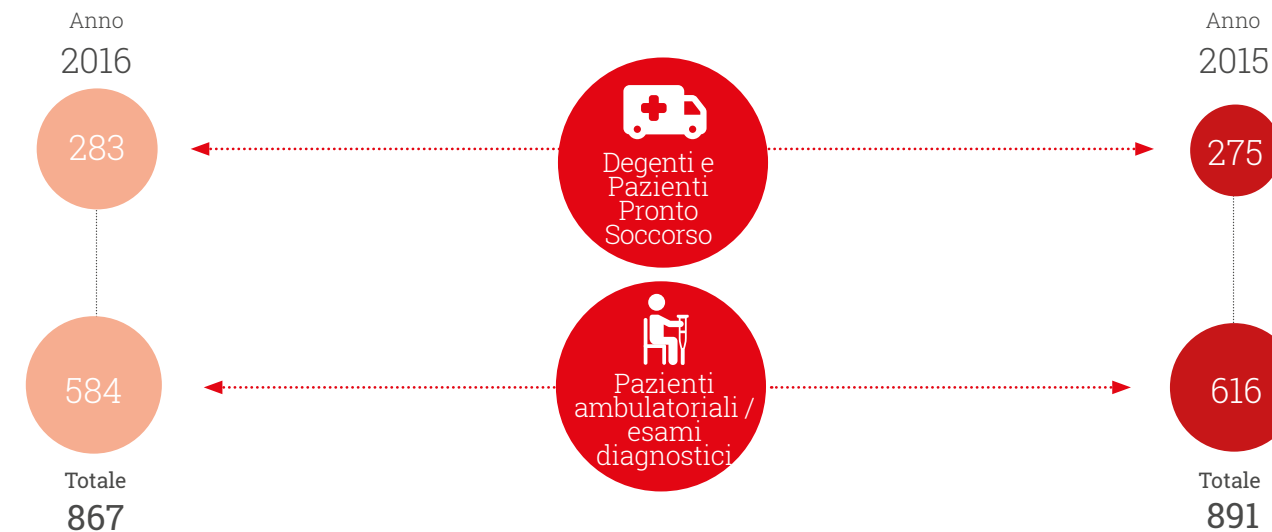
web, principalmente da risorse interne; per la registrazione dei dati è utilizzato un software gratuito.

Come da prassi consolidata, anche nel 2016 sono state svolte due rilevazioni della qualità percepita, che hanno coinvolto i degenti e i pazienti ambulatoriali.

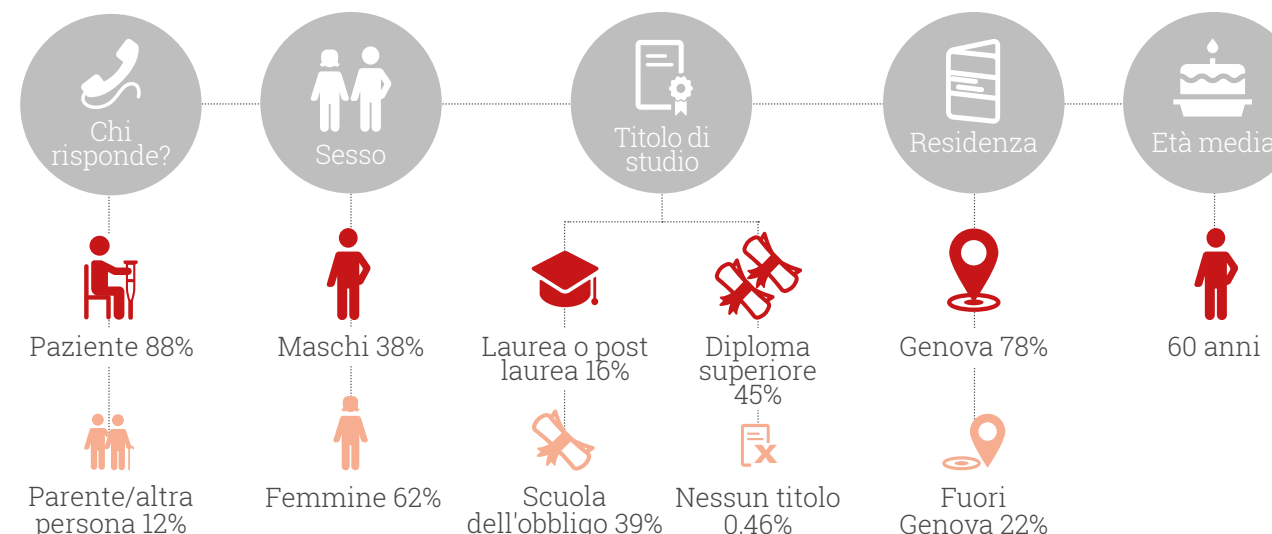
Per i pazienti (degenti e ambulatoriali) sono state predisposte delle interviste al fine di indagare l'accessibilità al servizio, l'informazione, i tempi d'attesa, la relazione con il paziente, l'iter burocratico, la privacy, il comfort, la conoscenza della Carta dei Servizi, del sito aziendale, dell'URP, dell'utilizzo della rete wi-fi a disposizione di pazienti e 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 livello 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 ed all'infermiere di processo.

A livello di ambulatori e di servizi diagnostici si è indagata l'attenzione al paziente, in termini di accoglienza, informazioni prima, durante e dopo la prestazione sanitaria richiesta, rilascio della documentazione clinica di supporto (rispetto di orari e scadenze per la consegna dei referti), 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.

Interviste realizzate



Tipologie di intervistati



Risultati

Accoglienza

Il 98% degli intervistati si è sentito accolto al suo arrivo in Ospedale nelle strutture degenziali, il 92% in quelle diagnostiche ambulatoriali.

Tempo d'attesa

A seguito del ricovero, il tempo d'attesa per avere il posto letto è stato per l'88% degli intervistati entro i 30 minuti mentre le prestazioni ambulatoriali o diagnostiche sono state eseguite entro 30 minuti nel 93% dei casi.

Relazione e comunicazione con il personale

Fra i pazienti intervistati, 81% di loro è stato pienamente soddisfatto della relazione con il personale infermieristico, così come l'82% dei pazienti è stato pienamente soddisfatto della relazione con il personale medico.

Informazioni

I pazienti intervistati hanno detto di aver ricevuto informazioni chiare e complete nel 93% dei casi.

Privacy

Tra i pazienti ricoverati in degenza ordinaria e in Day hospital il 74% ha ritenuto completamente rispettata la privacy, tra coloro che hanno effettuato un accesso ambulatoriale il pieno rispetto della privacy sale al 98%.



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 fac-simile 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 pazienti e operatori perciò pone in atto, attraverso il Sistema di Gestione del Rischio Clinico aziendale, diverse iniziative al fine di ridurre i rischi per il paziente, ritenendo la sicurezza fattore determinate della qualità delle cure.

La Direzione Sanitaria e gli operatori si attivano ogni giorno al fine di prevenire il manifestarsi di eventi potenzialmente dannosi per i pazienti e, al verificarsi di tali eventi, per minimizzare i danni ed evitare il ripetersi del problema.

L'attività formativa rimane centrale nell'approccio a questo tema e nel 2016 è proseguita attraverso il corso di formazione aziendale "La gestione del rischio clinico", volto a formare il personale in merito alla conoscenza e all'utilizzo degli strumenti re-attivi e pro-attivi di analisi del rischio e di miglioramento della pratica professionale. Il corso è stato riprogettato in formato "blended" per renderlo maggiormente fruibile agli operatori.

Formati rischio clinico

Professione	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totale
Altri dirigenti*	11	7	8	1	8	6	8	5	16	70
Infermieri	48	45	38	37	37	44	79	48	45	421
Medici	31	16	15	37	19	21	33	15	26	213
Tecnici e a.p.**	31	35	28	22	29	34	32	11	28	250
Oss.***	0	0	0	16	2	3	20	23	0	64
Totale	121	103	89	113	95	108	172	102	115	1.018

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

Il sistema di segnalazione degli eventi avversi/ quasi eventi (Incident Reporting) continua a dimostrare grande efficacia e ampia risposta presso il nostro Ente, consentendo di tenere costantemente aggiornata la mappa del rischio aziendale e modulare le attività di prevenzione degli eventi avversi. Gli eventi maggiormente rappresentati o di particolare rilevanza sono stati presi in carico in modo strutturato, mediante gli strumenti

raccomandati dal Ministero della Salute (Root Cause Analysis e Significant Event Audit), che includono la pianificazione delle idonee azioni di miglioramento. Gli eventi segnalati e presi in carico non riguardano mancate aderenze a codici e procedure aziendali, nonchè a normative, che peraltro configurerebbero non errori bensì violazioni.

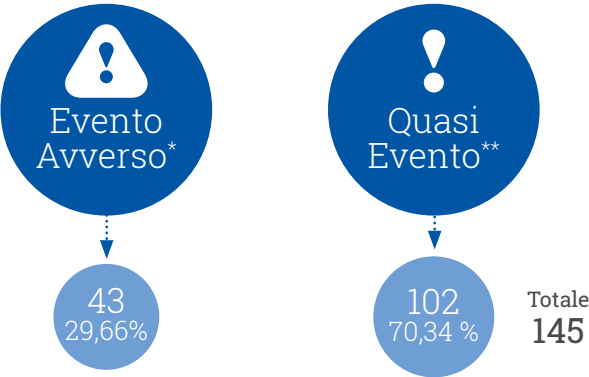
Segnalazioni per tipo Evento

	2016	%
Altro	4	2,76 %
Anagrafica identificazione paziente	17	11,72 %
Identificazione materiale di consumo	1	0,69 %
Identificazione materiale biologico	6	4,14 %
Identificazione paziente lato/sede	11	7,59 %
Preparazione farmaco	2	1,38 %
Prescrizione/somministrazione farmaci	6	4,14 %
Prestazione assistenziale	12	8,28 %
Procedura chirurgica	7	4,83 %
Procedura diagnostica	17	11,72 %
Procedura informatica	9	6,21 %
Procedura terapeutica	7	4,83 %
Procedura trasfusione	4	2,76 %
Trasporto materiale biologico	4	2,76 %
Trasporto pazienti	5	3,45 %
Utilizzo dispositivi o apparecchiature	18	12,41 %
Utilizzo presidi	15	10,34 %
Totale	145	

Segnalazioni per Qualifica

	2016	%
Non identificabile	1	0,69 %
Altro	1	0,69 %
Biologo	10	6,90 %
Coordinatore	48	33,10 %
Direttore	11	7,59 %
Infermiere	34	23,45 %
Medico	35	24,14 %
Referente Q	1	0,69 %
Tecnico	4	2,76 %
Totale	145	

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.



Le attività più significative per la sicurezza del paziente 2016:

- **Consolidamento** dell'utilizzo della pettorina per la riduzione delle interruzioni durante la somministrazione della terapia farmacologica.
- **Introduzione** della “No Interruptions Zone” per la riduzione delle interruzioni durante la preparazione della chemioterapia oncologica.
- **Coinvolgimento** del paziente e dei famigliari nella prevenzione delle cadute mediante distribuzione di brochure e affissione di poster contenenti informazioni e messaggi educativi.
- **Implementazione** delle procedure per la sicurezza del “Trasporto del paziente in codice rosso” e del “Trasporto del paziente critico”.
- **Consolidamento** della presa in carico di eventi avversi mediante lo strumento Significant Event Audit.

Prevenzione e controllo infezioni correlate all'assistenza

Da più di 30 anni presso l'Ente è attivo 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 (ICA), mentre le attività sono svolte dal Gruppo Operativo CIO (GOCIO).

- Gli ambiti funzionali del GOCIO 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). La diffusione degli MDRO nelle strutture socio-sanitarie italiane è diventata negli ultimi anni un problema rilevante di sanità pubblica sia per la gravità delle infezioni che per la difficoltà di individuazione dei farmaci efficaci. L'obiettivo del processo è di prevenire, controllare e monitorare le ICA in modo tale da identificare tempestivamente i vari fattori di rischio infettivo e attivare interventi solleciti ed efficaci per il controllo della diffusione di tale fenomeno. 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. Il GOCIO anche per l'anno 2016 ha mantenuto attiva la sorveglianza per controllare la trasmissione di CPE tra i pazienti ricoverati presso l'Ente adempiendo alla richiesta di trasmissione mensile dei dati ad A.Li.Sa - Regione Liguria. Il report mensile contiene i seguenti dati:

- N° test di screening;
- N° di pazienti sottoposti a screening;
- pazienti positivi allo screening;
- pazienti con isolamento di CPE al di fuori dello screening;
- campioni inadeguati;
- screening non effettuati;
- eventuali casi individuati come “secondari”.



Infezioni da CPE 2015-2016

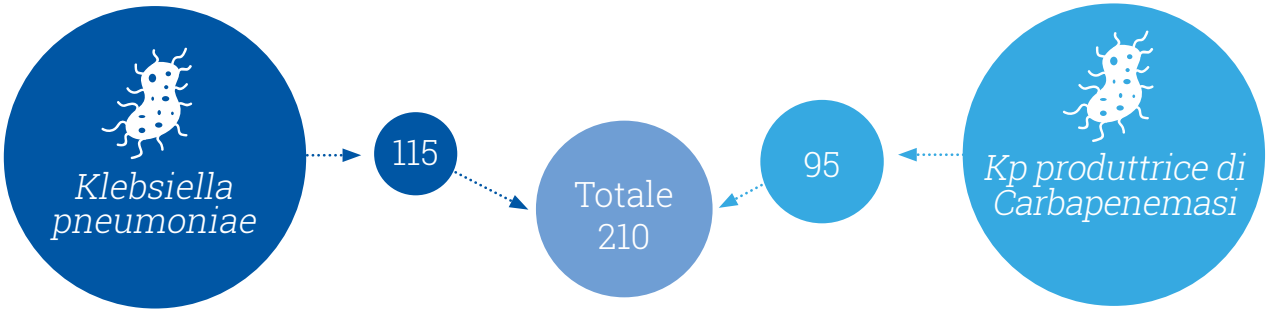
Anno	Totale casi infezione da CPE
2015	138
2016	63

Tamponi rettali per sorveglianza CPE 2016

Mese	Pazienti screenati	Pazienti positivi da CPE
Gennaio	183	11
Febbraio	217	24
Marzo	220	17
Aprile	238	32
Maggio	229	27
Giugno	218	29
Luglio	308	46
Agosto	286	50
Settembre	342	81
Ottobre	340	62
Novembre	338	46
Dicembre	303	38
Totale	3.222	463

* La Tabella riporta il numero di pazienti sottoposti a screening CPE ricoverati presso l'Ente

Klebsiella pneumoniae



Nel corso del 2016 sono stati isolati 210 ceppi di Klebsiella pneumonia di cui 95 Carbapenemici resistenti pari al 45%.

Misure preventive per la trasmissione delle CPE

Durante il 2016 il Gocio ha monitorato e governato la problematica relativa alla circolazione delle CPE, aumentando l'arruolamento dei pazienti sottoposti a screening CPE.

Con l'ampliamento dello screening CPE si individuano i pazienti colonizzati e si applicano tempestivamente le misure preventive e di controllo quali isolamento da contatto e maggior frequenza delle procedure di sanitizzazione ambientale.

La formazione degli operatori è ritenuto da sempre un efficace intervento preventivo, pertanto nel corso del 2016 si sono svolti corsi di formazione in aula e sul campo accreditati ECM sul tema della prevenzione delle ICA.

Infezioni ospedaliere da CPE 2016

Mese	Numero casi
Gennaio	6
Febbraio	4
Marzo	5
Aprile	4
Maggio	7
Giugno	5
Luglio	7
Agosto	5
Settembre	6
Ottobre	7
Novembre	2
Dicembre	5
Totale	63

* La tabella riporta il numero di casi di infezioni nei pazienti ricoverati presso l'ospedale inclusi i pazienti inseriti nello screening CPE .

Sorveglianza infezioni occupazionali

Nell'adempimento delle loro molteplici funzioni gli operatori sanitari sono esposti al contatto accidentale con sangue e liquidi biologici potenzialmente infetti. Le tipologie di infortuni sono prevalentemente due: esposizione di cute e mucose o tagli e punture accidentali con strumenti acuminati e taglienti contaminati da sangue o liquidi biologici. Nel corso del 2016 il 2,02% di operatori sanitari hanno subito un infortunio biologico. Di questi il 44% da contaminazione muco cutanea da liquidi biologici e il 56 % da punture o tagli accidentali da dispositivi acuminati e taglienti. Il 44% degli operatori infortunati è stato intervistato utilizzando la scheda raccolta dati elaborata per lo studio nazionale SIROH (Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV). L'obiettivo è di individuare la dinamica dell'infortunio e porre in atto interventi migliorativi organizzativi o comportamentali,



nonché miglioramenti tecnologici individuando dispositivi acuminati e taglienti con sistema di protezione più idonei.

Tipologia di infortunio

Categoria professionale	N°Operatori con infortunio biologico	N°Esposizione muco cutanea	N°Taglio o puntura accidentale
Medico	10	3	7
Infermiere	12	5	7
Operatore Socio	6	3	3
Studente Infermiere	3	2	1
Tecnico di Laboratorio	1	1	0

Lavorare in sicurezza crea un clima favorevole per operatori e pazienti.

Durante il 2016 il GOCIO sul tema di prevenzione delle infezioni occupazionali ha elaborato e pubblicato sulla pagina web del CIO l'Istruzione Operativa sulla corretta attivazione del sistema di protezione nei dispositivi medici acuminati e taglienti con relativi video didattico/formativi. Sono stati inoltre organizzati momenti informativo/formativi e di addestramento sull'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e sui Dispositivi medici acuminati e taglienti (NPD) con sistema di protezione sia attivo che passivo. Sono stati addestrati 193 Operatori sanitari sui DPI, 153 sugli NPD e 233 sulla corretta igiene delle mani.



Operatori addestrati

Tipologia DPI/NPD	N°Operatori
Guanti	193
Camice	185
Schermo facciale	120
APVR	111
Siringhe emogasanalisi	153
Ago gripper	143
Ago a farfalla per prelievo	78
Pungidito	78
Ago cannula	78
Bisturi	78
Ago a farfalla per infusione	143
Mascherina chirurgica	129

3.2

Sistema Qualità

L'Ospedale ha costruito negli anni un solido impianto per il monitoraggio della qualità tramite l'applicazione di standard internazionali e la verifica degli stessi attraverso gli indicatori.

Il governo di tale sistema è attuato tramite il Sistema Gestione Qualità, l'insieme di "regole" per garantire l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza dei processi.

L'Ospedale Galliera adotta una politica della Qualità il cui scopo è quello di soddisfare i requisiti previsti dalle norme relative all'Accreditamento Istituzionale e la gestione del Rischio Clinico attraverso un sistema di gestione orientato al miglioramento continuo basato sulla norma UNI EN ISO 9001:2008, che definisce i requisiti di un sistema di gestione per la qualità per un'organizzazione.

L'Ente in qualità di erogatore pubblico è coinvolto nel processo di Accreditamento Istituzionale, obbligatorio per legge, che comporta l'assolvimento di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla legge regionale. L'accREDITamento ha validità triennale e l'Ospedale ha ricevuto l'ultima visita di sorveglianza e verifica da parte della Commissione regionale nel 2015, rinnovando il proprio accreditamento presso la regione Liguria fino al 2018.

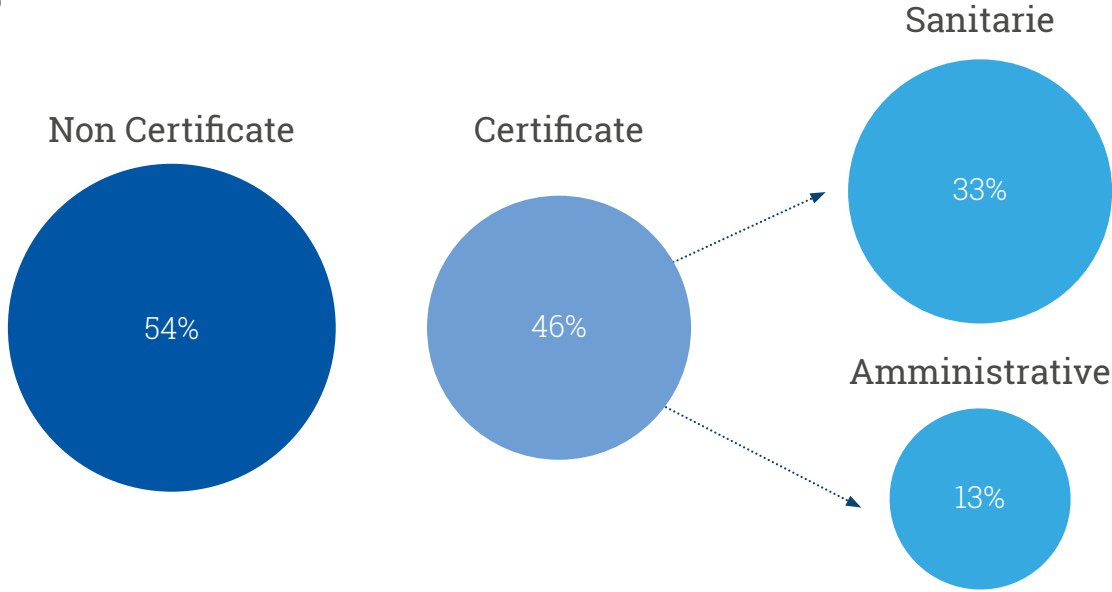
Fondamentale per mantenere i vari requisiti richiesti è il piano di audit che ogni anno viene composto da visite ispettive (audit) che l'ospedale riceve da istituzioni preposte al controllo, da organismi di certificazione, da istituzioni internazionali (WMDA - World Marrow Donor Association) o da clienti. Oltre agli audit esterni i processi gestiti secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008 sono oggetto annualmente di audit interni da parte di team qualificati: 40 unità, sia cliniche che amministrative sono inserite in questo percorso che è in continua crescita con l'obiettivo di estendere la certificazione all'intero Ospedale.

Per comunicare l'esito del piano annuale di controllo la S.C. Qualità e comunicazione emette un report completo di risultati, diviso da colmare

Riconoscimenti



Strutture e U.O. certificate
2016



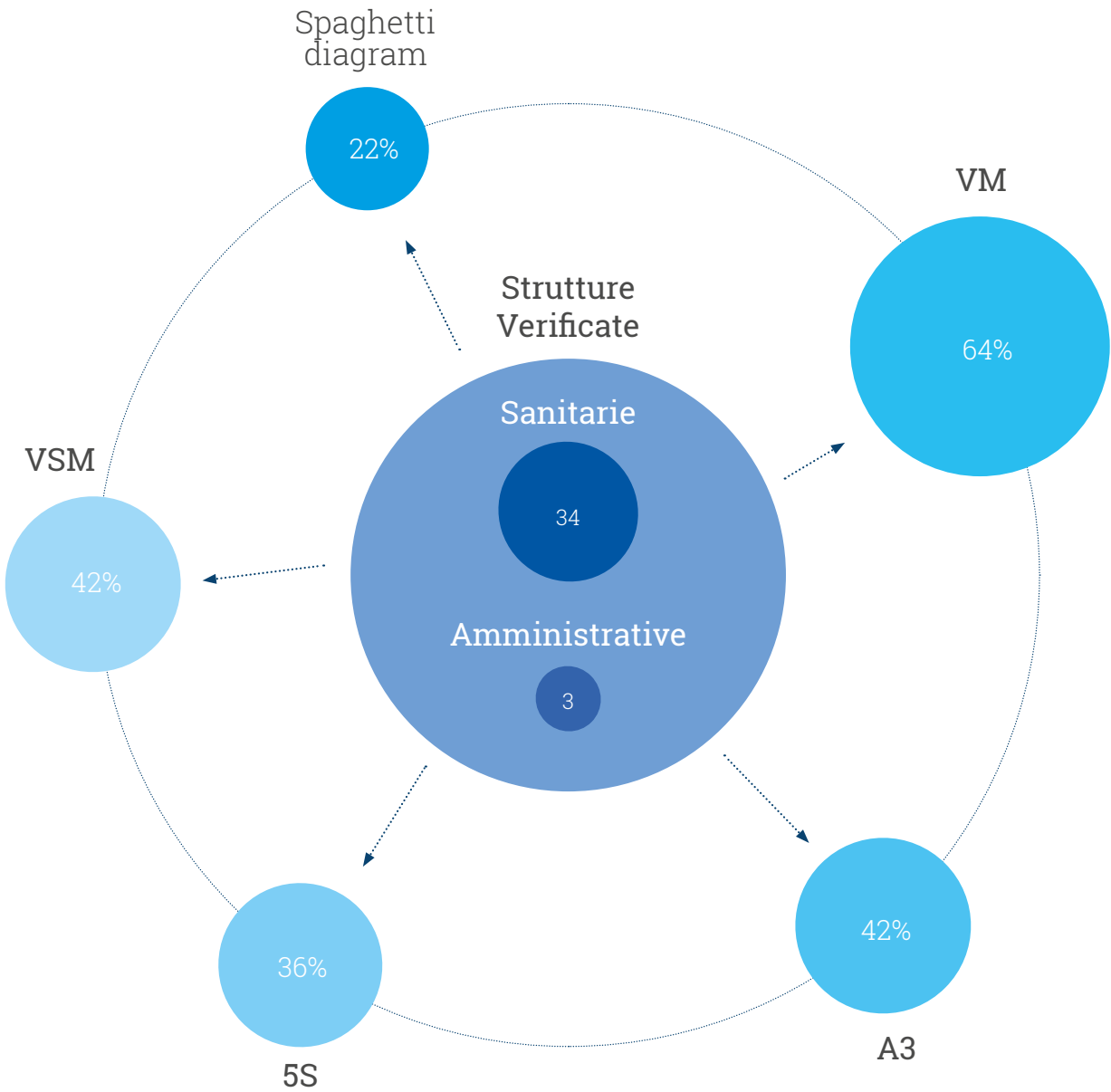
e consigli utili, tramite il quale le unità operative avviano le azioni di miglioramento.

Questo approccio tipico di modelli quali la norma ISO 9001 è stato ulteriormente sviluppato con specifici percorsi sulla base di linee guida internazionali, come ad esempio il riconoscimento BFHI "Ospedale amico dei bambini". Il Galliera ha ottenuto questo riconoscimento come primo Ospedale in Liguria a seguire i cosiddetti "dieci passi" indicati nella Dichiarazione Congiunta Organizzazione Mondiale della Sanità/UNICEF.

In questo modo l'Ospedale aderisce ufficialmente alla campagna mondiale di promozione dell'allattamento al seno, volta ad invertire la tendenza all'uso dei sostituti del latte materno, lanciata nel 1990 da OMS e UNICEF.

Completa e rafforza il sistema l'integrazione con la metodologia LEAN, un insieme di modelli gestionali e tecniche applicative orientate alla riduzione degli sprechi, allo snellimento dei flussi ed la focalizzazione del valore per il cliente finale o intermedio. Questo approccio si sposa perfettamente con la tensione al miglioramento già in atto e ha permesso agli operatori di utilizzare tecniche che sono state diffuse con la formazione e con il concorso "Galliera Quality Awards LEAN" che ha raccolto nel biennio 2014-2015 48 progetti di miglioramento. Nel corso del 2016 è stata svolta una survey sull'applicazione delle tecniche in seguito alla quale sono state definite e formalizzate le "best practice" aziendali: Value Stream Mapping, Spaghetti Diagram, 5S, A3 model technique e Visual Management.

Audit Best Practice LEAN



3.3

Ricerca

La ricerca all'interno di un ospedale pubblico, di natura prevalentemente assistenziale, è elemento fondamentale per offrire la migliore qualità diagnostico terapeutica, inoltre contribuisce alla crescita delle conoscenze e al progresso nella cura di numerose malattie al punto che i trattamenti terapeutici più efficaci sono nella maggior parte dei casi il risultato di lunghi percorsi di ricerca.

La sperimentazione clinica (Clinical Trial) dà l'opportunità ai pazienti di avvalersi di percorsi di diagnosi e cura innovativi e più efficaci dal punto di vista terapeutico e/o migliori dal punto di vista dell'assistenza e della qualità della vita.

Nel 2016 sono state attivate presso l'Ente 38 nuove sperimentazioni.

Il Galliera, include tra i suoi obiettivi lo sviluppo della ricerca, valutabile attraverso le pubblicazioni scientifiche cresciute nel 2016 sia in termini di numero che di qualità e pubblicate sulle migliori riviste mediche indicizzate.

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

Nella tabella 3.3.1 sono evidenziati i dati dal 2003 al 2016, che mostrano questo trend di crescita costante.

Numero di pubblicazioni valore impact factor normalizzato

Anni	Articoli Science Cytation Index	Impact Factor Normalizzato
2003	32	64
2004	55	130
2005	59	170
2006	67	196
2007	82	263
2008	111	297
2009	123	328
2010	125	333
2011	136	401
2012	145	407
2013	162	506
2014	172	449
2015	175	456
2016	185	520

I finanziamenti per la ricerca nel 2016 sono stati 738.216,11€ anche questo dato è un indicatore di costante attività scientifica dell'Ente: il Galliera si dimostra sempre appetibile come centro di ricerca per le aziende farmaceutiche e per i partner no-profit; aumenta parimenti il dinamismo nell'ambito delle sperimentazioni "spontanee" nate dalle idee dei nostri ricercatori.

Per l'anno 2016 sono stati presentati ai bandi di finanziamento pubblico 4 progetti internazionali di cui 3 hanno superato la selezione e 2 sono stati ammessi al finanziamento per l'anno 2017. Al bando per la Ricerca Finalizzata 2016 promosso dal Ministero della Salute l'Ospedale ha partecipato con 7 progetti di cui uno di rete che coinvolge 4 regioni italiane sul tema dell'invecchiamento: tale progetto, di cui il Galliera è capofila, ha superato la prima selezione ed è in attesa del riscontro definitivo per l'ottenimento del finanziamento. (vedi tab. 3.3.2.).



Finanziamenti per sperimentazioni ricevuti

Tipologia di finanziatore	2015	2016
Aziende farmaceutiche	€ 560.266,94	€ 212.237,99
Enti non Profit Pubblici	€ 416.239,17	€ 197.800,00
Enti non Profit Privati	€ 248.641,15	€ 328.178,12
Totale	€ 1.225.147,26	€ 738.216,11



Dal mese di novembre 2015 è presente un Fondo per la Ricerca, gestito dall'Ufficio del Coordinatore Scientifico, diretto al sostegno economico delle sperimentazioni di cui l'Ente è Promotore, il fondo è in continuo incremento grazie all'impegno dei ricercatori nella conduzione delle sperimentazioni.

Progetti presentati a bandi a finanziamento europeo

Titolo del progetto	Bando	Breve descrizione	Esito
NEWTON (Innovative approach to breast cancer endocrine treatment tailoring through personalized molecular imaging and genomic analysis)	H2020 - SP1-PM09-RIA 2016 (Social Challenges - Personalized Medicine - Research and Innovation Action)	Lo studio intende innovare il trattamento endocrino nel carcinoma mammario avanzato utilizzando un nuovo approccio che porti alla personalizzazione genetico/molecolare della terapia.	Non ammesso
EurobloodNet	European Reference Network	Il progetto crea un network europeo di riferimento per le malattie ematologiche rare di linea mieloide con gli scopi di fornire assistenza sanitaria specifica, armonizzare la formazione ematologica, condividere le conoscenze, diffondere linee guida specifiche e promuovere lo sviluppo di studi clinici innovativi.	Ammeso in attesa di finanziamento
Effichronic: enhancing health systems sustainability by providing cost-efficiency data of evidenced based interventions for chronic management in stratified population based on clinical socio-economic determinants	HP-PJ-04-2016 (Health Program - Projects 2016)	Il progetto EFFICHRONIC mira a fornire evidenza su resa ed efficienza economica relativi all'applicazione del Programma di Autogestione delle Malattie Croniche (CDSMP) in 5 diversi paesi europei (Francia, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Regno Unito) valutando anche fattori sociali, culturali ed economici.	Ammeso in attesa di finanziamento
surgiQ	SME-2 Topic: Accelerating market introduction of ICT solutions for Health, Well-Being and Ageing Well	Il progetto prevede la creazione di ulteriori del prodotto surgiQ, soprattutto in merito alla pianificazione intelligente dei blocchi operatori, alla gestione della fase intra-operatoria e alla proposizione di surgiQ su mercati diversi da quello attuale ovvero ospedali privati ed estero.	Ammeso, non finanziato
Development and implementation of common strategy for the management of communitydwelling older subjects with multimorbidity and polypharmacy: integration with a multicomponent intervention platform by using domotic, robotic and telecare systems (MULTIPLAT AGE)	Ricerca Finalizzata 2016 Ministero della Salute (progetto di Rete	Il progetto mira a sviluppare e implementare una piattaforma di intervento multicomponente (mediante domotica, robotica e sistemi di tele-assistenza) per migliorare la gestione personalizzata dei soggetti anziani sul territorio affetti da multimorbidità e in polifarmacoterapia.	Ammeso, in attesa di valutazione

Progetti presentati a bandi a finanziamento europeo

Titolo del progetto	Bando	Breve descrizione	Esito
A Randomized, phase II, double blind, multicentric, window of opportunity pre-surgical trial of PROpranolol in Breast cancer. (PROBE Trial)	Ricerca Finalizzata 2016 Ministero della Salute (sezione Giovani Ricercatori)	Trial clinico randomizzato che intende testare l'attività del propranololo somministrato nel periodo intraoperatorio (3-4 settimane) in donne con tumore alla mammella candidate alla chirurgia.	Ammesso, in attesa di valutazione
Prospective comparison between Transient Elastography (TE), Shear Wave Elastography (SWE) and Magnetic Resonance Elastography (MRE) for non-invasive assessment of liver fibrosis in patients affected by chronic viral hepatitis	Ricerca Finalizzata 2016 Ministero della Salute (sezione Giovani Ricercatori)	Lo studio ha come obiettivo primario il confronto della performance diagnostica di 3 metodiche strumentali non invasive per la misurazione della fibrosi epatica in soggetti da epatite cronica di origine virale.	Ammesso, in attesa di valutazione
Genomic research applied to medicine: finding new disease genes of Cholestatic Liver Diseases in the pediatric and adult population through a candidate gene approach and whole exome sequencing using the Next Generation Sequencing methodology	Ricerca Finalizzata 2016 Ministero della Salute	Scopo dello studio è utilizzare la Next Generation Sequencing (NGS) per studiare le relazioni genotipo/fenotipo della Colestasi Progressiva Familiare intraepatica e per definire uno score generico predittivo di prognosi e utile per l'eventuale terapia personalizzata.	Ammesso, in attesa di valutazione
Innovative approach to breast cancer endocrine treatment tailoring through personalized molecular imaging and genomic analysis	Ricerca Finalizzata 2016 Ministero della Salute	Lo studio si propone di valutare se l'associazione di 2 terapie ormonali induce una risposta a livello molecolare in pazienti affette da tumore alla mammella resistenti alla terapia ormonale per la malattia metastatica.	Ammesso, in attesa di valutazione
Prognostic value of cerebral 18FDG-PET, transcranial doppler and magnetic resonance in Alzheimer disease: a longitudinal study (PROVA Study)	Ricerca Finalizzata 2016 Ministero della Salute	Scopo primario dello studio è valutare il valore prognostico del 18F-FDG-PET nella progressione del deterioramento cognitivo cerebrale in soggetti con malattia di Alzheimer.	Ammesso, in attesa di valutazione
EXemestane added to first line treatment in estrogen or Progesterone receptor positive Epithelial ovarian cancer: a Randomized phase III Trial (EXPERT)	Ricerca Finalizzata 2016 Ministero della Salute	Trial clinico randomizzato con l'obiettivo primario di testare se l'aggiunta di exemestane alla combinazione chemioterapia con o senza bevacizumab possa prolungare la sopravvivenza libera da malattia di donne affette da carcinoma epiteliale ovarico ER/PgR positive.	Ammesso, in attesa di valutazione



- 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

Le risorse umane hanno un ruolo centrale nel processo di creazione del valore per un'organizzazione erogatrice di servizi alla persona.
Da sempre l'Ente, consapevole che le risorse umane costituiscono il fulcro dell'organizzazione ed elemento imprescindibile per il funzionamento di quest'ultima, presta attenzione e promuove il benessere complessivo del personale, al fine di renderlo un autentico capitale sociale al servizio dell'utenza.

Il numero dei dipendenti dell'E.O. Ospedali Galliera al 31 dicembre 2016 è di 1807, confermando un sostanziale trend di mantenimento rispetto al 2015. Dall'analisi dei dati si rileva, inoltre, un incremento del personale del ruolo sanitario (+ 31 unità, di cui 23 infermieri), a fronte di un decremento del personale del ruolo amministrativo (- 22 unità), rispetto all'anno 2015.
Per quanto riguarda la dimensione di genere, rimasta invariata rispetto al 2015, si conferma



Personale dipendente nel biennio 2015 - 2016

Per genere

	2015	2016
Uomini	592	581
Donne	1.218	1.226
Totale	1.810	1.807

Per tipologia contrattuale

	2015	2016
Tempo Indeterminato	1.741	1.727
Tempo Determinato	69	80
Totale	1.810	1.807

Per ruolo

	2015	2016
Amministrativo	241	219
Professionale	5	5
Sanitario	1.184	1.215
Tecnico	380	368
Totale	1.810	1.807

Per area contrattuale

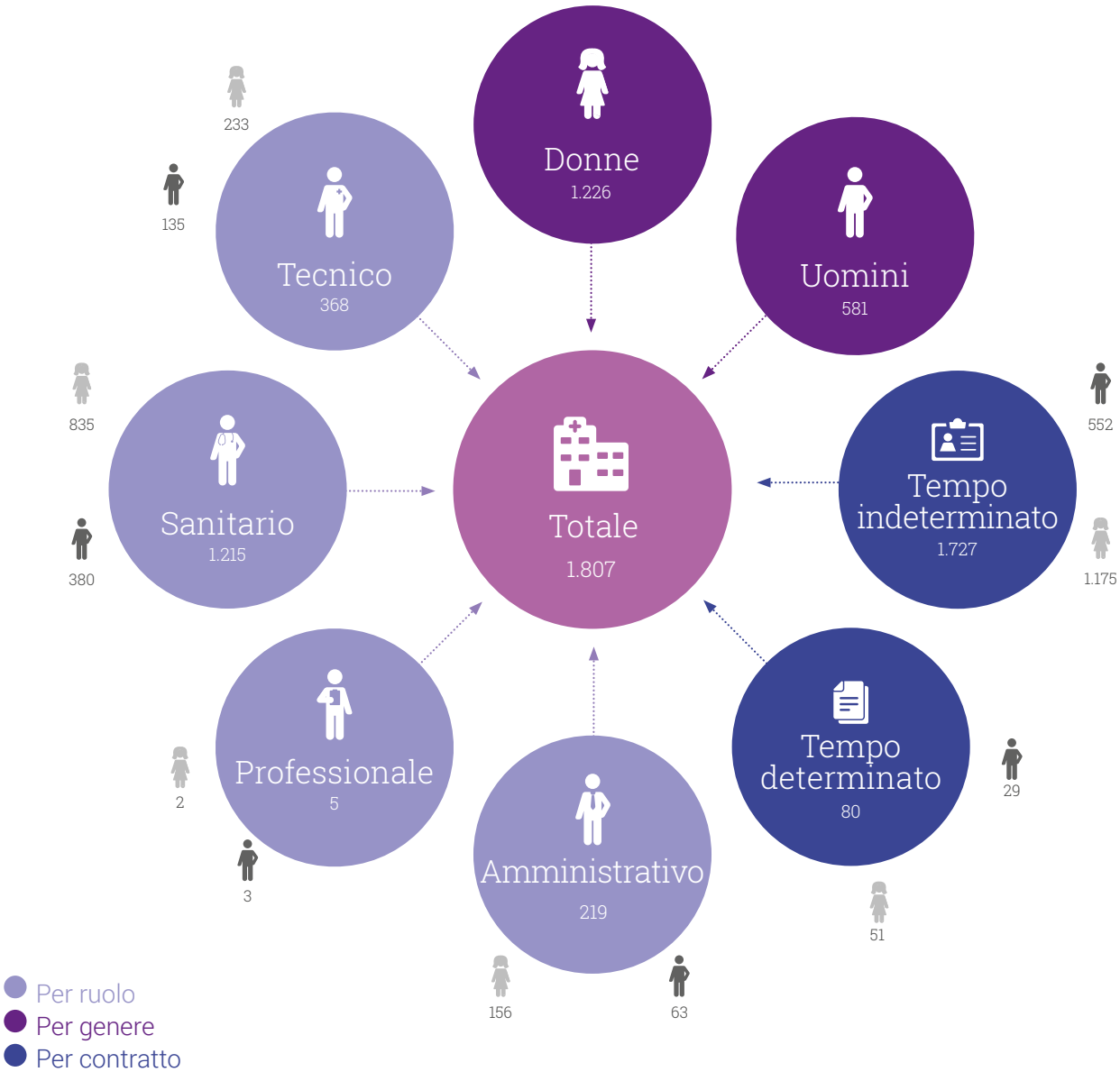
	2015	2016
Comparto	1.421	1.409
Dirigenza medica	329	336
Dirigenza SPTA*	60	62
Totale	1.810	1.807

* sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

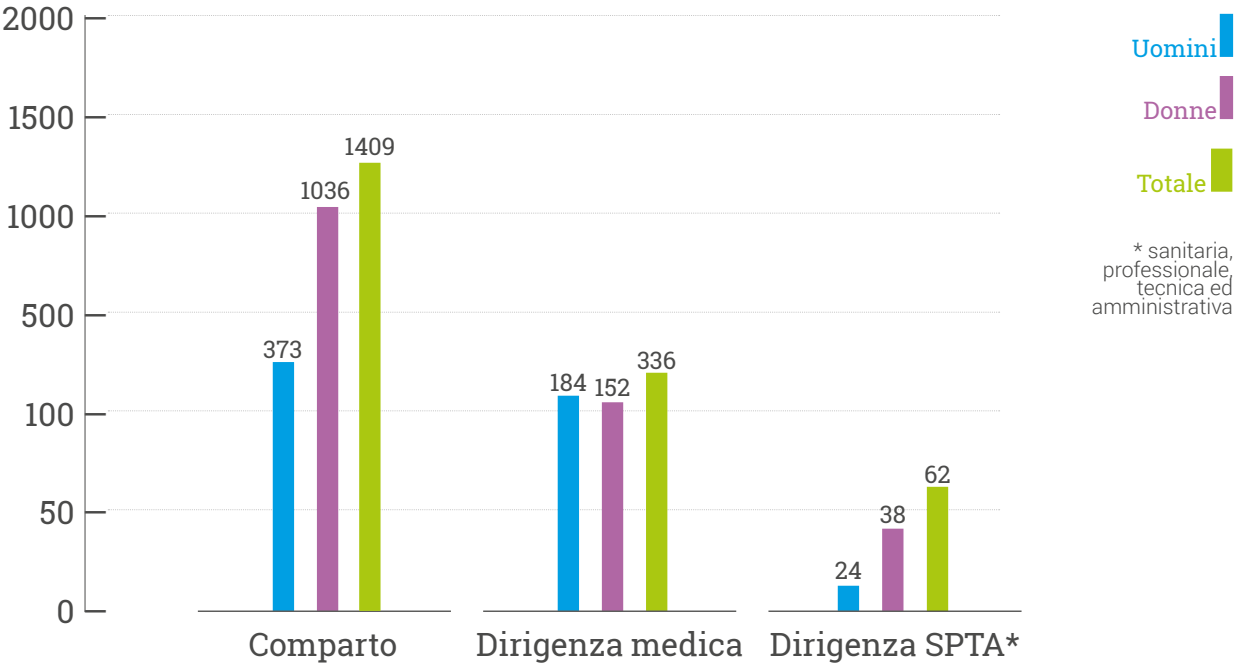
la netta prevalenza del personale di genere femminile; infatti, la componente femminile si attesta al 67,85% della dotazione organica complessiva, pur con le peculiarità che contraddistinguono alcuni ambiti professionali (ad es. nella dirigenza medica prevalgono i dipendenti di sesso maschile).

Il 95,57% dei dipendenti è legato all'Ente da un rapporto di dipendenza a tempo indeterminato, mentre la restante quota è rappresentata da rapporti di lavoro a tempo determinato. Delle persone assunte a tempo determinato il 63,75% appartiene al genere femminile.

Personale dipendente nel 2016



Personale dipendente nel 2016
Per area contrattuale e genere 2016



Si evidenzia come la composizione del personale è costituita per il 67,24% da operatori del ruolo sanitario, ai quali peraltro va affiancato il personale del ruolo tecnico addetto all'assistenza (OSS/OTA); entrambi i ruoli sono prevalentemente di genere femminile.

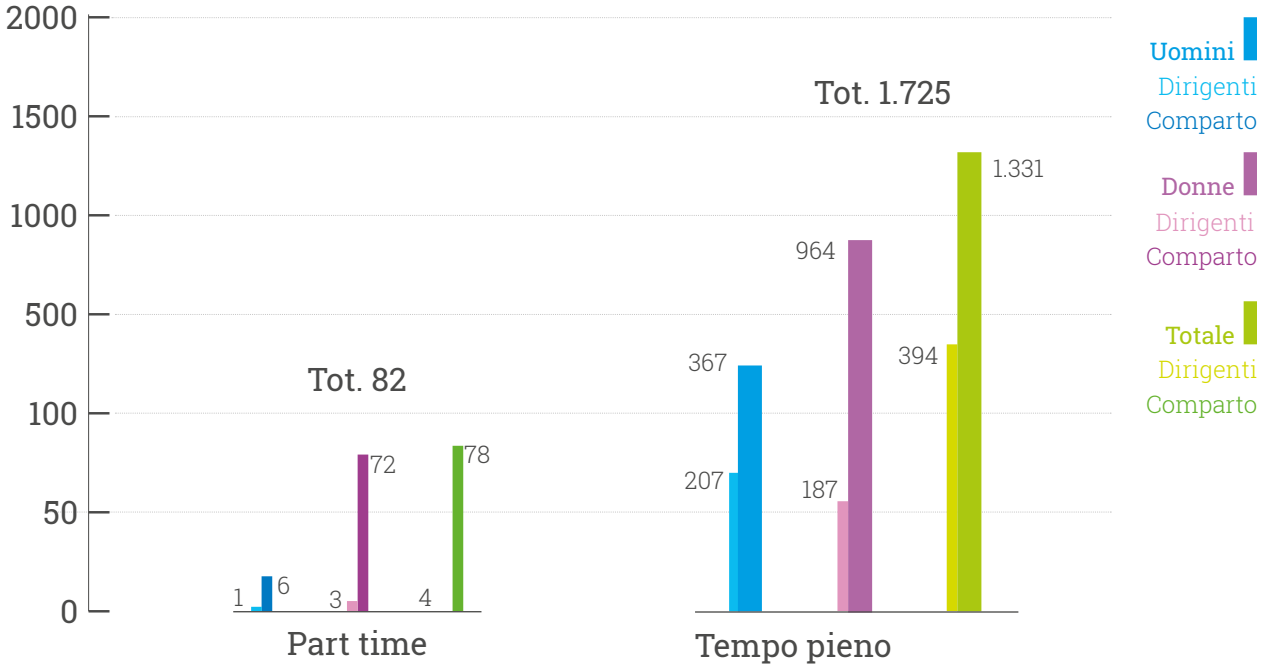
Il 100% del personale è coperto da accordi collettivi di contrattazione con riferimento alle tre vigenti aree contrattuali del comparto, della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

Personale dipendente nel 2016
Per profili e genere

Profili	Uomini	Donne	Totale
Dirigenza medica	184	152	336
Dirigenza sanitaria	11	30	41
Dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa	13	8	21
Personale infermieristico	123	535	658
Tecnici sanitari di radiologia medica	26	44	70
Tecnici sanitari di laboratorio biomedico	27	48	75
Fisioterapisti, logopedisti	5	19	24
Altro personale tecnico sanitario	4	7	11
Assistenti sociali	1	1	2
OSS-OTA	43	163	206
Operatori tecnici - Ausiliari area sanitaria	12	31	43
Operatori tecnici - Ausiliari area tecnica	50	29	79
Personale amministrativo - Area amministrativa	36	95	131
Personale amministrativo - Area sanitaria	15	54	69
Personale amministrativo - Area tecnica	31	10	41
Totale	581	1.226	1.807



Personale dipendente nel 2016
Per tipologia oraria e genere



In merito alla tipologia di orario utilizzata nell'anno 2016, si evidenzia che il personale a tempo pieno rappresenta il 95,46% e che i dipendenti con rapporto di lavoro part-time sono 82 (nel 2015 erano 81 unità), di cui 75 donne (91,46%), mentre il numero di dipendenti di sesso maschile in part-time è come sempre minoritario (soltanto 7 unità).

Nell'Ente è altresì presente personale reclutato con forme di lavoro flessibili ovvero inserito in specifici percorsi formativi e professionali, tutti con carattere di temporaneità, che contribuiscono comunque al funzionamento dei servizi e all'erogazione degli stessi all'utenza: la presenza di tale personale è maggiormente rilevante nella dimensione sanitaria/assistenziale.

Altro personale nel 2016

	Uomini	Donne	Tot.
Borsisti	1	8	9
Co.Co.Co.*	6	14	20
Titolari di contratto libero professionale	5	5	10
Interinali	38	27	65
Specializzandi/ tirocinanti	12	31	43
In Comando/ convenzione da altri Enti/Aziende	3	6	9
Totale	65	91	156

* Collaboratori coordinati e continuativi

Presso l'Ente è altresì attivo il servizio di assistenza religiosa ai ricoverati prestato da persone a tal fine dedicate.

Personale interinale nel2016

Ruolo Amministrativo	Uomini	Donne	Tot.
Assistente amministrativo	1	1	2
Coadiutore amministrativo esperto	3	12	15
Totale	4	13	17

Ruolo Sanitario	Uomini	Donne	Tot.
Assistente sanitario	0	1	1
Infermiere	1	0	1
Tecnico sanitario di radiologia medica	4	3	7
Totale	5	4	9

Ruolo Tecnico	Uomini	Donne	Tot.
Assistente tecnico	2	4	6
Collaboratore tecnico professionale	0	1	1
Geometra	1	0	1
Tecnico prevenzione ambiente e luoghi di lavoro	1	0	1
Operatore tecnico	14	0	14
Perito biomedicale	1	0	1
Perito industriale	2	0	2
OSS	8	5	13
Totale	29	10	39

Contratti di collaborazione coordinata 2016

Personale Amministrativo	Uomini	Donne	Tot.
Diversi Profili amministrativi	1	4	5
Totale	1	4	5

Personale Sanitario	Uomini	Donne	Tot.
Biologo	2	2	4
Farmacista	0	2	2
Fisico	0	1	1
Medico	2	1	3
Psicologo	1	4	5
Totale	5	10	15



Personale dipendente nel 2016
Categorie protette



La norma, tenuto conto delle dimensioni dell'Ente, prevede l'inserimento obbligatorio di un determinato numero di lavoratori che risultano

ricompresi nelle fattispecie di cui alla Legge 68/99 (categorie protette). L'attuale consistenza nell'organico dell'Ente di detti lavoratori è la seguente:

Disabili/Invalidi (art. 1)

Ruolo	Uomini	Donne	Totale
Amministrativo	11	12	23
Sanitario	2	8	10
Tecnico	15	16	31
Professionale	0	0	0
Totale	28	36	64

Altre categorie protette (art. 18)

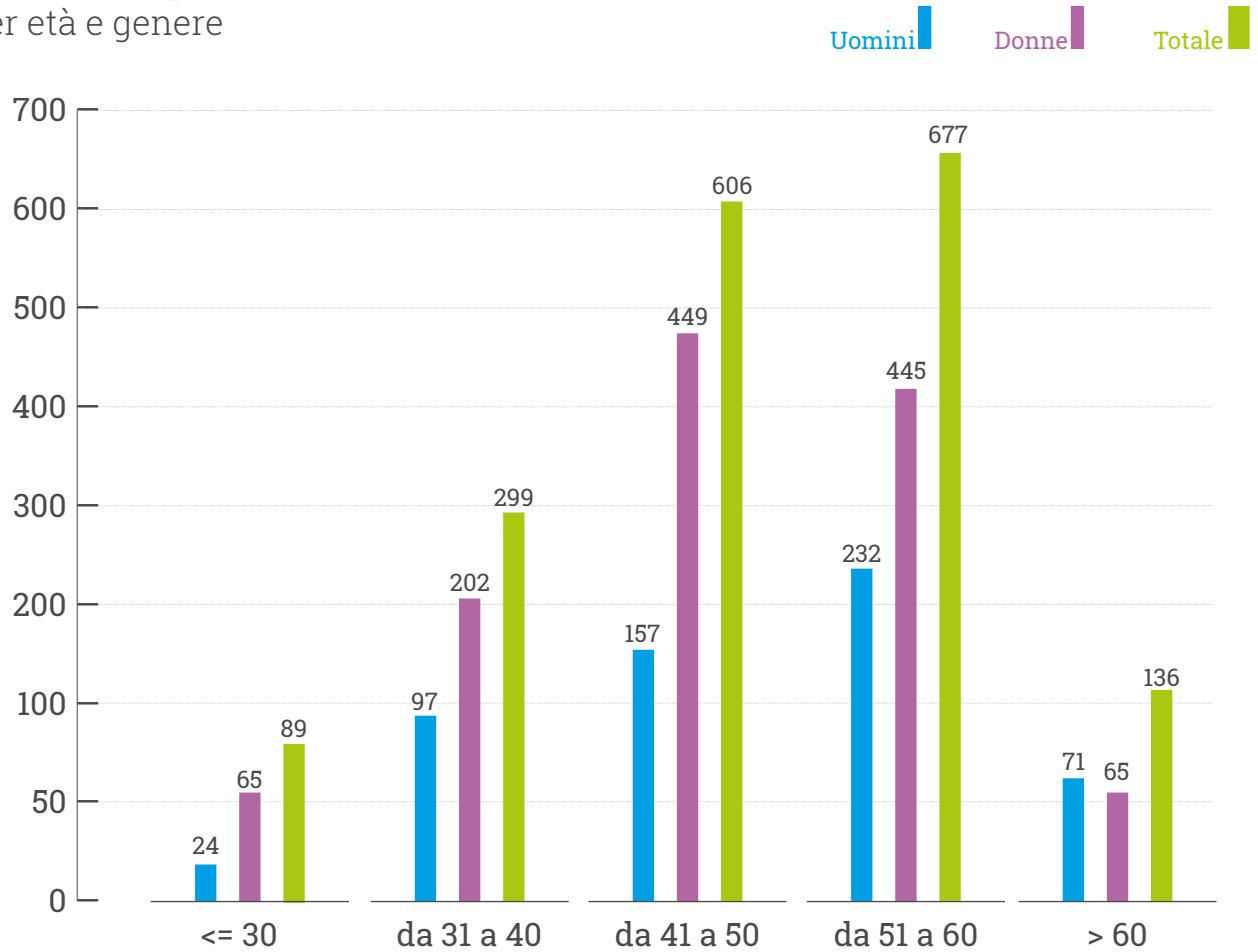
Ruolo	Uomini	Donne	Totale
Amministrativo	2	3	5
Sanitario	0	0	0
Tecnico	3	4	7
Professionale	0	0	0
Totale	5	7	12

L'età media del personale dipendente nel 2016 si attesta a 48,15 anni, rilevando un progressivo aumento rispetto agli anni precedenti ed evidenziando notevoli differenze tra i diversi profili.

La fascia d'età più numerosa è quella compresa tra i 41 e i 60 anni, pari al 71%, evidenziando

che la prevalenza della componente femminile si trova nella fascia d'età compresa tra i 41 e i 50 anni, mentre la prevalenza della componente maschile si trova nella fascia d'età compresa tra i 51 e i 60 anni.

Personale dipendente nel 2016
Per età e genere



Età media del personale nel biennio 2015- 2016

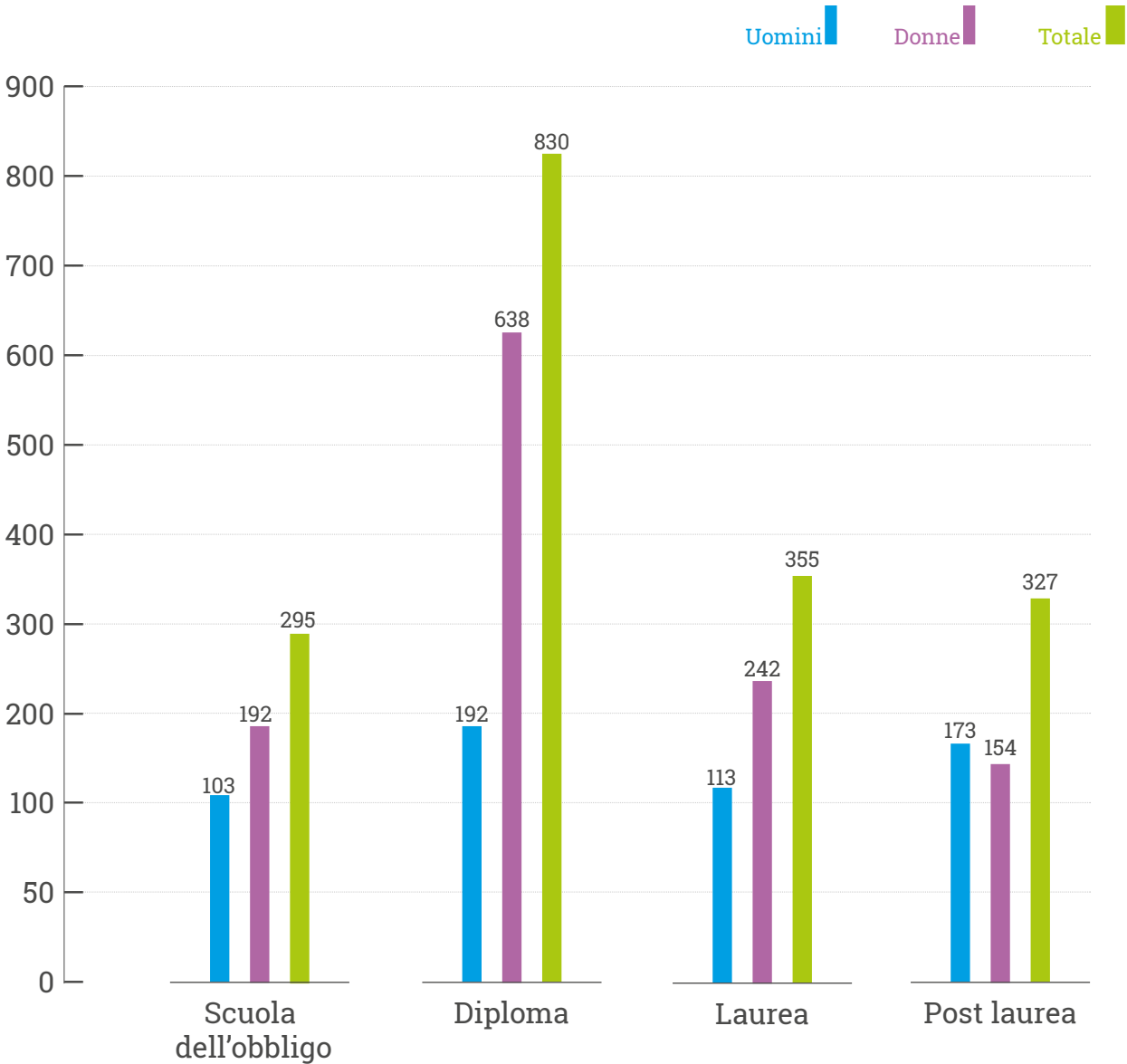
Profili	2015	2016
Medici	49,12	49,30
Infermieri e tecnici sanitari	45,47	45,50
Personale amministrativo del comparto	47,06	48,95
Persoanle tecnico area sanitaria	51,59	52,49
Media sul totale	47,37	48,15

Tipologia Contrattuale	Uomini	Donne	Tot.
Contratto a tempo indeterminato	50,13	48,29	48,88
Contratto a tempo determinato	34,41	31,33	32,45
Tutto il personale	49,35	47,58	48,15

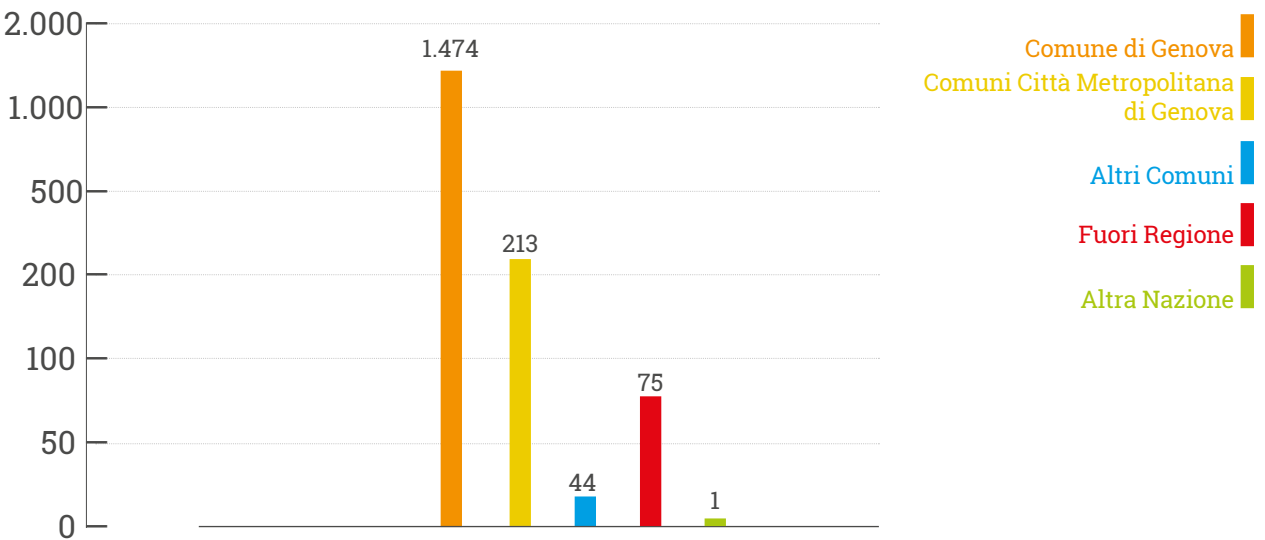
Dalle rappresentazioni esposte emerge un sostanziale equilibrio tra le componenti di genere, tenuto conto che l'età media del personale maschile si attesta a 49,35 anni rispetto a quella femminile che è pari a 47,58 anni. Notevolmente più bassa è l'età media del personale con contratto a tempo determinato, pari a 32,45 anni, in ragione del particolare strumento di reclutamento (tempo determinato ovvero altre forme flessibili) che è connaturato necessariamente all'acquisizione di risorse di giovane età ovvero che hanno appena concluso percorsi formativi professionali.

Analizzando il titolo di studio emerge un quadro di elevato livello di scolarità tra il personale presente nell'Ente, infatti i dati pongono in evidenza che il 45,93% (830 unità) del totale delle risorse umane che prestano servizio presso l'Ente possiede il diploma, mentre il 37,74% possiede un titolo di laurea (355 unità) o specializzazioni di grado superiore (327 unità).

Personale dipendente nel 2016 Per grado di scolarità e genere



Personale dipendente nel 2016
Distribuzione territoriale



Cittadinanza straniera

Nazione di provenienza	N° dipendenti
Romania	4
Ecuador	3
Ucraina	2
Perù	2
Finlandia	1
Grecia	1
Polonia	1
India	1
Totale	15*

*percentuale sul totale dei dipendenti: 0,83%

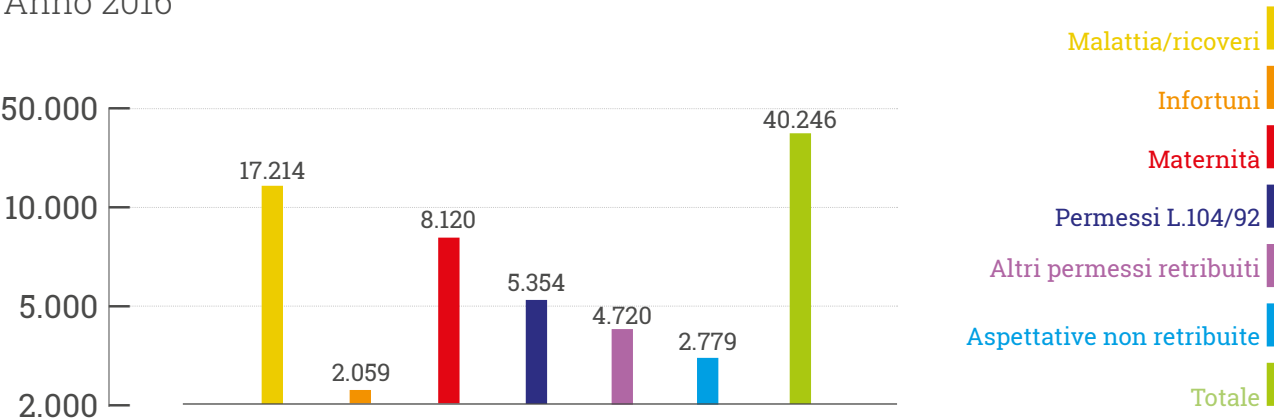
Cittadinanza straniera
profilo professionale

	Uomini	Donne
Infermiere	2	10
Medico	1	0
OSS	0	1
Operatore tecnico	1	0
Totale	4	11

Assenze per tipologia
Biennio 2015-2016

	2015	2016
Malattia/ricoveri	17.941	17.214
Infortuni	2.196	2.059
Maternità (obbligatoria e facoltativa)	10.727	8.120
Permessi L. 104/92	4.837	5.354
Altri permessi retribuiti	4.642	4.720
Aspettative non retribuite	4.860	2.779
Giorni totali	45.203	40.246

Anno 2016



Analizzando le assenze del personale, si evidenzia nel complesso una sensibile diminuzione (-10,97%) rispetto agli anni precedenti, soprattutto per quanto riguarda le aspettative non retribuite e la maternità. Nel corso del 2016 le assenze del personale

(non comprensive delle ferie), pari a 40.246 giorni, sono dovute principalmente a malattie e ricoveri (42,77%). Inoltre nel 2016, si registra un incremento delle assenze per i permessi legati alla Legge 104/92 e una diminuzione delle assenze per infortuni.

Congedo parentale*

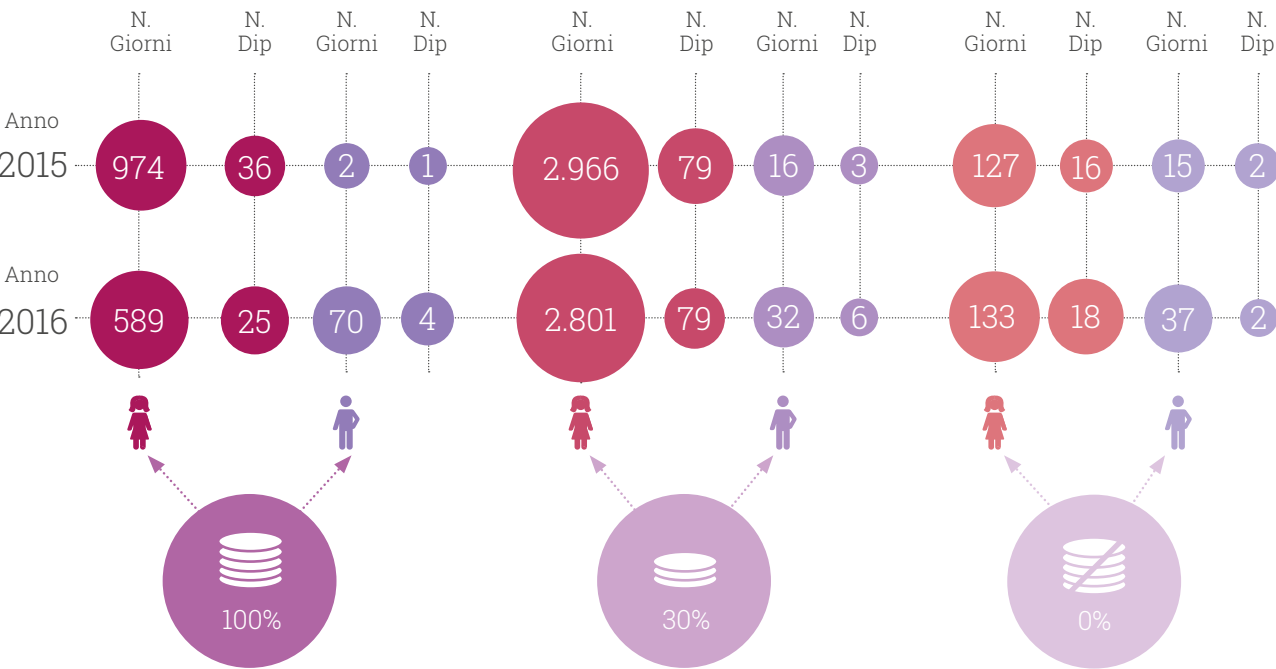
Personale avente diritto

	2015	2016
Uomini	15	15
Donne	147	193
Totale	162	208

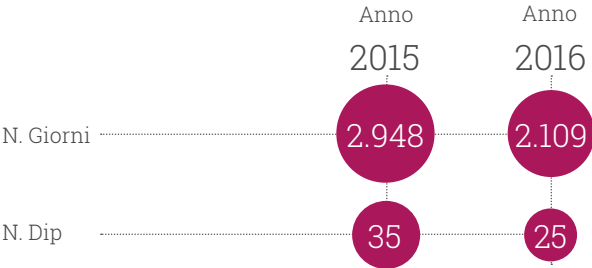
*Trattasi del personale che ha diritto al congedo parentale, tenuto conto che a decorrere da luglio 2016 tale diritto è stato esteso per figli fino a 12 anni (prima era fino ai 6 anni).

Le tabelle riportano i dati relativi all'utilizzo dei congedi di maternità, paternità, parentali e per malattia dei figli, e confermano quanto già noto: le donne sono coloro che beneficiano in misura maggiore dei congedi per prendersi cura dei propri figli.

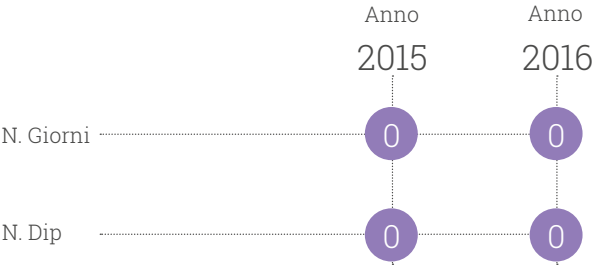
Congedo parentale e retribuzione



Maternità

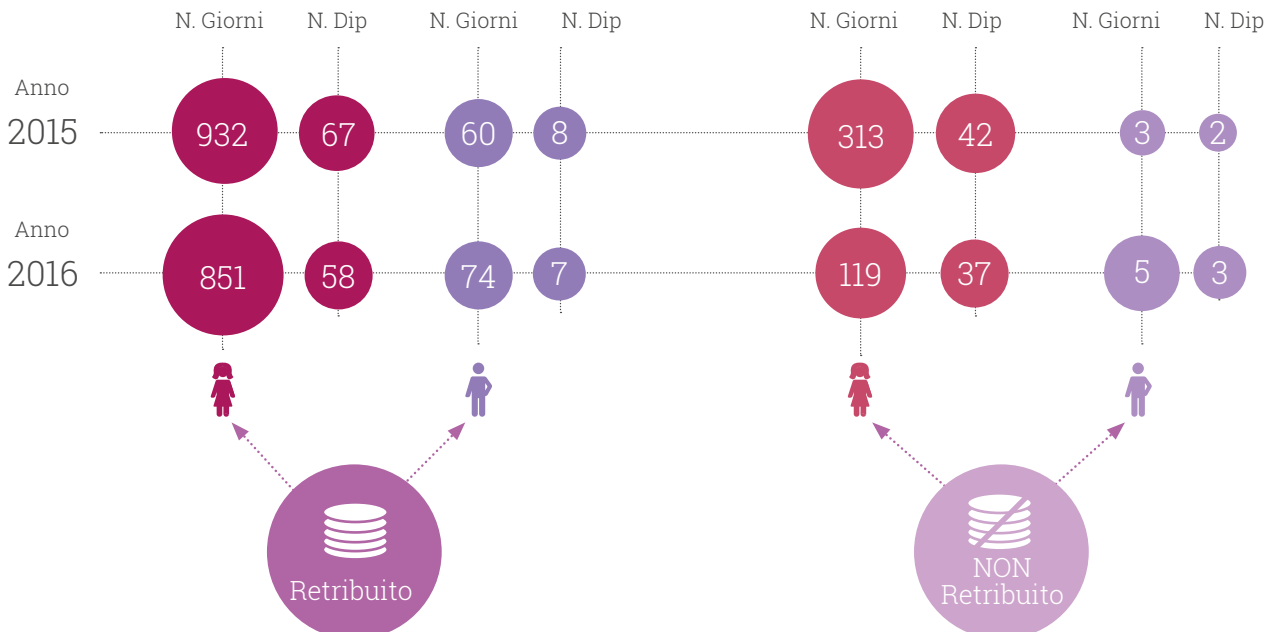


Paternità*



*Per ciò che concerne il congedo di paternità, si evidenzia che il padre lavoratore ha diritto ad astenersi dal lavoro per la durata del congedo materno in alcuni specifici casi in cui la madre non può usufruirne.

Congedo malattia per i figli



Turn over del personale
Biennio 2015-2016

Le assunzioni e le cessazioni del personale dell'Ente per il biennio 2015-2016, 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 (79 assunzioni a fronte di 47 cessazioni), anche avvalendosi di processi riorganizzativi, tesi a razionalizzare le risorse.

Assunzioni

Ruolo	2015	2016
Sanitario	53	79
Tecnico	23	7
Amministrativo	16	1
Professionale	1	0
Totale	93	87
Tasso nuovi assunti	5,14%	4,81%

Cessazioni

Ruolo	2015	2016
Sanitario	44	47
Tecnico	17	18
Amministrativo	10	25
Professionale	0	0
Totale	71	90
Tasso di turn over	3,92%	4,98%

Assunzioni nel 2016
Per genere



Cessazioni nel 2016
Per genere



Assunzioni nel 2016

Per fasce di età

	Totale
< = 30	44
Da 31 a 40	23
Da 41 a 50	15
Da 51 a 60	5
> 60	0

Per profilo professionale

	Totale
Dirigenza medica	19
Dirigenza sanitaria	3
Dirigenza PTA*	1
Personale infermieristico	51
Personale tecnico sanitario	6
OSS - OTA	7
Operatori tecnici/Ausiliari	0
Personale amministrativo	0

* professionale, tecnica ed amministrativa

Provenienza geografica

	Totale
Regione	66
Fuori Regione	20
Altra nazione	1

Cessazioni nel 2016

Per fasce di età

	Totale
< = 30	16
Da 31 a 40	27
Da 41 a 50	14
Da 51 a 60	17
> 60	16

Per profilo professionale

	Totale
Dirigenza medica	12
Dirigenza sanitaria	1
Dirigenza PTA*	1
Personale infermieristico	28
Personale tecnico sanitario	6
OSS - OTA	5
Operatori tecnici/Ausiliari	7
Personale amministrativo	30

* professionale, tecnica ed amministrativa

Provenienza geografica

	Totale
Regione	80
Fuori Regione	10
Altra nazione	0

4.2

Bilancio di genere

Il personale dell’Ente nel 2016 è costituito per il 67,85%, pari a 1.226 unità, da donne e per il 32,15%, pari a 581 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/dirigenti di S.C. e S.S.).

Nell’ambito del personale del comparto i dipendenti titolari di posizioni organizzative e i titolari di funzioni di coordinamento sanitario, appartengono prevalentemente al genere femminile (71,52%).



Dirigenti in posizioni apicali per genere
anno 2016

	Uomini	Donne	Totale
Direttori/Dirigenti di S.C. e di S.S Area medica e sanitaria	36	8	44
Direttori/Dirigenti di S.C. e di S.S Area professionale, tecnica ed amministrativa	11	5	16
Totale	47	13	60

Posizioni Organizzative per genere
anno 2016

Area	Uomini	Donne	Totale
Sanitaria	6	16	22
Amministrativa, tecnica e professionale	15	20	35
Totale	21	36	57

Funzioni di coordinamento sanitario per genere
anno 2016

	Uomini	Donne	Totale
Funzioni di coordinamento sanitario	22	72	94

Gli organi istituzionali dell'Ente allo stato attuale sono costituiti da soggetti di genere maschile. Per quanto riguarda la composizione del Consiglio di Amministrazione, il 30% è costituito da soggetti aventi un'età compresa tra 51 e 60 anni, mentre il 70% da soggetti aventi un'età superiore a 60 anni.

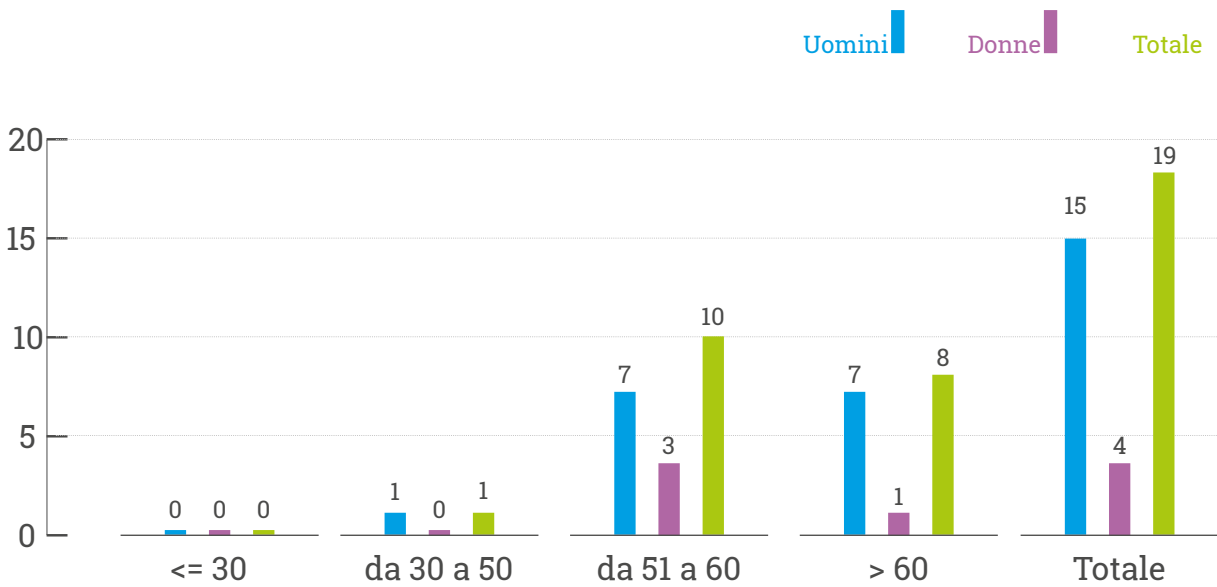
Il Collegio dei Sindaci è costituito da tre unità anagraficamente ripartite su fasce differenziate che includono soggetti con età compresa tra 30 e 50 anni, tra 51 e 60 anni e superiore a 60 anni.

Inoltre, per quanto concerne la Direzione Aziendale, dei tre soggetti che la compongono, due appartengono alla fascia anagrafica di età superiore a 60 anni e uno appartiene alla fascia di età compresa tra 51 e 60 anni.

La prevalenza della componente maschile viene confermata anche nella composizione del Collegio di Direzione, organo consultivo dell'Ente, di cui si riporta la suddivisione dei componenti per fasce d'età:

Collegio di Direzione

Per età e genere



Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, il benessere di chi lavora e contro le discriminazioni



Composizione

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.

Tutela delle pari opportunità

Il Comitato Unico di garanzia (CUG), costituito presso l'Ente Ospedaliero 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.

Attività svolte dal CUG nel 2016

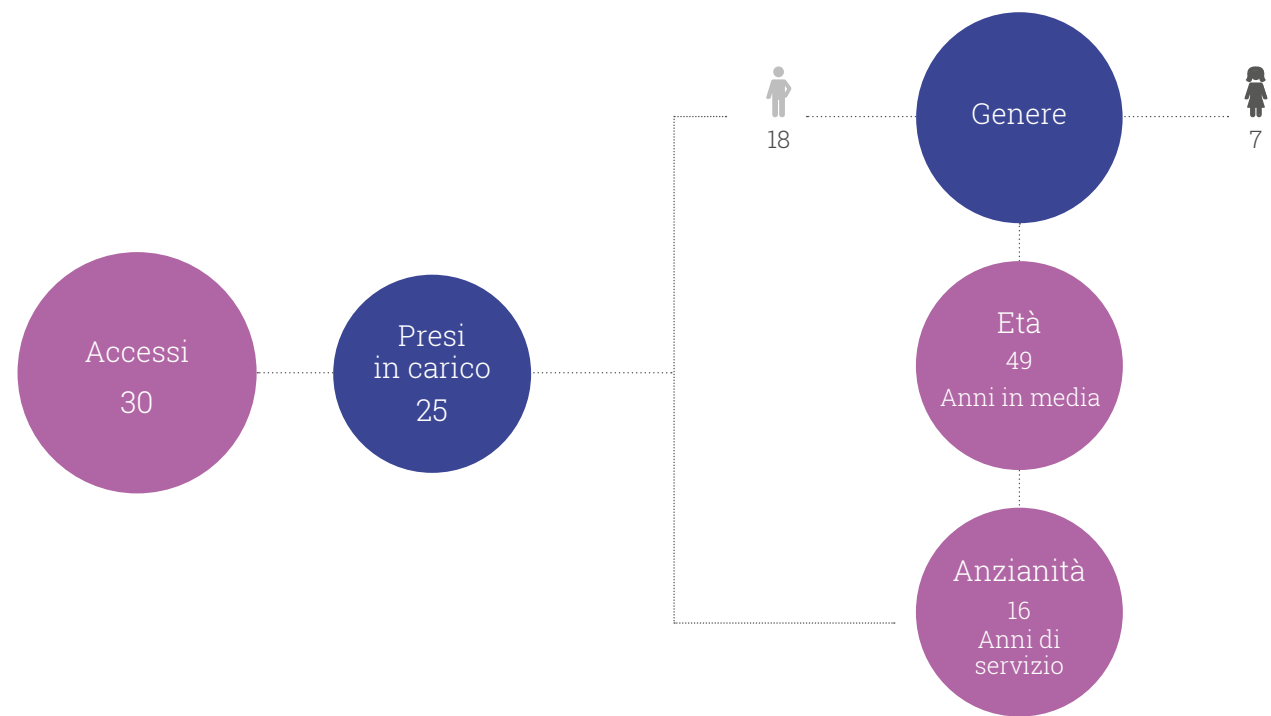
Il CUG nelle riunioni che ha tenuto nel corso del 2016 ha proseguito la sua attività propositiva e di monitoraggio.

In particolare ha partecipato al progetto di monitoraggio dello stress lavoro correlato insieme alla S.C. Prevenzione e protezione; ha proposto l'organizzazione di corsi formativi sulla comunicazione, ha partecipato alla stesura della carta etica; ha mantenuto costanti rapporti con la Consigliera di Fiducia, ha concluso la formalizzazione e attivazione degli strumenti (Linee guida, Codice di comportamento e condotta ecc.) che hanno permesso all'organismo di diventare operativo.

La Consigliera di fiducia

- Su proposta del CUG, nel biennio 2015-2017, l'E.O. Ospedali Galliera si è dotato della figura della Consigliera di Fiducia, così come previsto dall' Art. 24 del Codice di Comportamento dell'Ente.
- La Consigliera di Fiducia monitorando situazioni di disagio lavorativo, è deputata alla loro ricomposizione e risoluzione, in applicazione al Codice di Comportamento che configura regole sostanziali e procedurali dirette a guidare ed informare la sua azione di mediazione umanistica (Procedura Informale e Procedura Formale).
- In questi due anni di lavoro presso l'Ente la Consigliera ha riportato la seguente casistica:

Accessi alla Consigliera di fiducia



4.3

Relazioni sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali è regolato dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e si incentra sui modelli relazionali di contrattazione previsti dalla normativa per le diverse materie trattate. All'interno dell'Ente le relazioni sindacali nel corso del 2016 sono proseguite nel rispetto della corretta dialettica tra le parti, attraverso un costruttivo confronto della Direzione Aziendale con tutte le sigle sindacali in specifici momenti opportunamente calendarizzati allo scopo sia di approfondire ed affrontare in maniera allargata le molteplici tematiche di interesse dell'Ente sia di fornire l'opportuna informazione alla parte sindacale delle iniziative organizzative intraprese dall'Amministrazione.

A questo proposito si rileva che l'obbligo informativo, sia sotto il profilo dei contenuti sia come tempistica, da parte dell'Ente nei confronti del personale dipendente, con particolare riferimento alla dimensione sindacale, è stato ottemperato secondo quanto disciplinato dalle specifiche fonti normative e contrattuali.

Attività sindacale
anno 2015

	Incontri sindacali	Accordi/ Intese
Comparto	9	1
Dirigenza medica	10	6
Dirigenza SPTA*	5	2

* sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Attività sindacale
anno 2016

	Incontri sindacali	Accordi/ Intese
Comparto	5	4
Dirigenza medica	3	2
Dirigenza SPTA*	2	4

* sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Progressioni economiche orizzontali

Nel corso del 2016 si è conclusa una lunga trattativa con le Organizzazioni Sindacali del Comparto con la sottoscrizione di un accordo finalizzato a definire i criteri da applicare per l'attribuzione al personale dipendente delle progressioni economiche orizzontali con decorrenza dal 1° gennaio 2016.

L'attribuzione delle progressioni economiche, come previsto dalla norma contrattuale, è avvenuta secondo principi di selettività in relazione allo sviluppo delle competenze professionali ed ai risultati rilevati dal sistema di valutazione aziendale. I beneficiari di tale istituto sono stati 747 (58,59 %) su un totale di 1.275 aventi diritto.

	In possesso dei requisiti	Esclusi	Aventi diritto	Beneficiari	% rispetto alla categoria
Categoria A	3	0	3	0	0,00
Categoria B	67	6	61	5	8,20
Categoria BS	282	8	274	102	37,23
Categoria C	100	6	94	27	28,72
Categoria D	752	9	743	569	76,58
Categoria DS	106	6	100	44	44,00
Totale	1.310	35	1.275	747	58,59

4.4 Sicurezza degli operatori

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 ciascun Dipartimento dove vengono individuati i potenziali rischi per i lavoratori e le relative misure di salvaguardia.

L'Ente inoltre, promuove attività formative in materia di sicurezza attraverso la realizzazione di un piano formativo funzionale ai rischi presenti all'interno del Nosocomio. Nel corso del 2016 si evidenzia una intensa attività formativa per quanto concerne la sicurezza antincendio.



Attività formativa 2016 In materia di salute e sicurezza

Corso	N. edizioni	N. ore per edizione
Rischio biologico in ambito sanitario	3	4
Corso MAPO tradizionale	1	5
Corso MAPO training on the job	3	4
Aggiornamento APC	6	1/2
Corso squadre antincendio (gas medicali)	2	3
Corso aggiornamento coordinatori emergenza	14	2
Corso per addetti antincendio	15	16
Compiti squadre emergenza	3	2
Formazione di base sulla sicurezza	FAD	4
Formazione specifica per sanitari	FAD	8
Formazione specifica per amministrativi	FAD	4
Aggiornamento obbligatorio per RLS	1	8
Addestramento utilizzo DPI in struttura (biologico)	6	1/2

* Nucleare, biologico, chimico, radiologico / ** Movimentazione Assistita Pazienti Ospedalizzati

Riunioni RLS

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. 436 del 17/06/2015 e rappresentano il 100% delle categorie di 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.

2015	2016
22/01	23/02
25/02	23/12
20/03	
03/07	
30/07	
09/09	
25/09	
19/10	

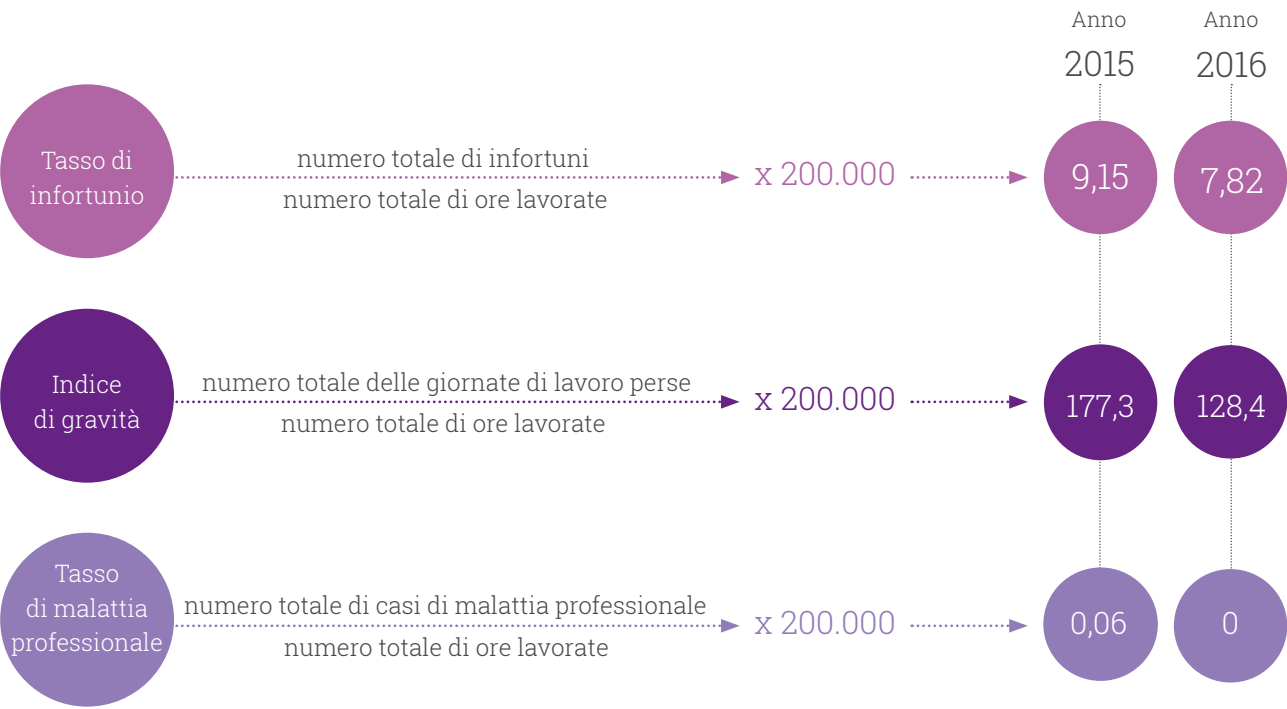


Nel corso del 2016 si registra un evidente calo del numero di infortuni accompagnato da una netta diminuzione dell'indice di gravità degli stessi come si può evincere dai tassi riportati di seguito. In particolare si evidenzia una riduzione degli infortuni dovuti ad urti, movimentazione carichi ed aggressioni. Per quanto concerne gli eventi infortunistici a rischio biologico si registra un modesto calo.

Infortuni per tipologia

	2015	2016
Punture con ago	17	18
Tagli	6	2
Contaminazione con sostanze pot. infette	13	11
Contaminazione con sostanze chimiche pericolose	0	0
Urti	20	14
Movimentazione carichi	10	5
Cadute	19	19
Ustioni	0	1
Aggressioni	10	4
In itinere	29	26
Altro	27	29
Totale	151	129

Infortuni 2015-2016



Ruolo fondamentale, in materia di sicurezza, assume l'attività del medico competente che si interfaccia e coopera quotidianamente con la S.C. 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

Nel corso dell'anno 2016 sono state effettuate 1.849 (1.742 nel 2015) visite mediche finalizzate all'espressione di altrettanti giudizi di idoneità.

Nel corso dell'anno 2016 si sono concluse con un giudizio di idoneità con prescrizione/ limitazione 306 visite su 1.849 visite effettuate, pari quindi al 16,5 % delle visite effettuate. Il dato è però riferito al numero di visite e non al personale attivo al 31 dicembre 2016 quindi non corrisponde ad altrettanti lavoratori in quanto uno stesso operatore può essere stato visitato più volte nell'anno.

Esiti della sorveglianza sanitaria al 31/12/2016

Profilo professionale	Lavoratori sotto sorveglianza sanitaria	Lavoratori idonei con prescrizioni/limitazioni	%
Infermiere	627	144	22,97%
Operatore socio sanitario	262	55	20,99%
Dirigente medico	325	41	12,62%
Tecnico sanitario di radiologia medica	70	10	14,29%
Personale amministrativo	221	15	6,79%
Operatore tecnico specializzato	85	21	24,71%
Tecnico sanitario di laboratorio medico	69	10	14,49%
Collaboratore professionale sanitario - ostetrica	18	2	11,11%
Biologo	27	1	3,70%
Collaboratore professionale sanitario - fisioterapista	25	3	12%



4.5

Formazione



Da sempre l'Ospedale Galliera ha attribuito all'attività formativa un ruolo fondamentale nelle proprie scelte strategiche per il miglioramento delle competenze dei professionisti, sanitari e non, al fine di rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni di salute dei cittadini. Inoltre, all'interno dei processi di riorganizzazione dell'Ente, la formazione ha assunto un valore centrale, favorendo la strategia del cambiamento e diffondendo metodi e applicazioni innovative connesse sia alla funzione sanitaria sia a quella amministrativa. La S.S.C. Formazione, nel dare attuazione ai propri compiti istituzionali, ha curato la realizzazione di percorsi formativi finalizzati alla trasmissione di contenuti e all'acquisizione di abilità e competenze, anche attraverso nuove metodologie didattiche volte a considerare il più possibile le esigenze delle strutture e dei singoli professionisti. Si è passati pertanto da un'impostazione formativa classica, che utilizzava prevalentemente una didattica frontale, ad una

Ore medie di formazione per genere e profilo professionale

Area amministrativa

Profilo professionale	Ore di formazione		
	Ore Medie	Donne	Uomini
Dirigente	19,9	46	54
Dirigente professionale	15,95	73	27
Dirigente tecnico	10	2	98
Operatore tecnico/ausiliario area tecnica	15,54	34	66
Collaboratore amministrativo	11,61	80	20
Collaboratore tecnico	21,03	61	39
Altro personale amministrativo	11,01	75	25

formazione attiva, anche attenta ai problemi clinico-assistenziali specifici delle singole strutture, attraverso l'utilizzo della formazione sul campo, quale strumento capace di coniugare il sapere con il saper fare, con il coinvolgimento attivo dei partecipanti. L'Ente deve, altresì, garantire ai professionisti dell'area sanitaria la possibilità di acquisire crediti formativi secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Educazione

Area sanitaria

Profilo professionale	Ore di formazione		
	Ore Medie	Donne	Uomini
Biologo	46,5	76	24
Farmacista	18,4	100	0
Fisico	41	53	47
Medico	19,9	46	54
Odontoiatra	26	0	100
Assistente sanitario	28,3	100	0
Dietista	15	100	
Fisioterapista	40	79	21
Infermiere	22,3	82	18
Infermiere pediatrico	34,8	100	0
Logopedista	44,5	100	0
Ortottista.	42,5	100	0
Ostetrico	21,3	96	4
Tecnico audioprotesista	19,6	0	100
Tecnico neurofisiopatologia	2,4	67	33
Tecnico sanitario laboratorio biomedico	23,7	61	39
Tecnico sanitario radiologia medica	30,8	63	37
Assistente sociale	20	50	50
OSS/OTA	11,3	84	16
Personale tecnico/ausiliario area sanitaria	3,6	87	13

Continua in Medicina (ECM); a tal fine, il Piano Formativo Aziendale 2016 ha previsto la possibilità di erogare 60.342 crediti ECM al personale sanitario attraverso una specifica offerta alla quale possono accedere anche professionisti esterni.

Il Piano Formativo 2016, che ha visto la messa a regime della Formazione a Distanza (FAD), è stato predisposto in modo tale da offrire un'offerta formativa adeguata, pur nel quadro generale di costante contrazione di risorse che, a motivo di specifiche previsioni normative, ha interessato anche l'ambito formativo.

Per quanto riguarda gli eventi formativi proposti nel 2016, ai dipendenti è stata offerta l'opportunità di partecipare a 35.195,81 ore di formazione per un valore medio di 19,4 ore per dipendente, tenuto conto di tutte le attività formative svolte sia come discente sia come docente.

L'offerta formativa è stata rivolta in modo equilibrato al personale sanitario soggetto al programma ECM, nonché al personale amministrativo, e l'indicatore, pertanto, è declinato per entrambe le componenti.



La Formazione di Base

Il 2016 è stato un anno particolarmente importante per il corso di laurea in infermieristica anche per l'introduzione di una nuova figura: la Guida di Tirocinio.

La Guida di Tirocinio è l'infermiere che assume un ruolo guida nell'apprendimento clinico degli studenti, si interfaccia con il Polo didattico di riferimento, collabora con i colleghi infermieri e con il coordinatore infermieristico per creare le migliori opportunità di acquisizione delle competenze definite dal profilo professionale, in coerenza con gli obiettivi di apprendimento ed il piano di tirocinio predisposto con lo studente. Si tratta di un traguardo importante, scaturito da una riflessione maturata nel corso degli ultimi anni per migliorare gli ambiti di apprendimento clinico e formare infermieri fortemente radicati alla pratica professionale.

Si segnala inoltre l'utilizzo del Cles T (metodo di valutazione della qualità del tirocinio clinico) che ha permesso di individuare punti di forza e di debolezza dell'attuale organizzazione dell'apprendimento clinico: i dati raccolti, analizzati anche attraverso il confronto e il contributo di tutta la comunità infermieristica, hanno consentito di avviare un percorso di miglioramento che potrà dare i suoi frutti nel corso degli anni.

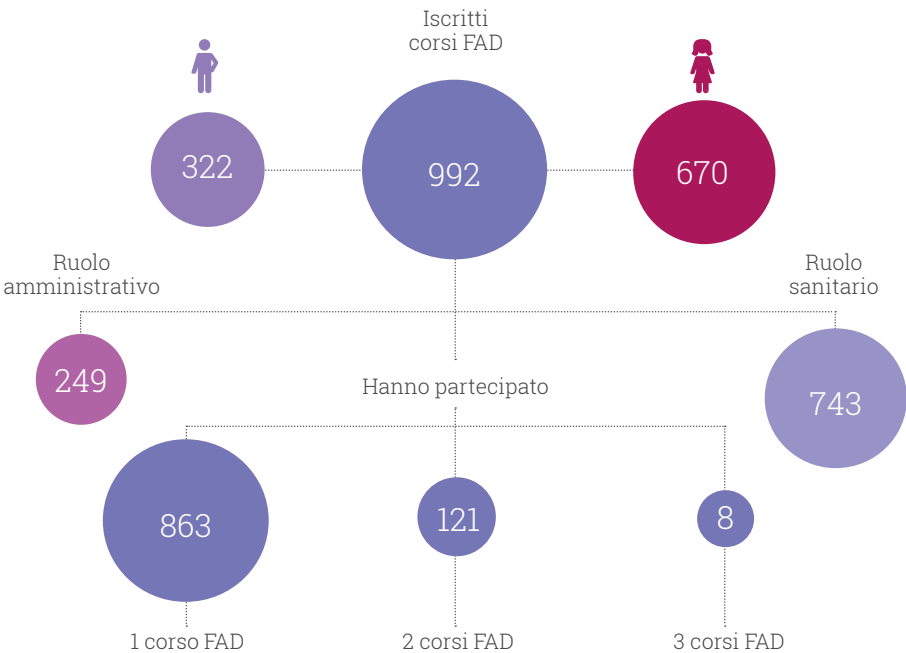
La Formazione a Distanza (FAD)

Il Piano strategico 2014/2016 ha individuato, tra gli obiettivi della S.S.C. Formazione, la realizzazione del macro-progetto Formazione a Distanza (FAD), per cui la sfida del 2016 ha comportato l'introduzione sistematica nel Piano Formativo Aziendale anche della Formazione a Distanza, tenendo conto che quest'ultima negli anni precedenti è stata svolta solamente a livello sperimentale.

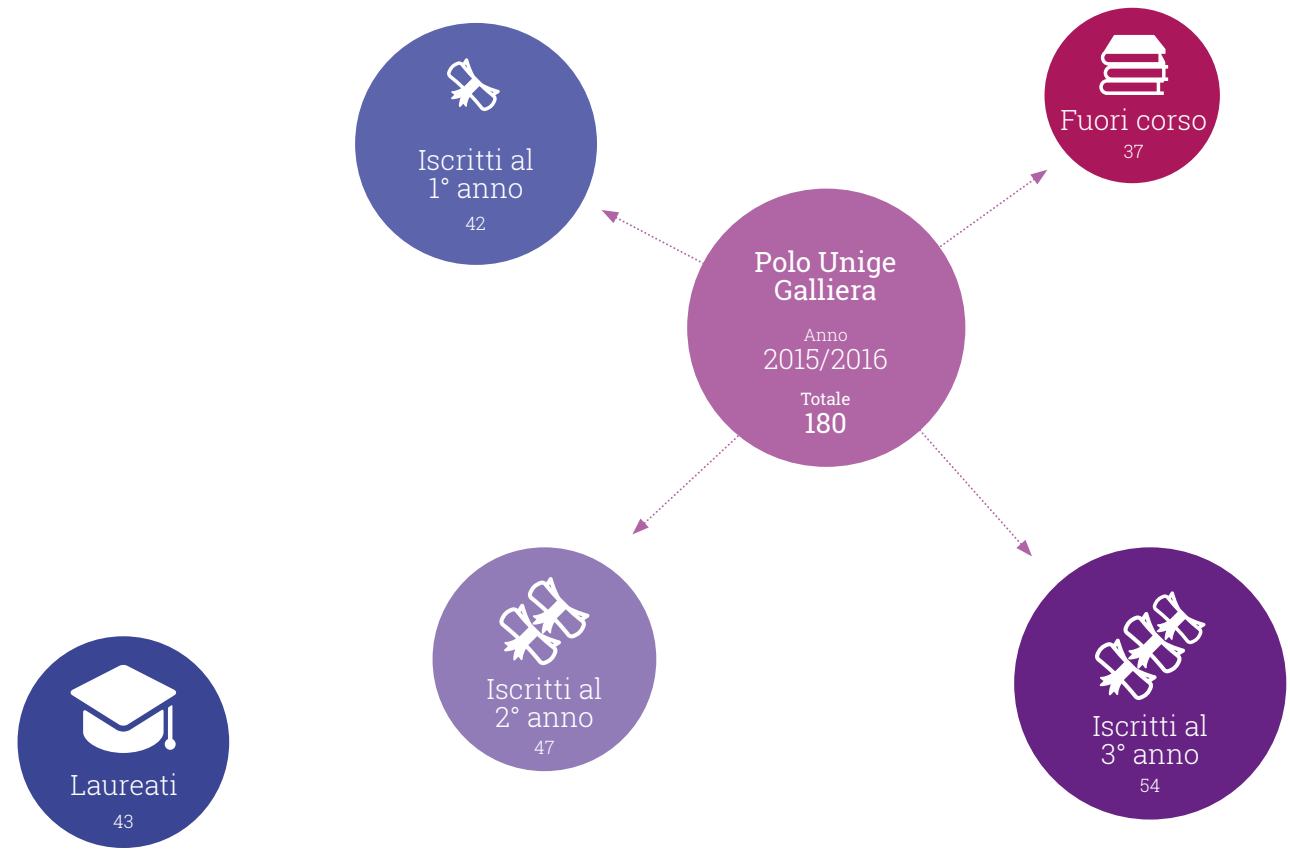
Nel corso del 2016 infatti è stato messo a punto un sistema per l'erogazione di corsi in modalità FAD, realizzati attraverso il supporto di una piattaforma informatica utilizzata efficacemente soprattutto per alcuni corsi di formazione obbligatoria, quali, ad esempio, quelli in materia di prevenzione della corruzione.

Com'è noto, lo strumento della FAD, molto flessibile, consente al dipendente di iscriversi e "frequentare" i diversi moduli conciliando la formazione con gli impegni lavorativi e personali e nel rispetto dei propri tempi di apprendimento ed è stato accolto positivamente con il conseguimento a livello aziendale dei benefici attesi.

Nel corso del 2016 la formazione in FAD ha coinvolto 863 dipendenti, alcuni dei quali hanno frequentato più corsi, per un totale di 16.448 ore di formazione e con il conseguimento, da parte del personale sanitario, di 12.006,5 crediti ECM.



Corso di Laurea in infermieristica
Unige Polo Galliera



Corsi Oss

Anno	Tipologia di corso	Partner	Numero classi
2016	Riqualificazione	Isforcoop	1
2015/2016	Prima formazione	Cisef	1
2016	Prima formazione	Cisef	2



4.6

Anticorruzione

La Legge n.190 del 6 novembre 2012 e successive modifiche e 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 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 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.

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 e legali, quale responsabile delle prevenzione della corruzione e della trasparenza e l’integrità. Al responsabile è stato affidato il compito di avviare le procedure necessarie per l’adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e il Programma Triennale della Trasparenza e l’Integrità (P.T.T.I.).

Il P.T.P.C. 2014-2016 è stato approvato il 30 gennaio 2014 con l’adozione del provvedimento n.55/2014 e con il provvedimento n. 30 del 21 gennaio 2015 è stato approvato il primo aggiornamento del piano stesso per il triennio 2015-2017.

Nell’anno 2016 è stato approvato il 2° aggiornamento del Piano per il triennio 2016-2018.

Con il primo piano di prevenzione della corruzione 2014-2016 sono stati mappati i processi/procedimenti delle aree definite dalla legge ad alto rischio, in particolare gli appalti di lavori, forniture e servizi, reclutamento del personale e progressioni di carriera, non rilevando in relazione alle attività istituzionali dell’Ente le altre aree previste (autorizzazioni o concessioni, concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, etc.).

Con gli aggiornamenti relativi agli anni 2015 e 2016 sono state ampliate la mappatura dei processi/procedimenti, le correlate misure di prevenzione e, conseguentemente, sono state ampliate anche le attività di monitoraggio mediante un’analisi più approfondita dei rischi corruttivi in alcune aree aziendali, tra cui gli appalti nonché interventi in alcuni settori specifici, quali la gestione delle liste di attesa e le attività conseguenti ai decessi ospedalieri.

Sono stati inoltre definiti specifici obiettivi di trasparenza nell’ambito delle performance assegnate alle strutture amministrative dell’Ente nell’ambito delle schede di budget.

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 2016 si è tenuta la terza “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 le strutture ospedaliere degli infraspecificati dipartimenti amministrativi, di staff e della Direzione sanitaria che rappresentano il 100%, delle strutture operanti nelle aree maggiormente esposte a rischio corruzione:

Dipartimento gestione risorse umane, organizzazione, affari generali e legali

- S.C. Gestione risorse umane
- S.C. Affari generali e legali

Dipartimento Gestione Economico Finanziaria, Risorse Strumentali e Logistica

- S.C. Approvvigionamento e gestione risorse
- S.C. Economale e Alberghiero
- S.C. Bilancio e Contabilità

Direzione sanitaria

- S.C. Macroarea Amministrativa

Formazione in materia prevenzione della corruzione e trasparenza

Nell’anno 2016 sono stati realizzati n.2 eventi formativi accreditati ECM. Al primo evento realizzato in modalità FAD hanno partecipato 875 dipendenti. Al secondo evento, in aula, hanno partecipato 76 neo-assunti cui il corso era stato dedicato.

Dipartimento Gestione Opere Edili, Manutenzioni e Grandi Progettualità

- S.C. Macroarea Tecnico contrattualistica
- S.C. Gestione tecnica e programmazione lavori
- S.C. Ingegneria clinica
- S.C. RUP - Nuovo Galliera

Dipartimento di Staff

- S.C. Informatica e Telecomunicazioni
- S.C. Prevenzione e Protezione
- S.C. Controllo di Gestione

4.7

Impatto ambientale

La gestione dell'energia rappresenta per l'Ente uno degli impegni strategici più rilevanti, perseguendo, ove possibile, obiettivi di risparmio ed efficientamento energetico.

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

L'energia primaria complessiva, necessaria per il riscaldamento, il raffrescamento, l'illuminazione e il funzionamento delle apparecchiature elettriche viene misurata in TEP, acronimo di

Consumo complessivo di energia primaria e produzione di CO2

	2012	2013	2014	2015	2016
Tep	3.328	2.778	2.578	2.752	2.517
CO2 (ton)				5.464	4.998

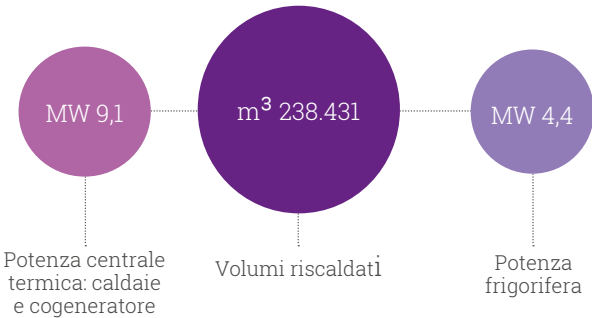
Tonnellate Equivalenti di Petrolio, per consentire un immediato confronto con l'energia prodotta da combustibile fossile.

A servizio dell'Ente è in funzione una centrale di cogenerazione per la produzione combinata delle energie termica ed elettrica e ciò permette l'ottimizzazione, in quanto autoproduzione, del costo di generazione.

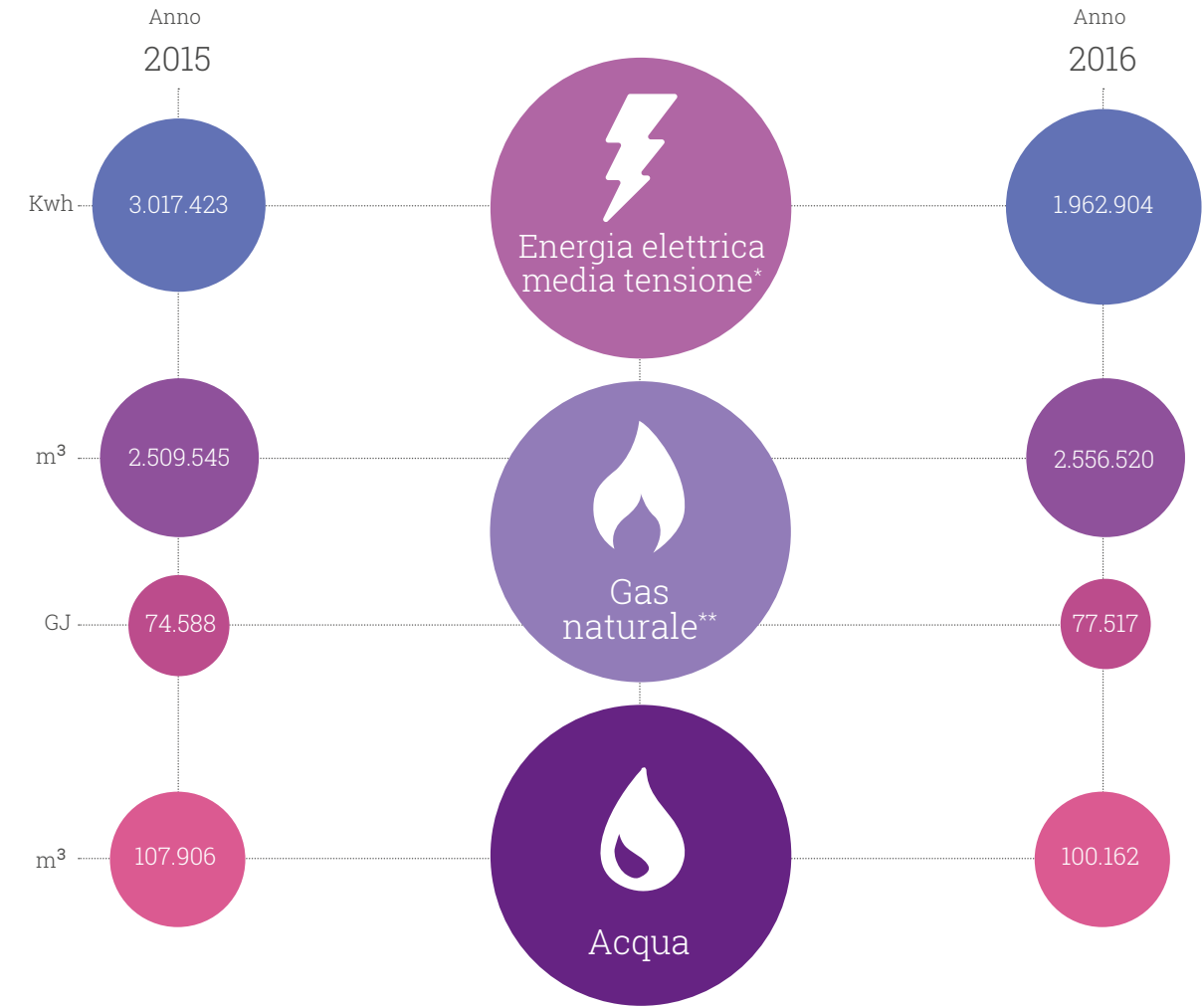
L'installazione del cogeneratore ha ridotto in maniera significativa i consumi di energia primaria dell'ospedale, questo perché l'autoproduzione di energia elettrica avviene con maggiore efficienza rispetto alla produzione del sistema elettrico nazionale.

A questa fonte di energia esterna l'Ente ricorre quando quella autoprodotta non è sufficiente a soddisfare la richiesta degli utenti. Infine l'energia termica di scarto prodotta dal sistema di cogenerazione viene recuperata e utilizzata per alimentare gli impianti di riscaldamento e di produzione di acqua calda sanitaria.

Potenza termofrigorifera installata e carico termico dell'Ente



Prospetto riassuntivo dei consumi



* Prelevata dalla rete / ** Conversione da m3 a GJ effettuata secondo i parametri definiti nel "Contratto per la gestione integrata degli impianti di produzione e distribuzione dell'energia elettrica e termica e la fornitura dei vettori energetici, comprensivi di consulenza tecnico gestionale. Interventi di trasformazione degli impianti e del ricorso ad energie alternative o assimilabili per beni immobili di proprietà o nella disponibilità delle ASL, delle AO, degli IRCSS e Ospedali a regime di convenzione ubicati nella regione Liguria".

Consumi di energia primaria suddivisi per vettore energetico

	U.M.	2015	2016
Gas naturale*	m ³	2.509.545	2.556.520
Gas naturale****	GJ (M3)	74.588 (2.016.516)	77.517 (2.173.360)
Gasolio**	L	5.182	7.651
Benzina***	L	7.948	7.825

* Prelevato dalla rete / ** Per alimentare i generatori elettrici elettrici
*** Per utilizzo veicoli di proprietà dell'ente / **** Per alimentare l'impianto di cogenerazione

Consumi di energia per fonte energetica secondaria

	U.M.	2015	2016
Energia elettrica da rete*	GJ	10.863	7.066,5
Energia elettrica autoprodotta**	GJ	26.378	28.378

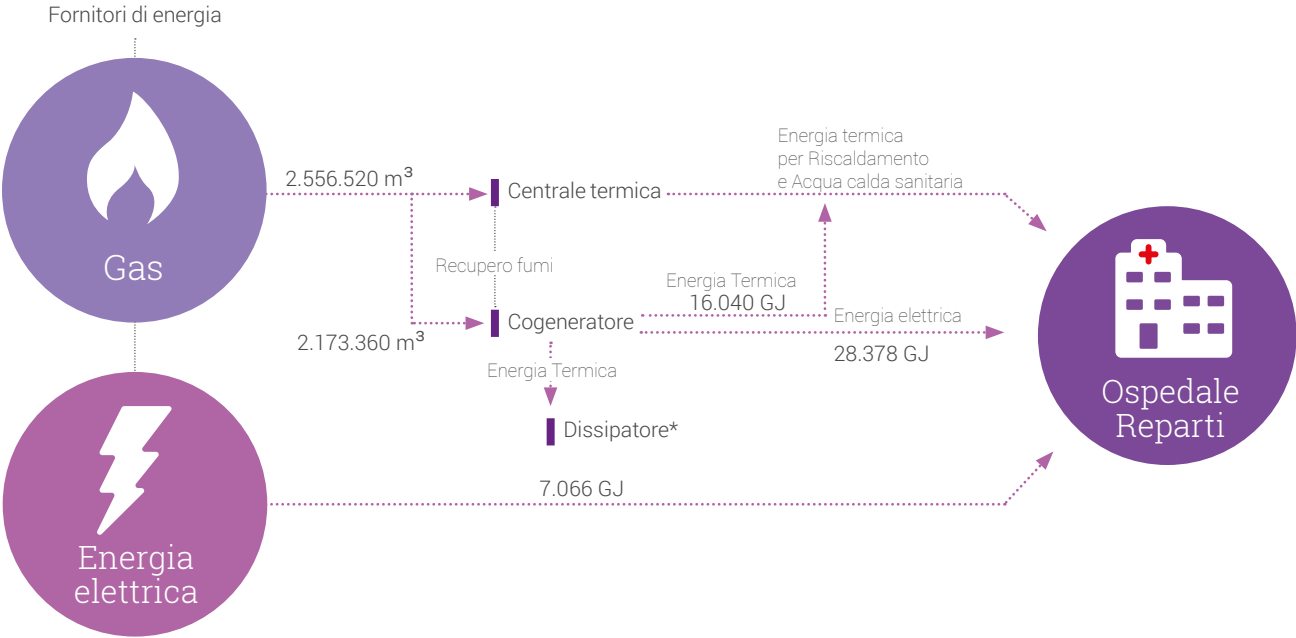
* Prelevata da rete / ** Autoprodotta con l'impianto di cogenerazione

Intensità energetica



Intensità di emissioni

Schema riassuntivo della produzione delle energie termica ed elettrica



Legenda:
m³= metro cubo / L= litro / MW = mega Watt / GJ= giga joule
* Quando l'energia termica prodotta dal cogeneratore è maggiore di quella richiesta dall'utenza, allora viene inviata al dissipatore.

Valutazione consumi 2016

Rispetto ai consumi del 2015 si rileva una diminuzione dei consumi di energia elettrica pari ad una riduzione di 8,5% TEP. Tali valori dipendono da fattori maggiormente favorevoli legati sia all'andamento termico stagionale che all'esecuzione di miglioramenti tecnico impiantistici che consentono un'ottimizzazione della resa in termini di consumo.



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

	2015	2016
Ingombranti/misti	kg. 17.950	kg. 13.050
Carta/cartone	kg. 83.760	kg. 93.280
Plastica	kg. 7.540	kg. 7.700
Vetro	kg. 3.080	kg. 2.220
Ferro	kg. 7.115	kg. 9.340
Piombo	kg. 412	kg. 1.380

Consumo carta

	2015	2015%	2016	2016%
A4 bianca	36117	97%	36100	99%
A4 riciclata	756	3%	250	1%
Totale	kg. 36.882		kg. 36.350	

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.

Fa parte del processo della gestione dei rifiuti anche la gestione delle lamentele relative agli

impatti ambientali provenienti dagli stakeholder ed in particolare dalla cittadinanza. Le eventuali segnalazioni seguono l’iter già previsto dal regolamento di pubblica tutela dell’Ente.

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

Nel corso del 2016 è stata effettuata una visita ispettiva da parte del Nucleo Operativo Ecologico dell’arma dei Carabinieri sulla corretta gestione dei rifiuti pericolosi durante la quale non è stata riscontrata nessuna irregolarità tecnica e amministrativa.

Nel 2016 non risultano pervenuti reclami circa aspetti ambientali.

Rifiuti pericolosi

Tipologia	2015	2016	Modalità di Smaltimento
Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo	kg. 239.250	kg. 264.214	Incenerimento
Raee (apparecchiature elettriche elettroniche)	kg. 1.283	kg. 1.134	Recupero
Sostanze chimiche	kg. 4.359	kg. 3.292,5	Incenerimento
Batterie piombo	kg. 340	kg. 56	Recupero
Altro	kg. 436	kg. 235	Incenerimento/Recupero

Rifiuti radioattivi

	2015	2016
Conferimenti di radioisotopi*	m³ 12,3	m³ 11,7

* Tecnezio, indio, iodio, tallio, fluoro.

Green GREEN BIM (BUILDING INFORMATION MODEL)

L'anno 2016 è stato l'anno conclusivo del progetto triennale europeo INDICATE, al quale l'Ente Ospedaliero ha preso parte nella duplice veste di Ente del Consorzio e di sito pilota. La partecipazione al progetto Europeo ha permesso all'Ente non solo di realizzare il modello BIM (Building Information Model) del complesso storico monumentale, ma anche di testare uno strumento di nuova generazione creato nell'ambito del progetto, per valutare e confrontare le scelte intraprese negli ultimi anni in campo energetico e di condividere con altre realtà europee le pratiche di gestione energetica.

Scopo del progetto Europeo INDICATE (Indicator-based Interactive Decision Support and Information Exchange Platform for Smart Cities) è stato lo sviluppo di un software interattivo utile a supportare tutti coloro che sono coinvolti nelle fasi di progettazione e sviluppo delle Smart Cities e di Green Hospital.

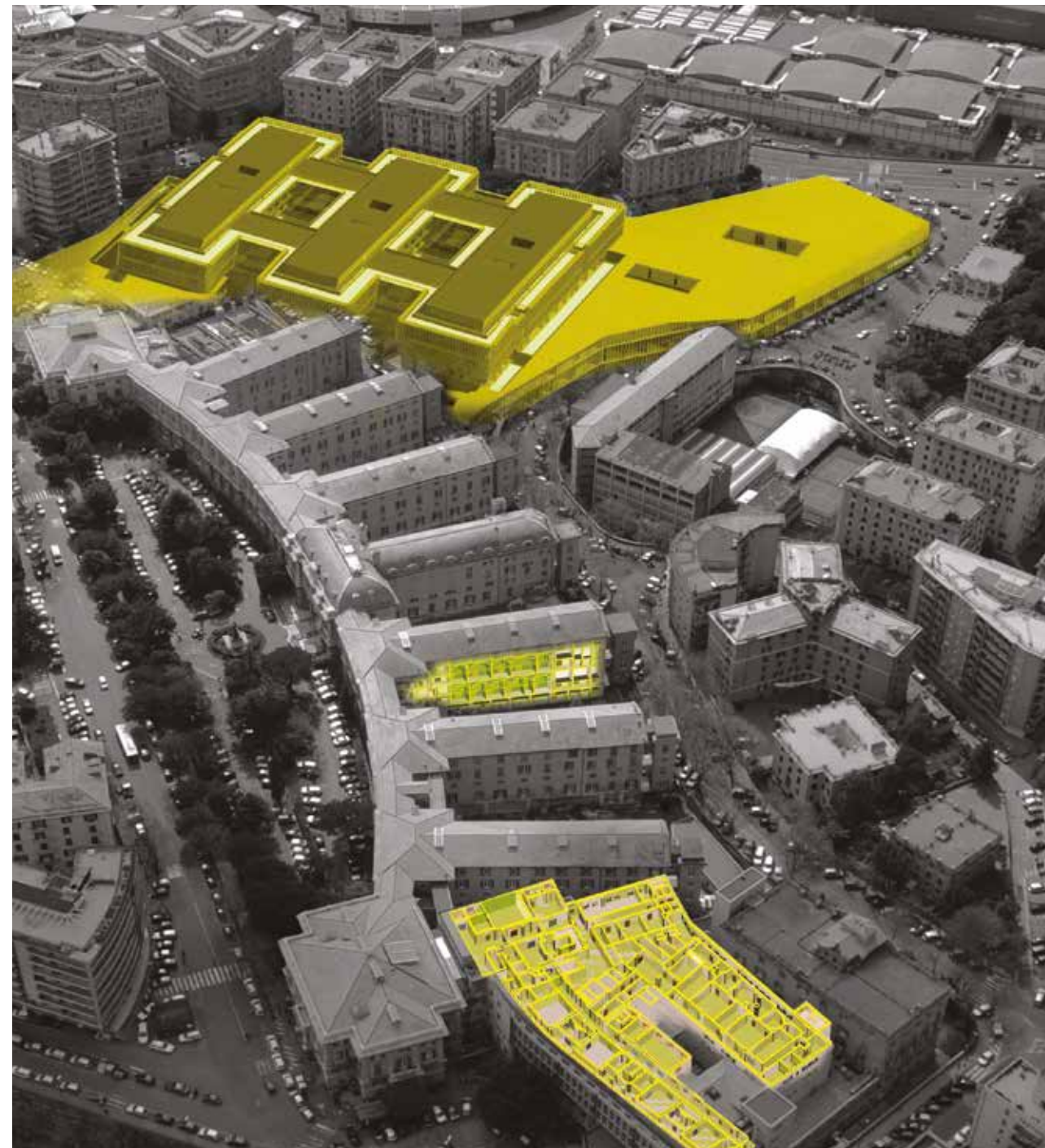
Proprio l'aspetto di Green Hospital del Nuovo Ospedale ha permesso la partecipazione del Galliera al progetto Europeo. La realizzazione di un nuovo ospedale costituisce non solo un momento tecnico di progettazione, ma rappresenta l'occasione per il radicale cambiamento culturale di tutti gli operatori. Il progetto del Nuovo Galliera, nato come risposta alle inadeguatezze strutturali dell'edificio storico monumentale attuale, rappresenta tale momento di innovazione. Esso si connota come la concretizzazione fisica di varie iniziative quali: l'ospedale per

intensità di cura, l'ospedale snello (LEAN), l'ospedale digitale, il Green Hospital, che caratterizzano la vocazione all'innovazione del Galliera.

Minimo comun denominatore di tutte queste iniziative è porre il paziente al centro del progetto facendo uso delle più avanzate tecnologie oggi disponibili. Tecnologie che, soprattutto nel campo delle IT, stanno rapidamente cambiando il nostro modo di vivere, di lavorare, di produrre documenti e di scambiare informazioni.

Seguendo questo filo logico si è giunti ad individuare nel Green Hospital e nella metodologia BIM i requisiti essenziali e gli strumenti per progettare l'ospedale del terzo millennio, consapevoli che queste siano scelte irrinunciabili, non solo per il Nuovo Ospedale, ma anche per l'attuale complesso storico.

Nell'ultimo decennio, l'Ente Ospedaliero ha esaminato differenti ipotesi progettuali per la realizzazione del NUOVO GALLIERA e l'applicazione di Indicate avrebbe molto semplificato, ottimizzato ed oggettivato le scelte in termini logistici ed energetici. Il confronto dei diversi progetti attraverso lo strumento INDICATE ha dimostrato come l'attuale progetto preliminare (che comprende sia la realizzazione di un nuovo Ospedale Green, sia la riconversione degli edifici storici) sia quello che garantisce i maggiori risparmi energetici.



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.

Nel redigere il bilancio vengono osservati i postulati generali ed i principi previsti dall'art. 2423 - bis c.c., avendo come obiettivo 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.

Come ogni anno l'esercizio è stato caratterizzato da un' oculata gestione delle risorse economiche che ha garantito adeguati livelli di assistenza di produttività e di investimenti, nonostante le restrizioni di spesa imposte.



Conto economico (euro)
a/ Valore della produzione

	2015	2016
Contributi in c/esercizio	147.713.853	40.756.897
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	1.205.042	1.172.266
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	38.435.347	147.236.132
Concorsi, recuperi e rimborsi	8.234.424	10.458.994
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.005.820	2.826.955
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	1.125.003	1.057.764
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0
Altri ricavi e proventi	1.783.057	1.704.228
Totale	201.502.546	205.213.236

b/ Costi della produzione

	2015	2016
Acquisti di beni	48.526.868	47.158.824
Acquisti di servizi sanitari	38.325.134	35.555.439
Acquisti di servizi non sanitari	17.703.852	18.153.223
Manutenzione e riparazione	3.884.531	4.028.308
Godimento di beni di terzi	1.076.207	825.989
Costi del personale	84.817.327	84.411.175
Oneri diversi di gestione	606.316	3.093.001
Ammortamenti	3.625.152	3.261.022
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	19.974	480.498
Variazione delle rimanenze	115.504	- 1.017.511
Accantonamenti	2.755.828	6.393.910
Totale	201.456.693	202.343.878
Differenza tra valore e costi della produzione (a-b)	45.853	2.869.358

Conto economico (euro)
c/ Proventi e oneri finanziari

	2015	2016
Interessi attivi ed altri proventi finanziari	55.742	57.104
Interessi passivi ed altri oneri finanziari	70.010	184.882
Totale	-14.268	- 127.778

d/Rettifiche di valore di attività finanziarie

	2015	2016
Rivalutazione	-	-
Svalutazione	-	-
Totale	0	0

e/Proventi e oneri straordinari

	2015	2016
Proventi straordinari	210.321	1.590.746
Oneri straordinari	1.141.535	2.412.072
Totale	-931.214	- 821.326

Risultato prima delle imposte (a-b+c+d+e)	-899.629	1.920.254
---	----------	-----------

y/ Imposte sul reddito dell'esercizio

	2015	2016
IRAP	6.253.756	6.120.941
IRES	350.000	285.121
Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)		
Totale	6.603.756	6.406.062

Utile (perdita) dell'esercizio	-7.503.384	- 4.485.808
--------------------------------	------------	-------------

Il Bilancio d'esercizio 2016 chiude con una perdita non imputabile alla sfera decisionale dell'Ente, essendo in massima parte causata da maggiori costi non legati alla discrezionalità dell'Ente (ad es. i costi generati dalla distribuzione dei farmaci per la cura dell'epatite C e quelli connessi al servizio di approvvigionamento di energia elettrica e termica).

Il modello CE preconsuntivo inoltrato alla Regione Liguria in data 15/05/2017 presenta una perdita pari a € **4.485.808**. Con D.G.R. 302 del 14 aprile 2017 la Regione ha provveduto a definire il quadro delle risorse complessive da destinare alle aziende ed enti sanitari per consentire l'approvazione dei bilanci d'esercizio 2016 stabilendo per il Galliera che *"l'ammontare del livello massimo dell'eventuale disavanzo 2016 sia pari a € 4.510.000"*.

Ne consegue che, anche se non espressamente esplicitato in delibera, la Regione Liguria provvederà con adeguate risorse alla totale copertura dei disavanzi sino alla concorrenza evidenziata stabilita.

Considerato che il bilancio di esercizio 2016 presenta un disavanzo non superiore a quello anticipato in Regione con il Modello CE si può presumere che, come per i precedenti esercizi, anche la gestione 2016 chiuderà di fatto con un pareggio.

Il Bilancio d'esercizio 2016 è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 9 giugno 2017.



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 2016 che nel 2015 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 (euro)

	2015	2016
Contributi in c/esercizio	147.713.853	40.756.897
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi	1.205.042	1.172.266
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	38.435.347	147.236.132
Concorsi, recuperi e rimborsi	8.234.424	10.458.994
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	3.005.820	2.826.955
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	1.125.003	1.057.764
Altri ricavi e proventi	1.783.057	1.704.228
Valore della produzione	201.502.546	205.213.236
Acquisti di beni	48.526.868	47.158.824
Acquisti di servizi sanitari e non sanitari	56.028.986	53.708.662
Manutenzione e riparazione	3.884.531	4.028.308
Godimento di beni di terzi	1.076.207	825.989
Oneri diversi di gestione	606.316	3.093.001
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	19.974	480.498
Variazione delle rimanenze	115.504	-1.017.511
Accantonamenti	2.755.828	6.393.910
Costi della produzione	113.014.214	€ 114.671.681
Valore aggiunto globale lordo	88.488.332	€ 90.541.555
Saldo gestione straordinaria	- 931.214	- 821.326
Saldo della gestione finanziaria	- 14.268	- 127.778
Valore aggiunto distribuibile	87.542.850	89.592.451

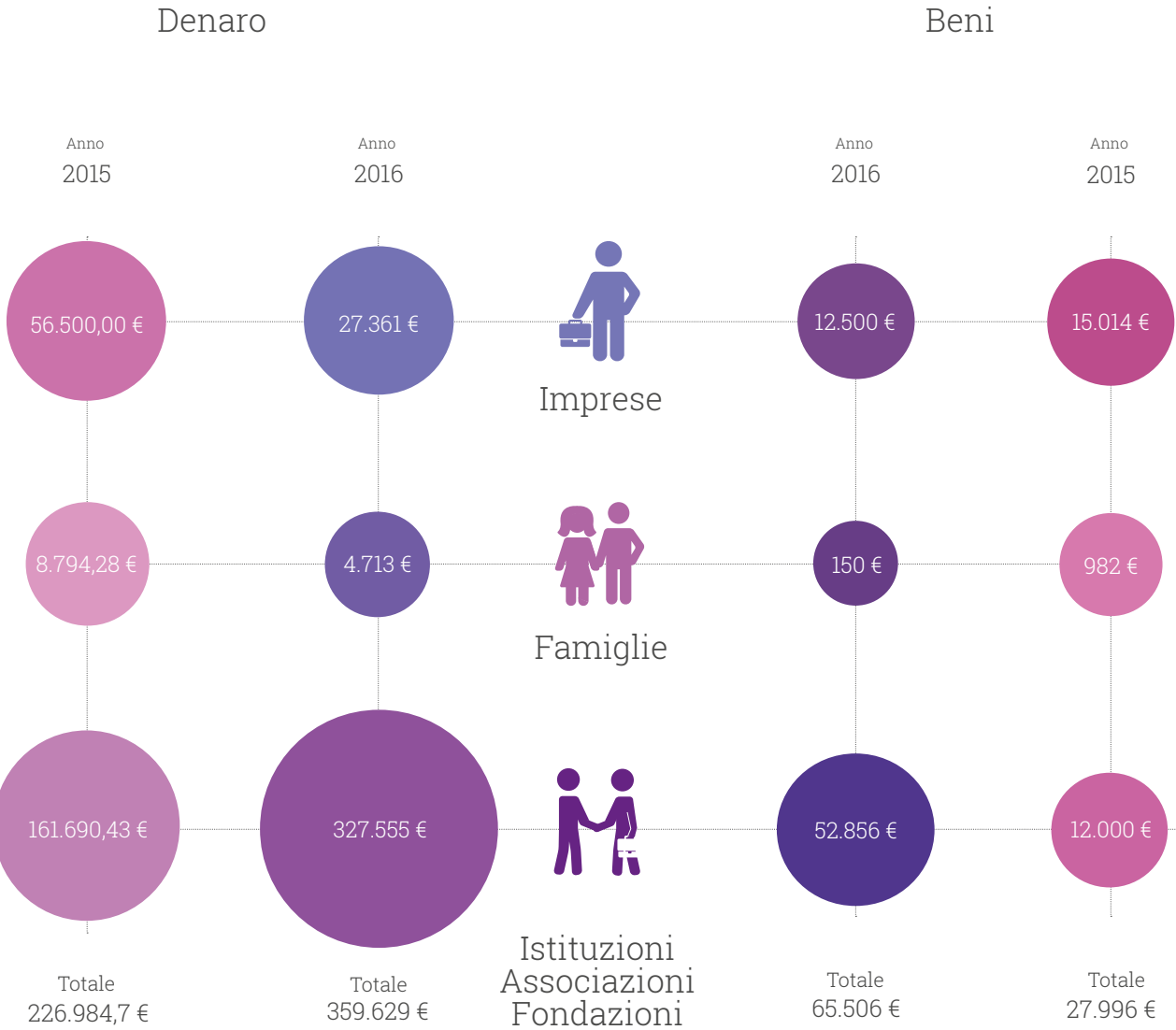
Prospetto di riparto del valore aggiunto (euro)

	2015	2016
Personale dirigente medico	30.335.533	29.824.695
Personale dirigente ruolo sanitario non medico	3.342.005	3.305.042
Personale comparto ruolo sanitario	31.209.095	31.681.868
Personale dirigente altri ruoli	1.728.635	1.757.039
Personale comparto altri ruoli	18.202.059	17.842.531
Remunerazione del personale	84.817.327	84.411.175
IRAP	6.253.756	6.120.941
Oneri tributari diversi	350.000	285.121
Remunerazione della pubblica amministrazione	6.603.756	6.603.756
Ammortamenti	3.625.152	3.261.022
A reintegro del capitale	3.625.152	3.261.022
Risultato differenziale della gestione	- 7.503.385	- 4.485.808

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

La normativa in materia di acquisti ha visto negli ultimi anni modifiche rilevanti sia sul piano normativo sia sul piano organizzativo, prevedendo il superamento delle procedure di acquisto a livello di singolo ente a favore della centralizzazione degli acquisti, sia a livello nazionale che a livello regionale, nell’ottica della razionalizzazione degli acquisti con il perseguimento di obiettivi di standardizzazione e di economicità degli stessi.

Per l’approvvigionamento e la gestione delle risorse, l’Ente, pur potendo riconoscersi un determinato livello di autonomia, si è sempre allineato alle determinazioni normative 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, finché 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

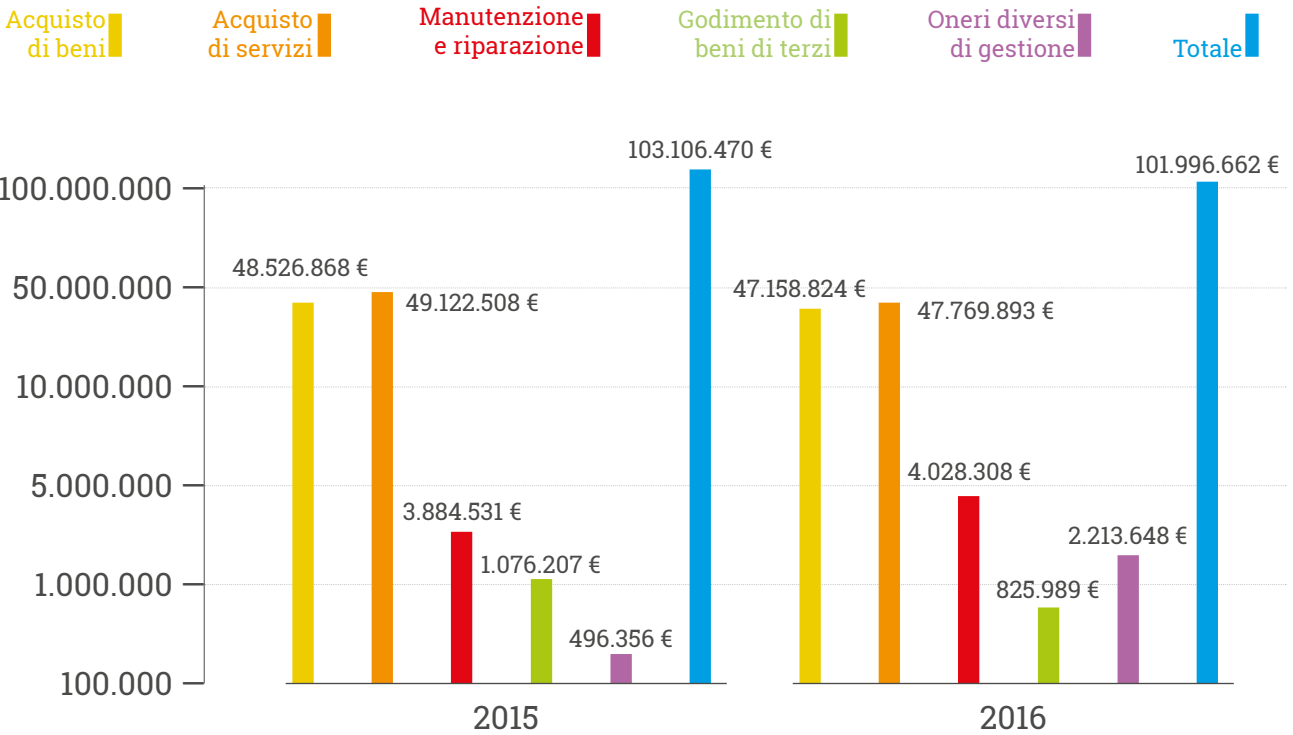
Fornitori

	2015	2016
Fornitori con contratti attivi presso l’Ente	1.024	917
Contratti esternalizzati	10	12
Fatturato annuo	€ 103.106.470	€ 101.996.662

programmazione delle singole procedure di gara, che sono state sostanzialmente trasferite all’ARS/CRA ora A.Li.Sa., affidandole la competenza per tutte le procedure superiori a €40.000, rientranti nella programmazione, fino alla revisione della normativa regionale in materia di centrali di committenza.

Altro elemento da tenere presente nel panorama degli acquisti regionali è dato dalla Stazione Unica Appaltante Regionale (SUAR) di cui all’art.6 della legge regionale n.13/2003, come modificato dalla legge regionale n.51/2012, individuata quale soggetto aggregatore della Regione Liguria, competente per gli acquisti

Beni acquistati



regionali che non abbiano caratteristiche strettamente sanitarie (servizi assicurativi, toner, cancelleria, servizio di tesoreria, ecc) per le quali risulta ad oggi centrale di committenza A.Li.Sa. CRA.

Per quanto concerne l'acquisizione di beni e servizi informatici e telematici sussiste un'ulteriore centrale di acquisto individuata in Liguria Digitale S.p.A per tutte la Aziende sanitarie liguri, ed avente carattere obbligatorio per gli Enti rientranti nel SIIR, "Sistema Informativo Integrato Regionale per lo sviluppo della Società dell'Informazione in Liguria", che è stata individuata da SUAR quale centrale di committenza e alla quale pertanto si rivolge anche l'E.O. Ospedali Galliera, pur non rientrando nel SIIR.

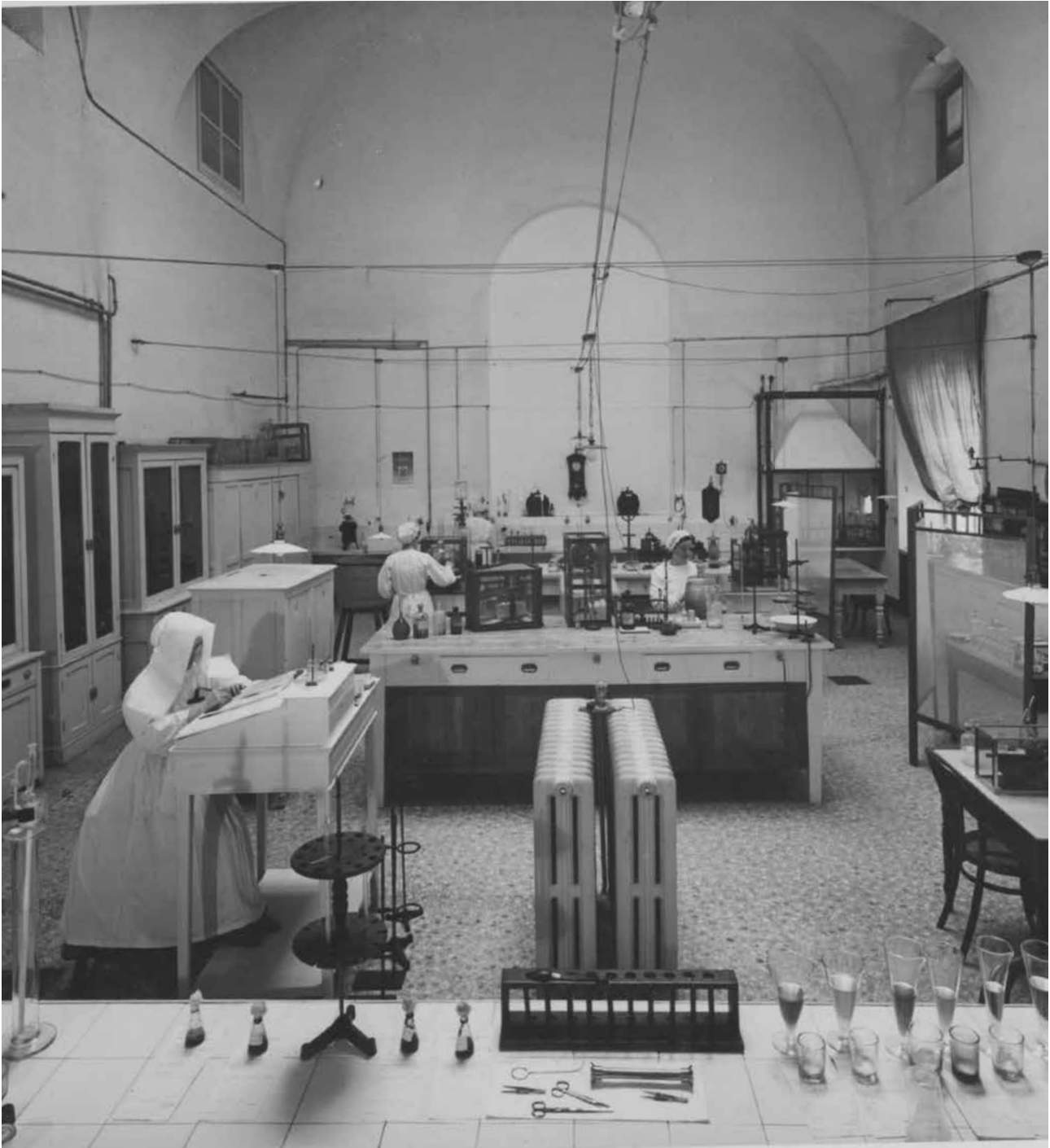
A tutto ciò deve aggiungersi un contesto normativo particolarmente complesso ed in continua evoluzione, come confermato dall'entrata in vigore del d.lgs. n.50/2016 che ha innovato il precedente codice appalti in attuazione delle direttive europee, riordinando la disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, con emanazione da parte di ANAC di molteplici linee guida per l'applicazione del nuovo codice.

Va rammentato altresì infine il continuo obbligo informativo sempre più ampio nei confronti di ANAC e in materia di trasparenza e anticorruzione, nonché le innovazioni intervenute anche sulle modalità di espletamento delle singole procedure di acquisto tramite MEPA (MERCATO Elettronico Pubblica Amministrazione) e l'AVCPASS.

Tempestività dei pagamenti

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	Giorni
anno 2016 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	38,59
IV° trimestre 2016 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	31,24
III° trimestre 2016 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	25,16
II° trimestre 2016 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	45,03
I° trimestre 2016 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	54,05
anno 2015 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	15,46

Per l'anno 2016 l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti è pubblicato sul sito del Galliera sotto la sezione "Amministrazione Trasparente" e obbligatorio per legge, ai sensi degli artt. 9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014.





Relazioni sociali

5.1 Associazioni di volontariato
e di tutela

5.2 Promozione della Salute

5.1 Associazioni di volontariato e di tutela

All'Ospedale Galliera la partecipazione dei cittadini è garantita attraverso il Comitato misto consultivo. Il Comitato si occupa di controlli di qualità dal lato della domanda, di raccolta e analisi dei segnali di disservizio e dei reclami degli utenti, 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 (liste di attesa, umanizzazione e personalizzazione dei servizi, accoglienza e comfort, ecc..).

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

A tali attività seguono accurate analisi rispetto ai problemi emersi, proposte di miglioramento e partecipazione alle azioni per la loro realizzazione. Il Comitato misto consultivo anche nell'anno 2016 si è riunito tre volte. 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 info-point 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/familiare, evidenziate durante l'accesso in Ospedale e consiste in:

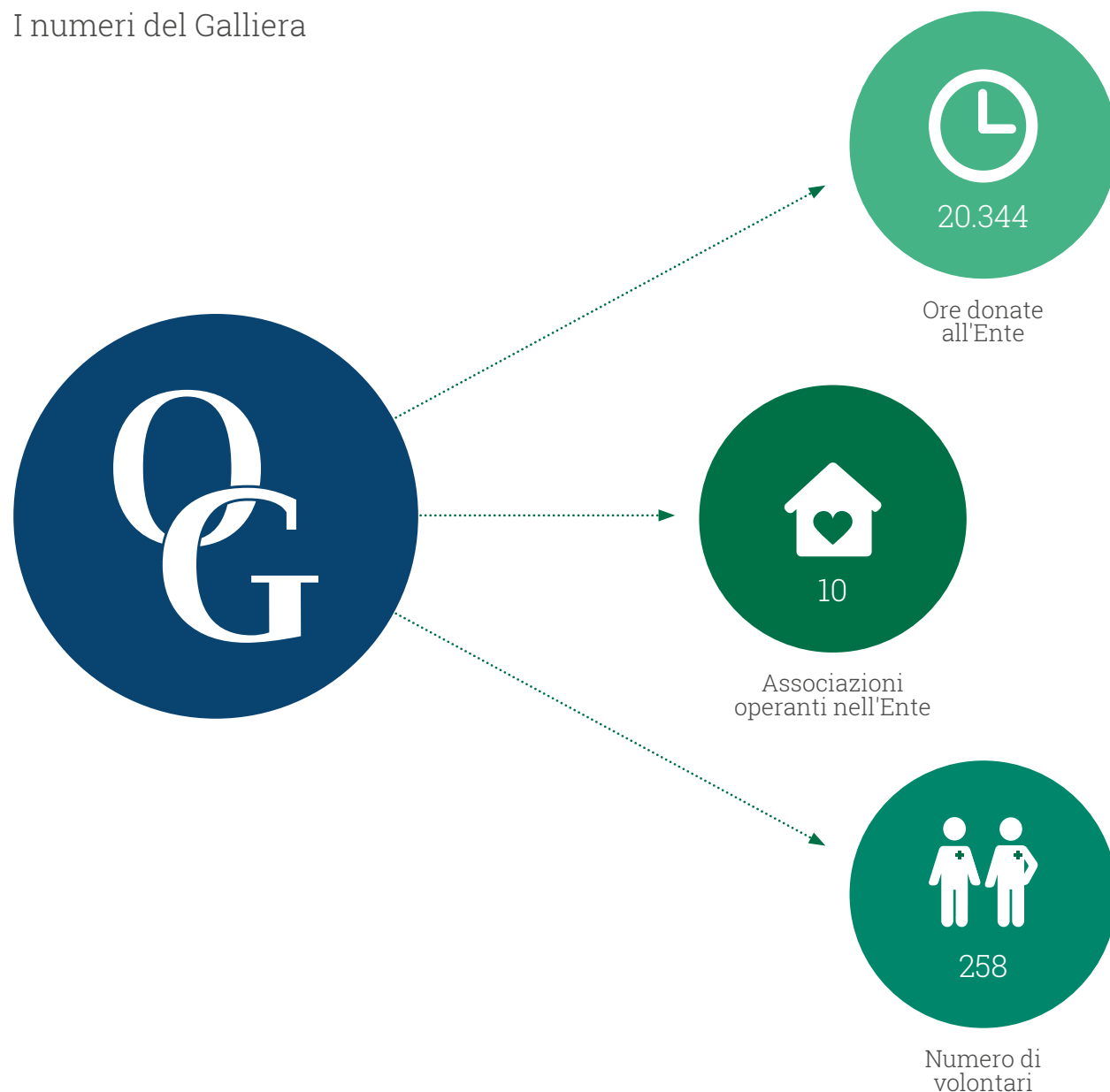
- supporto informativo e psicologico a pazienti e familiari;
- attività ricreativa (clownterapia, gioco, lettura, disegno, conversazione, compagnia);
- accompagnamento nello svolgimento delle pratiche quotidiane;
- accoglienza di parenti e familiari (supporto logistico- abitativo).

Ad oggi sono coinvolte 10 Associazioni di Volontariato e tutela (convenzionate) che operano in tutte le strutture. Le Associazioni di Volontariato costituiscono un'importante risorsa anche per l'attività di accoglienza e orientamento: grazie alla presenza dei volontari AVO si possono ottenere oltre le informazioni anche l'accompagnamento del cittadino o del familiare alla struttura. Ogni anno le associazioni di volontariato e tutela garantiscono circa 20.344 ore per un totale di 258 volontari.



Volontariato

I numeri del Galliera



Rapporti con le Associazioni di Volontariato e tutela e Difensore civico regionale

Durante il 2016 sono stati mantenuti rapporti, formali e non, con le associazioni presenti, principalmente attraverso il Comitato Misto Consultivo e la Commissione Mista Conciliativa. Le associazioni ad oggi presenti, che hanno uffici dedicati all'interno dell'Ente con accesso dal corridoio adiacente all'ingresso di Via Volta 6, sono:

- Associazione Donatori Midollo Osseo (ADMO)
- Associazione Ligure Talassemici (ALT)
- Associazione Volontari Ospedalieri (AVO)
- Confederazione Ligure dei centri per la Tutela dei Diritti del Malato (CTDM)
- Fondo Terapia Tumori "Clotilde Rubiola"
- Pagiassi vip
- Sostegno Genovese
- Tribunale diritti del malato Cittadinanzattiva" (TDM)
- Coordinamento ligure consumatori utenti
- Consulta Regionale per la tutela dei diritti della persona Handicappata

Altre Associazioni di Volontariato sono impegnate all'interno dell'Ospedale a sostegno dei pazienti e delle loro famiglie.

Progetti realizzati con le Associazioni di volontariato e tutela:

- **Monitoraggio civico sui dipartimenti di emergenza urgenza:** Cittadinanzattiva - TDM e SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza - Urgenza) hanno intrapreso un'iniziativa nazionale il cui obiettivo è stato quello di puntare i riflettori sui dipartimenti di emergenza urgenza, favorire il dialogo tra personale sanitario, medico-infermieristico, cittadini e migliorare la qualità del servizio offerto.

- **Monitoraggio dei centri prescrittori per le terapie innovative sull'Epatite C:** gli operatori della struttura Malattie Infettive con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ed i volontari di Cittadinanzattiva - Tribunale diritti del malato hanno collaborato nella raccolta dati relativi alle attività dei centri prescrittori al fine di rilevare criticità, punti di forza e buone pratiche ed offrire un contributo agli interlocutori politici ed istituzionali nazionali e regionali.

- **Il tempo delle cure palliative e dell'assistenza domiciliare - la parola ai caregiver:** gli operatori della struttura Cure Palliative con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, l'Ufficio Stampa, l'Ufficio del Coordinatore Scientifico ed i volontari dell'Associazione Sostegno Genovese hanno effettuato una ricerca orientata alla conoscenza delle criticità e dei punti di forza per definire percorsi ad hoc ed individuare dove e come investire le risorse per lo sviluppo del benessere complessivo dell'assistenza verso il

paziente ed i suoi famigliari. Sono state raccolte le testimonianze di alcuni caregiver sul ruolo delle cure palliative e sono state valorizzate a scopi divulgativi e di formazione. Il lavoro è stato presentato, tramite poster, al XXIII Congresso nazionale "Il tempo delle cure palliative" svoltosi a Roma dal 16 al 19 novembre 2016.

Progetto Alternanza scuola lavoro "Junior staff al Galliera"

Il progetto di alternanza scuola lavoro, previsto dalla legge 107/15, si sviluppa nell'ambito della collaborazione del Galliera con gli istituti superiori di secondo grado dell'area metropolitana genovese.

Il progetto vuole dare ai ragazzi l'opportunità di vivere direttamente il rapporto con il cittadino, paziente, familiare, volontario, in un percorso didattico che vede l'intervento diretto degli operatori dell'Ospedale a fianco degli studenti per condividere e illustrare l'attività quotidiana di accoglienza verso le persone assistite e i loro familiari.

Obiettivi:

1. promuovere l'attività di partecipazione e formazione civica legata all'opportunità di vivere il rapporto con gli altri;
2. avere una prima esperienza professionale direttamente a contatto con la realtà socio sanitaria dell'Ospedale;
3. acquisire una buona conoscenza dei ruoli professionali, nonché coscienza dei problemi organizzativi e sociali esistenti all'interno della struttura lavorativa.

Gli Istituti d'Istruzione Secondaria Superiore coinvolti nel 2016 sono stati 8 per un totale di 284 studenti e 680 ore dedicate.

Gli Istituti hanno inserito questo percorso nel curriculum scolastico del triennio che prevede 200 ore per i Licei e 400 per gli istituti professionali. Il progetto prevede la presenza degli studenti a fianco degli operatori e dei volontari nei luoghi di accoglienza e cura delle persone. I ragazzi sono riconoscibili da una "pettorina colorata" creata dagli studenti del Corso Professionale Abbigliamento e moda dell'Istituto Duchessa di Galliera.



5.2

Promozione della salute

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 ed 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 ed 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.

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. Anche nel 2016 le pagine informative del sito internet, che costituiscono la carta dei servizi dell'Ente, sono state costantemente aggiornate.

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.

Nel 2016 la Carta dei Servizi è stata completata con il monitoraggio degli impegni specifici per ogni struttura misurati con un valore standard e un valore obiettivo, questi indicatori mettono in luce l'impegno per il miglioramento continuo dell'Ospedale.

Ogni struttura sanitaria aveva tra gli obiettivi di budget anche quello riferito al "Miglioramento dell'accoglienza", in particolare il "Monitoraggio del raggiungimento per ciascuna struttura del valore obiettivo attribuito all'impegno". Nel 2016, dopo i 42 incontri organizzati l'anno precedente, si è deciso di limitare i confronti solo alle strutture che ne hanno fatto richiesta per avere un supporto e alle strutture certificate, inserendo all'interno dell'audit la verifica del monitoraggio degli impegni.

Al termine di questo lavoro, si è avuto riscontro da 44 strutture, 6 impegni sono stati modificati per il 2017, gli incontri sono stati 7 di cui 3 all'interno degli audit della qualità.

www.galliera.it/20/carta-dei-servizi/carta-dei-servizi

Carta dei servizi

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.

Sito web

Il sito www.galliera.it rappresenta il mezzo più attuale, economico, completo e rappresentativo con il quale l'Ente si può presentare in tempo reale ai cittadini.

I criteri che indirizzano l'attività sono tempestività, semplicità e fruibilità. I contenuti, curati ed aggiornati, sono destinati ad instaurare un rapporto "parlante" fra sanità ed assistito.

Si configura come uno strumento di informazione quotidiana, indirizzato a promuovere eventi, convegni ed iniziative editoriali ma anche ad indirizzare il cittadino verso i servizi sanitari ed amministrativi dell'Ente. Oltre che ai cittadini il sito è rivolto ai dipendenti per i quali è diventato un ambiente di lavoro largamente utilizzato e collaudato.

L'alto grado di utilizzo da parte degli operatori è confermato dai dati di utilizzo: il 61.8% delle visualizzazioni infatti è generato da utenti che hanno visitato il sito in precedenza.

La crescita complessiva del numero di visite al sito si deve ad un complessivo sviluppo del dominio, dovuto sia ad iniziative editoriali volte alla divulgazione sanitaria che ad adempimenti normativi.



Visite al sito web dell'Ente



*Per sessione si intende un gruppo di interazioni con il sito web in un determinato arco di tempo. Un singolo utente può aprire più sessioni, che possono verificarsi nello stesso giorno o nell'arco di diversi giorni, settimane o mesi. Per ogni sessione corrisponde ad una consultazione media di 5 pagine.

Genere	
Donne	63,6%
Uomini	36,4%

Provenienza	
Genova	52,18%
Milano	13,66%
Roma	8,05%
Firenze	2,50%
Sconosciuta	1,98%
Torino	1,57%
Napoli	1,26%
La Spezia	1,06%
Bologna	0,95%
Palermo	0,61%

Età	
18-24	9,36%
25-34	24,56%
35-44	22,51%
45-54	20,31%
55-64	15,63%
65+	7,63%

Dispositivi	2015	2016
Desktop	65,22%	56,86%
Mobile	28,72%	37,67%
Tablet	6,05%	5,47%

Eventi 2016

L'Ospedale da tempo aderisce al progetto OMS "Health Promotion Hospital" (HPH); in quest'ottica, proseguendo le esperienze degli anni precedenti, organizza per i cittadini iniziative di sensibilizzazione, informazione ed educazione alla salute che hanno visto coinvolti Operatori dell'Ente, Associazioni di volontariato, studenti delle Scuole medie superiori dell'area metropolitana e dell'Università di Genova, giornalisti dei media locali e regionali.

Le iniziative chiamate "Parliamo di...", eventi aperti alla cittadinanza nei quali gli esperti di differenti discipline, con la regia di un giornalista sotto forma di talk show, affrontano vari argomenti di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, Nel 2016 sono stati 4 i "Parliamo di...":

- **8 Febbraio**
Parliamo di... Epilessia & Società con Neurologia
 - **4 Maggio**
"Parliamo di... Igiene & Mani" con Comitato Infezioni Ospedaliere
 - **22 Settembre**
"Parliamo di... Fertilità & Salute" con Ginecologia e ostetricia
 - **27 Ottobre**
"Parliamo di... Acufeni & Soluzioni" con Otorinolaringoiatria, audiовestibologia e rieducazione vestibolare.
- In totale, nell'anno 2016, hanno partecipato agli eventi citati circa 600 persone e la valutazione dei questionari di gradimento ha rivelato moltissima soddisfazione per l'aumento delle conoscenze e per la gradevolezza dell'organizzazione.

Fanno parte dell'attività di comunicazione anche l'organizzazione di eventi a carattere divulgativo prevalentemente di natura sanitaria. Molti di questi eventi sono organizzati con le Associazioni di volontari o dai Medici specialisti, con lo scopo di informare correttamente sulla prevenzione e cura di specifiche patologie o su argomenti di interesse comune.

Febbraio

- **Giornata del malato** l'Ospedale ha rivolto particolare attenzione ai pazienti e famigliari con orario visita allargato, presenza AVO tutto il giorno e menù dedicato.
- **Epilepsy day:** Specialisti a disposizione in collaborazione con Neurologia.
- **Giornata delle malattie rare** i volontari dell'Associazione Ligure Talassemici hanno distribuito una rosa a tutte le donne ricoverate.

Marzo

- **Settimana mondiale del cervello** in collaborazione
- **Giornata della sindrome di Down** con distribuzione di materiale informativo.

Aprile

- **Giornata prevenzione per la diagnosi precoce del cavo orale:** i medici otorinolaringoiatri dell'Ente hanno effettuato visite gratuite di screening.
- **Giornale mondiale del Parkinson:** in occasione della giornata l'Ente pubblica i video-consigli degli specialisti neurologi.
- **Giornata Nazionale per la lotta alla Trombosi** l'Ospedale ha partecipato alla campagna di informazione e sensibilizzazione con i video-consigli sulla trombosi venosa in collaborazione con la Medicina Interna e con l'Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari (ALT).

- **UNICEF BFHI Ospedale amico dei bambini** è stata organizzata una giornata per celebrare la consegna di questo riconoscimento, l'Ospedale è il primo della Liguria a ricevere questa certificazione.

- **Open week salute della donna:** in collaborazione con O.N.Da. (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna) il Galliera ha organizzato quattro iniziative: video consigli degli Specialisti dell'Ente riguardanti patologie femminili, reportage su "Progetto SOStegno Donna, infopoint dei volontari dell'Associazione Pensiero Celeste, concerto itinerante in Ospedale del coro "Andante con brio".

Maggio

- **Giornata mondiale igiene delle mani** in collaborazione con il Comitato Infezioni Ospedaliere.
- **Giornata nazionale della salute della mano** Specialisti a disposizione in collaborazione con il Centro di chirurgia della mano.
- **Settimana mondiale della tiroide** in collaborazione con Endocrinologia.
- **Giornata del sollievo** in collaborazione con Cure Palliative.
- **Giornata nazionale dell'Infermiere** concerto degli allievi del Conservatorio "Nicolò Paganini", con la partecipazione di studenti Corso di laurea infermieristica e Istituto professionale "Duchessa di Galliera".

Giugno

- **Giornata mondiale del donatore di sangue** diffusione materiale informativo.

Settembre

- **Giornata "Ehi tu hai midollo?"** Evento dedicato in particolare ai giovani, con testimonial conosciuti a livello nazionale, per spiegare quali patologie sono curabili con il trapianto di midollo e come iscriversi nel Registro nazionale dei potenziali donatori di midollo osseo.

Ottobre

- **Settimana dell'allattamento materno** in collaborazione con Neonatologia.

- **Giornata nazionale Obesity Day** in collaborazione con le dietiste di Endocrinologia.
- **Open Day Osteoporosi** i video- consigli degli specialisti in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da).
- **Giornata della psoriasi** Specialisti a disposizione in collaborazione con la Dermatologia.

Novembre

- **Festival della Scienza** aboratori all'interno dell'Ospedale per studenti, Convegno "Alimentare la longevità con la dieta mediterranea", con la partecipazione di 130 studenti delle scuole secondarie superiori, Convegno "Dall'occhio clinico all'analisi digitale", Palazzo Ducale, con la partecipazione di circa 500 studenti delle scuole secondarie superiori.
- **Settimana del diabete** in collaborazione con la Medicina Interna.
- **Giornata internazionale contro la violenza sulle donne** volontarie FIDAPA e studenti Istituto hanno intervistato i cittadini negli atrii dell'ospedale con un questionario sul tema.

Dicembre

Terzo concorso Presepi Galliera
dedicato ai dipendenti ed alle associazioni di volontariato e tutela presenti in Ospedale.

Eventi aziendali

- **Convention Galliera: 5 febbraio** con argomento "Innovazione in organizzazione e gestione", **25 febbraio** con argomento "Crescita professionale", **18 marzo** con argomento "Hi tech in sanità, Miniinvasività 2.0", **13 maggio** con argomento "Conclusione dei lavori. Dalle idee ai progetti".
- **Giornata della trasparenza** Evento con l'obiettivo di fornire informazioni sul Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, sul Piano e Relazione della Performance, nonché sul Piano anticorruzione.

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.

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

Nel 2016 L'Ufficio Stampa è stato premiato dal "Centro Studi Cultura e Società" di Torino per il progetto sviluppato in collaborazione con la S.C. Informatica e Telecomunicazioni "Eh... click! Salute" all'interno del "Premio Persona e Comunità - V edizione". L'innovativa modalità di comunicazione è stato definito un "Progetto di comunicazione e formazione che, adottando una serie di strumenti multimediali, affronta in modo innovativo il tema dell'informazione sanitaria verso i cittadini, trasformando l'ospedale in un'occasione per costruire una società dell'informazione corretta".

- 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)**
 - **Video Pillole di salute**
 - **Canale YouTube**
 - **Video "Come fare"**
 - **Servizio newsletter digitale**
 - **Area Salute e Benessere su www.galliera.it**

- Prodotti editoriali attivati nel 2015:
- **Video Condividiamo le esperienze**
- Interattività:
- www.galliera.it/20/56/1154/contatti-e-accredito
- www.galliera.it/20/56/1154/salute-e-benessere

I numeri





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 2016.

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 2015 ed in alcuni casi nel 2014.

Anche quest'anno ha partecipato alla stesura del Bilancio un team multidisciplinare in modo da coinvolgere direttamente tutte le strutture organizzative, che per fornire i dati pubblicati si sono avvalse dei diversi sistemi informativi e gestionali presenti nell'organizzazione. Come riferimento metodologico sono state prescelte le linee guida per il reporting di sostenibilità (versione 4) del Global Reporting Initiative (GRI), rispetto al quale è stato adottato il livello CORE, 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.

È stata dedicata attenzione all'individuazione delle numerose e articolate categorie di stakeholder, con riferimento sia alle persone direttamente o indirettamente destinatarie delle cure sanitarie, sia alle risorse umane coinvolte nel processo, ai fornitori, ai volontari, alle istituzioni pubbliche e private che partecipano alle cure, ai media ed a tutti i cittadini interessati al buon funzionamento dell'Ospedale.

Con tutte le categorie di stakeholder sono in atto strumenti di comunicazione e coinvolgimento, descritti all'interno del Bilancio, le cui risultanze sono state utilizzate nel processo di creazione della matrice di materialità, in particolare per selezionare le tematiche oggetto di rendicontazione.

Tutti gli stakeholder coinvolti nel processo per definire gli aspetti materiali del bilancio fanno riferimento all'area geografica italiana e la maggior parte della Regione Liguria.

Durante il processo di definizione degli aspetti rilevanti nessuna categoria di stakeholder ha sollevato criticità.

Correlazione indicatori GRI
Standard generali

Strategia ed analisi		pag.	Assurance esterna
G4-1	Dichiarazione della più alta autorità del processo decisionale in merito all'importanza della sostenibilità per l'organizzazione e la sua strategia.	6, 7	✓

Profilo dell'organizzazione		pag.	Assurance esterna
G4-3	Nome dell'Organizzazione.	15	✓
G4-4	Principali Marchi, prodotti e/o servizi.	36, 37, 38	✓
G4-5	Luogo in cui si trova la sede centrale.	16	✓
G4-6	Riportare il numero di paesi in cui opera l'organizzazione ed i nomi, dove l'organizzazione svolge operazioni significative o che sono particolarmente rilevanti per le tematiche di sostenibilità richiamate nel rapporto.	16	✓
G4-7	Assetto proprietario e forma legale.	15, 16, 17	✓
G4-8	Mercati serviti (utenza).	28, 29, 30, 31	✓
G4-9	Dimensione dell'Organizzazione: numero dipendenti, ricavi netti, quantità di prodotti o sevizi forniti.	80, 131, 132, 37, 38	✓
G4-10	Rendicontare: a. numero totale dei dipendenti suddivisi per genere e contratto; b. numero totale dipendenti a tempo indeterminato per tipo di occupazione e di genere; c. totale dei dipendenti e dei collaboratori in base al sesso; d. il numero totale della forza lavoro suddivisa per genere e per area geografica; e. se una porzione consistente del lavoro dell'organizzazione è svolta da lavoratori legalmente riconosciuti come autonomi, o individui diversi dai lavoratori dipendenti o lavoratori che operano sotto la supervisione dell'organizzazione, compresi i dipendenti e i lavoratori che operano sotto la supervisione degli appaltatori; f. variazioni significative nel numero dei dipendenti.	83 84 84, 101 94 88, 89	✓
G4-11	Percentuale dei dipendenti coperti da accordi collettivi.	85	✓

G4-12	Descrizione della catena di fornitura.	138, 139	✓
G4-13	Variazioni di rilievo nel corso del periodo di riferimento per quanto riguarda le dimensioni dell'organizzazione, la struttura, proprietà, o la sua catena di fornitura, tra cui: • cambiamenti di sedi o servizi, incluso apertura o chiusura di infrastrutture e eventuali espansioni; • variazioni di sede dei fornitori, la struttura della catena di fornitura, o nei rapporti con i fornitori, compresa la selezione e il fine rapporto.	26, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 37, 38, 39	✓
G4-14	Spiegazione dell'eventuale modalità di applicazione del principio o approccio prudenziale.	64, 65, 66, 67	✓
G4-15	Elenca trattati, principi o iniziative su aspetti economici, ambientali e sociali, sviluppati esternamente che sono sottoscritti o approvati dall'organizzazione.	52, 73, 146, 147 148	✓
G4-16	Elenco di adesioni ad associazioni in cui l'organizzazione: • ha una posizione nel corpo di governo; • partecipa a progetti e comitati; • fornisce finanziamenti considerevoli al di là della normale quota associativa; • l'appartenenza viene vista come strategica.	52, 53	✓

Materialità e perimetro del report		pag.	Assurance esterna
G4-17	Elenco delle entità incluse nel bilancio consolidato e di quelle non comprese nel bilancio di sostenibilità.	130, 131, 132, 133	✓
G4-18	Spiegazione del processo per la definizione dei contenuti del bilancio e del modo in cui l'organizzazione ha implementato i relativi reporting principles.	9, 10, 11	✓
G4-19	Lista degli aspetti materiali identificati.	9, 10, 11	✓
G4-20	Per ogni aspetto materiale riportare il relativo perimetro interno all'organizzazione.	9, 10, 11	✓
G4-21	Per ogni aspetto materiale riportare il relativo perimetro al di fuori dell'organizzazione.	9, 10, 11	✓
G4-22	Spiegazione degli effetti di cambiamenti di informazioni inserite nei precedenti bilanci e relative motivazioni.	9, 166	✓
G4-23	Cambiamenti significativi rispetto al precedente bilancio.	9, 166	✓

Coinvolgimento degli stakeholder		pag.	Assurance esterna
G4-24	Elenco degli stakeholder coinvolti.	8	✓
G4-25	Processo di identificazione e selezione degli stakeholder da coinvolgere.	9, 10, 11	✓
G4-26	Approccio al coinvolgimento degli stakeholder includendo la frequenza di tale coinvolgimento e il caso in cui questo sia avvenuto come parte del processo di preparazione del Bilancio di Sostenibilità.	9, 10, 11	✓
G4-27	Aspetti chiave e criticità emerse dal coinvolgimento degli stakeholder e relative azioni.	9, 10, 11	✓

Profilo del Report		pag.	Assurance esterna
G4-28	Periodo di rendicontazione.	159	✓
G4-29	Data di pubblicazione del precedente bilancio.	170	✓
G4-30	Periodicità di rendicontazione.	159	✓
G4-31	Contatti e indirizzi per informazioni sul bilancio.	172	✓
G4-32	GRI content index e scelta dell'opzione "in accordance".	158 da 160 a 166	✓
G4-33	Attestazione esterna.	168, 169	✓

Governance		pag.	Assurance esterna
G4-34	Struttura di governo dell'organizzazione, inclusi i comitati del più alto organo di governo.	da 17 a 25	✓

Etica e integrità		pag.	Assurance esterna
G4-56	Principi, valori e norme di condotta.	21, 61, 120, 121	✓

Standard specifici

Categoria: Economica

Aspetto: Materiali		pag.	Assurance esterna
G4-EC1	Valore economico direttamente generato e distribuito.	da 130 a 137	✓

Categoria: Ambientale

Aspetto: Materiali		pag.	Assurance esterna
G4-EN2	Materiali riutilizzati o riciclati.	126, 127	✓

Aspetto: Energia		pag.	Assurance esterna
G4-EN3	Consumo di energia all'interno dell'organizzazione.	122, 123, 124, 125	✓
G4-EN5	Intensità energetica.	122, 124	✓

Aspetto: Acqua		pag.	Assurance esterna
G4-EN8	Consumo di acqua per fonte.	122, 123, 125	✓

Aspetto: Emissioni		pag.	Assurance esterna
G4-EN15	Emissioni dirette di gas a effetto serra.	122	✓
G4-EN18	Intensità delle emissioni di gas ad effetto serra.	122, 124	✓

Aspetto: Scarichi e rifiuti		pag.	Assurance esterna
G4- EN23	Peso totale dei rifiuti per tipologia e metodi di smaltimento.	126, 127	✓
G4- EN25	Peso dei rifiuti classificati come pericolosi in base alla Convenzione di Basilea (allegati I, II, III, VIII) che sono trasportati, importati, esportati o trattati e loro percentuale trasportata all'estero.	126, 127	✓

Aspetto: Lamentele ambientali		pag.	Assurance esterna
G4- EN34	Lamentele sugli impatti ambientali.	127	✓

Categoria: Sociale

Sotto categoria: Pratiche di lavoro adeguate

Aspetto: Occupazione		pag.	Assurance esterna
G4-LA1	Numero totale e percentuale di nuovi assunti e turnover, per età, sesso e regione.	82, 98, 99	✓

Aspetto: Relazioni di lavoro		pag.	Assurance esterna
G4-LA4	Periodo minimo di preavviso riguardo cambiamenti operativi inclusi quelli specificati negli accordi collettivi.	106	✓

Aspetto: Sicurezza e salute sul lavoro		pag.	Assurance esterna
G4- LA5	Percentuale dei lavoratori rappresentati nel Comitato per la salute e la sicurezza.	109	✓
G4- LA6	Infortuni sul lavoro e malattie, giorni di lavoro persi, assenteismo e numero totale di decessi per distribuzione territoriale e genere.	108, 110, 111, 112	✓
G4- LA8	Aspetti di salute e sicurezza coperti da formali accordi sindacali	106	✓

Aspetto: Formazione e Istruzione		pag.	Assurance esterna
G4- LA9	Ore medie di formazione annue per dipendente, suddiviso per genere e per categoria di lavoratori.	114, 115	✓
G4- LA11	Percentuale di dipendenti valutati sulle performance e sullo sviluppo della carriera, diviso per genere.	40, 41	✓

Aspetto: Diversità e pari opportunità		pag.	Assurance esterna
G4- LA12	Composizione degli organi di governo e ripartizione del personale per categorie di dipendenti, per sesso, età, appartenenza a categorie protette e altri indicatori di diversità.	da 82 a 105	✓

Aspetto: Lamentele sulle pratiche di lavoro		pag.	Assurance esterna
G4- LA16	Lamentele sulle pratiche di lavoro.	103, 104	✓

Sotto categoria: Società

Aspetto: Anticorruzione		pag.	Assurance esterna
G4- SO3	Monitoraggio del rischio di corruzione.	120, 121	✓
G4- SO4	Personale formato sulla prevenzione dei reati di corruzione.	120, 121	✓

Sotto categoria: Responsabilità di prodotto

Aspetto: Salute e sicurezza dei consumatori		pag.	Assurance esterna
G4-PR1	Percentuale delle principali categorie di prodotti/servizi per le quali gli impatti sulla salute e sicurezza sono valutati per promuoverne il miglioramento.	64, 65, 66, 67	✓
G4-PR2	Numero totale di casi di non conformità con i regolamenti e codici volontari riguardanti gli impatti sulla salute e sicurezza dei prodotti/ servizi durante il loro ciclo di vita.	65, 127	✓

Aspetto: Etichettatura di prodotti e servizi		pag.	Assurance esterna
G4- PR5	Risultati relativi alla customer satisfaction.	54, 58, 59, 60	✓

Aspetto: Privacy		pag.	Assurance esterna
G4- PR8	Numero totale dei reclami fondati riguardanti le violazioni della privacy e la perdita dei dati del cliente.	56	✓

Come nelle pubblicazioni degli anni precedenti, 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’I.A. Re.S.S. Regione Piemonte.

Oltre a questi parametri a partire da quest'anno sono presenti nel documento una serie di indicatori che l’Ente ha individuato per monitorare l’efficienza e l’efficacia della propria performance, sia in ambito strettamente sanitario che in relazione ai servizi di supporto.

Indicatori specifici sanitari

Area	Indicatore	pag.
Assistenza sanitaria	n. posti letto	36
	tasso di occupazione posti letto	36
	produzione ospedaliera (ordinaria/DH)	37
	accessi DEA	37
	accessi DEA per codice Triage	37
	appropriatezza accessi DEA	37
	% di abbandoni dal Pronto Soccorso	37
	indice di performance degenza media	38
	complessità della casistica	38
	indice di attrazione extra regione	30



Attestazione di parte terza

6.2

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

Questo Bilancio è stato attestato da IMQ aggiudicatario del servizio a seguito di gara ad evidenza pubblica svoltasi nel corso del 2016. IMQ è anche partner dell'Ente per la certificazione dell'applicazione della norma UNI ISO 9001:2008 "Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti" presso le strutture sanitarie ed amministrative dell'Ospedale.

L'audit al Bilancio di Sostenibilità si è svolto nelle giornate del 30 e 31 maggio 2017 ed è stato condotto con riferimento alle linee guida G4 del GRI. L'analisi puntuale degli indicatori G4 è tesa a verificare la chiarezza, accuratezza, rintracciabilità e affidabilità, su base campionatoria, delle informazioni riportate nel documento.

IMQ ha attestato il documento per il livello di applicazione CORE come dichiarato dall'Ente.



DICHIARAZIONE DI VERIFICA DEL RAPPORTO DI SOSTENIBILITA' VERIFICATION STATEMENT OF SUSTAINABILITY REPORT

Sulla base della verifica a campione delle informazioni riportate nel rapporto, le interviste svolte con i principali rappresentanti dell'Organizzazione e l'analisi delle evidenze fornite, IMQ S.p.A. dichiara che il documento:
With reference to the evaluation activities performed on a sample basic contained in the report, the interviews conducted with the main representatives of the Organization and the analysis of the evidence provided, IMQ S.p.A. declares that the document named:

Bilancio di Sostenibilità 2016

Revisione del 06/06/2017
Version of 06/06/2017

dell'Organizzazione
of the Organization

ENTE OSPEDALIERO "OSPEDALI GALLIERA" GENOVA MURA DELLE CAPPUCCINE 14 - 16128 GENOVA (GE)

E' conforme ai requisiti forniti dalle Linee Guida GRI 4 e al criterio di rendicontazione CORE
Complies with the requirements provided by GRI 4 Guidelines and to CORE reporting criteria

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

06 | 06 | 2017

Data di emissione
Date of issue

Flavio Ormago
Management Systems Division Director



IMQ S.p.A. con Socio Unico | Via Quintiliano 43 I Italia - 20138 Milano | www.imq.it

6.3

Le modalità di comunicazione del report

Il Bilancio di Sostenibilità 2015 è stato presentato il 23 settembre 2016 in occasione della "GioRnata della trasparenza".

Il Bilancio di Sostenibilità 2016 verrà presentato entro il primo semestre del 2017 a tutti gli stakeholder, consentendo anche un momento di confronto da cui trarre spunti di miglioramento per la pubblicazione dell'anno successivo.



Bilancio di Sostenibilità 2016

• Gruppo di lavoro

Coordinatore

Simone Canepa

S.C. Qualità e comunicazione

Alice Lasero

S.C. Qualità e comunicazione

Viviana Riccio

S.C. Qualità e comunicazione

Paolo Casale

S.C. Macroarea amministrativa

Claudio Forte

Direzione Sanitaria

Rita Lionetto

Direzione Sanitaria

Marco Briganti

Direzione Sanitaria

Alessandra Argusti

Ufficio coordinatore scientifico

Micaela Pagliano

Ufficio Relazioni col Pubblico (URP)

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

Elisa Fabbri

S.C. Gestione risorse umane

Lucia Licata

S.C. Gestione risorse umane

Francesco De Nicola

S.C. Affari generali e legali

Barbara Salati

S.S.C. Formazione

Anna Porta

S.S.C. Formazione

Maurizio Traversone

Dip. Gestione opere edili, manutenzioni, grandi progettualità

Ezio Nicolas Bruno Urbina

S.C. RUP - Nuovo Galliera

Giacomo Montecucco

S.C. Prevenzione e Protezione

Francesco Rizzo

S.C. Prevenzione e Protezione

Nadia Cenderello

Comitato Infezioni Ospedaliere

Paola Fabbri

Comitato Infezioni Ospedaliere

Domenico Carratta

Fotografo

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, quali Annual report, Piano Strategico, Statuto e 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

Questo Bilancio di Sostenibilità è disponibile in formato pdf nell'area documenti pubblici del sito www.galliera.it

Per ulteriori informazioni si prega di contattare:

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

- **Grafica e impaginazione**
S.C. Qualità e comunicazione
Viviana Riccio

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



E.O. 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