



Bilancio di Sostenibilità 2017

Il miglior modo per prevedere il futuro è costruirlo
(Peter Drucker)

	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	28
1.5	I pazienti	30
2	Un anno di attività	37
2.1	Assistenza Sanitaria	38
2.2	Le performance	43
2.3	I risultati	46
2.4	Ascolto e soddisfazione	58
3	Miglioramento	67
3.1	La sicurezza del paziente	68
3.2	Sistema Qualità	76
3.3	Ricerca	80
4	Utilizzo delle risorse	85
4.1	Risorse umane	86
4.2	Bilancio di genere	104
4.3	Relazioni sindacali	109
4.4	Sicurezza degli operatori	111
4.5	Formazione	116
4.6	Anticorruzione	122
4.7	Impatto ambientale	124
4.8	Bilancio economico e stato patrimoniale	132
4.9	Fornitori	140
5	Relazioni sociali	145
5.1	Associazioni di volontariato e di tutela	146
5.2	Promozione della Salute	151
6	Il processo di formazione del Report	159
6.1	Perimetro del report e nota metodologica	160
6.2	Attestazione di parte terza	170
6.3	Le modalità di comunicazione del Report	172
	Contatti	174

Indice

Lettera del presidente

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



Il diritto alla salute appartiene al novero dei più rilevanti diritti sociali della persona, la cui tutela da parte delle istituzioni preposte e di tutta la società esprime il livello di maturità di un popolo. Questo è lo spirito con cui opera il nostro Ospedale, e questo documento testimonia come l'impegno vada ancora oltre, incontrando la sfera "sociale" ed "ambientale".

Ho apprezzato molto l'impegno degli operatori in questo anno ed è a loro che rivolgo il mio personale ringraziamento. Altrettanto ho apprezzato la vicinanza delle Istituzioni cittadine e regionali con le quali si è mantenuto un dialogo costante che sono convinto permetterà di traguardare il futuro con speranza.

Il faro, ancora una volta, dovrà essere il bene comune, bene di tutti e di ciascuno, spesso rappresentato dal sollievo della sofferenza dei più fragili, che in questo Ospedale trovano quotidianamente cure competenti e attente, grazie all'opera di medici, infermieri e di tutto il personale.

Mi auguro che la comunità del Galliera rimanga unita negli obiettivi che la attendono per il futuro, portando la testimonianza dello spirito della Duchessa ben oltre le mura che "circondano" l'Ospedale, condividendolo con i vari interlocutori e arricchendo così la comunità civile della nostra Città e del nostro Paese.



Presentazione del Direttore Generale

Dott. Adriano Lagostena

Con la chiusura di questo quinto bilancio di sostenibilità, mi sento di poter affermare che dotarci di questo strumento di misurazione delle nostre attività, e quindi di valutazione, oggi è diventata una prassi che, anche da un punto di vista culturale, ci aiuta nel portare avanti con efficacia e con coerenza le attività e che ci stimola ad assumerci la responsabilità del loro continuo miglioramento.

La "Responsabilità Sociale" è un elemento che caratterizza la natura stessa di una organizzazione che eroga servizi sanitari come la nostra ma oggi deve necessariamente integrarsi con la dimensione economica e quella ambientale. In questo segno durante tutto l'anno l'Ospedale ha svolto la propria missione cercando la massima apertura verso i propri "stakeholder" a testimonianza di quell'assunzione

di responsabilità che dovrebbe essere consona al nostro ruolo di Ente Pubblico.

Passi importanti sono stati fatti nell'innovazione dei modelli assistenziali, sia con l'inaugurazione dell'Area delle Cure Infermieristiche, che con il progressivo completamento dell'organizzazione per intensità di cure che pone il Galliera all'avanguardia nella presa in carico dei pazienti. Nel campo dell'efficientamento dei costi si è proseguito sulla strada dell'utilizzo del modello del "costi standard", ospitando il convegno nazionale nel nostro ospedale e rendendolo un momento di confronto fondamentale con tutte le istituzioni coinvolte a livello locale e nazionale. Il nostro Ospedale oggi vive dunque la contraddizione di una grande spinta innovatrice nelle idee e nei processi che spesso si scontra con una struttura non più adeguata a supportare l'erogazione di servizi sanitari: è per questo che è con determinazione che nel corso dell'anno l'Ente ha voluto portare avanti il percorso verso il nuovo Ospedale, aprendosi al confronto con tutte le parti in causa, ma con la ferma decisione di accelerare questo percorso per dare il prima possibile una casa adeguata ai bisogni dei propri pazienti ed alle esigenze degli operatori.

Mi auguro che tutti coloro che leggeranno questo documento apprezzino i risultati raggiunti grazie allo sforzo di tutti i nostri dipendenti: sono i molti che ogni giorno trascorrono il tempo accanto a coloro che hanno bisogno che rappresentano la nostra forza, ricordandoci con i loro gesti che ciò che costruiamo e che costruiremo poggia su fondamenta solide, su quello spirito di servizio al prossimo che è presente e inesauribile fra le nostre mura.

Gli stakeholder identificati



Analisi di materialità

Nel corso del 2017 è stato ripetuto il processo di identificazione dei temi più rilevanti che riguardano la sostenibilità secondo il metodo identificato nel 2016, 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 ed 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.

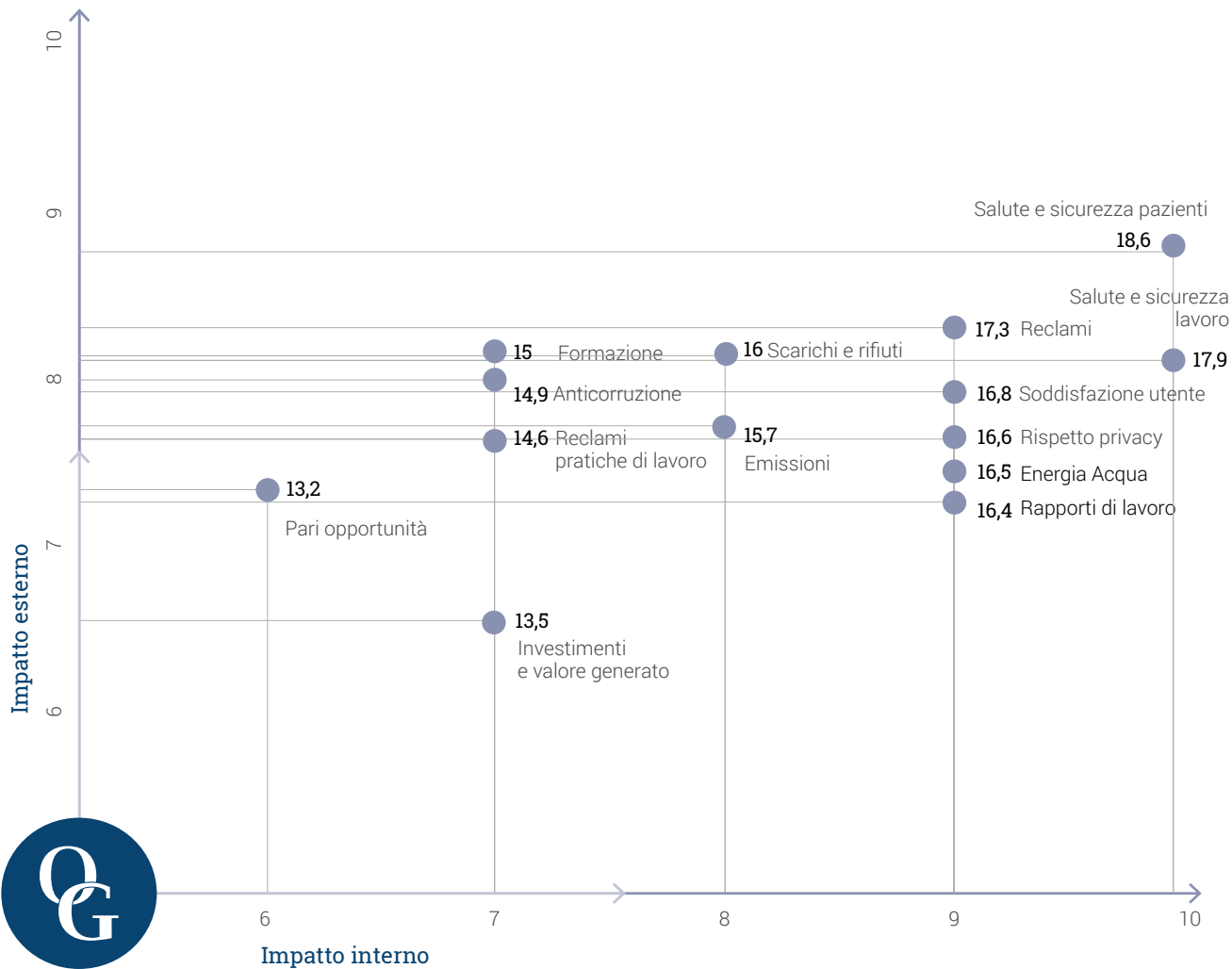
A partire dalla principale linea guida di sostenibilità GRI-G4 è stata effettuata un'analisi di settore, circa i temi materiali identificati da realtà sanitarie e imprese di altri settori con esperienze rilevanti nell'ambito della sostenibilità.

Di particolare rilievo l'analisi della documentazione interna (Piano Strategico, Piano attuativo) e gli incontri effettuati con la Direzione aziendale nel corso del 2017, 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 4 aprile al 4 maggio. 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" il tema di maggior interesse è risultato essere quello dei "reclami" ai quali si aggiungono soltanto in seconda battuta la "salute e sicurezza dei pazienti" e la "soddisfazione dell'utente". Tra chi "presta assistenza" il tema più rilevante per i dipendenti, le ASL e case di cura ed anche i fornitori è risultato essere quello relativo alla "salute e sicurezza dei pazienti", seguito da "salute e sicurezza sul lavoro" per le prime due categorie mentre per i fornitori seguito dai "reclami".

Matrice di materialità



Basso Alto
n° Totale

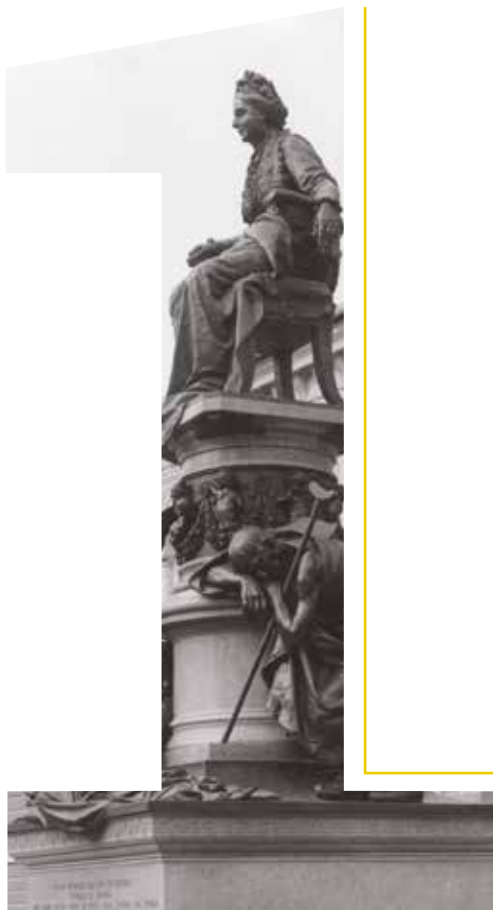
NOTA METODOLOGICA
I pilastri per il modello di sostenibilità dell'E.O. Ospedali Galliera non inclusi nella matrice della materialità sono:
governance / performance economiche / rispetto delle leggi

Definizione matrice di materialità



Scarsa rilevanza assume per le prime due categorie l'aspetto relativo a "Investimenti e valore generato". 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 in particolare il tema della "formazione". Tra il "pubblico" l'interesse ai diversi temi è risultato per la prima volta coincidente tra due categorie apparentemente distanti tra loro: infatti sia gli studenti che gli enti pubblici hanno manifestato maggior interesse oltre che per la "salute e sicurezza dei pazienti" al tema degli "scarichi e rifiuti". Per i sindacati rimangono preponderanti gli aspetti "anticorruzione" e "formazione" mentre per le fondazioni emergono come temi rilevanti quelli della "anticorruzione" e dei "reclami". Infine per gli ordini professionali e associazioni di categoria

gli aspetti di maggior interesse risultano essere quelli legati all'ambiente come "energia/acqua", "scarichi e rifiuti" insieme al "rispetto della privacy". Purtroppo la risposta dei media 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 permettendo di trattare il tema della Sostenibilità in maniera esaustiva e le diverse tematiche in modo più approfondito. I dati più significativi che rappresentano l'Ospedale sono sul sito www.galliera.it nella sezione "I numeri".



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 e la gestione è garantita dalla collaborazione con SANITEC SCS.

La struttura dispone di tre nuclei residenziali per un totale di n.72 posti letto e n.4 posti di accoglienza diurna in fase di preinserimento su Nucleo Alzheimer:

- RSA Riabilitativa: 26 posti letto di cui 3 in regime privato.
- RSA Nucleo Alzheimer: 46 posti letto di cui 15 in regime privato.
- Accoglienza diurna in fase di pre-inserimento in nucleo Alzheimer: 4 posti letto in regime privato.



1.3

Organizzazione interna

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

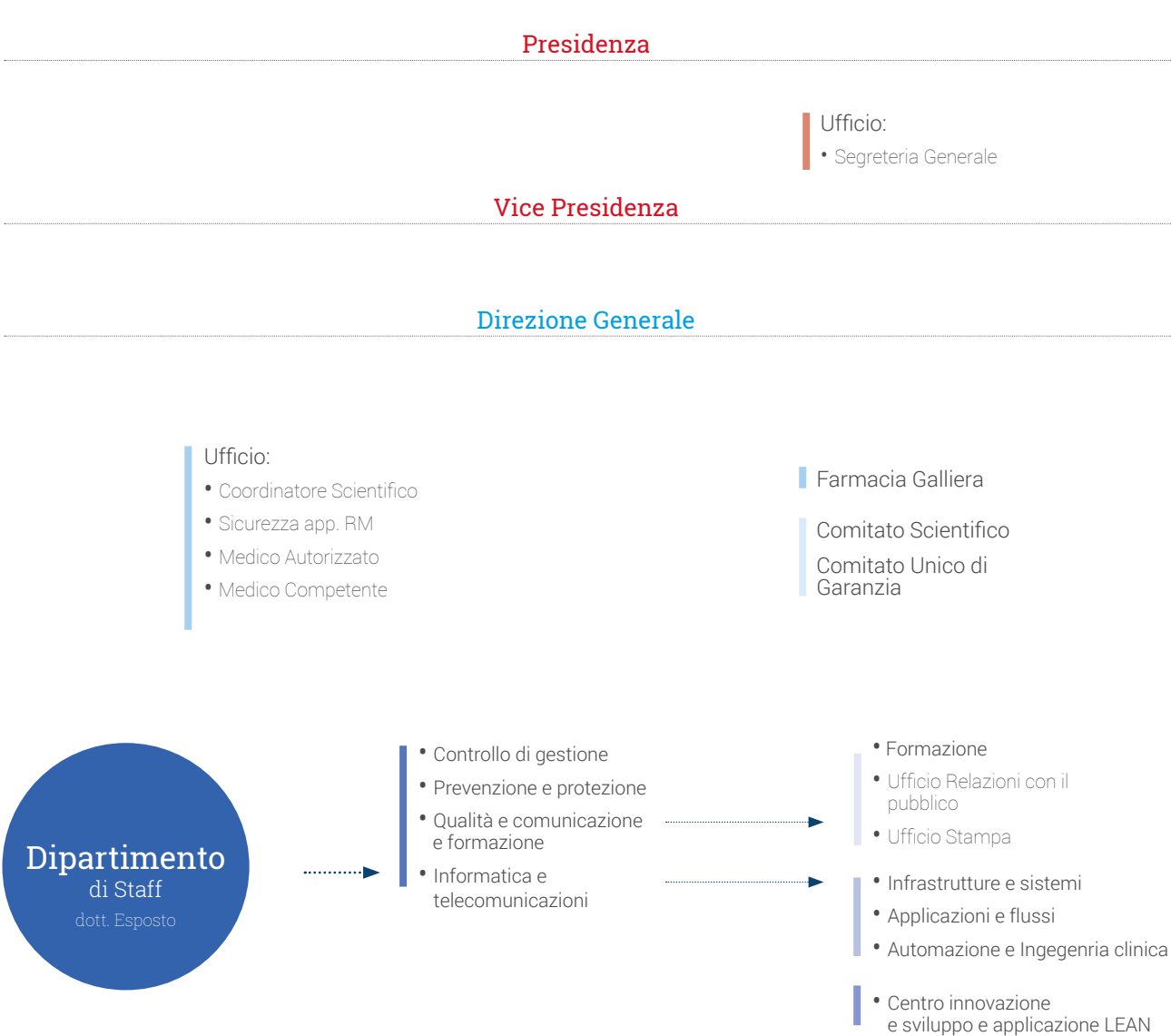
**9 dipartimenti sanitari,
3 amministrativi
2 interaziendali
con una disponibilità di
450 posti letto.**

La Direzione Amministrativa, composta da due 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 formazione, 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

Staff

- 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

Funzioni di coordinamento dei percorsi chirurgici

- 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 - la Carta Etica

L'Ente con Deliberazione del Consiglio di amministrazione n.15 del 10 giugno 2016 ha approvato la Carta Etica. E' attivo un blog di discussione interno e nel corso dell'anno si è svolto il concorso fotografico "Scatto Etico" per favorirne la diffusione, la conoscenza e il confronto.

E' indirizzata a tutti i dipendenti dell'Ente e rappresenta il patto tra gli operatori ed i cittadini.

Si propone di migliorare la qualità della professione ed il benessere della vita lavorativa tracciando linee guida utili all'attività quotidiana verso gli utenti interni ed esterni.

È uno strumento dinamico, aperto ad ulteriori contributi e a continue integrazioni e modifiche, per essere sempre aggiornato.

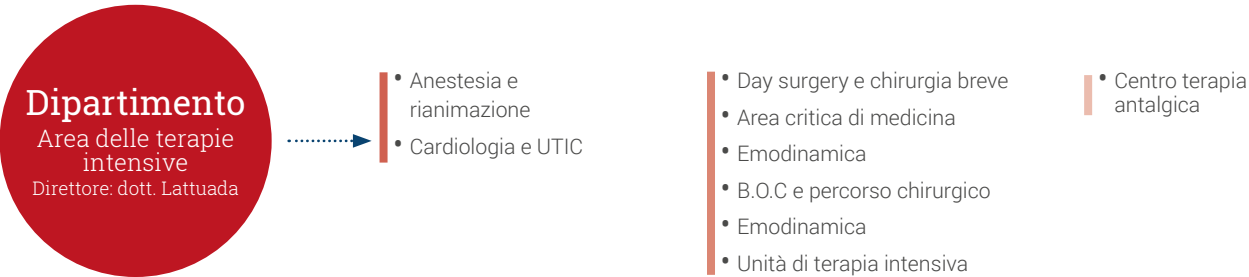
Non è un codice, pur contenendo precisi indirizzi di comportamento, non contiene leggi, regolamenti o rigide norme a cui attenersi.

E' composta da 11 Capitoli che contengono anche suggerimenti operativi in modo che i professionisti non si sottraggano alle proprie responsabilità e rendano onore alla professione. Tanti suggerimenti e consigli rivolti alla mente, ma soprattutto al cuore di chi lavora.

Organigramma Sanitario

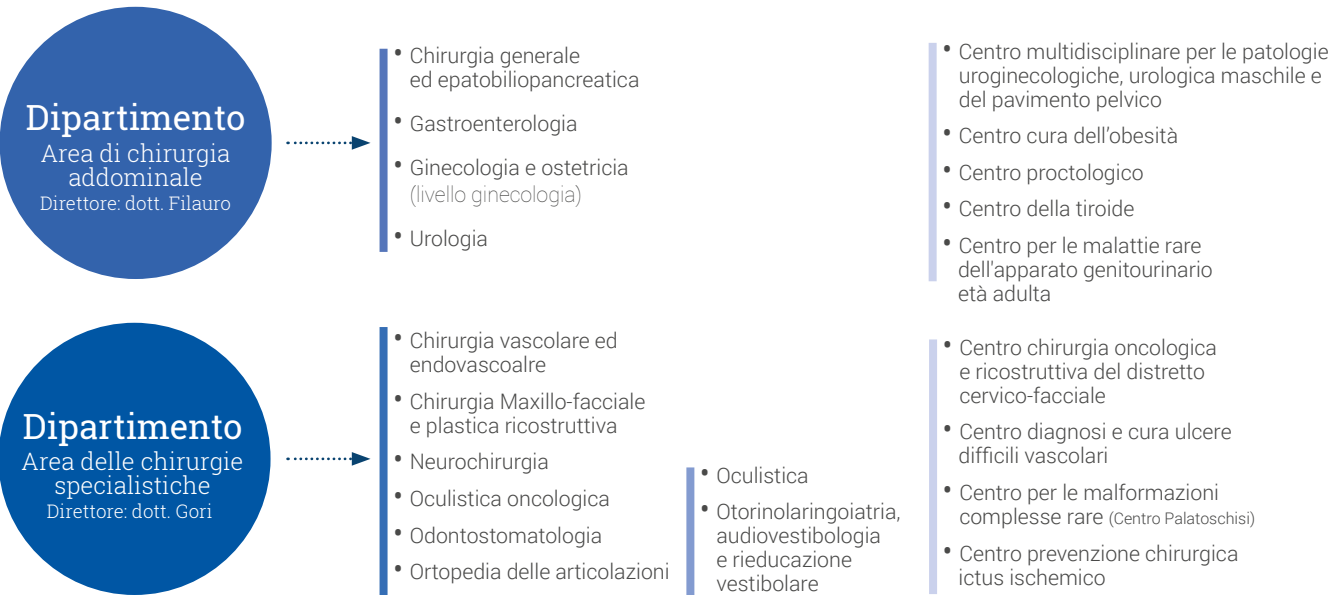
Livello 1

Alta intensità di cure
Coordinatore: dott. L.attuada



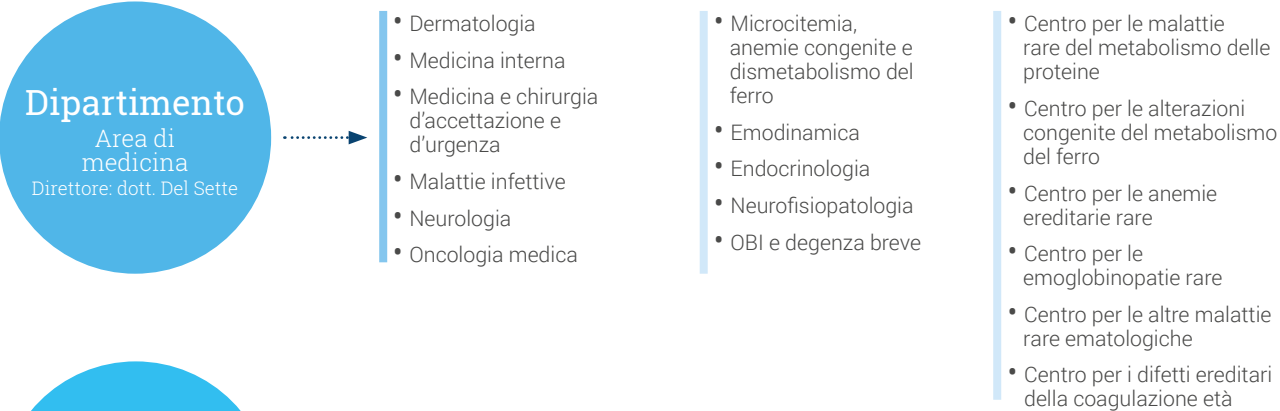
Livello 2 Chirurgico

Media intensità di cure
Coordinatore: dott. Gori



Livello 2 Medico

Media intensità di cure
Coordinatore: dott. Del Sette



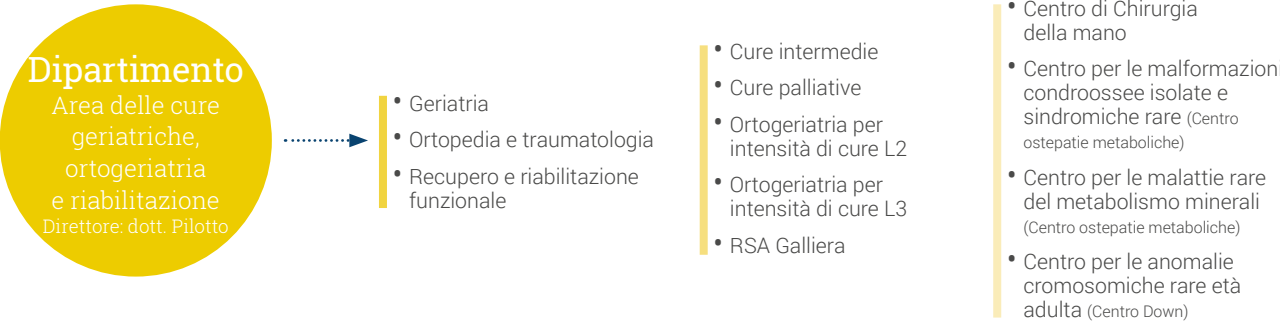
Dipartimento

Area materno infantile
Direttore: dott. Mazzella

- Neonatologia
- Ginecologia e ostetricia (livello ostetricia)
- Fisiopatologia preconcezionale e prenatale

Livello 3

Area delle fragilità
Coordinatore: dott. Pilotto



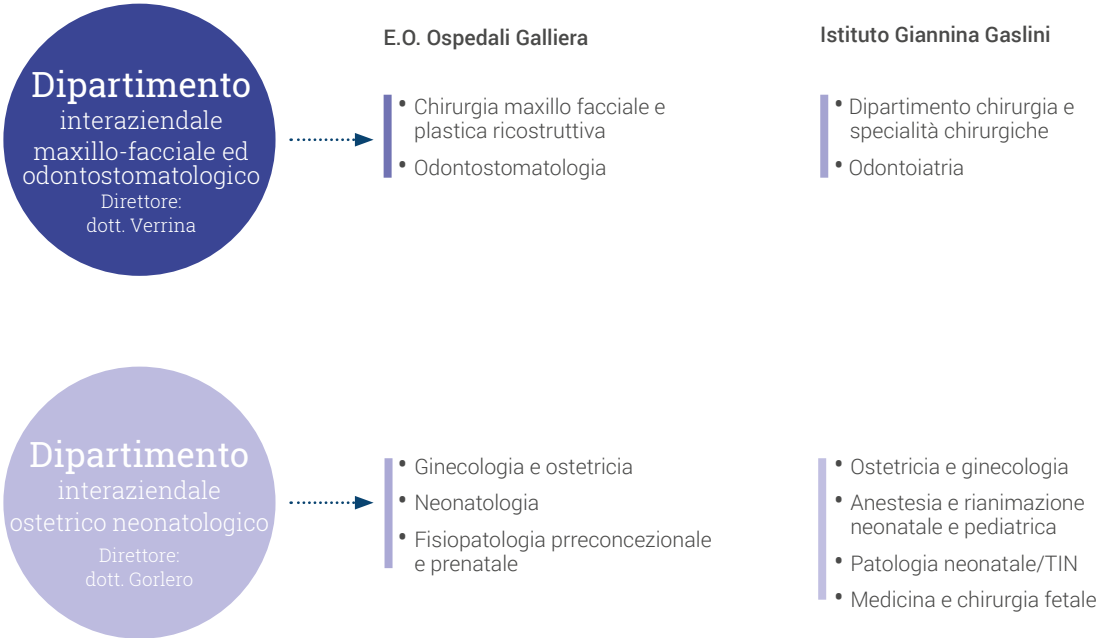
Organigramma Sanitario

Area dei servizi



Dipartimenti interaziendali

tra E.O. Ospedali Galliera e Istituto Giannina Gaslini



Piano Strategico

Il Consiglio di Amministrazione dell'E.O. Ospedali Galliera, il 27 gennaio, ha approvato il Piano Strategico 2017 - 2019. Si tratta del documento di programmazione che delinea la missione, gli indirizzi strategici e gli obiettivi dell'Ente a partire dalla messa a punto del nuovo modello organizzativo - NUOVO GALLIERA - fino all'acquisizione dello status di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) passando attraverso l'adozione di innovative tecnologie e allo sviluppo di attività di ricerca in relazione alla gestione dell'invecchiamento e della fragilità ("Aging").

La prima parte del documento reperibile sul sito istituzionale fra i documenti pubblici, è dedicata al progetto dell'edificio che ospiterà il Galliera



del futuro - GALLIERA NUOVO - concepito come edificio "smart", "green", connesso tramite percorsi snelli, dove troverà il suo massimo sviluppo il nuovo modello organizzativo per intensità di cura già in atto oggi nell'Ospedale della Duchessa. Un capitolo specifico è dedicato all'acquisizione dello status di IRCSS "Aging", passo motivato dall'alto livello raggiunto nella ricerca scientifica negli ultimi 10 anni al Galliera e per il ruolo di reference site Europeo sul tema "Active and Healthy Aging" in Horizon2020.

La seconda parte del Piano Strategico 2017 - 2019 è dedicata ai processi ed alle infrastrutture a supporto degli obiettivi proposti quali l'ingegnerizzazione ed informatizzazione dei processi, il sistema Lean, lo sviluppo dei DMT, l'introduzione di nuove professionalità (es. farmacologo clinico) e il potenziamento delle reti interaziendali, interprofessionali, sociali, internazionali.

La ricerca e l'implementazione tecnologica (imaging morfo - funzionale; mini - invasività e tecnologie robotiche; genomica) rivestono un ruolo di primo piano all'interno del documento di programmazione, al pari delle politiche e degli strumenti che favoriscono il raggiungimento degli obiettivi: la governance, la qualità e sicurezza oltre che alla prevenzione della corruzione e trasparenza.

Ultimi, ma non per importanza, i capitoli dedicati al Bilancio di Sostenibilità ed alla Carta Etica. In conclusione, tale Piano Strategico intende fornire la proposta di un insieme organico di interventi che consentano, in un arco temporale definito, di migliorare la qualità delle risposte assistenziali ed il grado di soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione.

Convenzione

Un traguardo importante è stato tagliato in chiusura del 2017 da Regione Liguria e Galliera: il presidente regionale Giovanni Toti ha firmato la nuova convenzione con l'Ente Ospedaliero di Carignano.

Nell'occasione il Governatore della Regione ha ricordato come la precedente convenzione, firmata nel 1998 e poi prorogata di anno in anno, non fosse più adeguata, nè dal punto di vista giuridico, nè per rispondere alle nuove sfide che l'ospedale è chiamato ad affrontare. Infine ha ribadito come l'attuale convenzione inserisce a pieno titolo il Galliera nel sistema sanitario regionale e nel tessuto cittadino, anche alla luce dell'importante intervento di ristrutturazione edilizia di cui sarà oggetto nei prossimi anni.



La nuova convenzione definisce il ruolo del Galliera nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale ed i rapporti tra Regione ed ospedale. In base a quanto stabilito dal documento, il Galliera garantisce il coordinato inserimento delle proprie strutture operative nell'ambito della rete ospedaliera regionale e dell'offerta assistenziale territoriale dell'area metropolitana; l'integrazione dei propri servizi nel sistema di emergenza sanitaria regionale e nelle reti per le patologie complesse tempo-dipendenti. La convenzione vale a tempo indeterminato.

I vertici dell'ospedale genovese hanno ringraziato il presidente Toti e la vicepresidente e assessore alla Sanità Viale per la firma della convenzione, apprezzando che tale traguardo sia anche l'espressione di una volontà comune e condivisa che guarda alla realizzazione del Nuovo Galliera e all'obiettivo di riconoscimento di IRCCS.

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:

- in forma di ricovero di urgenza ed emergenza,
- in forma di ricovero ordinario programmato anche a ciclo diurno (day hospital - day surgery),
- in forma di ospedalizzazione domiciliare, per i pazienti geriatrici ed oncologici, attraverso la Struttura Cure Domiciliari e la Struttura Cure Palliative,
- intrattamento 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 affерisce all'Ospedale si rivolge a settori di eccellenza tra i quali la neurochirurgia, la



medicina nucleare, l'oculistica oncologica 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 2017 i nuovi nati siano stati

Ricoveri per stato di cittadinanza

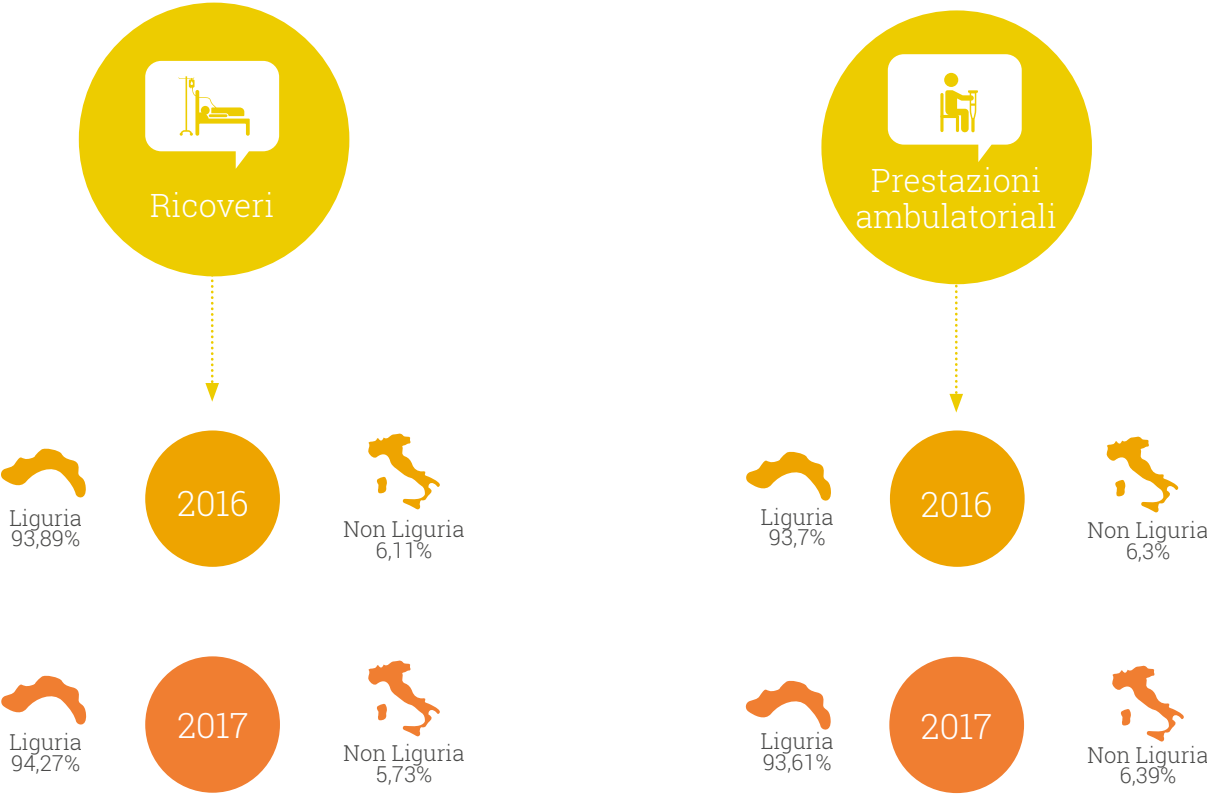
	2016	2017
Italia	21.784	21.710
Ecuador	336	307
Albania	210	186
Marocco	165	143
Romania	136	128
Nigeria	78	91
Senegal	74	78
Peru'	67	67
Bangladesh	44	62
Ucraina	39	43
Cina	42	30
Tunisia	44	30
Francia	10	29
Altro	504	502
Totale	23.533	23.406

circa un migliaio e i bambini in età scolare con patologie chirurgiche maxillo facciali ricevano trattamenti di eccellenza. Nel caso degli accessi in Pronto Soccorso gli accessi degli over 70 sono in aumento rispetto al 2016 con il 25,48% dei casi.

Accessi Pronto Soccorso per stato di cittadinanza

	2016	2017
Italia	39.928	38.102
Ecuador	1.685	1.504
Marocco	1.356	1.160
Senegal	818	742
Albania	747	701
Romania	644	669
Nigeria	646	585
Bangladesh	370	423
Peru'	330	325
Tunisia	265	227
Ucraina	187	173
Gambia	150	169
Bosnia-Erzegovina	107	161
Altro	3.356	3.211
Totale	50.589	48.152

Attrazione da fuori regione



Accessi Pronto Soccorso per fasce di età e genere

2016

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
<=20	1.534	2.130	3.664
21-30	3.684	3.841	7.525
31-40	4.117	3.550	7.667
41-50	3.401	3.968	7.369
51-60	3.208	3.608	6.816
61-70	2.516	2.648	5.164
>70	7.233	5.151	12.384
Totale	25.693	24.896	50.589

2017

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
<=20	1.442	2.033	3.475
21-30	3.472	3.556	7.028
31-40	3.854	3.203	7.057
41-50	3.175	3.732	6.907
51-60	2.997	3.739	6.736
61-70	2.409	2.558	4.967
>70	6.886	5.096	11.982
Totale	24.235	23.917	48.152

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

2016

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
<=20	75	112	187
21-30	198	221	419
31-40	259	290	549
41-50	498	430	928
51-60	637	682	1.319
61-70	867	1.089	1.956
>70	4.413	3.400	7.813
Totale	6.947	6.224	13.171

2017

Fasce di età	Femmine	Maschi	Totale
<=20	123	185	308
21-30	234	284	518
31-40	325	337	662
41-50	594	578	1.172
51-60	837	892	1.729
61-70	1.036	1.350	2.386
>70	4.718	3.854	8.572
Totale	7.867	7.480	15.347

Telefono interculturale

L' Interpretariato Telefonico multilingue è un servizio attivo dal 2010 voluto per favorire la comunicazione tra gli operatori e le persone straniere attraverso la disponibilità di un interprete sempre a disposizione 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

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

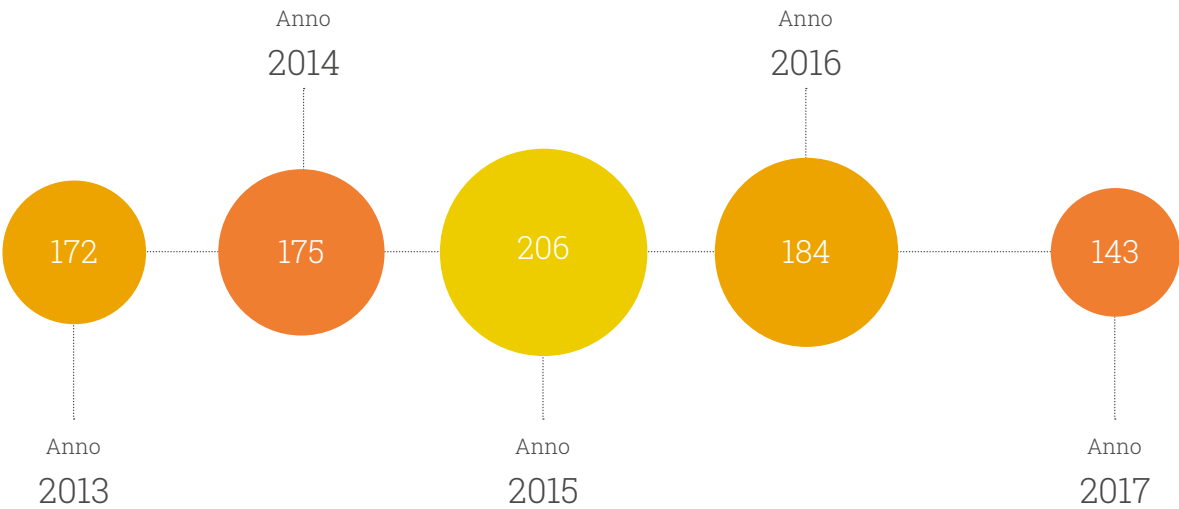
Le lingue più richieste nel 2017 sono state romeno (22), francese (18), arabo (16), cinese (16).

Sono state richieste particolari lingue straniere come amarico (Etiopia), malgascio (Madagascar), dari (Afghanistan), temba (Niger- Congo).

Le strutture che hanno utilizzato maggiormente il servizio sono state: Pronto Soccorso, OBI e Degenza Breve, Oculistica Oncologica, Malattie Infettive e Ortogeriatría Livello 2.



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

Il confronto sull'attività di ricovero dei due anni deve considerare che a partire dal 2017, su disposizione regionale, la cosiddetta "one day surgery", ovvero il ricovero in regime di day surgery caratterizzato da un pernottamento del paziente, è stato convertito secondo logiche di appropriatezza o in ricovero ordinario di un giorno o in day surgery vera e propria, senza pernottamento. Tale nuova modalità di classificazione dei pazienti ha comportato di fatto il trasferimento degli stessi pazienti da un regime all'altro, con le relative implicazioni sui macronumeri, sui valori della degenza media, del peso medio e della valorizzazione che storicamente caratterizzavano i due regimi. Per consentire un confronto quanto più omogeneo tra i due anni si è ritenuto opportuno rappresentare in un'unica tabella i dati relativi ai due regimi. La tabella comprende altresì i dati dei pazienti dimessi dal reparto a conduzione infermieristica ACI, nuovo modello organizzativo avviato nell'Ente il 25/05/2017 con il supporto della Regione, destinato ad ospitare pazienti clinicamente stabili, provenienti da altri reparti dell'Ente, che hanno completato il percorso diagnostico/terapeutico ma che necessitano ancora di una continuità assistenziale complessa di tipo infermieristico prima del rientro a domicilio o in residenze sanitarie assistenziali.

Indicatori di attività sanitaria



* 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

	2016	2017	Scostamento
Regime ordinario*	15.544	17.567	13,02%
Regime DS	3.919	1.599	-59,20%
Subtotale ordinario + DS	19.462	19.166	-1,52%
Regime DH	4.071	4.240	4,15%
Totale attività	23.534	23.406	-0,54%

* Comprensivi Nido, riabilitazione Cure intermedie

La fotografia dell'attività di ricovero svolta nel 2017 confrontata con l'attività 2016 evidenzia, nell'ambito di una complessiva tenuta sostanziale, una lieve flessione, pari a circa l'1,5%, del numero di pazienti trattati in regime di ricovero ordinario e di day surgery e un incremento del numero di pazienti trattati in regime di day hospital di oltre il 4%: quest'ultimo risultato è in larga parte attribuibile alle strutture dermatologia, endocrinologia e microcitemia.

Accessi al Pronto Soccorso

	2016	2017	Scostamento 2016/2017
Codice bianco	4.453	4.234	-4,92%
codice verde	28.392	26.435	-6,89%
codice giallo	14.802	15.203	2,71%
codice rosso	2.937	2.275	-22,54%
Accessi totali PS *	50.589	48.152	-4,82%
Inappropriatezza accessi (cod.bianchi)	8,80%	8,79%	-0,11%
N. Accessi seguiti da ricovero	10.261	9.935	-3,18%
N. Abbandoni	2.736	2.574	-5,92%

* Comprensivi di codici neri e non attribuiti

DEA area metropolitana

Anno	Accessi	Ricoveri	Accessi/Ricoveri
2017	172.578	36.140	20,94 %

Fonte: DWH Regionale - al 10/04/2018

Nel corso del 2017 gli accessi al Pronto Soccorso hanno registrato rispetto al 2016 una flessione di circa 2.400 pazienti, pari al 4,82%, contenuta però nell'1,5% per quanto riguarda i codici gialli e rossi, maggiormente o interamente destinati al ricovero. E' rimasta pressoché costante nei

due anni la percentuale di pazienti che accedono al Pronto Soccorso che vengono poi ricoverati, pari a circa il 20%, a testimonianza di un livello di appropriatezza del ricovero che sotto questo profilo può dirsi consolidato. Come noto, il Pronto Soccorso rappresenta una variabile molto significativa nelle dinamiche sanitarie, i cui flussi, di per sé imprevedibili e pur a fronte del notevole impegno della Direzione aziendale finalizzato a canalizzare separatamente i pazienti dell'urgenza e quelli dell'elezione, non di rado finiscono per impattare sull'attività elettiva.

L'attività specialistica ambulatoriale per esterni ha registrato nel 2017 una flessione di circa il 3,5% rispetto al 2016, in buona parte

attribuibile a problematiche di tipo logistico e di dotazione tecnologica o alle mutate regole di appropriatezza prescrittiva.

Attività ambulatoriale

	2016	2017	Scostamento 2017/2016
Attività ambulatoriale per esterni	1.467.027	1.415.612	-3,5%
Attività ambulatoriale per interni	1.303.418	1.338.428	2,69%
Totale attività	2.770.445	2.756.057	

Il confronto della degenza media nei due anni risente del fatto che dal 2017 sono gestiti in ricovero ordinario di un giorno pazienti che fino al 2016 erano ricoverati in regime di one day surgery, ovvero day surgery con un pernottamento.



Performance attività di ricovero

	2016		2017	
	Regione	Galliera	Regione	Galliera
Degenza media giorni	8,65	8,49	8,15	7,78
Peso medio DRG	1,22	1,24	1,22	1,25
Indice di case mix		1,02		1,02

Fonte: DWH Regionale - al 11/04/2018



ACI
Area Cure iInfermieristiche

E' stata presentata il 25 maggio 2017 la nuova area di degenza a conduzione infermieristica (Padiglione 0 B7).

Si tratta della prima struttura attivata nel nord Italia in cui i pazienti sono affidati al personale infermieristico sotto l'aspetto organizzativo e assistenziale, fermo restando la tutela clinica del medico del reparto di provenienza.

Nella nuova area, dotata di n. 12 posti letto, sono ospitati pazienti clinicamente stabilizzati, dopo aver superato la fase acuta, che necessitano di una tipologia assistenziale infermieristica a media-bassa intensità.

L'attivazione dell'Area di degenza a conduzione infermieristica è stata disposta dall'E.O. Ospedali Galliera, in conformità alle indicazioni regionali che prevedono, inoltre, una collaborazione istituzionale con lo stesso Ospedale e l'Azienda S.P.E. Brignole per l'istituzione di una seconda area a conduzione infermieristica di 12 posti letto, al fine di facilitare la continuità assistenziale ospedale territorio.

Nella nuova struttura vengono ospitati ed assistiti pazienti clinicamente stabili, provenienti da tutti i reparti ospedalieri ad esclusione delle Strutture ad alta intensità di cura (Rianimazione e UTIC).

Si tratta di un modello assistenziale utile per tutti i pazienti che abbiano completato il percorso diagnostico/terapeutico di elevato valore tecnologico e clinico, ma che necessitino ancora di una continuità assistenziale complessa, di tipo infermieristico, prima del rientro a domicilio o in residenze sanitarie assistenziali.

L'attivazione di posti letto dedicati a tale modello assistenziale consentirà, inoltre, di ottimizzare le giornate di degenza, ovvero la durata dei ricoveri e di conseguenza la disponibilità di posti letto nell'Ospedale per i pazienti acuti, e di diversificare il bisogno e la tipologia di assistenza infermieristica, consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto per acuti di provenienza.

In particolare, i pazienti ospitati presentano le seguenti caratteristiche: sono affetti da patologie cronico-degenerative e/o patologie acute; sono dimissibili dal reparto per acuti; hanno la necessità di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto attraverso un'assistenza infermieristica continuativa 24 ore su 24.

Sotto il profilo organizzativo, gli infermieri assicurano la presa in carico e coordinano il percorso di uscita del paziente dall'Ospedale, attivando un supporto domiciliare telefonico e programmando le successive visite in ambulatorio infermieristico. La degenza massima, di norma, è prevista in 15 giorni.

Per quanto riguarda, infine, il rapporto con pazienti e familiari, il reparto è impostato in modalità "aperta", ossia offre una fascia oraria di accesso molto ampia (7.00 - 21.00), per rendere il più agevole possibile la relazione tra la persona ricoverata ed i suoi familiari.



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 già nel 2014 si può dire consolidato, è stato sperimentato per il secondo anno un sistema innovativo di valutazione delle performance professionale individuali.

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 performance" 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 2017 è stato approvato con deliberazione n. 8 del 12 maggio 2017 dal Consiglio di Amministrazione, ed è stato adottato sulla base del Piano Strategico 2017-2019 e del relativo piano triennale delle performance.

Risultati di budget 2017

Strutture/servizi	=100%	tra 90% e 99%	tra 80% e 89%	tra 70% e 79%	Minore di 70%	Totale
Area sanitaria	3	5	15	13	19	55
Area amministrativa	16	1	0	0	0	17
Totale	19	6	15	13	19	72
Percentuale	26,39%	8,33%	20,83%	18,6%	26,39%	100%

* *Comprensivo del risultato di Direzione sanitaria, Farmacia, Igiene ospedaliera.

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 il 2017 è rimasto invariato il vigente impianto della produttività collettiva e della connessa valutazione individuale che prevede annualmente:

- incontri informativi con tutto il personale in merito agli obiettivi assegnati alla struttura servizio di appartenenza;
- colloquio di valutazione intermedio, effettuato da parte dei coordinatori/dirigenti, 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;
- 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.

Anche per quanto riguarda la Dirigenza, è rimasta invariata per l'anno 2017 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 alle rispettive strutture 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, comunque, procedendo ad una rivisitazione complessiva del sistema di valutazione con particolare riferimento alla performance individuale, in coerenza con il dettato normativo ed i principi ispiratori di riferimento di cui al D.Lgs. 150/2009, anche

attraverso l'individuazione di specifici indicatori che tengano in considerazione le differenti aree di appartenenza del personale, nonché le categorie ed i profili professionali di appartenenza dei/delle singoli/e dipendenti.

Personale del Comparto valutabile nel 2017

pari a n. 1.490 unità

Trattasi di tutto il personale che ha prestato servizio presso l'Ente nel corso del 2017, ivi compreso il personale cessato al 31/12/2017.

Personale del Comparto soggetto a valutazione nel 2017

pari a n. 1.421 unità

Come previsto da accordo sindacale trattasi del personale con presenza in servizio superiore a 420 ore nel corso dell'anno, pari al 95,37% del totale del personale.

Valutazione*	U	%	D	%	Tot	%
inferiore a 25	1	0,26	0	0	1	0,07
da 25 e fino a 35 compreso	12	3,17	23	2,21	35	2,46
superiore a 35 e fino a 40 compreso	22	5,8	43	4,13	65	4,57
superiore a 40 e fino a 45 compreso	44	11,61	82	7,87	126	8,87
superiore a 45 e fino a 50	300	79,16	894	85,8	1.194	84,03
Totale	379	100	1.042	100	1.421	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

L'analisi comparata degli indicatori sull'attività di ricovero ordinario evidenzia un incremento del numero di pazienti dimessi (A,B) in particolare dei casi chirurgici (G). Tale incremento è in parte correlato alla maggiore disponibilità di posti letto ordinari avuta nel 2017 (n. 12 assegnati al nuovo reparto di cure infermieristiche - ACI), ma soprattutto alla riconversione in regime ordinario di oltre il 50% di ricoveri prima effettuati in regime di day surgery (one-day-surgery).

I ricoveri di day surgery con pernottamento (one-day-surgery) sono stati infatti riconvertiti in regime ordinario a partire dal 1/1/17 (O,P). Il numero dei ricoveri ordinari acuti, al netto dei casi di 0-1 giorno presenta, invece, un lieve decremento (E) in coerenza con la riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso (M,N). Sempre per

effetto della riconversione della one-day-surgery, appare fortemente ridotta la degenza media in area chirurgica (Q); una riduzione della degenza per i ricoveri chirurgici si rileva comunque, ancorché molto più contenuta (-0,8%), anche al netto dei casi di 0-1 giorno (R).

In area medica, invece, si registra un incremento della durata della degenza, media al netto dei casi di 0-1 giorno (S,T) relativamente ai ricoveri ordinari acuti, così come in area riabilitativa (U). Per quanto riguarda il peso medio la riduzione riscontrata nei casi acuti (C) è sempre effetto della già citata riconversione, al netto della quale risulta un mantenimento del livello di complessità dei ricoveri (F) il cui valore si mantiene superiore alla media regionale (D).

Riguardo alla gestione dei posti letto ordinari in dotazione all'Ente, il tasso di occupazione pari al 96,7% (Z), il più alto nell'area metropolitana e superiore alla media regionale (86%). e l'intervallo di turnover (V) pari a 0,26 giorni - ne riprovano l'efficiente utilizzo.



Attività di ricovero ordinario

Descrizione		Indicatori		2016	2017	Delta %
A	RICOVERI ORDINARI	TOTALI ¹	N°	15.543	17.567	+13,0
B			N°	13.661	15.539	+13,7
C		ACUTI ²	Peso Medio	1,28	1,25	- 2,4
D			ICM ³	1,02 (1,03)	1,02 (1,04) ⁴	-
E		ACUTI ⁶	N°	12.492	12.418	- 0,59
F			Peso Medio	1,32 (1,13)	1,32 (1,13) ⁵	-
G		CASI CHIRURGICI	N°	4.960	6.519	+31,4
H			Peso Medio	1,87	1,69	-9,6
I		CASI MEDICI ⁷	N°	1,87	9.020	3,7
L			Peso Medio	0,95	0,92	-3,2
M		da Pronto Soccorso	N° - PM	9.666 (P=1,17)	9.414 (P=1,16)	-2,6
N			N. CASI CHIR. Peso Medio	1.915 (P= 2,04)	1.842 (P= 2,08)	-3,8
O	Effetto riconversione in regime ordinario one day-surgery ⁸	ricoveri ordinari 0-1 giorno		1.321	3.221	+143,8
P		n. ricoveri in day surgery		3.919	1.599	-59,2
Q	DEGENZA MEDIA	ricoveri ord. chirurgici		8,10	6,49	-19,9
R		ric. ord. chir. esclusi 0-1gg		8,55 (P=1,9)	8,48 (P=1,87)	-0,8
S		ricoveri ord. medici acuti		8,36	8,15	- 2,5
T		ricoveri ord. med. esclusi 0-1 gg		9,18 (P=0,97)	9,47 (P=0,96)	+3,2
U		area riabilitativa e cure int. ⁹		19,13	20,62	+3,2
V	Intervallo di turnover ¹⁰			0,22	0,26	+18,2
Z	Tasso di occupazione posti letto ¹¹			97,6	96,7	-0,9

1. Compresi nido, riabilitazione e cure intermedie e nuovo reparto a gestione infermieristica (ACI).
2. Ricoveri ordinari acuti (esclusi SPDC, nido, riabilitazione, cure intermedie e ACI).
3. ICM = Indice di Case Mix è il rapporto fra il peso medio dei ricoveri ordinari acuti e quello medio regionale (o nazionale).
4. Valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto alla media regionale/nazionale. Può essere usato come misura il peso DRG o il peso APRDRG (All Patient Refined DRG), quest'ultimo più affidabile per misurare le differenze di gravità tra i medesimi casi clinici (DRG).
5. Tra parentesi l'ICM misurato con APRDRG. Vedi nota precedente.
6. Ricoveri ordinari acuti esclusi SPDC, nido, riabilitazione, cure intermedie, ACI e 0-1 giorno.
7. Tra parentesi l'ICM misurato con APRDRG. Vedi nota 3.
8. Totale dimessi con DRG medico esclusi nido, spdc, riabilitazione e cure intermedie.
9. A partire dal 1 gennaio 2017 i ricoveri in precedenza rendicontati come day surgery con un pernottamento (one-day- surgery) sono riconvertiti in ricoveri ordinari di 1 giorno.
10. Escluso reparto a gestione infermieristica (ACI).
11. 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.
12. Calcolato escludendo Nido e ricoveri ordinari relativi a pazienti entrati e usciti nello stesso giorno.

Indicatori di appropriatezza clinico-organizzativa e qualità assistenziale

L’analisi comparata degli indicatori di performance riportati in tab.2 consente di valutare la qualità assistenziale sia sotto il profilo organizzativo che clinico. Gli indicatori di efficienza dell’attività di ricovero ordinario, evidenziano un incremento della durata della degenza media rispetto all’anno precedente (A), risultando pari a circa l’1% in più rispetto alla media regionale a fronte tuttavia di un livello di complessità dei ricoveri che si

mantiene superiore a quello medio regionale (C, D). L’incremento della durata va correlato, in particolare nell’area medica, alla presenza di pazienti anziani fragili con problematiche socioassistenziali che ne ritardano la dimissione (L). Per quanto riguarda i ricoveri da Pronto soccorso – che rappresentano la maggioranza dei ricoveri ordinari acuti (v. tab 1 B, M) – i dati confermano il buon livello di appropriatezza ormai raggiunto (U); mentre, per quanto riguarda i tempi di attesa per la visita, l’indicatore relativo ai codici gialli (T) evidenzia una performance inferiore all’anno precedente. Quest’ultimo dato va tuttavia contestualizzato all’area metropolitana, in cui il Galliera è uno dei tre DEA (escluso Gaslini), rapportando l’entità dell’afflusso di pazienti verso il Pronto Soccorso

Legenda tabella 1

- 1. Esclusi dal calcolo: nido e ricoveri ordinari relativi a pazienti entrati e dimessi nello stesso giorno nonché i ricoveri di riabilitazione e lungodegenza.
- 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) sulla base del rapporto tra le giornate di degenza attese - qualora la composizione dei DRG dello standard di riferimento (regione) fosse la medesima dell'ospedale X - e le giornate realmente osservate. Dal calcolo sono esclusi gli o-1 giorno.
- 3. Tutti i dati riferiti all'Italia sono tratti dal rapporto SDO 2016 del Ministero della Salute.
- 4. Il peso medio è calcolato sui ricoveri ordinari acuti, esclusi 0-1 giorno ed esclusi Nido ed SPDC nonché, a livello regionale, i privati convenzionati.
- 5. E' il rapporto tra il peso medio aziendale (C) e quello di riferimento (regionale); esprime quindi la complessità dei casi trattati in rapporto alla complessità media dello standard di riferimento.
- 6. La % è calcolata sulle medesime discipline. E' un indicatore di appropriatezza e di esito ovvero di qualità assistenziale.
- 7. I DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario sono quelli elencati nell'allegato B al Patto per la Salute 2010-2012 (calcolo "GRIGLIA LEA"). L'indicatore rappresenta il rapporto tra DRG ad alto rischio di inappropriatezza e restanti DRG in ricovero ordinario, con alcune esclusioni indicate dal Ministero.
- 8. Valore obiettivo 2017 del Ministero della Salute (Adempimenti LEA).
- 9. Classi di valutazione PNE (allegato DM 21 giugno 2016).
- 10. L'indicatore (standardizzato PNE) indica la % di parti cesarei effettuati su donne con nessun pregresso cesareo.
- 11. DEA metropolitani escluso Gaslini.
- 12. DEA area metropolitana escluso Gaslini.
- 13. Il Patto per la Salute 2012 definiva alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anzichè in ricovero ordinario se sottoposti a trattamenti meno invasivi: 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.
- 14. "fratture del collo di femore: mortalità a 30 gg": PNE 2017: rischio relativo aggiustato (RR ADJ =0,94) – PNE 2016: RR ADJ =0,99.
- 15. Il tasso dei tagli cesraei primari è calcolato secondo i criteri ministeriali che non prevedono la stratificazione del rischio come PNE ed escludono dal calcolo non residenti in Italia. Le quali fossero comprese nel calcolo la percentuale scenderebbe a 21,9% (media reginale 22,4 %).

Indicatori di performance

Descrizione		2016	2017	Liguria 2017	Note
A	Degenza media standardizzata per case-mix ¹	8,11	8,19	8,09	Fonte dati A.Li.Sa
B	Indice Comparativo di Performance (ICP) ²	1,03	1,03	1	Liguria verso Italia ³ 2016: 1,06
C	Peso medio ricoveri ordinari (P) ⁴	1,32	1,32	1,30	Italia 2016: 1,19
D	Indice case-mix (ICM) ⁵	1,02	1,02	1	Liguria verso Italia 2016: 1,05
E	% ricoveri ripetuti a 30gg stessa MDC ⁶ (MeS C5.1)	3,7%	3,5%	4,5%	Valore ottimale: <4,3% Italia 2016: 13,2
F	Degenza media preoperatoria ricoveri programmati (MeS C3.4)	0,96	0,85	dato non disponibile	Valore ottimale: <1
G	% DRG medici ricoveri ordinari dimessi da reparti chirurgici (MeS C4.1.1)	10,6%	11,3	16,7	Valore ottimale: <15%
H	Ricoveri ordinari inappropriati con riferimento ai cosiddetti DRG a rischio di inappropriatezza 7 (MeS C4.13)	0,10	0,12	2016: 0,13 2017: 0,16	Valore atteso: <0,22 ⁸
I	% day hospital diagnostici (MeS C14.2)	14,9%	18,5%	37%	
L	% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (MeS C14.4)	5,71%	6,07%	5,04%	Italia 2016: 4,36%
M	% colecistectomie laparoscopiche (programmate) effettuate in day surgery e in ricovero ordinario di 0-1 g (MeS C4.4)	88,8%	72,4%	56,5%	Valore ottimale: >75%
N	% DRG LEA chirurgici operati in regime di day surgery MeS (MeS C4.7)	65,3%	71,6%	54,7%	Valutazione buona: >65% Italia 2016: 61,3 %
O	% casi frattura femore con degenza preoperatoria <=2 giorni (MeS C5.2)	49,2%	46%	56,8%	Valore atteso: barriera minima: 40% obiettivo: >50% ⁹
P	% fratture di femore operate sulle fratture diagnosticcate (MeS C5.12)	95,0%	94,4%	92,8%	Italia 2015: 91,9 %
Q	% appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne di 15-49 anni di età (MeS C5.11)	87,5%	92,9%	69,8%	Valore ottimale::> 80%
R	% parti cesarei primari ¹⁵	29,2%	25,1	25,2%	Italia PNE dati 2016: 24,5 %
S	% parti naturali con pregresso cesareo (PNE)	12,2%	18,9%	9,95%	Italia PNE dati 2016: 8,09 %
T	% codici giallo in PS visitati entro 30 minuti (MeS C16.1)	62,6%	57,5	62%	AREA metropolitana:39,7% ¹¹
U	% ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (MeS C16.7)	76,3%	77,6	62,7%	val. ottimale: > 75%
V	n. medio accessi/anno in P.S. per posto letto ordinario acuto disponibile	153	143	102	DEA area metropolitana ¹²
Z	% dimissioni volontarie (MeS D 18)	0,8%	1,1	1,24	Italia 2015: 1,12 %

del Galliera (V), al numero di posti letto disponibili per il ricovero; e che, cionostante, la % dei pazienti visitati entro 30 minuti risulta essere la più alta (T).

Riguardo all'utilizzo dei posti letto ordinari disponibili, il livello di efficienza raggiunto è attestato oltre che dal tasso di occupazione e dall'intervallo di turnover (v. tab. 1 V, Z) anche dal loro uso appropriato sia sotto il profilo organizzativo (F, G, N) sia del setting assistenziale (H, M, U).

Per quanto riguarda la qualità assistenziale, la % dei ricoveri ripetuti a 30 gg, importante indicatore sia di appropriatezza sia di esito, risulta la più bassa della regione e all'interno del range considerato ottimale (E). Tale risultato è da correlarsi anche all'utilizzo ormai consolidato



di tecniche chirurgiche meno invasive che migliorano gli esiti (M, N, Q)¹³.

In ambito ostetrico-ginecologico la % di parti cesarei primari (R) mantiene il trend di riduzione progressiva per effetto del percorso di audit, già intrapreso nel 2016, finalizzato a ridurre i cesarei primari privi di indicazione clinica e spesso indotti da motivazioni "culturali" ovvero da una precisa richiesta della donna che si trova ad affrontare il suo primo parto. Il successo di tale attività "formativa" sulle donne è evidenziato in particolare oltre che dalla riduzione della percentuale di cesarei primari anche dall'incremento notevole della % di parti naturali anche nelle donne che hanno effettuato un precedente cesareo, nei casi in cui questo ovviamente non rappresenti un rischio. La percentuale raggiunta risulta molto più alta di quella regionale e nazionale (S).

L'indicatore sulle fratture di femore operate entro 2 giorni (O) registra un decremento rispetto all'anno precedente; il risultato è da correlarsi a diversi fattori tra cui problemi contingenti intercorsi di ordine organizzativo; l'indicatore, come noto, è considerato predittivo di esito più favorevole; al riguardo, tuttavia, si evidenzia che: a) la % di fratture operate su quelle diagnosticate, presso l'Ortopedia del Galliera, continua ad essere superiore sia alla media regionale che nazionale (P); b) PNE 2017 attesta per il Galliera un tasso di mortalità a 30 giorni sui ricoverati per frattura di femore inferiore del 6% rispetto alla media nazionale ed in miglioramento rispetto all'anno precedente¹⁴.

Per quanto riguarda, infine, la "qualità percepita", l'indicatore più utilizzato a livello nazionale, quello sulle dimissioni volontarie (Z), evidenzia per il Galliera una % inferiore alla media regionale.



Appropriatezza Clinico organizzativa

L'Indice Comparativo di Performance (ICP) e l'Indice di Case-Mix (ICM) sono indicatori utilizzabili congiuntamente per la valutazione sintetica della complessità e dell'efficienza gestionale dell'attività di ricovero¹ mediante la rappresentazione dei valori in forma di grafico a quattro quadranti in cui 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 colloca la Toscana.

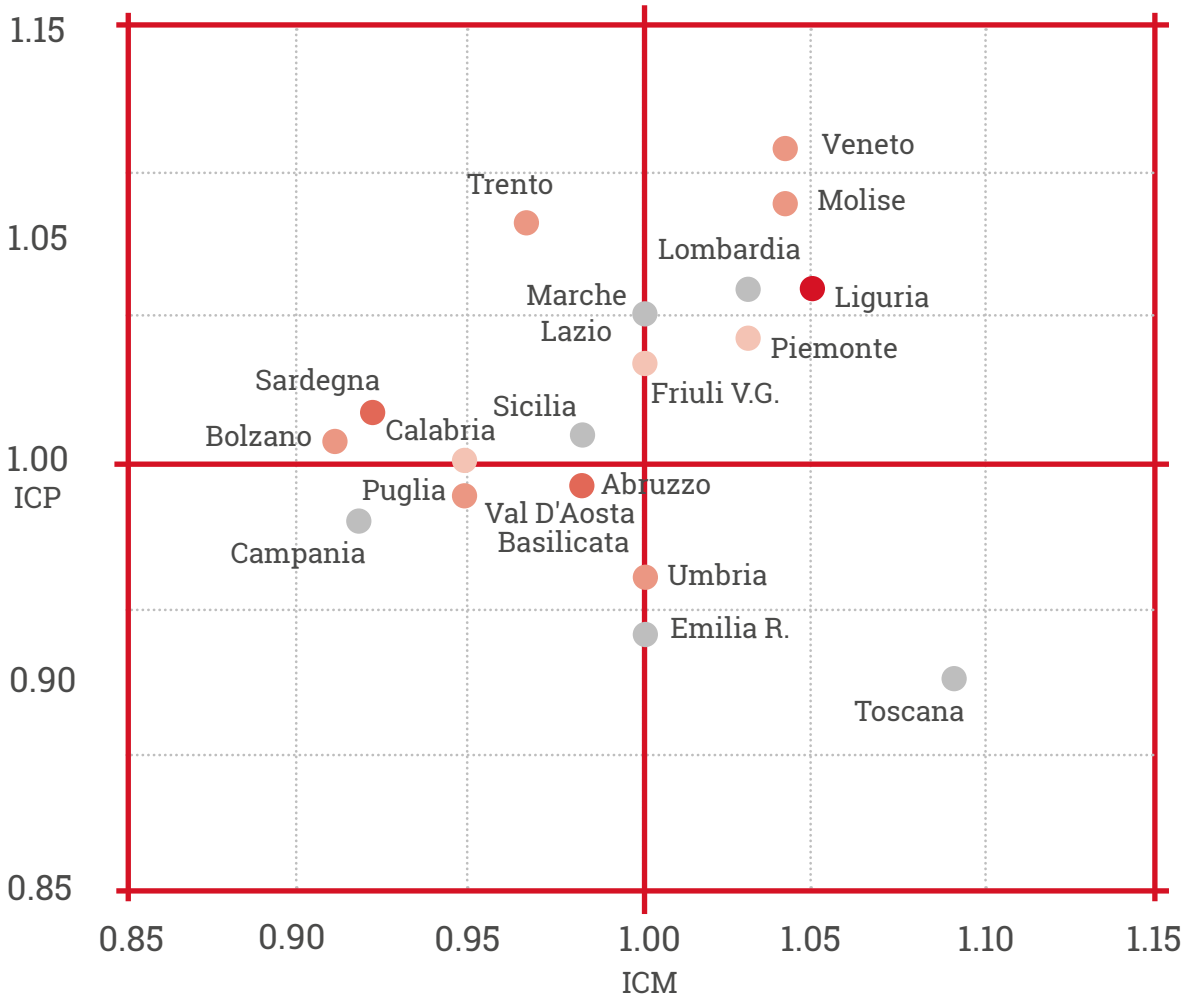
Il quadrante superiore destro (ICM > 1, ICP > 1) individua quegli erogatori in cui la maggiore durata della degenza è ragionevolmente imputabile alla maggiore complessità della casistica, rispetto alla media nazionale, e non ad inefficienza organizzativa; in questo quadrante si collocano: Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Molise.

Il quadrante inferiore sinistro (ICM < 1, ICP < 1) rappresenta l'area in cui una degenza media più bassa è correlabile ad una casistica meno complessa e non ad una maggiore efficienza organizzativa; in questo quadrante troviamo Campania, Puglia, Calabria, Valle d'Aosta, Basilicata, Abruzzo. 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 risultati inferiore alla media nazionale: P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Sicilia, Sardegna.

Le rimanenti regioni sono posizionate lungo le linee dei quadranti, in posizioni intermedie.

Come l'anno precedente, la Liguria risulta essere, dopo la Toscana, la Regione con la complessità più alta dei casi trattati, anche in relazione alla maggior frequenza di comorbidità nei pazienti ricoverati, essendo la Liguria la Regione con l'indice di vecchiaia della popolazione più alto d'Italia³.

Ricoveri ordinari



1. Indice Comparativo di Performance (ICP): è il 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 sufficientemente omogenea la casistica delle diverse Regioni, l'ICP consente di misurare e confrontare il livello di efficienza gestionale dell'attività di ricovero rispetto allo standard medio nazionale: valori dell'indicatore al di sopra dell'unità indicano un livello di efficienza inferiore rispetto allo standard (poiché a parità di casistica la degenza è più lunga), mentre valori al di sotto dell'unità rispecchiano un'efficienza superiore. L'Indice di Case-Mix (ICM) consente, invece, di valutare il grado di complessità dei ricoveri rispetto alla media di riferimento; è dato dal rapporto fra il peso medio dei ricoveri di un dato erogatore ed il peso medio dei ricoveri dello standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una complessità della casistica maggiore rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore.

2. Rapporto SDO 2017 Ministero della Salute.

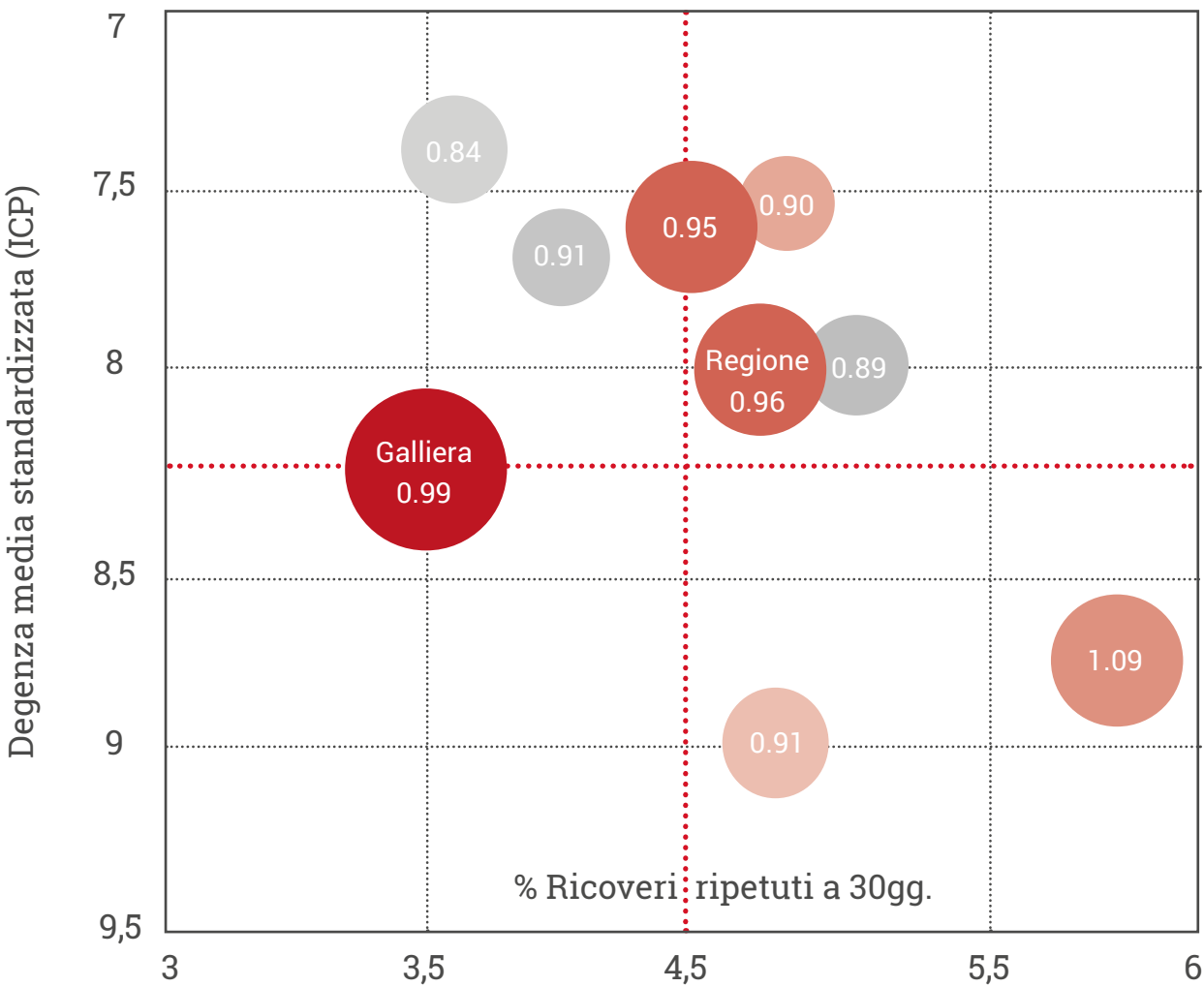
Valutazione dell'appropriatezza Clinica e Organizzativa dell'Ente in ambito regionale

Il grafico rappresenta in modo sintetico il livello di appropriatezza clinico-organizzativa degli ospedali liguri valutata mediante la correlazione di 3 indicatori multidimensionali:

- 1) degenza media standardizzata¹;
- 2) peso medio (APR) DRG²;
- 3) % di ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione³.

La rappresentazione grafica consente di identificare gli ospedali con una minore incidenza di ricoveri ripetuti (quadranti di sinistra), indicatore proxy della qualità assistenziale (esiti delle cure); quelli con una maggiore complessità media dei ricoveri (rappresentata dalla grandezza della "bolla") ed infine quelli con una degenza media standardizzata inferiore alla media (quadranti superiori).

Con riferimento al Galliera, il grafico evidenzia la più bassa percentuale di ricoveri ripetuti in ambito regionale (3,5% contro una media del 4,62%), a fronte di una degenza media standardizzata lievemente superiore alla media regionale (8,28 contro 7,98) in correlazione ad un indice di complessità dei ricoveri maggiore (peso medio APRDRG=0,99 contro 0,96), e avuto riguardo al fatto che l'ICM regionale (il peso medio rapportato a 1) risulta a sua volta superiore a quello nazionale (vedi grafico 1).



1. La degenza media standardizzata per case-mix è la degenza media che si osserverebbe qualora la composizione dei DRG dei dimessi da uno specifico Ospedale fosse pari a quella dell'intera casistica regionale, presa a riferimento. Si può considerare come degenza media attesa, calcolata relativamente ai soli DRG dell'Ospedale preso a riferimento (esclusi i pazienti deceduti o trasferiti ad altri istituti, nonché i fuori soglia e i ricoveri di durata 0-1 giorno. in altre parole è la degenza media attesa, calcolata relativamente ai soli DRG che si vengono a formare nei reparti considerati. Il rapporto tra la degenza media standardizzata osservata e quella attesa (media regionale) rappresenta l'ICP (v. grafico 1) che è l'indicatore analogo rapportato a 1.
2. il peso medio DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso medio può essere impiegato come indicatore proxy della complessità del ricovero (in particolare, il peso APR, qui utilizzato, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse.
3. 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.



I costi standard: una bussola per la sanità

In sanità i punti cardinali della bussola che serve ad orientarsi nel mondo dei costi standard sono:

- **NORD** Coniugare risparmio e innovazione, contribuendo a creare le basi per garantire qualità oltre che economicità, per una reale sostenibilità del sistema sanitario.
- **SUD** Superare il finanziamento mediante tagli lineari e migliorare l'efficienza dei servizi.
- **OVEST** Garantire equità nella distribuzione delle risorse tra regioni, fra aziende della stessa regione e fra strutture della stessa azienda.
- **EST** Sapere se un dato ente spende troppo e perché (se sui farmaci, sul personale, ecc.) o se vi è carenza di risorse e di quali risorse.

Efficienza ed economicità gestionale sono stati al centro del dibattito nell'ambito del VII Workshop nazionale sui Costi Standard organizzato dal N.I.San. (primo Network Italiano che elabora i costi standard in sanità con cadenza annuale ormai dal 2007) che quest'anno si è svolto al Galliera. In tale occasione gli Ospedali e le Aziende che aderiscono al N.I.San. hanno esaminato i risultati relativi all'elaborazione dei costi delle attività sanitarie svolte da ciascuno.

La banca dati totale del N.I.San. dal 2009 ad oggi ammonta a 3.944.201 episodi di ricovero (compresi day hospital, day service, OBI) per un totale di 20.003.122 giornate di ricovero/accesso.

L'obiettivo del convegno, oltre a quello di analizzare nel dettaglio costi ed esiti di ciascuna prestazione assistenziale per confrontarlo con i migliori standard nazionali, è stato quello di far emergere come il miglioramento dell'appropriatezza sia un effetto intrinseco della ricerca dell'efficienza.

Il convegno nazionale ha permesso un confronto con gli stakeholder della Sanità sul tema dell'efficienza del sistema sanitario nazionale soprattutto alla luce della "legge di Stabilità" che pone un'ulteriore stretta sui deficit delle aziende sanitarie.

E' stato ribadito come sia necessario condividere una policy nazionale e regionale che metta al centro il tema del controllo delle risorse ed in particolare quello dei costi standard, anche nell'ottica della "presa in carico" del cittadino e soprattutto del cittadino affetto da patologie croniche.

Cos'è il costo standard

È il valore di riferimento che esprime il consumo di risorse per realizzare una data unità di output (es. prestazione, ricovero, percorso di cura). Moltiplicando i costi standard per la relativa quantità di output, si mette in luce quanto si dovrebbe spendere (benchmark).

Confrontando benchmark e costi sostenuti si attua il processo di benchmarking ("costa tanto o poco").

Esperienze

In Italia, i costi standard sono stati realizzati con la metodologia del Clinical Costing da: AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica); SIE (Società Italiana di Ematologia); SIOT (Società Italiana Ortopedia Traumatologia); Provincia Autonoma di Bolzano; Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Puglia; Regione Abruzzo; N.I.San (Network Italiano Sanitario per la condivisione dei costi standard).



2.4 Ascolto e soddisfazione

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, nel corso del 2017, 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.

E' 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'URP ha sviluppato nel tempo un sistema di relazione diretto ai cittadini-utenti e alle associazioni di volontariato e 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'adequata 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
31 gli interventi di
miglioramento con il
coinvolgimento di 22
strutture e 4 associazioni
di volontariato**

Nel 2017 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 famigliari sono stati 12.



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 2017, 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. Si segnala che nel 2017 non sono pervenuti reclami riguardanti la perdita dei dati del cliente.

Reclami

Classificazione	2016	2017
Aspetti relazionali	28	34
Aspetti organizzativi Amm.vi	21	13
Aspetti economici	22	14
Aspetti tecnici professionali	30	29
Tempi	29	21
Informazione	25	23
Altro	3	8
Rispetto della privacy	0	0
Aspetti alberghieri e comfort	7	3
Adeguamento alla normativa	0	0
Aspetti strutturali	1	1
Totale	166	146

All’interno dell’ottica LEAN, l’URP ha utilizzato anche quest’anno come strumento lean applicato all’ascolto i reclami cosiddetti “Qui e ora” o anche “Just in time”: la tempestività è il valore aggiunto del ruolo dell’URP in un ospedale. Nel 2017 ne sono stati registrati 98.

Encomi

2016	2017
446	454

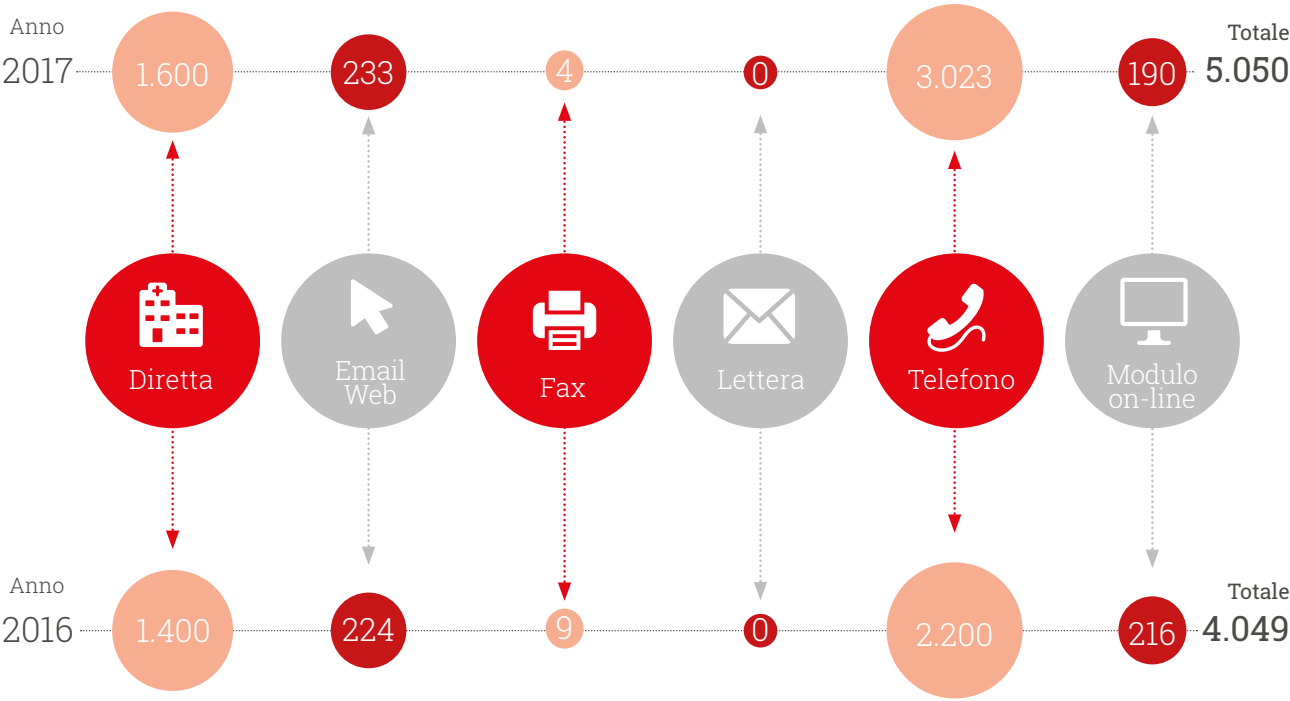
L’encomio è invece l’esposizione, da parte del cittadino utente, di fatti che, a parere del proponente, hanno corrisposto alle migliori aspettative possibili nella situazione contingente.

Informazioni

Le informazioni fornite dall’Urp nel 2017 sono state 5.050 di cui 190 gestite con “modulo contatti on line”. Confrontando i dati del 2017 con quelli dell’anno passato, nel 2016 sono state 4049 di cui 216 gestite tramite “modulo contatti online”, c’è stata una decrescita del 12%. Inoltre sono state gestite 124 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 6 casi della Direzione

Generale e 49 della Direzione sanitaria). Anche nel 2017 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 più rappresentativa delle persone coinvolte nei reclami, encomi e informazioni è stata quella tra i 41 e 65 anni. Nel 2016 son state 67 le persone straniere che si sono rivolte all’Ufficio Relazioni con il Pubblico, nel 2017 sono state 77.

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. La percezione però è soggettiva e si misura confrontando le aspettative e l'esperienza vissuta, tale percezione genera il cosiddetto valore di maggiore (o minore) soddisfazione; questo dato è mutevole, a seconda del "momento" vissuto dalla persona, del suo stato d'animo, dell'eventuale sua precedente esperienza. Da molti anni l'ospedale è impegnato a rendere "paperless" tale indagine e ad adeguarsi ai più recenti standard in materia. Le indagini, svolte principalmente da risorse interne, vengono svolte esclusivamente via

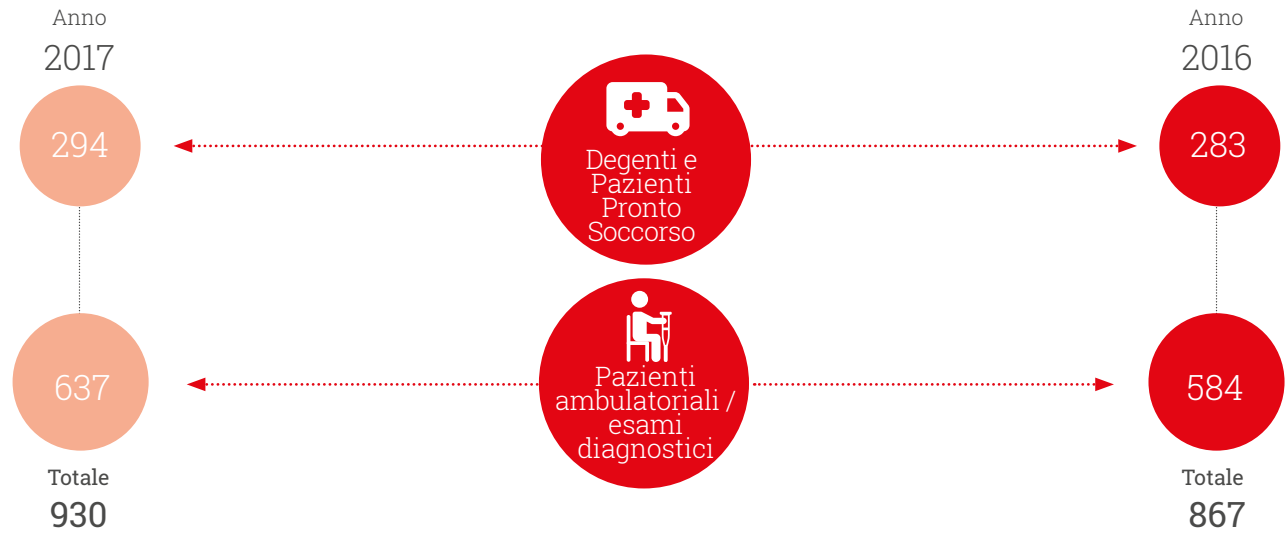
telefono o web, limitando al massimo l'uso della carta; per la registrazione dei dati è utilizzato un software gratuito, quindi a costo zero.

Come da prassi consolidata, anche nel 2017 sono state svolte due rilevazioni della qualità percepita, che hanno coinvolto i degenti e i pazienti ambulatoriali.

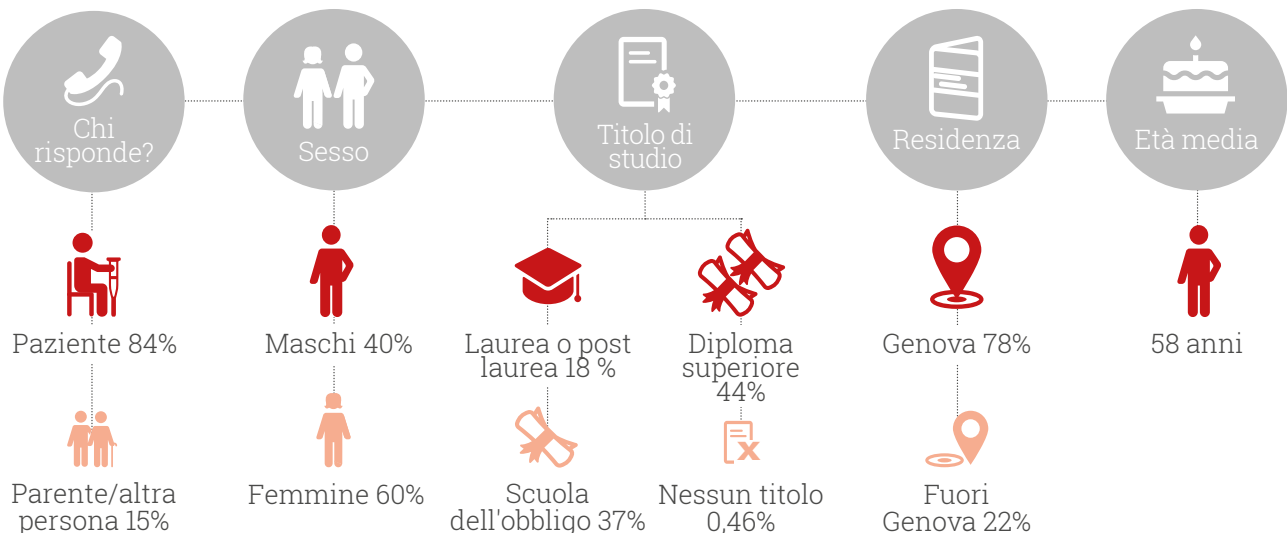
Per i pazienti (degenti e ambulatoriali) sono state predisposte delle interviste al fine di indagare l'accessibilità al servizio, l'informazione, i tempi d'attesa, la relazione con il paziente, l'iter burocratico, la privacy, il comfort, la conoscenza della Carta dei Servizi, del sito aziendale, dell'URP, 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 (Anatomia Patologica, Immunoematologia e Trasmfusionale, 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 85% degli intervistati si è sentito accolto al suo arrivo in Ospedale nelle strutture degenziali, il 97% in quelle diagnostico ambulatoriali.

Tempo d'attesa

A seguito del ricovero, il tempo d'attesa per avere il posto letto è stato per il 70% degli intervistati entro i 30 minuti mentre le prestazioni ambulatoriali o diagnostiche sono state eseguite entro 30 minuti nell'88% dei casi.

Relazione e comunicazione con il personale

Fra i pazienti intervistati, 92% di loro è stato pienamente soddisfatto della relazione con il personale infermieristico, così come l'85% dei pazienti è stato pienamente soddisfatto della relazione con il personale medico durante il ricovero. Per la parte ambulatoriale hanno dichiarato di essere pienamente soddisfatti del rapporto con il personale infermieristico il 96% degli intervistati e l'89% sono coloro che sono pienamente soddisfatti del personale medico.

Informazioni

I pazienti intervistati hanno detto di aver ricevuto informazioni chiare e complete nel 92% dei casi.

Riservatezza

Tra i pazienti ricoverati in degenza ordinaria e in Day hospital il 78% ha ritenuto completamente rispettata la privacy, tra coloro che hanno effettuato un accesso ambulatoriale il pieno rispetto della privacy sale al 97%.



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 2017 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 per il secondo anno è in formato "blended" per renderlo maggiormente fruibile agli operatori.

Formati rischio clinico

Professione	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
Altri dirigenti*	7	8	1	8	6	8	5	16	6	72
Infermieri	45	38	37	37	44	79	48	45	39	452
Medici	16	15	37	19	21	33	15	26	16	242
Tecnici e a.p.**	35	28	22	29	34	32	11	28	26	262
Oss.***	0	0	16	2	3	20	23	0	0	64
Totale	103	89	113	95	108	172	102	115	87	1.179

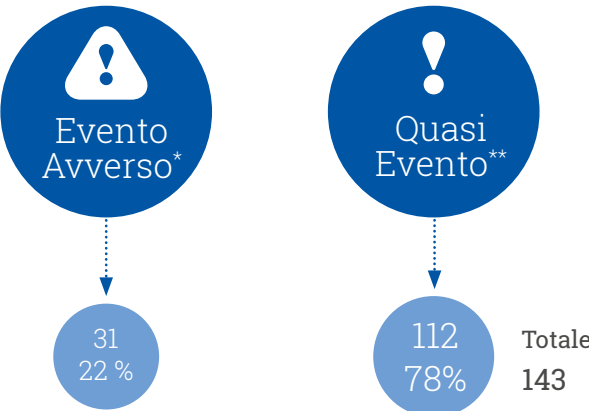
* biologo, farmacista, fisico, psicologo, sociologo / ** altre professioni sanitarie / *** operatore socio-sanitario

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

Segnalazioni per tipo Evento 2017

	%
Anagrafica identificazione paziente	12 %
Identificazione materiale biologico	7 %
Identificazione paziente lato/sede	8 %
Posizionamento paziente	2 %
Preparazione farmaco	2 %
Prescrizione/somministrazione farmaci	2 %
Prestazione assistenziale	6 %
Procedura chirurgica	1 %
Procedura diagnostica	8 %
Procedura informatica	6 %
Procedura terapeutica	8 %
Procedura trasfusione	2 %
Trasporto materiale biologico	8 %
Trasporto pazienti	4 %
Utilizzo dispositivi o apparecchiature	14 %
Utilizzo presidi	2 %
Altro	8 %

Segnalazioni per Evento/Quasi evento 2017



* 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.

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, nonché a normative, che peraltro configurerebbero non errori bensì violazioni.

Le attività più significative per la sicurezza del paziente 2017:

- **Rafforzamento** del coinvolgimento del cittadino con l'inserimento del referente GRC all'interno del CMC;
- **Attività informativa/formativa** specifica sulla prevenzione delle cadute presso le strutture ortogeriatriche;
- **Implementazione** della procedura Prevenzione e Gestione degli atti di violenza nei confronti dei operatori dell'Ente in recepimento della Racc.ne del MdS n. 8;
- **Introduzione** dello strumento CARMINA per l'autovalutazione del sistema aziendale di GRC;
- **Identificazione** dei facilitatori aziendali per creazione della rete di GRC;
- **Somministrazione** agli operatori di un questionario per la valutazione della cultura per la sicurezza del paziente;
- **Introduzione** delle fasce pelviche nelle strutture di degenza quale strumento di prevenzione delle cadute;
- **Introduzione** in via sperimentale nella S.C. Geriatria di uno strumento informatico per la riconciliazione farmacologica come previsto dalla Racc.ne del MdS n. 17.

Segnalazioni per Qualifica 2017

	%
Biologo	8 %
Coordinatore infermieristico	34 %
Direttore	9 %
Infermiere	15 %
Medico	15 %
Tecnico	8 %
Altro	11 %



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 di 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 2017 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:

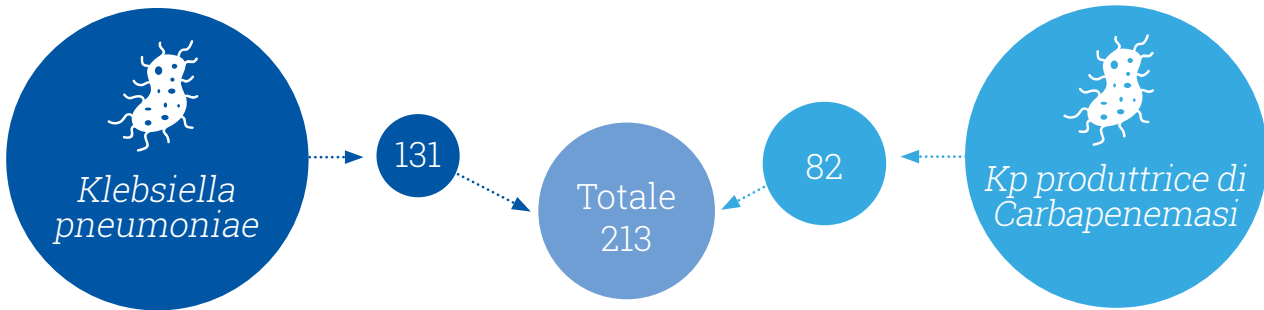
- N° test di screening
- N° di pazienti sottoposti a screening
- pazienti positivi allo screening
- pazienti con isolamento di CPE al di fuori dello screening
- campioni inadeguati
- screening non effettuati
- eventuali casi individuati come "secondari".

Tamponi rettali per sorveglianza CPE 2017



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

Klebsiella pneumoniae



Nel corso del 2017 sono stati isolati 213 ceppi di *Klebsiella pneumoniae* di cui 82 Carbapenemici resistenti pari al 38,5%.

Misure preventive per la trasmissione delle CPE

Durante il 2017 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 2017 si sono svolti corsi di formazione in aula e sul campo accreditati ECM sul tema della prevenzione delle ICA.

Infezioni ospedaliere da CPE 2017

Mese	Numero casi
Gennaio	3
Febbraio	3
Marzo	4
Aprile	4
Maggio	5
Giugno	3
Luglio	5
Agosto	6
Settembre	5
Ottobre	4
Novembre	5
Dicembre	3
Totale	50

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

Infezioni da CPE 2015-2017

Anno	Totale casi infezione da CPE
2015	138
2016	63
2017	50

L'igiene delle mani al festival della scienza: il laboratorio "Toccare con mano".

L'igiene delle mani è un tema chiave per la sicurezza dei cittadini promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). I supporti di evidenza scientifica forniti dall'OMS e da altre fonti primarie dimostrano come l'attenzione all'igiene delle mani, attraverso interventi di prevenzione e di educazione sanitaria, diventino punti cardine per la sicurezza di tutti i cittadini.

Tali azioni rivestono particolare rilevanza se riferiti alla popolazione giovanile sia nelle attività individuali che in comunità. Al festival della Scienza 2017 nei giorni dal 26 ottobre al 5 novembre la S.C. Informatica e telecomunicazioni e il GOCIO dell'E.O. Ospedali Galliera, in collaborazione con la ditta Parades, hanno organizzato il laboratorio "Toccare con Mano".

Il laboratorio aveva come obiettivo promuovere nella popolazione giovanile una educazione

sanitaria sulla corretta igiene delle mani, mettendo in evidenza da una parte l'efficacia di semplici comportamenti preventivi e dall'altra focalizzare le conseguenze di comportamenti scorretti. Si mirava a promuovere la conoscenza del mondo dei batteri e sensibilizzare alla buona pratica di igiene delle mani. Attraverso il gioco, ripercorrendo le attività principali di una giornata tipo, si individuavano le azioni che ci mettono in contatto con batteri sia buoni che cattivi.

Ai laboratorio hanno partecipato N°2204 persone tra bambini studenti e famiglie ai quali è stato consegnato come gaget un asciugamanino. (vedi immagine)



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;
- tagli e punture accidentali con strumenti acuminati e taglienti contaminati da sangue o liquidi biologici.

Nel corso del 2017 il 2,3% di operatori sanitari hanno subito un infortunio biologico:

- il 23,5% da contaminazione muco cutanea da liquidi biologici;

- il 76,5% da punture o tagli accidentali da dispositivi acuminati e taglienti.
- Il 64% 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 di tipo organizzativo/comportamentale; nonché miglioramenti tecnologici individuando dispositivi acuminati e taglienti con sistema di protezione più idonei.



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

Durante il 2017, il GOCIO sul tema di prevenzione delle infezioni occupazionali, ha aggiornato 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 n°119 Operatori sanitari sui DPI, N° 147 sugli NPD e 119 sulla corretta igiene delle mani.



Operatori addestrati

Tipologia DPI/NPD	N°Operatori
Guanti	119
Camice	119
Schermo facciale	62
APVR	62
Siringhe emogasanalisi	62
Ago gripper	62
Ago a farfalla per prelievo	62
Pungidito	62
Ago cannula	62
Catetere intravenoso sistema chiuso	43
Ago cannula per l'emergenza	42
Bisturi	62
Ago a farfalla per infusione	62
Mascherina chirurgica	62

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 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 attraverso un sistema di gestione orientato al miglioramento continuo basato sulla norma UNI EN ISO 9001:20015, 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.

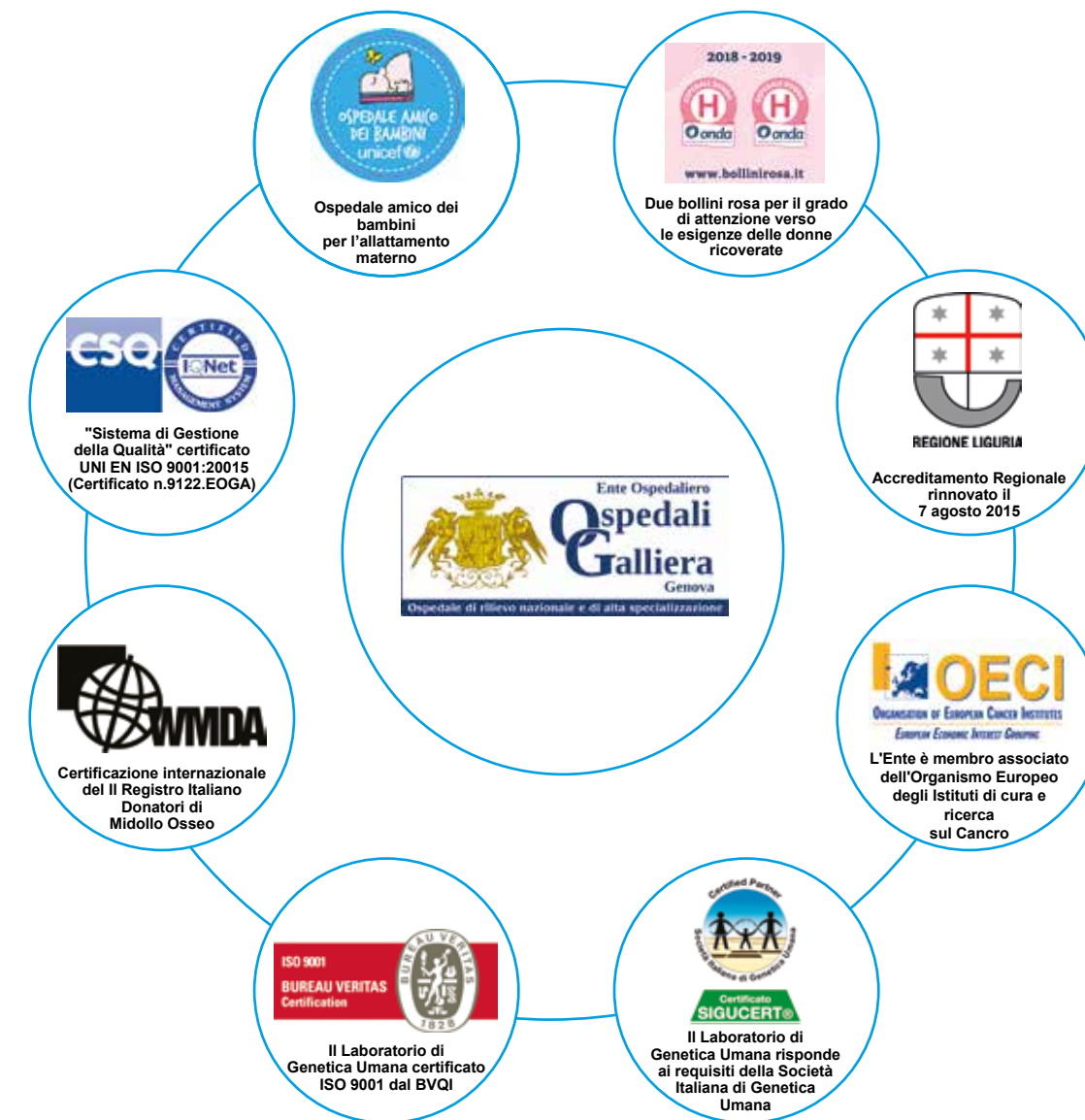
Fondamentale per mantenere i vari requisiti richiesti è il piano di audit che ogni anno viene composto da visite ispettive (audit) che l'ospedale riceve da istituzioni preposte al controllo, da organismi di certificazione, da istituzioni internazionali (WMDA - World Marrow Donor Association) o da clienti.

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.

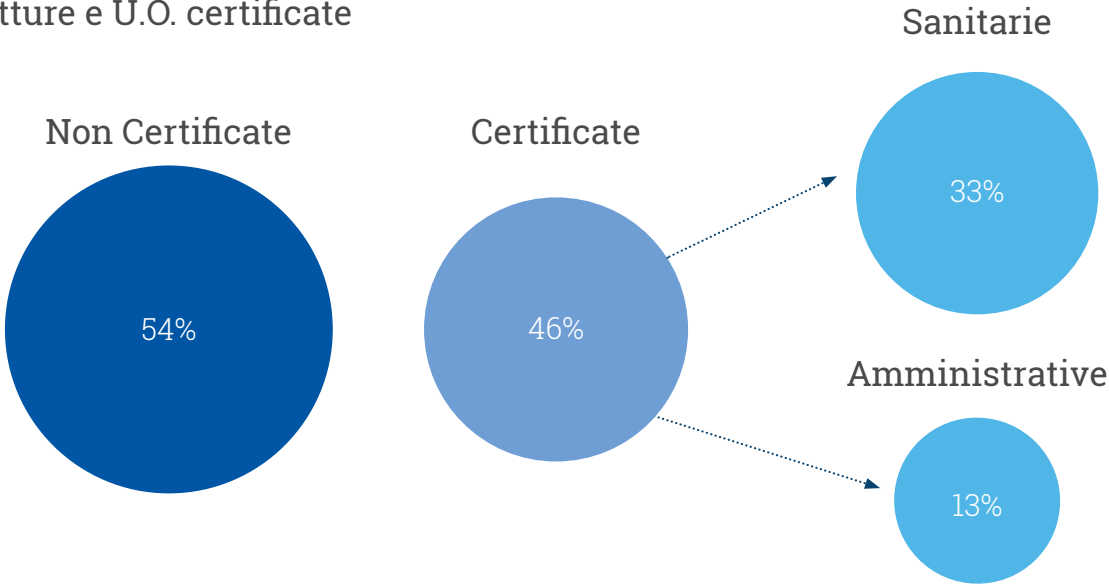
Per comunicare l'esito del piano annuale di controllo la S.C. Qualità e comunicazione emette un report completo di risultati, divari da colmare e consigli utili, tramite il quale le unità operative avviano le azioni di miglioramento.

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".

Riconoscimenti



Strutture e U.O. certificate
2017



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.

L'utilizzo di tecniche LEAN è diventato obiettivo di budget per tutte le strutture sanitarie ed

i progetti più avanzati sono stati premiati al “Galliera Quality Awards LEAN”. Il premio aziendale ha raccolto quest'anno 14 progetti di miglioramento che hanno utilizzato le diverse “best practice” messe a punto nel corso degli anni dagli operatori.

Nel corso del 2017 ci sono stati ulteriori riconoscimenti all'applicazione del LEAN nell'Ospedale Galliera: in particolare a Bologna l'Ente è stato selezionato da "KAIZEN Awards Italia" fra le quattro migliori organizzazioni sanitarie nella cultura del miglioramento continuo e la S.C. Anestesia e Rianimazione ha vinto la sessione poster del convegno organizzato a Verona dalla SALTH (Scientific Association for Lean Training in Healthcare) sull'applicazione del Lean System in Sanità.



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.

La ricerca clinica contribuisce alla crescita delle conoscenze e al progresso nella cura di numerose malattie, 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 2017 sono state attivate presso l'Ente 46 nuove sperimentazioni.

Il Galliera, include tra i suoi obiettivi lo sviluppo della ricerca, valutabile attraverso le pubblicazioni scientifiche cresciute nel 2017 in termini 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 2004 al 2017.

Numero di articoli pubblicati e valore impact factor normalizzato

Anni	Articoli Science Cytation Index	Impact Factor Normalizzato
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
2017	160	456

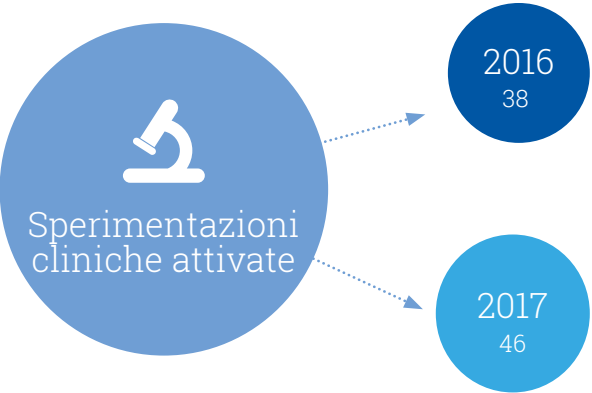
I finanziamenti per la ricerca nel 2017 sono stati 2.090.413,74 anche questo dato è un indicatore di costante attività scientifica dell'Ente: il Galliera si dimostra sempre appetibile come centro di ricerca per le aziende farmaceutiche e per i partner no-profit; aumenta parimenti il dinamismo nell'ambito delle sperimentazioni "spontanee" nate dalle idee dei nostri Ricercatori.

Per l'anno 2017 sono stati presentati ai bandi di finanziamento pubblico 5 progetti internazionali di cui 5 sono stati ammessi al finanziamento per l'anno 2017. Al bando per la Ricerca Finalizzata 2016 promosso dal Ministero della Salute il Galliera ha partecipato con 7 progetti di cui uno di rete, che è stato approvato 2017 e che coinvolge 4 regioni italiane sul tema dell'invecchiamento



Finanziamenti per sperimentazioni ricevuti

Tipologia di finanziatore	2016	2017
Aziende farmaceutiche	€ 212.237,99	€ 287.416,31
Enti non Profit Pubblici	€ 197.800,00	€ 1.551.108,0
Enti non Profit Privati	€ 328.178,12	€ 251.889,43
Totale	€ 738.216,11	€ 2.090.413,74



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.

Partecipazione Bandi Pubblici

Titolo del progetto	Bando	Breve descrizione	Esito
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	Ammesso finanziato
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.	Ammesso 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 multimorbilità e in polifarmacoterapia.	Ammesso, in attesa di finanziamento
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, non finanziato
EIP-on-AHA exchange project with Basque -Spain Region: "Population Risk Stratification: Deployment of Stratification Methods in the Basque Country"	"EIP-AHA Twinning Action between Liguria Region and Basque Country."	Progetto di collaborazione dalle regioni denominate "Sito di riferimento" per partecipare attivamente al processo di implementazione e replica delle Buone Pratiche. Questo programma mira a realizzare la diffusione di soluzioni digitali innovative su larga scala in Europa. "EIP-AHA Twinning Action between Liguria Region and Basque Country."	Ammesso, in attesa di finanziamento

Partecipazione Bandi Pubblici

Titolo del progetto	Bando	Breve descrizione	Esito
"EIP-on-AHA Reference Site, exchange project with Liguria Region: for 2016-2019"	EIP-on-AHA Reference Site,	L'obiettivo è sostenere una collaborazione permanente di interventi comunitari, sull'invecchiamento, la prevenzione e il sostegno alla fragilità degli anziani.	Ammesso, in attesa di finanziamento
Reference Sites Network for Prevention and Care of Frailty and Chronic Conditions in community-dwelling persons of EU Countries (SUNFRAIL)	European Commission (Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency-CHAFEA)	Studio nell'ambito del "Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo	Ammesso finanziato
Exemestane in progesterone and/or estrogen receptor positive epithelial ovarian cancer. a randomized phase III trial EXPERT	AIFA 2016	Sperimentazione clinica no profit, finalizzata al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria. L'obiettivo primario è quello 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 finanziato
Alternative Dosing of Exemestane in Postmenopaus women with Stage 0-11 ER-Positive Breast Cancer: A randomized Presurgical Trial	National Cancer Institute, U.S.A,	Si tratta di uno studio multicentrico, internazionale pre-chirurgico a doppio cieco di fase IIb, in cui le partecipanti saranno randomizzate a ricevere exemestane 25 mg / die o 25 mg / tre volte alla settimana o una singola dose di 25 mg / settimana per un minimo di 4 settimane. Saranno coinvolte 180 donne post-menopausa; 60 per braccio, arruolate in 35 mesi e trattate per un minimo di 4 settimane	Ammesso finanziato
Pilot study of daily Exemestane in women with ER or PGR positive complex atypical hyperplasia of the endometrium or low- grade endometrial cancer	National Cancer Institute, U.S.A,	Si tratta di uno studio un pilota, di fase IIa in donne di età > 50 anni con diagnosi di iperplasia atipica dell'endometrio o di cancro dell'endometrio, con ER o PgR positivo . Un totale di 30 pazienti saranno reclutate in 18 mesi e, dopo lo screening e la verifica dei criteri di eleggibilità, le donne ammesse saranno trattate con 25 mg di exemestane/die per 3-6 settimane	Non ammesso



- 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 rivestono un ruolo fondamentale all'interno di un'organizzazione il cui scopo principale è quello di fornire assistenza e prestazioni alla persona. Da sempre l'Ospedale Galliera, consapevole che le risorse umane costituiscono il fulcro dell'organizzazione e l'elemento imprescindibile per il funzionamento della stessa, presta attenzione e promuove il benessere organizzativo, al fine di renderlo un autentico capitale sociale al servizio di un'utenza che rappresenta un patrimonio collettivo da tutelare.

Nel 2017 si assiste ad una sostanziale conferma del numero dei dipendenti che risulta essere pari a 1.808 rispetto ai 1.807 del 2016. Analizzando attentamente i dati, si rileva un lieve aumento del numero di dipendenti del ruolo sanitario (13 unità), ed un decremento del personale del ruolo



Personale dipendente nel biennio 2016 - 2017

Per genere

	2016	2017
Uomini	581	565
Donne	1.226	1.243
Totale	1.807	1.808

Per tipologia contrattuale

	2016	2017
Tempo Indeterminato	1.727	1.695
Tempo Determinato	80	113
Totale	1.807	1.808

Per ruolo

	2016	2017
Amministrativo	219	212
Professionale	5	5
Sanitario	1.215	1.228
Tecnico	368	363
Totale	1.807	1.808

Per area contrattuale

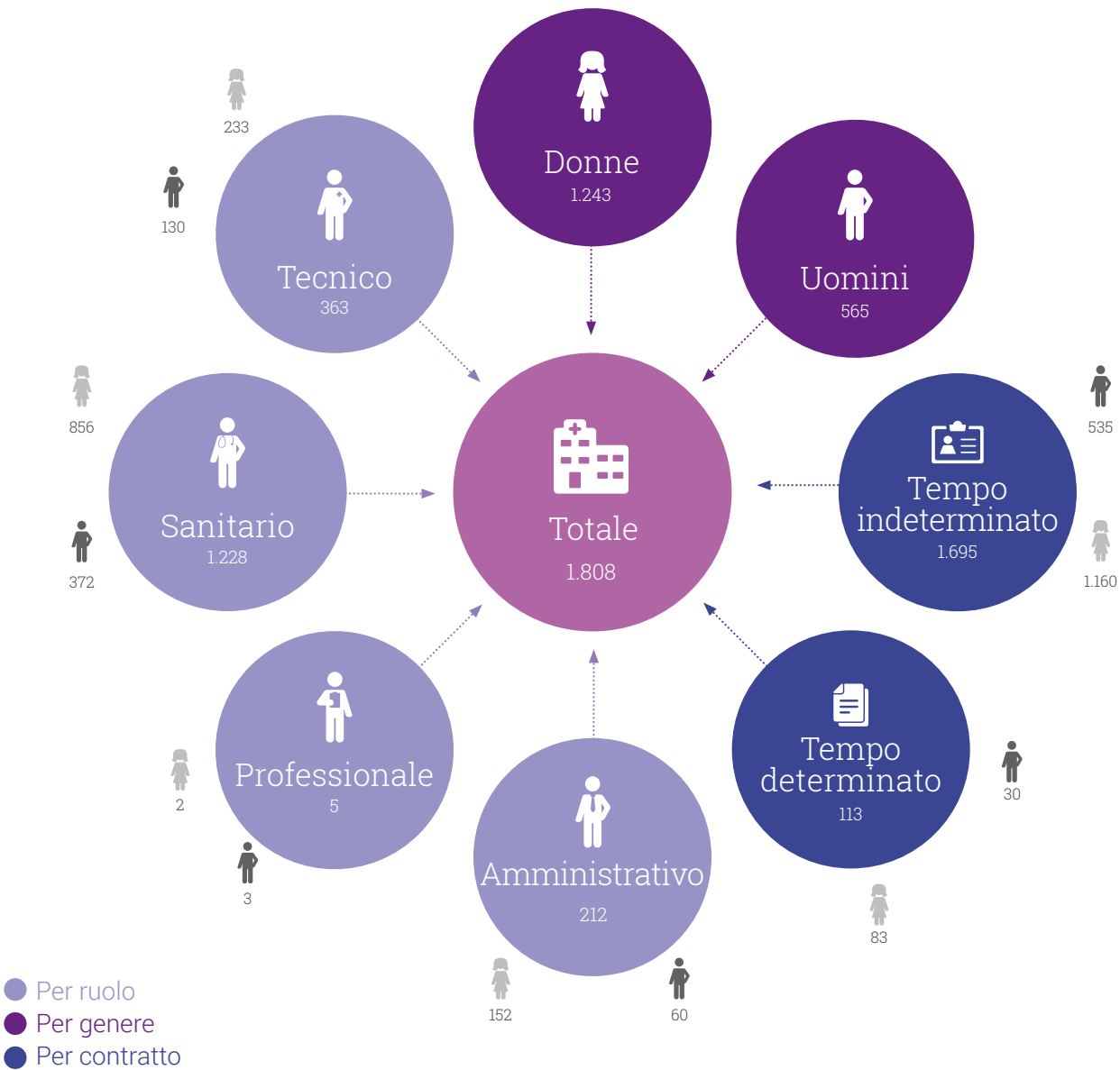
	2016	2017
Comparto	1.409	1.410
Dirigenza medica	336	335
Dirigenza SPTA*	62	63
Totale	1.807	1.808

* sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

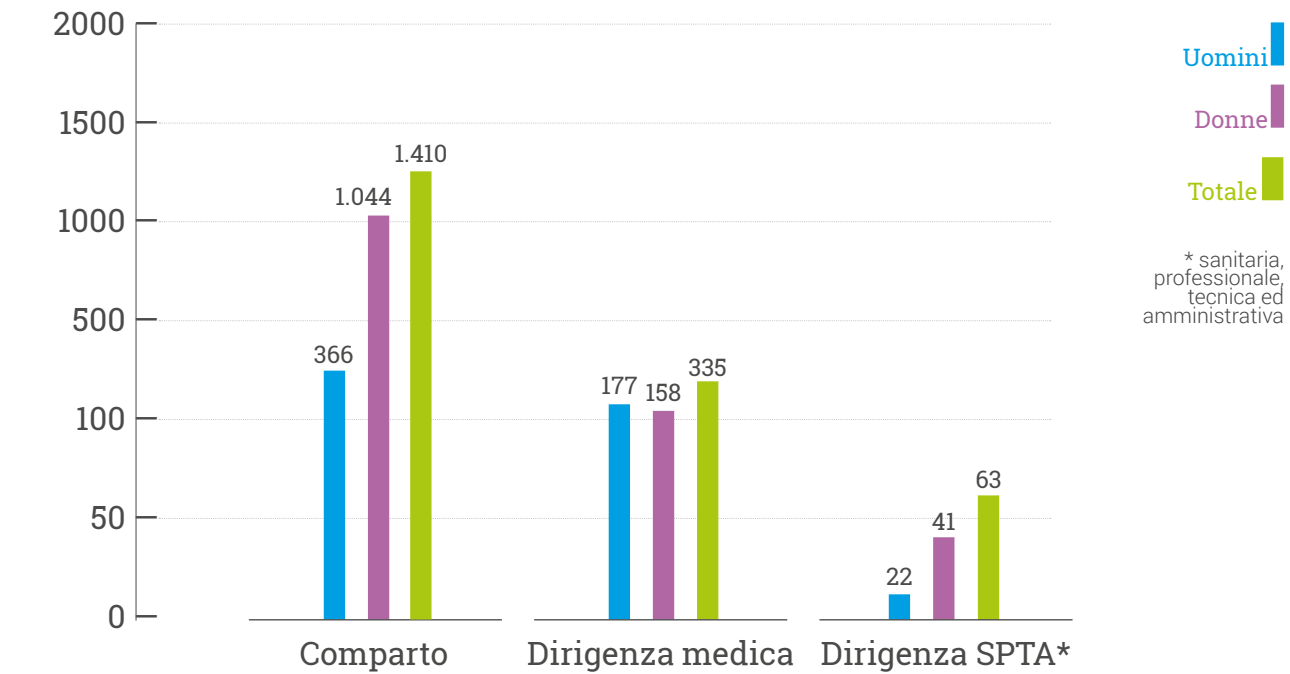
amministrativo (7 unità), rispetto all'anno 2016. Per quanto concerne la dimensione di genere, si conferma la netta prevalenza del personale di sesso femminile che si attesta al 68,75% della dotazione organica complessiva, pur con le peculiarità che contraddistinguono i diversi ambiti professionali. Se si osserva la distinzione tra lavoratori a tempo determinato e lavoratori a tempo indeterminato,

si evidenzia che il 93,75% dei dipendenti è legato all'Ente da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Solo il 6,25% dei dipendenti quindi ha un contratto a tempo determinato e, di questa restante quota, ben il 73,45% appartiene al genere femminile.

Personale dipendente nel 2017



Personale dipendente nel 2017
Per area contrattuale e genere 2017



Da sottolineare come il personale sia composto per il 68% da operatori del ruolo sanitario, peraltro prevalentemente di sesso femminile, ai quali va affiancato il personale del ruolo tecnico addetto all'assistenza OSS/OTA (11%) anch'esso prevalentemente di genere femminile.

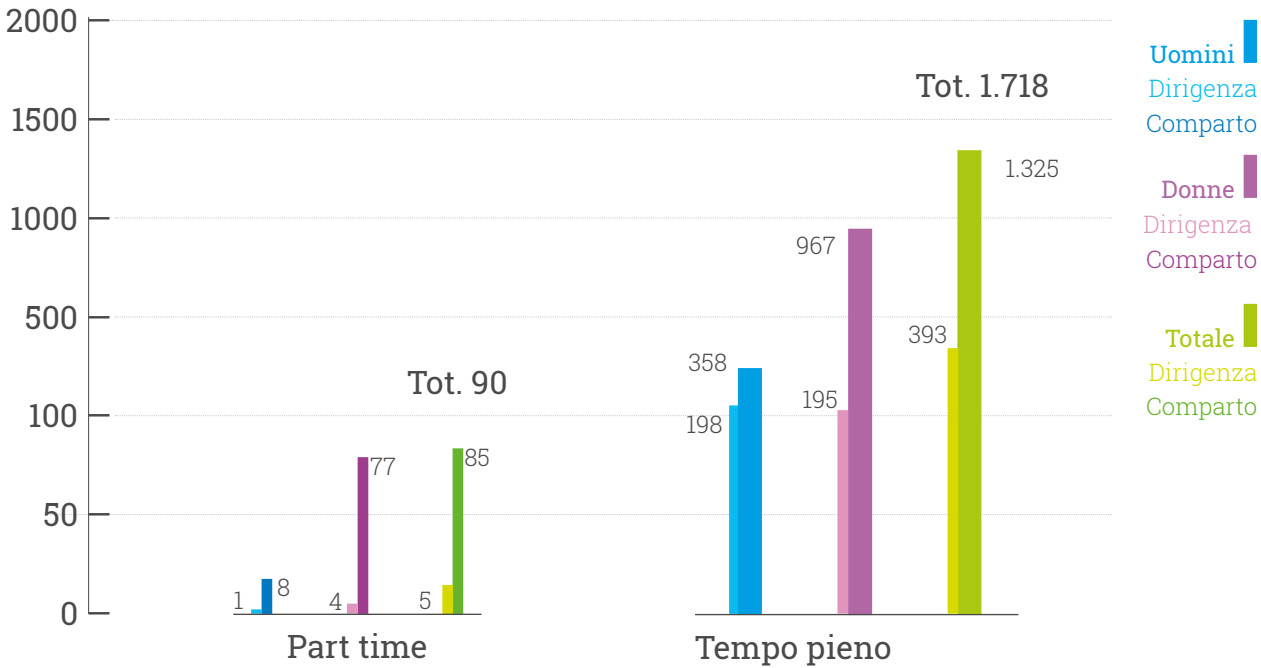
Tutto il personale è coperto da Accordi Collettivi di Contrattazione con riferimento alle tre vigenti aree contrattuali del Comparto, della Dirigenza Medica e della Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica ed Amministrativa.

Personale dipendente nel 2017
Per profili e genere

Profili	Uomini	Donne	Totale
Dirigenza medica	177	158	335
Dirigenza sanitaria	10	33	43
Dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa	12	8	20
Personale infermieristico	121	546	667
Tecnici sanitari di radiologia medica	29	47	76
Tecnici sanitari di laboratorio biomedico	26	46	72
Fisioterapisti, logopedisti	6	19	25
Altro personale tecnico sanitario	3	7	10
Assistenti sociali	1	1	2
OSS-OTA	40	160	200
Operatori tecnici - Ausiliari area sanitaria	13	32	45
Operatori tecnici - Ausiliari area tecnica	55	30	85
Personale amministrativo - Area amministrativa	34	89	123
Personale amministrativo - Area sanitaria	16	56	72
Personale non sanitario - Area tecnica	22	11	33
Totale	565	1.243	1.808



Personale dipendente nel 2017
Per tipologia oraria e genere



Analizzando i dati relativi alla tipologia di orario di lavoro, si evidenzia che il personale impiegato a tempo pieno rappresenta il 95,02% del totale mentre quello impiegato part-time nell'anno 2017 è pari a 90 unità (8 in più rispetto al 2016) ed il 90% sono donne.

All'interno dell'Ente è inoltre presente personale con altre tipologie di contratto ovvero inserito in specifici percorsi formativi e professionali, tutti con carattere di temporaneità, così come previsto dalle normative vigenti. La presenza di queste figure è maggiormente rilevante nella dimensione sanitaria/assistenziale.

Altro personale nel 2017

	Uomini	Donne	Tot.
Borsisti	4	6	10
Co.Co.Co.*	3	8	11
Titolari di contratto libero professionale	9	11	20
Interinali	42	48	90
Specializzandi/ Tirocinanti	21	22	43
In comando/ convenzione da altri Enti/Aziende	4	6	10
Totale	83	101	184

* 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 nel 2017

Ruolo Amministrativo	Uomini	Donne	Tot.
Assistente amministrativo	1	1	2
Coadiutore amm.vo esperto	3	10	13
Coadiutore amm.vo	0	2	2
Collaboratore amm.vo prof.le	0	1	1
Totale	4	14	18

Ruolo Sanitario	Uomini	Donne	Tot.
Ostetrica	0	2	2
Infermiere	4	7	11
Tecnico sanitario di radiologia medica	1	0	1
Tecnico audiometrista	0	1	1
Totale	5	10	15

Ruolo Tecnico	Uomini	Donne	Tot.
Assistente tecnico	2	1	3
Collaboratore tecnico professionale	0	1	1
Geometra	1	0	1
Tecnico prevenzione ambiente e luoghi di lavoro	1	0	1
Operatore tecnico	16	1	17
Perito biomedicale	1	0	1
OSS	12	21	33
Totale	33	24	57

Contratti libero professionali 2017

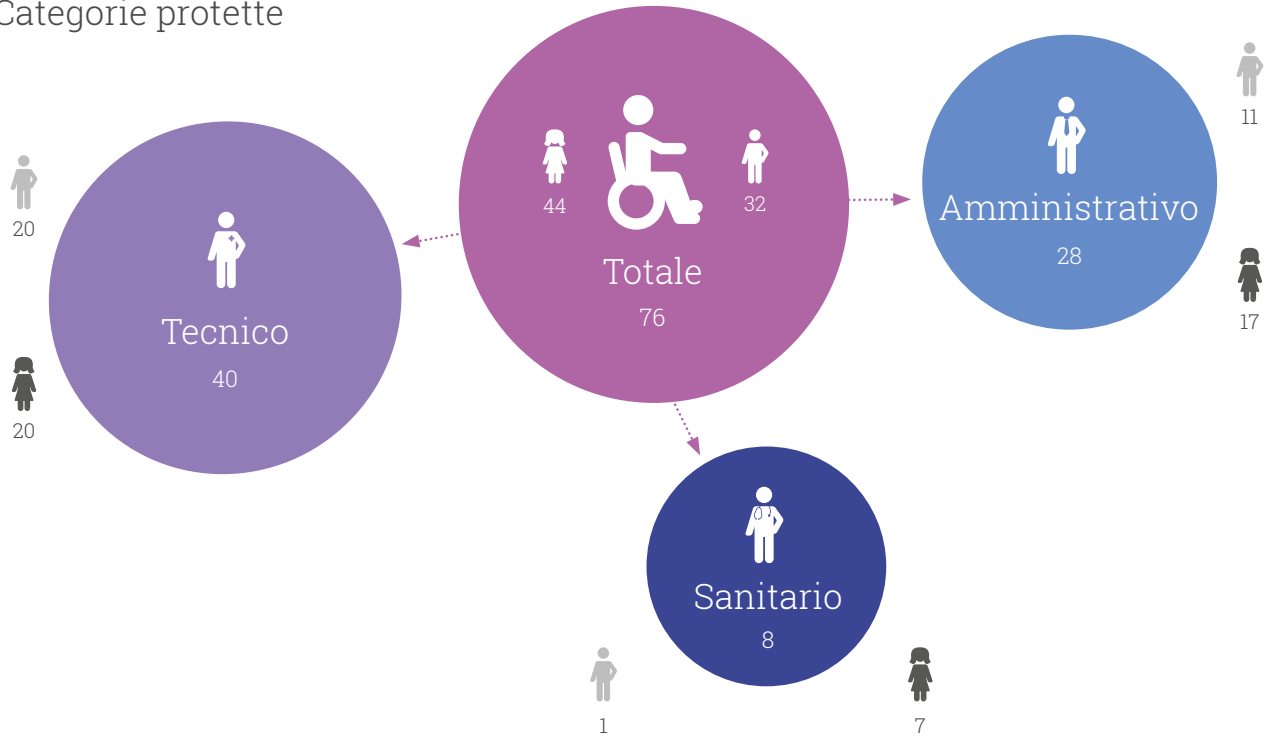
Personale Amministrativo	Uomini	Donne	Tot.
Personale amministrativo	1	1	2
Sociologo	0	1	1
Totale	1	2	3

Personale Tecnico	Uomini	Donne	Tot.
Perito industriale	1	0	1
Totale	1	0	1

Personale Sanitario	Uomini	Donne	Tot.
Medico	5	6	11
Odontoiatra	0	2	2
Psicologo	2	1	3
Totale	7	9	16



Personale dipendente nel 2017
Categorie protette



Sempre nel rispetto della normativa vigente, è previsto l’inserimento di lavoratori che risultino ricompresi nelle fattispecie di cui alla Legge 68/99 (Categorie Protette).

L’attuale consistenza nell’organico dell’Ente nell’anno 2017 è la seguente:

Disabili/Invalidi (art. 1)

Ruolo	Uomini	Donne	Totale
Amministrativo	11	14	25
Sanitario	1	7	8
Tecnico	17	18	35
Totale	29	39	68

Altre categorie protette (art. 18)

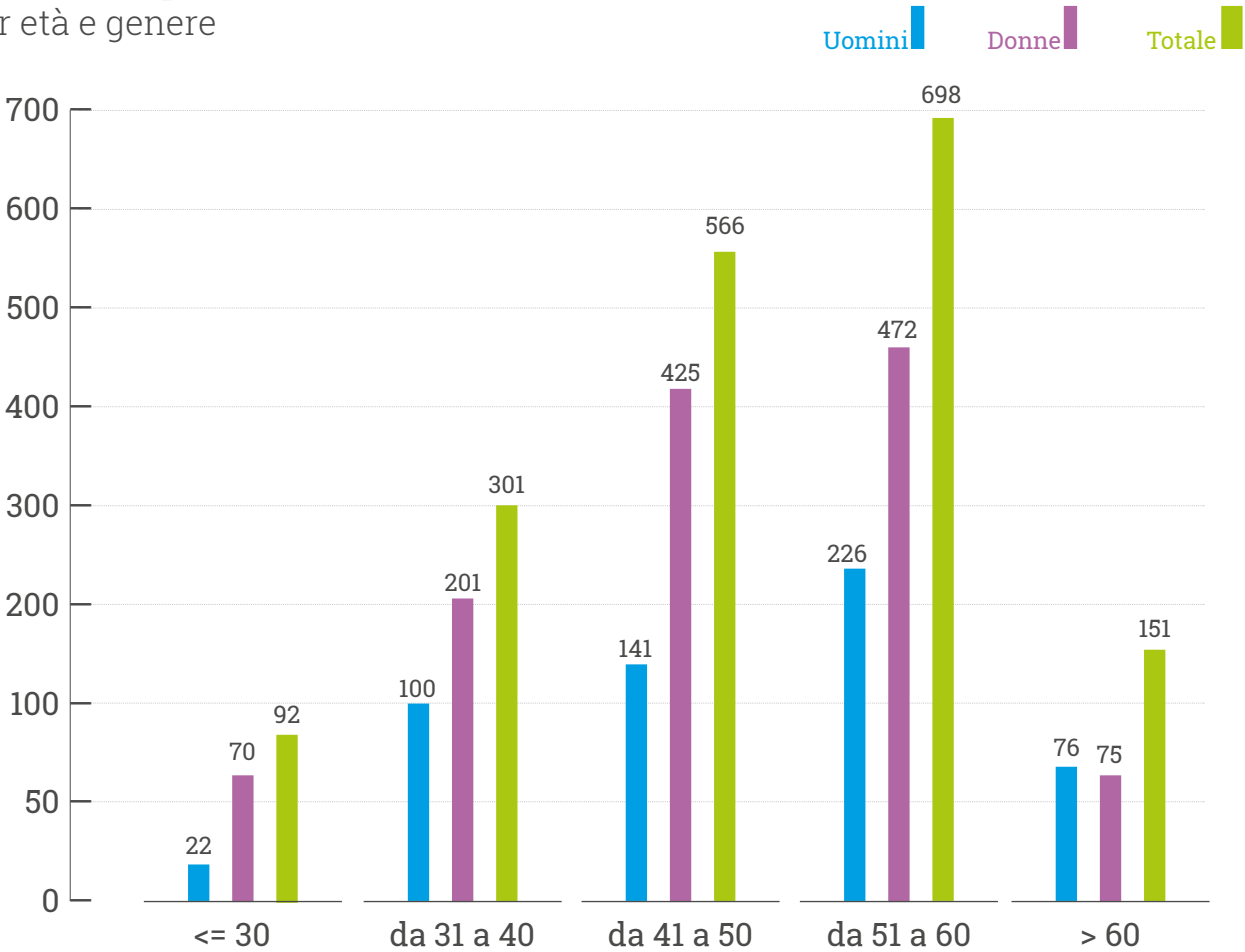
Ruolo	Uomini	Donne	Totale
Amministrativo	0	3	3
Sanitario	0	0	0
Tecnico	3	2	5
Totale	3	5	8

L’età media del personale dipendente nel 2017 si attesta a 48,3 anni, con un progressivo, anche se lieve, aumento rispetto agli anni precedenti ed evidenzia notevoli differenze tra i diversi profili.

Le fasce d’età più numerose sono quelle comprese tra i 41 e i 60 anni che comprendono un totale di 1.264 dipendenti, pari al 70% del totale,

evidenziando che la prevalenza di entrambe le componenti, femminile e maschile, si trova nella fascia d’età compresa tra i 51 e i 60 anni. La presenza di personale con età uguale o inferiore a 30 anni è pari al 5%.

Personale dipendente nel 2017
Per età e genere



Età media del personale nel biennio 2016 - 2017

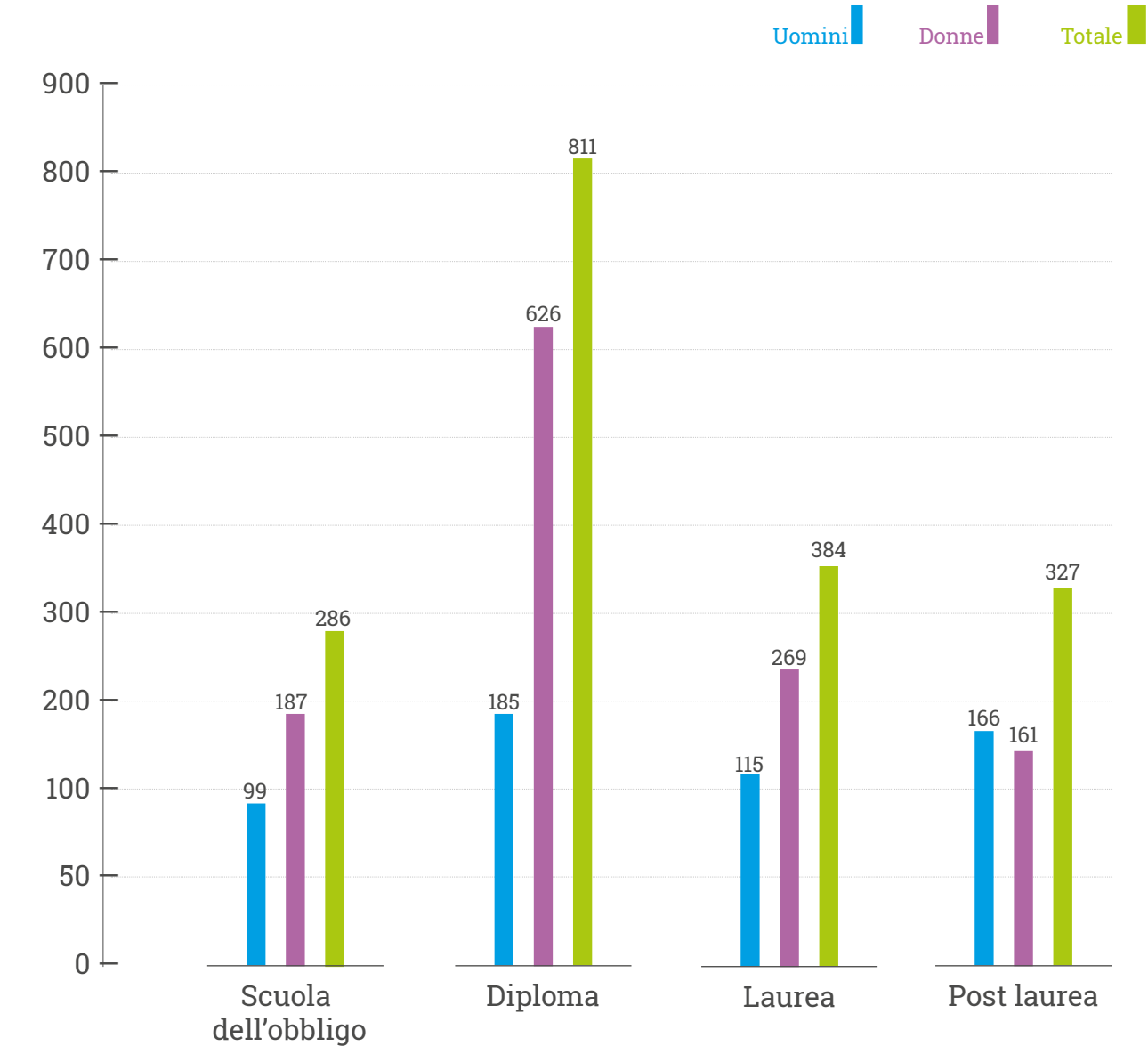
Profili	2016	2017
Medici	49,3	49
Infermieri e Tecnici sanitari	45,5	45,7
Personale amministrativo del comparto	48,9	49,3
Personale tecnico area sanitaria	52,5	53,2
Media sul totale	48,15	48,37

Tipologia Contrattuale	Uomini	Donne	Tot.
Contratto a tempo indeterminato	50,56	48,93	49,44
Contratto a tempo determinato	31,70	32,36	32,18
Tutto il personale	49,56	47,82	48,37

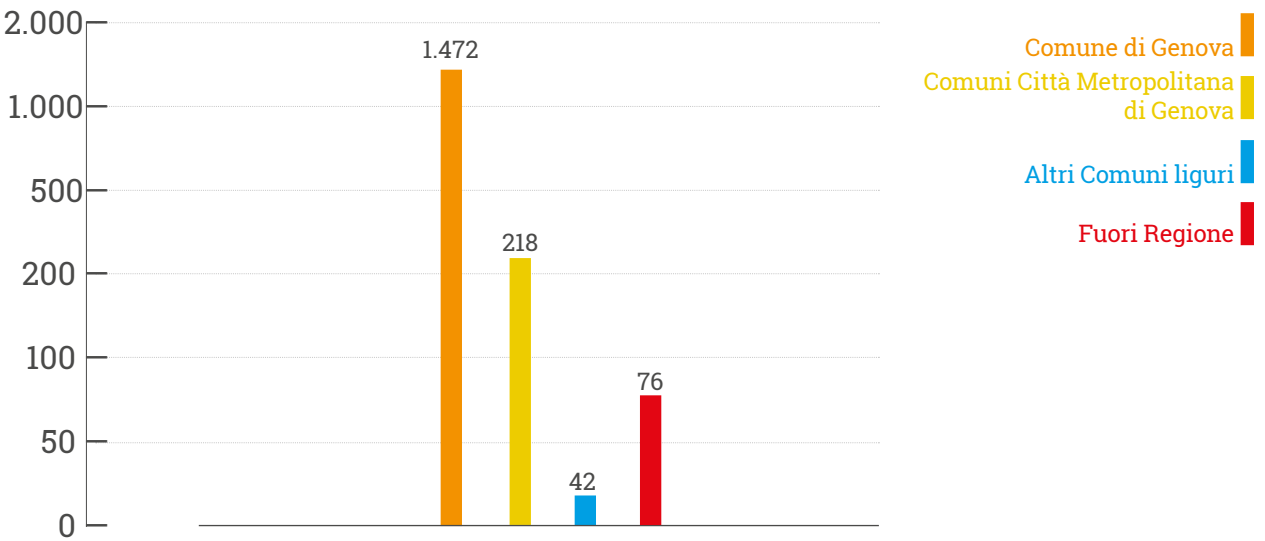
Dalle tabelle riportate emerge un sostanziale equilibrio nel personale dipendente tra le componenti di genere, tenuto conto che l'età media del personale maschile si attesta a 49,56 anni rispetto a quello femminile che è pari a 47,82 anni. Notevolmente più bassa è l'età media del personale con contratto a tempo determinato, pari a 32,18 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 dell'Ente, infatti i dati evidenziano che il 44,86% (811 unità) del totale delle risorse umane che prestano servizio presso l'Ente possiede un diploma, mentre il 21,23% possiede un titolo di Laurea (384 unità) ed il 18,09% specializzazioni di grado superiore (327 unità). Il personale con un titolo di Laurea o Post Laurea è in prevalenza di genere femminile con 430 unità, su un totale di 711 pari al 60,47%.

Personale dipendente nel 2017 Per grado di scolarità e genere



Personale dipendente nel 2017
Distribuzione territoriale



Cittadinanza straniera

Nazione di provenienza	N° dipendenti
Romania	4
Ecuador	2
Ucraina	2
Perù	2
Finlandia	1
Grecia	1
Polonia	1
India	1
Totale	14*

*percentuale sul totale dei dipendenti: 0,83%

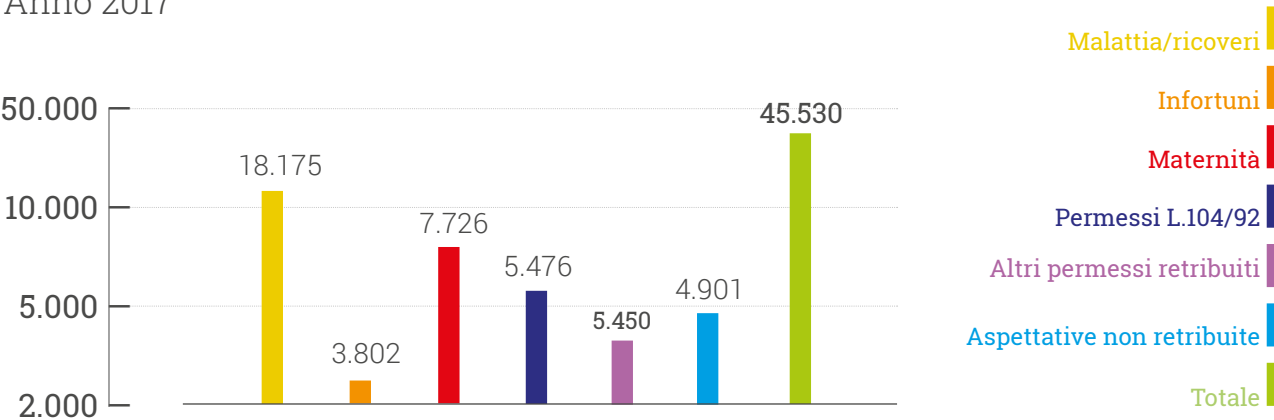
Cittadinanza straniera
profilo professionale

	Uomini	Donne
Infermiere	1	10
Medico	1	0
OSS	0	1
Operatore tecnico	1	0
Totale	3	11

Assenze per tipologia
Biennio 2016 - 2017

	2016	2017
Malattia/ricoveri	17.214	18.175
Infortuni	2.059	3.802
Maternità (obbligatoria e facoltativa)	8.120	7.726
Permessi L. 104/92	5.354	5.476
Altri permessi retribuiti	4.720	5.450
Aspettative non retribuite	2.779	4.901
Giorni totali	40.246	45.530

Anno 2017



Analizzando i dati relativi ai giorni di assenza del personale, si evidenzia nel complesso un sensibile aumento degli stessi rispetto agli anni precedenti; l'unico dato in diminuzione è quello relativo alle assenze per maternità.

Le assenze del personale, non comprensive delle ferie, nel corso del 2017, in totale pari a n. 45.530 giorni, sono dovute principalmente a malattie e ricoveri.

Congedo parentale*

Personale avente diritto

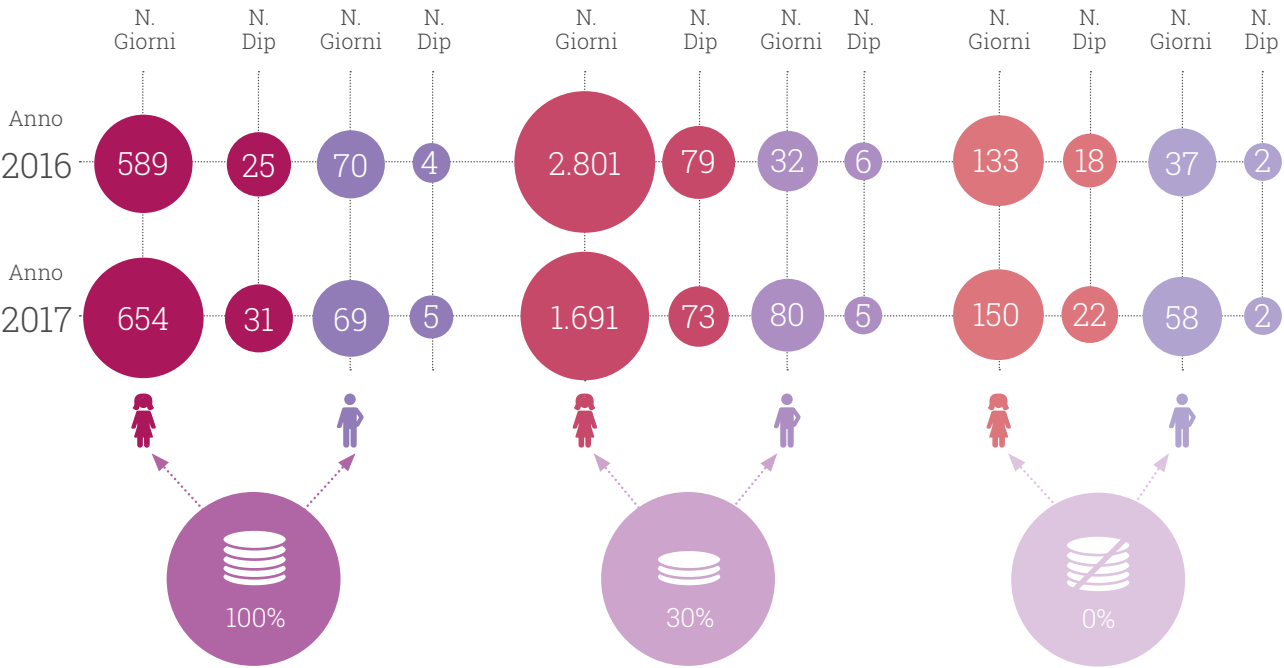
	2016	2017
Uomini	50	61
Donne	193	218
Totale	243	279

*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).

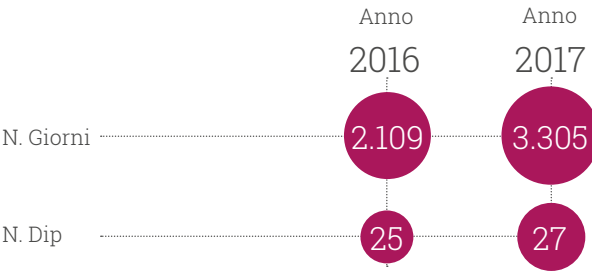
Le tabelle seguenti riportano i dati relativi all'utilizzo dei congedi di maternità, paternità, parentali e per malattia dei figli e confermano quanto già noto:

il personale femminile è quello che beneficia in misura maggiore dei congedi per la cura dei figli.

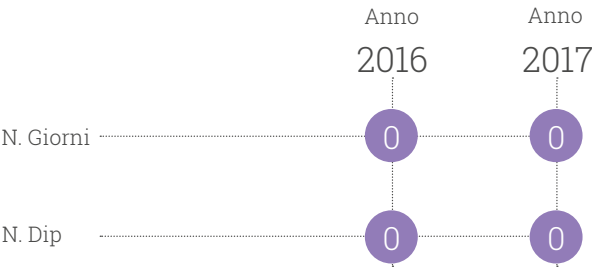
Congedo parentale e retribuzione



Maternità

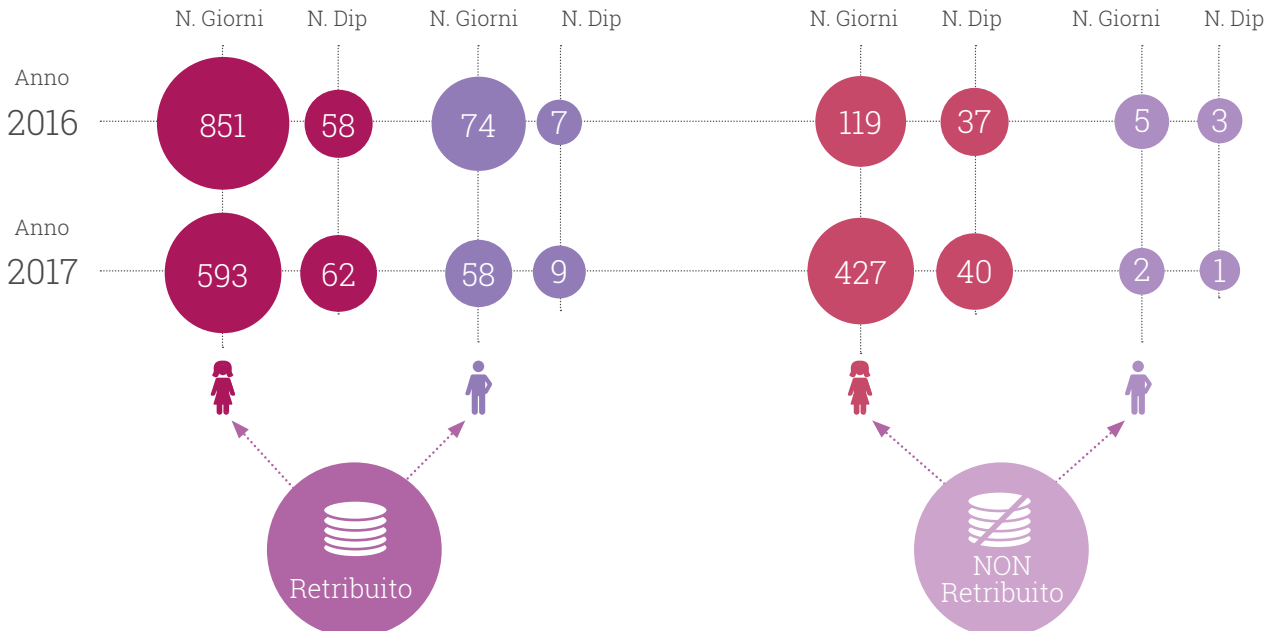


Paternità*



*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 2016 - 2017

Le tabelle riportanti i dati relativi alle assunzioni ed alle cessazioni del personale dell'Ente per il biennio 2016-2017, rilevano come, nel 2017, sia pur in considerazione dei limiti imposti dalla normativa vigente in materia di acquisizione di

risorse umane e di contenimento della spesa per il personale, sia stato garantito il turn over del personale mantenendo un sostanziale pareggio sia numerico che di figure professionali (121 assunzioni a fronte di 120 cessazioni).

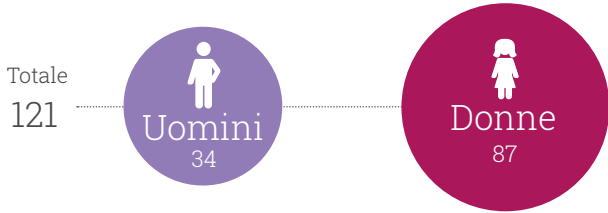
Assunzioni

Ruolo	2016	2017
Sanitario	79	105
Tecnico	7	12
Amministrativo	1	4
Totale	87	121
Tasso nuovi assunti	4,8%	6,7%

Cessazioni

Ruolo	2016	2017
Sanitario	47	92
Tecnico	18	17
Amministrativo	25	11
Totale	90	120
Tasso di turn over	5%	6,6%

Assunzioni nel 2017
Per genere



Cessazioni nel 2017
Per genere



Assunzioni nel 2017

Per fasce di età

	Totale
< = 30	55
Da 31 a 40	41
Da 41 a 50	16
Da 51 a 60	9
> 60	0

Per profilo professionale

	Totale
Dirigenza medica	29
Dirigenza sanitaria	3
Personale infermieristico	60
Personale tecnico sanitario	13
OSS - OTA	6
Operatori tecnici/Ausiliari	3
Personale amministrativo	7

Provenienza geografica

	Totale
Regione	96
Fuori Regione	25

Cessazioni nel 2017

Per fasce di età

	Totale
< = 30	28
Da 31 a 40	21
Da 41 a 50	15
Da 51 a 60	20
> 60	36

Per profilo professionale

	Totale
Dirigenza medica	30
Dirigenza sanitaria	1
Dirigenza PTA*	1
Personale infermieristico	50
Personale tecnico sanitario	10
OSS - OTA	12
Operatori tecnici/Ausiliari	7
Personale amministrativo	9

* professionale, tecnica ed amministrativa

Provenienza geografica

	Totale
Regione	94
Fuori Regione	26

4.2

Bilancio di genere

Il personale dell’Ente nel 2017 è costituito da un totale di 1.808 unità suddivise in 1.243 donne, pari al 68,7%, e 565 uomini, pari al 31,2%.

Si rileva pertanto una netta prevalenza della componente femminile.

L’area contrattuale del comparto denota una netta maggioranza di presenze femminili con un 74% rispetto ad un 25,9% di presenze maschili, mentre nell’area della dirigenza medica le percentuali tendono ad un riallineamento con un 47% di personale femminile rispetto ad un 52,8% di personale maschile.

In riferimento alle qualifiche apicali invece si nota un maggior numero di appartenenti al genere maschile, con l’81,4 % tra i Direttori/Dirigenti di S.C. e Dirigenti di S.S per l’Area Medica e Sanitaria e il 64,7% per l’Area Professionale, Tecnica e Amministrativa.

Nell’ambito del personale del comparto i dipendenti titolari di posizioni organizzative e con funzioni di coordinamento nell’area sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale appartengono prevalentemente al genere femminile (70,3%).



Dirigenti in posizioni apicali per genere
anno 2017

	Uomini	Donne	Totale
Direttori/Dirigenti di S.C. e di S.S. Area medica e sanitaria	35	8	43
Direttori/Dirigenti di S.C. e di S.S. Area professionale, tecnica ed amministrativa	11	6	17
Totale	46	14	60

Posizioni Organizzative per genere
anno 2017

Area	Uomini	Donne	Totale
Sanitaria	6	17	23
Amministrativa, tecnica e professionale	15	18	33
Totale	21	35	56

Funzioni di coordinamento sanitario per genere
anno 2017

	Uomini	Donne	Totale
Funzioni di coordinamento sanitario	23	69	92

Gli organi istituzionali dell'Ente sono attualmente costituiti da soggetti di genere maschile.

Il Consiglio di Amministrazione è composto da 10 soggetti di età compresa tra i 45 ed i 77 anni.

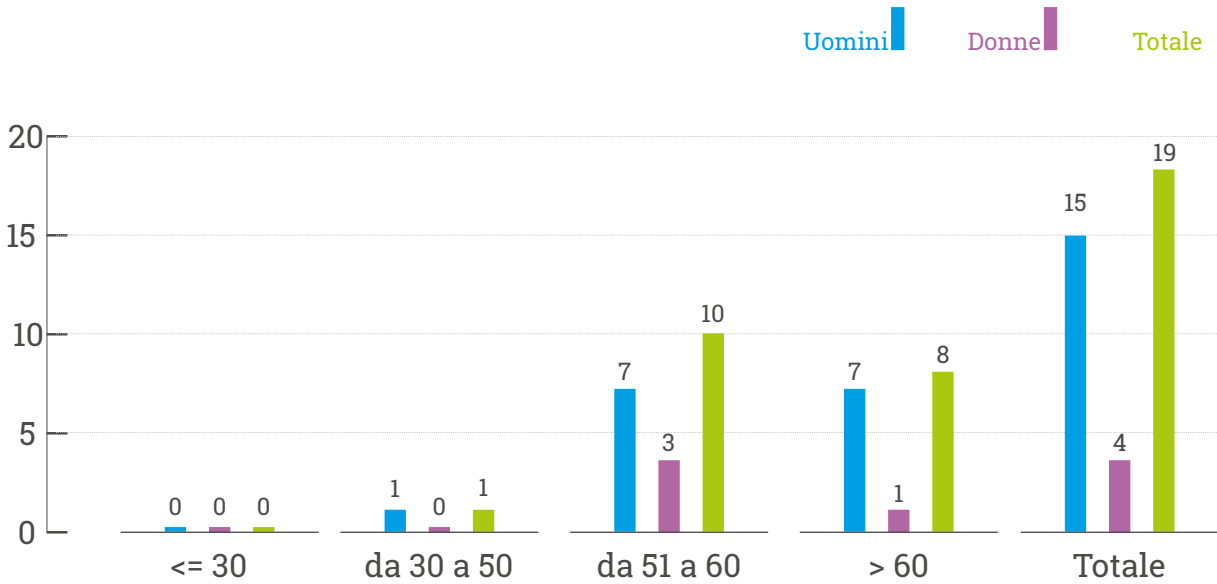
Il 10% ha quindi un'età inferiore a 50 anni, il 20% un'età compresa tra 51 e 60 anni, mentre il 70% un'età superiore a 60 anni.

Il Collegio dei Sindaci è costituito da tre unità con età anagraficamente ripartite in tre fasce: tra 45 e 50 anni, tra 51 e 55 anni, tra 56 e 60 anni.

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 55 e 60 anni.

La composizione del Collegio di Direzione, organo consultivo dell'Ente, pur confermando una prevalenza della componente maschile, denota una presenza femminile pari al 21% dei componenti di cui si riporta la suddivisione per genere e 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 ed è pertanto formato da componenti designati dalle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'Ente.
- L'elenco dei componenti è consultabile su: <https://www.galliera.it/cug/componenti>

Tutela delle pari opportunità

- Il Comitato Unico di Garanzia (CUG), è stato costituito presso l'E.O. Ospedali Galliera con Provvedimento n. 84 del 6/02/2013.
- Nel corso del 2017 è stato rinnovato per ulteriori quattro anni e contestualmente si è provveduto alla conferma/sostituzione di componenti e/o supplenti previa indizione in via sperimentale di una selezione interna.
- Questo ha permesso di individuare un gruppo fortemente motivato che attraverso un percorso di formazione ha acquisito conoscenze uniformi e adeguate allo svolgimento delle attività istituzionali di competenza.



Attività svolte dal CUG nel 2017

- Nel mese di luglio si è insediato il nuovo CUG ed ha iniziato la sua attività, volta prevalentemente a creare le premesse per una attività proficua per il quadriennio, anche forte dell'esperienza maturata nel periodo precedente e trasmessa dai componenti al secondo mandato. In particolare il secondo semestre dell'anno è stato dedicato:
- alla formazione dei componenti del CUG attraverso la condivisione e il confronto anche con altre realtà sia pubbliche che private
- alla revisione e all'aggiornamento dei documenti di competenza
- alla pianificazione delle attività per l'anno

- alla individuazione della metodologia di lavoro
- alle modifiche da apportare al sito web per diffondere e promuovere le iniziative all'esterno. Al fine di promuovere la continuità nello svolgimento delle attività, alle riunioni possono partecipare senza diritto di voto i supplenti, anche quando è presente il titolare. I componenti del CUG si sono suddivisi per gruppi spontanei al fine di organizzare il lavoro tenendo conto degli interessi e delle competenze dei singoli. Nel corso del semestre è stata predisposta dal gruppo di lavoro dedicato e recepita in modo formale dalla Direzione dell'Ente, la "Disciplina per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".

La Consiglieria di fiducia

Nel 2017 è stato emesso un avviso di pubblica selezione per il conferimento dell'incarico di Consigliera o Consigliere di fiducia dell'E.O. Ospedali Galliera essendo scaduto il mandato precedente. L'incarico è stato assegnato alla Dott.ssa Elisabetta Dolcini. Tutti i dipendenti sono stati informati della nuova nomina e delle modalità di accesso al suo ufficio. La Consigliera di fiducia è una esperta incaricata di fornire consulenza ed assistenza ai dipendenti oggetto di comportamenti discriminatori, mobbizzanti o molesti, è una figura istituzionale esterna all'Ente che agisce in piena autonomia e riservatezza, con funzioni di consulenza, assistenza e prevenzione ed è, altresì, una figura di rete, propositiva nel farsi conoscere in modo chiaro ed appropriato all'interno dell'Ente. Alla Consigliera di fiducia è affidato il compito di

svolgere attività di consulenza ed assistenza a favore di coloro che si rivolgono a lei, lamentando comportamenti discriminatori, mobbizzanti o molesti e, comunque, lesivi della dignità e libertà personale della lavoratrice o del lavoratore nell'ambiente di lavoro.

La Consigliera di fiducia svolge, altresì, nel proprio ambito di competenza e a supporto dell'Ente, una funzione preventiva nei confronti del disagio nell'ambiente lavorativo regionale, rilevando problemi e criticità, monitorando eventuali situazioni di rischio, di cui sia venuta conoscenza anche indirettamente, proponendo idonee azioni di contrasto ed eventuali soluzioni organizzative.

La nuova Consigliera ha iniziato la sua attività dopo la pausa estiva e il suo ufficio ha registrato nel 2017 dodici accessi.

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.

Obiettivo del sistema delle relazioni sindacali è quello di temperare l'interesse dei dipendenti al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale con l'esigenza dell'Ente di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei propri servizi.

All'interno dell'Ente le relazioni sindacali nel corso del 2017 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.

Si evidenzia che, nel 2017, si sono svolti anche alcuni incontri sindacali congiunti con le OO.SS. dell'Istituto Giannina Galsini e con le OO.SS. dell'A.S.L. 3 Genovese su specifiche tematiche riguardanti entrambe le aziende.

Nel 2017 il numero dei provvedimenti disciplinari è stato pari a 15 e tutti sono stati gestiti secondo la normativa vigente.

Attività sindacale anno 2016

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

* sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Attività sindacale anno 2017

	Incontri sindacali	Accordi/ Intese
Comparto	6	2
Dirigenza medica	7	2
Dirigenza SPTA*	5	2

* sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa

Progressioni economiche orizzontali

Nel corso del 2017, a seguito di un confronto con le Organizzazioni Sindacali del Comparto, è stato sottoscritto un accordo relativo all'istituto delle progressioni economiche orizzontali, da attribuire al personale dipendente con decorrenza dal 1° gennaio 2017, che riprende sostanzialmente i criteri per l'attribuzione delle progressioni economiche orizzontali già definiti nell'accordo del 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 113 (21,86 %) su un totale di 517 aventi diritto.

Progressioni economiche orizzontali

anno 2017

	In possesso dei requisiti	Esclusi	Aventi diritto	Beneficiari	% rispetto alla categoria
Categoria A	3	0	3	1	33,3
Categoria B	58	6	52	1	1,9
Categoria BS	177	9	168	61	36,3
Categoria C	70	5	65	7	10,7
Categoria D	186	8	178	39	21,9
Categoria DS	56	5	51	4	7,8
Totale	550	33	517	113	21,9

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 2017 è proseguita l'intensa attività formativa per quanto concerne la sicurezza antincendio.



Attività formativa 2017
In materia di salute e sicurezza

Corso	N. edizioni	N. ore per edizione
Rischio biologico in ambito sanitario	3	4
Corso MAPO tradizionale	6	5
Corso MAPO training on the job	3	4
Corso per addetti antincendio (attività a rischio elevato)	3	16
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
Affrontare un'emergenza incendio	11	1

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

Riunioni RLS

Gli RLS, che sono sei, 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.

Nel corso del 2017 il Datore di lavoro, congiuntamente alle altre figure aziendali coinvolte nella gestione della sicurezza, ha incontrato gli RLS in sede di riunione periodica il 21/02 come previsto dall'art. 35 del D.Lgs 81/2008.

Infortuni 2016 -2017

Il numero degli infortuni aumenta rispetto all'anno precedente e si riporta in linea con l'andamento degli anni passati. Si nota un sensibile aumento degli infortuni causati da movimentazione carichi e da cadute accidentali ma restano sempre allineati con gli anni precedenti.

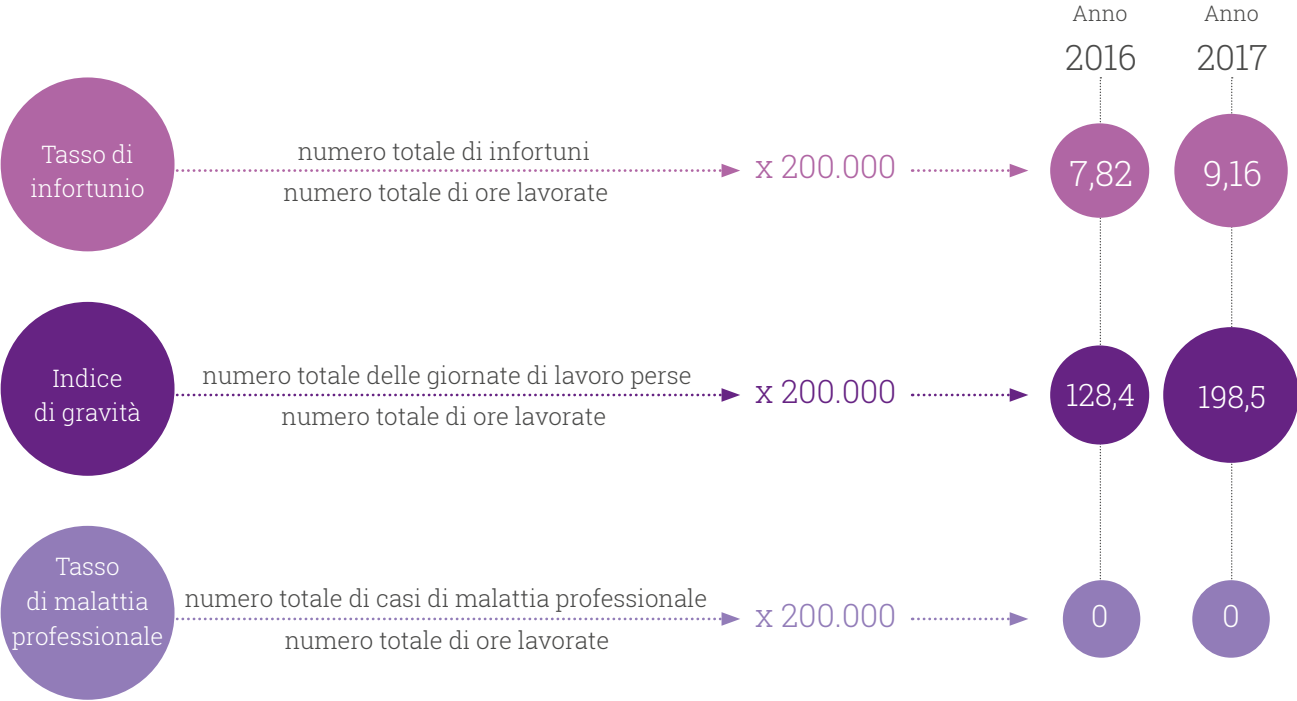
Aumentano gli infortuni in itinere che causano anche un innalzamento dell'indice di gravità, come si può evincere dalla tabella riportata di seguito.



Infortuni per tipologia

	2016	2017
Punture con ago	18	17
Tagli	2	7
Contaminazione con sostanze pot. infette	11	9
Contaminazione con sostanze chimiche pericolose	0	3
Urti	14	16
Movimentazione carichi	5	15
Cadute	19	28
Ustioni	1	0
Aggressioni	4	6
In itinere	26	37
Altro	29	14
Totale	129	152

Infortuni 2016 -2017



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 2017 sono state effettuate 1.798 (1849 nel 2016, 1.742 nel 2015, 1.868 nel 2014, 1.858 nel 2013, 1.768 nel 2012, 1.410 nel 2011 e 962 nel 2010) visite mediche finalizzate all’espressione di altrettanti giudizi di idoneità.

Nel corso dell’anno 2017 si sono concluse con un giudizio di idoneità con prescrizione/limitazione 413 visite su 1.798 visite effettuate, pari quindi al 22,9 % delle visite effettuate.

Il dato è però riferito al numero di visite e non al personale attivo al 31 dicembre 2017 quindi non corrisponde ad altrettanti lavoratori in quanto uno stesso operatore può essere stato visitato più volte nell’anno.

Nel 2017 dalle visite effettuate non sono risultati lavoratori non idonei.

Esiti della sorveglianza sanitaria al 31/12/2017

Profilo professionale	Lavoratori sotto sorveglianza sanitaria	Lavoratori idonei con prescrizioni/limitazioni	%
Infermiere/ostetriche	661	123	18,6%
OSS-OTA-AUS	227	54	23,7%
Dirigente medico	339	21	6,4%
Personale amministrativo	228	16	7%
Biologo/chimico/fisico/farmacisti	53	1	1,8%
Tecnici sanitari	207	18	8,6%
Operatori tecnici	186	38	20,4%

4.5

Formazione

La S.S.C. Formazione, perseguendo l'obiettivo della valorizzazione delle risorse umane, costituisce lo strumento "tecnico" dell'Ente per promuovere la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione delle risorse umane sulla base degli indirizzi di sviluppo definiti dalla Direzione dell'Ente, anche in coerenza con gli indirizzi e gli obiettivi regionali e nazionali, nel rispetto del budget assegnato. La Struttura contribuisce al raggiungimento degli obiettivi del Piano Strategico dell'Ente pianificando, gestendo e organizzando la partecipazione del personale ad eventi formativi interni ed esterni, rispondendo nel contempo ai bisogni formativi espressi o cogenti delle strutture dell'Ente, secondo quanto previsto dal Piano formativo aziendale. Particolare attenzione è rivolta a quanto previsto dal piano nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), rispondendo con le attività programmate alla necessità di adeguare le conoscenze e le competenze dei professionisti sanitari al progresso in campo scientifico e alle nuove acquisizioni in campo medico-



Ore medie di formazione per genere e profilo professionale

Area amministrativa

Profilo professionale	Ore di formazione		
	%	%	%
	Ore Medie	Donne	Uomini
Dirigenza	6,65	30,8	69,2
Ruolo amministrativo	5,64	76,3	14,9
Collaboratore tecnico	5,19	17,5	82,5

assistenziale, ai mutamenti della domanda di salute, nonché all'innovazione tecnologica ed organizzativa. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, nel raccomandare l'attivazione di percorsi formativi per il personale sanitario, ribadisce il ruolo strategico della formazione continua e dell'aggiornamento sul lavoro come strumenti fondamentali per mantenere competenze e saperi in linea con il progresso tecnologico e con le nuove conoscenze. Il Consiglio di Amministrazione dell'E.O. Ospedali Galliera, il 27 gennaio 2017, ha approvato il Piano Strategico 2017 - 2019. Si tratta del documento di programmazione che delinea la missione, gli indirizzi strategici e gli obiettivi dell'Ente Ospedaliero a partire dalla messa a punto del nuovo modello organizzativo - NUOVO GALLIERA - fino all'acquisizione dello status di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) passando attraverso l'adozione di innovative tecnologie e allo sviluppo di attività di ricerca

Area sanitaria

Profilo professionale	Ore di formazione		
	%	%	%
	Ore Medie	Donne	Uomini
Biologo	30,8	79,1	20,9
Farmacista	12,3	100	0
Fisico	25,6	45,8	54,2
Medico	14,7	50,5	49,5
Psicologo	3,5	100	0
Odontoiatra	7,5	0	100
Assistente sanitario	10	100	0
Dietista	6,6	100	0
Fisioterapista	24,5	85	15
Infermiere	12,6	78,3	21,7
Infermiere pediatrico	13,2	100	0
Logopedista	14,5	100	0
Ortottista	24	100	0
Ostetrico	8,8	93,6	6,4
Tecnico di neurofisiopatologia	5	100	0
Tecnico sanitario laboratorio biomedico	10,5	73,2	26,8
Tecnico sanitario radiologia medica	21,8	62,9	37,1
OSS/OTA	4,5	94,2	5,8
Personale tecnico/ ausiliario area sanitaria	4,3	45,9	54,1

in relazione alla gestione dell'invecchiamento e della fragilità ("Aging"). Il Piano sottolinea che: "Il processo di Formazione, anche in previsione della realizzazione del Nuovo Ospedale, dovrà

orientare le politiche formative verso l'adozione di nuovi modelli gestionali: dalle necessità alle nuove opportunità, dai vecchi problemi alle nuove possibilità. In questo ambito sarà necessario operare una rivisitazione integrale delle regole e dei criteri finalizzati all'individuazione delle "funzioni" e dei "momenti" della formazione, alla rivisitazione del processo formativo, all'analisi della domanda, delle esigenze e delle opportunità formative, nell'ottica dell'adozione – in prospettiva futura – di piani di formazione aderenti alle specificità ed ai fabbisogni diversificati delle strutture dell'Ente."

Il Piano strategico prevede una rilevazione del bisogno formativo, anche in via sperimentale, che coinvolga un numero allargato di operatori e l'impiego di fonti diversificate, precisando che "Per il triennio di riferimento, ai fine del perseguimento delle finalità istituzionali, tra le quali spicca la trasformazione dell'Ente Ospedaliero in IRCCS, sarà necessario predisporre un piano della formazione pluriennale, dando evidenza alle aree che, in prospettiva, necessitano di una più spiccata attività formativa e della formazione specifica orientata alla tematica dell'aging e della presa in carico del paziente anziano".



A tal fine nel corso del 2017, accanto alla realizzazione del Piano Formativo Aziendale per l'anno in corso, è stata predisposta la rilevazione del bisogno formativo (attività svolta a cadenza triennale) al fine di dar corso a quando contenuto nel Piano Strategico.

In particolare è stato rivisto lo strumento già in uso per la rilevazione del bisogno formativo, integrandone gli item per orientarlo all' "aging" ed estendendone la somministrazione a tutti i professionisti dell'area sanitaria e non solo a quelli del comparto.

Con l'obiettivo di orientare in modo coerente l'offerta formativa per il prossimo triennio, la rilevazione del bisogno formativo è stata predisposta in linea con quanto contenuto nel documento programmatico OMS per la regione Europa e nelle linee di indirizzo dell'Ente in merito all'attività di ricerca.

Lo strumento utilizzato per la rilevazione del fabbisogno formativo del personale è un questionario anonimo semistrutturato, validato e già utilizzato in indagini analoghe, al quale sono stati aggiunti i campi relativi all'orientamento all'aging.

Il questionario è costituito da due gruppi di domande (area di identificazione e area di competenze), per un totale di 19 items.

L'indagine è stata condotta grazie alla preziosa collaborazione di uno studente del Master in Didattica, il Dott. Fabio Grassano e ha coinvolto diverse strutture dell'Ente. Il questionario è stato reso fruibile on line mediante la pubblicazione del link all'interno del Sito Aziendale, inoltrando a tutto il personale sanitario la relativa comunicazione e l'invito alla sua compilazione.

La rilevazione è stata effettuata nel periodo 1-15 luglio 2017 attraverso una comunicazione inviata via mail a tutti i professionisti dell'area Sanitaria, Comparto e Dirigenza.

Per un'organizzazione che aspira a collocarsi in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini è essenziale un'offerta formativa ECM qualitativamente e quantitativamente adeguata. La rilevazione del bisogno formativo ha evidenziato punti di forza e punti di debolezza e ha orientato le proposte e i contenuti dei corsi di formazione per il 2018.

La Formazione di Base

Nel corso del 2017 si è consolidata la figura della guida di tirocinio, anche attraverso un corso di formazione dedicato, al fine di uniformare la formazione tra i diversi professionisti che si dedicano a questa preziosa attività. 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.

Per la prima volta questa attività è stata formalizzata ed ha permesso di riconoscere in

termini concreti l'impegno profuso nella attività di formazione, attraverso il riconoscimento di crediti ECM in quanto l'attività di guida di tirocinio impegna il professionista ad un cammino di formazione e di aggiornamento delle proprie conoscenze e competenze, al fine di trasmettere un sapere e un agire professionale adeguati e corretti.

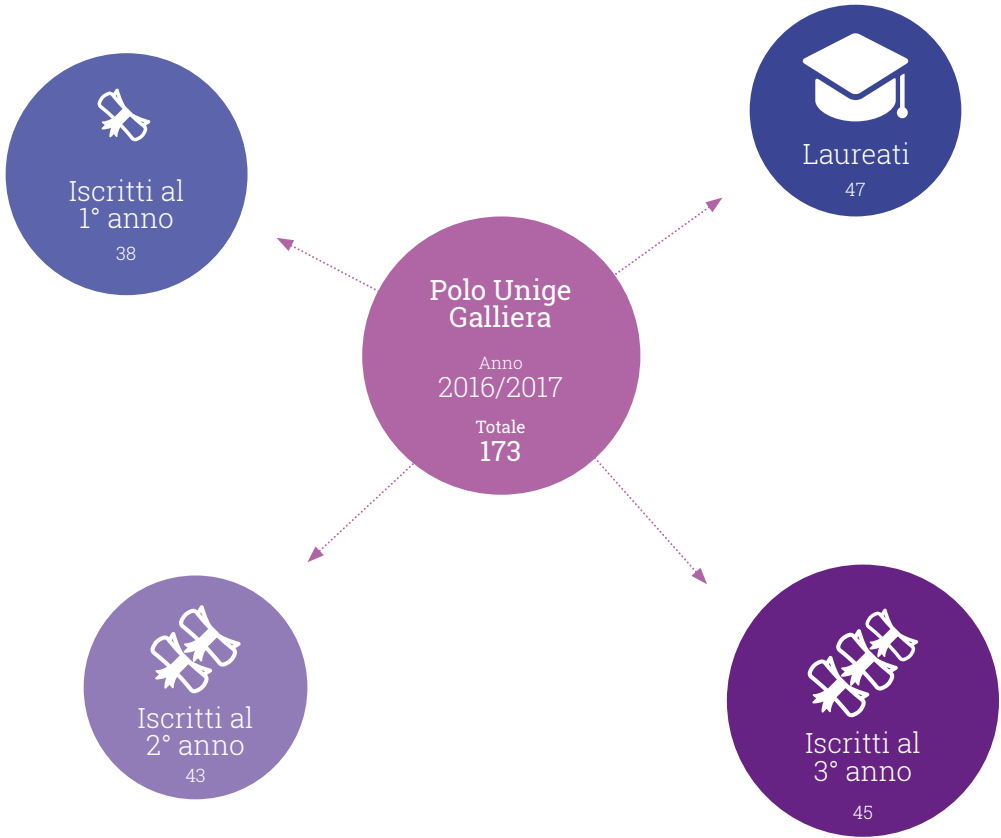
Prosegue la rilevazione della qualità degli ambiti di apprendimento clinico, attraverso il Cles T. Gli studenti del corso di laurea in infermieristica nell'ambito della redazione della propria tesi di laurea, hanno partecipato a di numerosi progetti aziendali, apportando un contributo concreto alla loro realizzazione, sia nella fase di raccolta dati che nella messa a punto di nuove strategie migliorative rispetto ai problemi indagati.

Particolarmente significativa per l'anno in corso è stata la collaborazione alla stesura di alcuni documenti per il nuovo reparto a conduzione infermieristica (ACI).

Gli studenti, accompagnati dalle loro relatrici, hanno individuato quattro problemi prioritari di salute e per ciascuno hanno redatto i documenti per la realizzazione degli interventi di educazione alla salute per i pazienti affetti da queste patologie (ipertensione arteriosa, diabete, scompenso cardiaco e BPCO). Questi strumenti, utilizzati dal personale del reparto, costituiscono un valido supporto per una attività, quella educativa, ritenuta critica dal progetto RN4Cast.

Nell'ambito della formazione degli Operatori Socio Sanitari, è stata importante la partecipazione al gruppo di studio regionale, il cui contributo è stato fondamentale per la redazione del documento che regolerà questa attività in modo uniforme in tutta la Regione Liguria.

Corso di Laurea in infermieristica
Unige Polo Galliera



Corsi Oss

Anno	Tipologia di corso	Partner	Numero classi
2017	Riqualificazione	Isforcoop	1
2017	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, 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 2017 è stato approvato il 3° aggiornamento del Piano per il triennio 2017-2019, disponibile sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente. Con il primo piano di prevenzione della corruzione 2014-2016 sono stati mappati 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, 2016 e 2017 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 l'aggiornamento 2017 sono state recepite modifiche introdotte dal D.Lgs. n.97/2016 in materia di corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 190/2012 e del decreto legislativo 33/2013, prevedendo in più incisivo coordinamento tra obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza e il piano delle performance.

Tutti i piani triennali di prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono pubblici e liberamente consultabili sul sito web dell'Ente nella sezione “Amministrazione trasparente” all'indirizzo <https://www.galliera.it/amministrazione-trasparente>.

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.

Il monitoraggio è stato effettuato periodicamente a cadenza semestrale per l'alto rischio e a cadenza annuale per il medio rischio, ritenendo il basso rischio poco rilevante. Il monitoraggio è effettuato mediante scheda di autovalutazione che ha permesso di attestare il corretto adempimento degli obblighi di trasparenza nonché l'attuazione delle principali misure di prevenzione.

Dipartimento di Staff

- S.C. Automazione e ingegneria clinica

Dipartimento Giuridico-economico

- S.C. Gestione risorse umane
- S.C. Affari generali e legali
- S.C. Approvvigionamento e gestione risorse
- S.C. Economale e alberghiero e logistica
- S.C. Bilancio e Contabilità

Formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

Nell'anno 2017 è proseguita la formazione di base in modalità FAD rivolta ai dipendenti dell'Ente in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza già avviata nell'anno 2016.

Agli eventi accreditati ECM hanno partecipato 875 dipendenti nell'anno 2016 e 236 dipendenti nel 2017.

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.

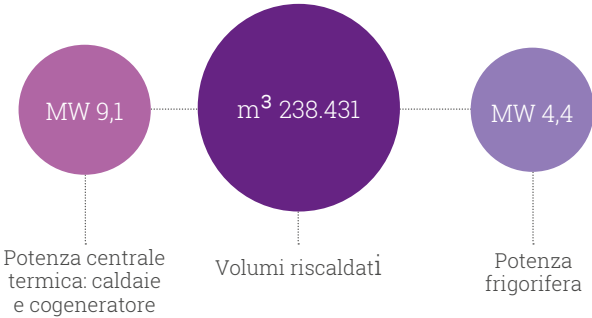
E' bene ricordare che i risparmi energetici ottenibili con un uso razionale dell'energia sono valutati a parità di servizio fornito, o con miglioramento dello stesso, e non impongono pertanto rinunce o tagli. Tutti aspetti, questi, legati al concetto di "Ospedale verde" a cui l'Ente Ospedaliero sta rivolgendo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

	2013	2014	2015	2016	2017
Tep	2.778	2.578	2.752	2.517	2.472
CO2 (ton)			5.464	4.998	4.908

Potenza termofrigorifera installata e carico termico dell'Ente

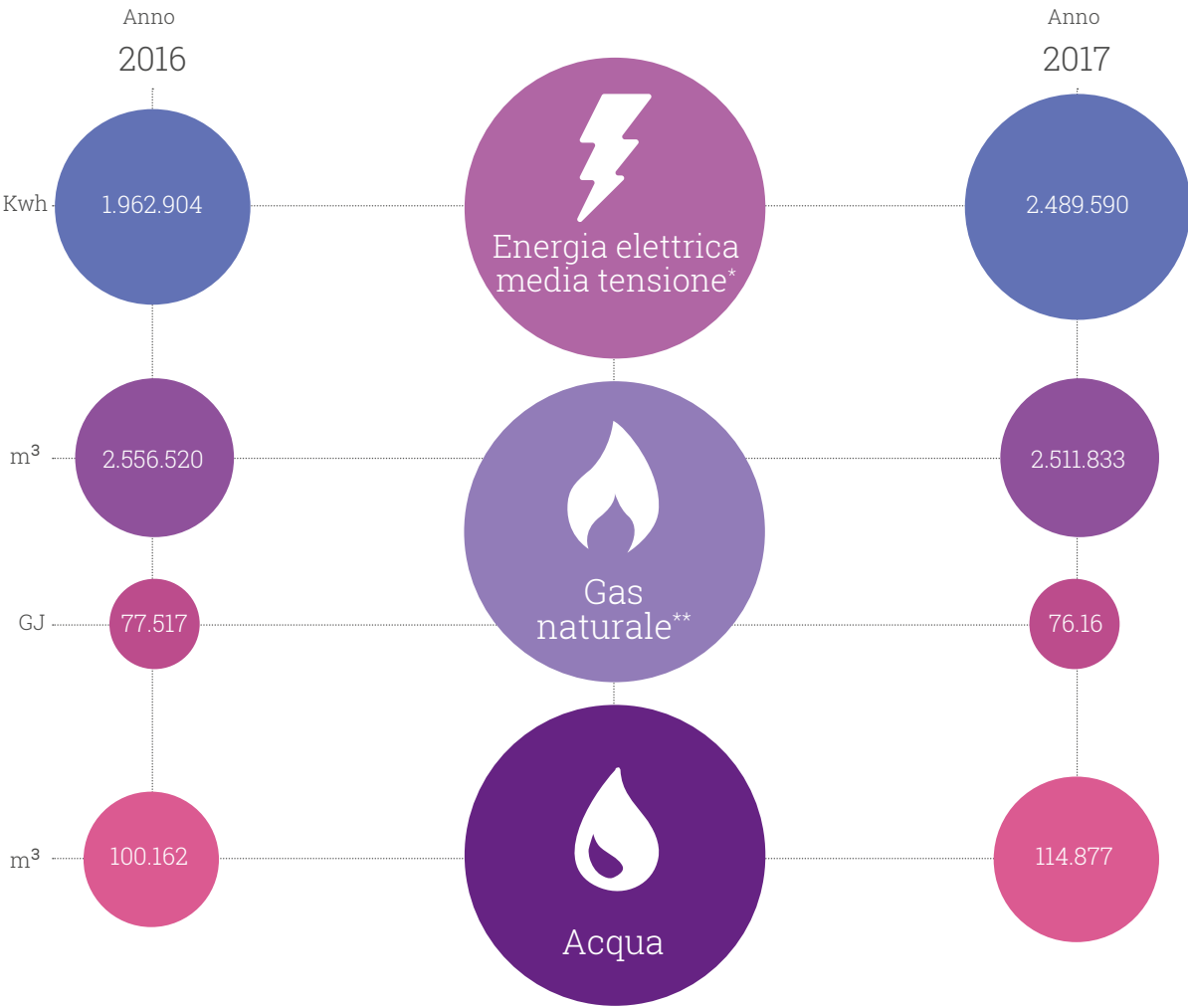


Tonnellate Equivalenti di Petrolio, per consentire un immediato confronto con l'energia prodotta da combustibile fossile.

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.

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.	2016	2017
Gas naturale*	m ³	2.556.520	2.511.833
Gas naturale****	GJ (m ³)	77.517 (2.173.360)	78.505 (2.061.573)
Gasolio**	L	7.651	5.223
Benzina***	L	7.825	5.875

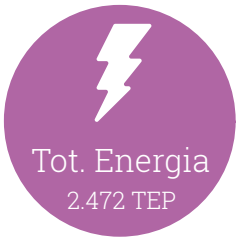
* Prelevato dalla rete / ** Per alimentare i generatori elettrici
*** Per utilizzo veicoli di proprietà dell'ente / **** Per alimentare l'impianto di cogenerazione

Consumi di energia per fonte energetica secondaria

	U.M.	2016	2017
Energia elettrica da rete*	GJ	7.066,5	8.985
Energia elettrica autoprodotta**	GJ	28.378	27.288

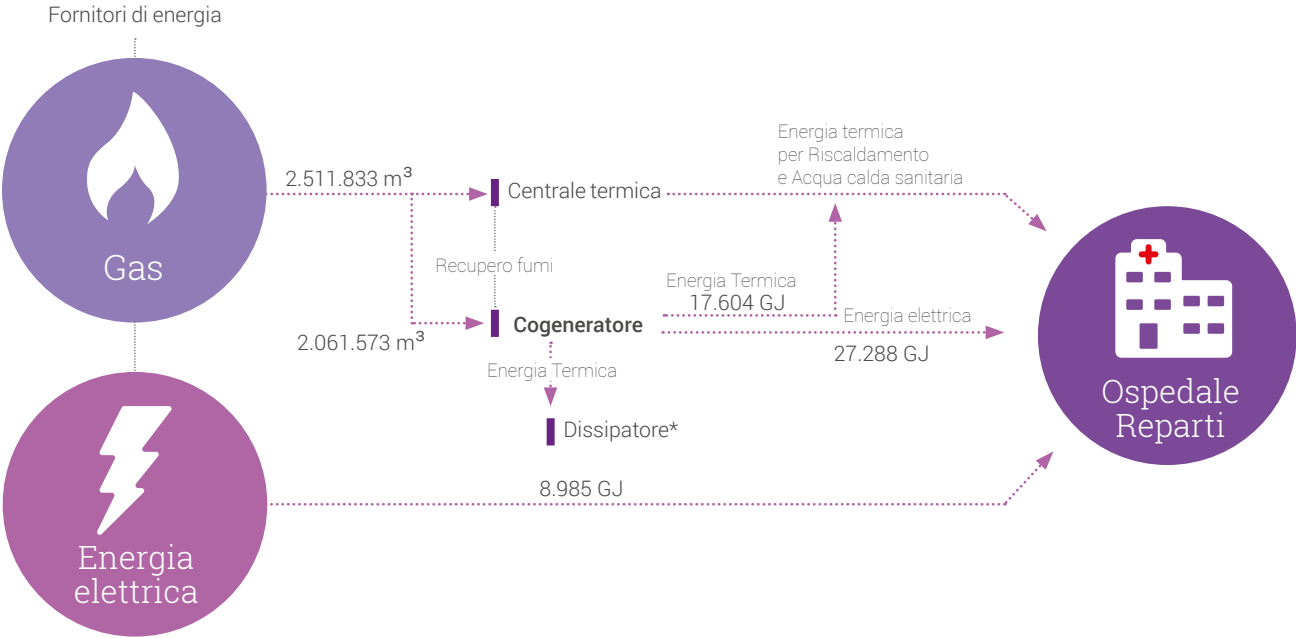
* Prelevata da rete / ** Autoprodotta con l'impianto di cogenerazione

Intensità energetica



Intensità di emissioni

Schema riassuntivo della produzione delle energie termica ed elettrica



Legenda:
m3 = metro cubo, unità di misura standard per i combustibili gassosi, L = litro, unità di misura standard per i carburanti liquidi
MW = mega Watt, unità di misura della potenza, GJ = giga Joule, unità di misura dell'energia

* Quando l'energia termica prodotta dal cogeneratore è maggiore di quella richiesta dall'utenza, allora viene inviata al dissipatore.

Valutazione consumi 2017

Rispetto ai consumi del 2016 si rileva un aumento dei consumi di energia elettrica.
Tali valori dipendono essenzialmente dalla maggiore richiesta di utenza elettrica

del Nosocomio ed a condizioni sfavorevoli dell'andamento termico stagionale

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.

Inoltre per tali rifiuti si è provveduto ad introdurre



Rifiuti differenziati

	2016	2017
Ingombranti/misti	kg. 13.050	kg. 13.400
Carta/cartone	kg. 93.280	kg. 95.620
Plastica	kg. 7.700	kg. 12.480
Vetro	kg. 2.220	kg. 3.450
Ferro	kg. 9.340	kg. 9.720
Piombo	kg. 1.380	kg. 330

Consumo carta

	2016	2016%	2017	2017%
A4 bianca	kg. 36.100	99%	kg.35.645	99,5%
A4 riciclata	kg. 250	1%	kg.197	0,5%
Totale	kg. 36.350		kg. 35.842	

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.

Si segnala che nel 2017 non sono pervenute segnalazioni dalle parti interessate circa la modalità di gestione dei rifiuti.

E' importante notare, per la prima volta dopo molti anni, una riduzione significativa nel

consumo della carta, che complessivamente si riduce di oltre 500 kg.

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. Nel corso del 2017 non ci sono state lamentele relative agli impatti ambientali.

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

Nel 2017 non risultano pervenuti reclami circa aspetti ambientali.

Rifiuti pericolosi

Tipologia	2016	2017	Modalità di Smaltimento
Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo	kg. 264.214	kg. 282.902	Incenerimento/sterilizzazione
Raee (apparecchiature elettriche elettroniche)	kg. 1.134	kg. 486	Recupero
Sostanze chimiche	kg. 3.292	kg. 4.611	Incenerimento
Batterie piombo	kg. 56	kg. 107	Recupero
Altro	kg. 235	kg. 300	Incenerimento/Recupero

Rifiuti radioattivi

	2016	2017
Conferimenti di radioisotopi*	m³ 11,7	m³ 6,06

* Tecnezio, indio, iodio, tallio, fluoro, radio.

NUOVO GALLIERA

Nel corso del 2016 e del 2017 è stato riavviato l'iter di realizzazione del Nuovo Galliera, che è stato approvato insieme allo schema di accordo di programma dalla Conferenza dei Servizi del Comune di Genova il 11 aprile 2017.

Il Nuovo Galliera è progettato come un Ospedale a "misura di paziente", che propone ed esprime un innovativo concetto di cultura assistenziale. Si è sviluppato un progetto modellato sulla centralità del paziente, che ha previsto: l'applicazione di nuovi sistemi funzionali e organizzativi come l'ospedale per intensità di cura e ospedale snello; lo sviluppo di contenuti scientifici e tecnologici con una forte attenzione alle esigenze di personalizzazione, comfort e sicurezza; la realizzazione di un "Green Hospital" un'opera cioè a basso impatto ambientale che prevede l'utilizzo di innovativi sistemi di razionalizzazione nell'uso dell'energia.

Il nuovo Galliera sorgerà sull'area attualmente occupata dai padiglioni non storici e dai parcheggi dei dipendenti.

Un ospedale compatto, dotato di percorsi verticali semplici, brevi e distinti tra pazienti visitatori e personale sanitario, con due ingressi: uno verso il mare per l'accesso al Pronto Soccorso (da corso Aurelio Saffi) e l'altro in Via Volta per pazienti e visitatori. L'edificio si sviluppa su tre piani esterni che poggiano su un giardino pensile, che

costituisce la copertura dei piani semiinterrati. Grandi e ampi patii attraversano verticalmente tutta la struttura, consentendo alla luce di raggiungere tutti gli ambienti e il totale dei sette piani della struttura.

Al fine di semplificare l'accessibilità degli utenti ai vari servizi, l'ospedale presenta una netta separazione spaziale e funzionale tra le degenze suddivise in alta-media e bassa intensità, l'ospedale "di giorno", e le piastre a maggiore complessità clinica e tecnologica.

L'Ospedale, dotato di 404 posti letto, propone un alto comfort alberghiero con camere tutte con due letti (alcune ad uso singolo), area condizionata e bagno personalizzato. A completamento del nuovo ospedale, tutti i padiglioni storici non accoglieranno più pazienti e al loro interno saranno allocate funzioni di supporto quali: uffici, aule, spogliatoi, deposito divise, centro di cottura e mensa, magazzini, servizi mortuari, area di carico e scarico merci.

I rimanenti padiglioni (B1, B2 e B3) saranno la sede di un Centro di Ricerca finalizzato allo studio sull'invecchiamento.

Il 04 agosto l'Ente ha pubblicato il bando per la progettazione definitiva del Nuovo Galliera, che verrà aggiudicato nel primo semestre del prossimo anno prevedendo l'inizio dei lavori entro il 2019 e la conclusione nel 2024.

I Numeri del Nuovo Galliera

14	camere operatorie
3	sale di endoscopia
80	ambulatori
4	palestre di riabilitazione
5	TAC
2	PET/TAC
3	risonanze magnetiche
3	angiografi
3	acceleratori lineari
1	gammacamera
1	M.I.D.(Magnetic Iron Detector)
1	piastra dei laboratori polispecialistica
404	posti letto

Il Galliera Oggi

8	camere operatorie
3	sale di endoscopia
90	ambulatori
2	palestre di riabilitazione
3	TAC
1	PET/TAC
2	risonanze magnetiche
2	angiografi
2	acceleratori lineari
1	gammacamera
1	M.I.D.(Magnetic Iron Detector)
5	laboratori
450	posti letto



4.8

Bilancio economico e stato patrimoniale

Il bilancio è corredato dalla Relazione sulla gestione il cui scopo è fornire, attraverso informazioni di diversa natura una rappresentazione esaustiva della situazione economico-finanziaria relativa all'esercizio di riferimento.

La struttura dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della Nota Integrativa corrispondono allo "Schema di bilancio

economico-patrimoniale per le Aziende sanitarie liguri" 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

	2016	2017
Contributi in c/esercizio	40.756.896	40.363.680
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	0	0
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	582.300	1.802.708
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	147.236.132	152.596.572
Concorsi, recuperi e rimborsi	10.458.994	7.547.674
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.826.955	2.744.588
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	1.647.731	1.022.569
Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0
Altri ricavi e proventi*	1.704.222	1.536.572
Totale	205.213.230	207.614.363

* Le principali voci inserite nella categoria "Altri ricavi e proventi" sono: affitti attivi e proventi di natura commerciale (sperimentazione farmcai, corsi di formazione, ricavi farmacia, affitto aule).

b/ Costi della produzione

	2016	2017
Acquisti di beni	47.158.824	44.053.541
Acquisti di servizi sanitari	35.475.862	37.343.537
Acquisti di servizi non sanitari	18.773.120	19.045.952
Manutenzione e riparazione	4.028.308	3.888.439
Godimento di beni di terzi	825.989	1.152.561
Costi del personale	84.594.526	84.041.909
Oneri diversi di gestione	2.363.401	1.808.598
Ammortamenti	3.261.022	2.933.686
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	480.498	2.619.801
Variazione delle rimanenze	- 1.017.510	265.224
Accantonamenti	6.393.910	5.676.833
Totale	202.337.950	202.830.081
Differenza tra valore e costi della produzione (a-b)	2.875.280	4.784.282

Conto economico (euro)
c/ Proventi e oneri finanziari

	2016	2017
Interessi attivi ed altri proventi finanziari	57.064	59.758
Interessi passivi ed altri oneri finanziari	184.424	133.660
Totale	- 127.360	- 73.902

d/Rettifiche di valore di attività finanziarie

	2016	2017
Rivalutazione	-	-
Svalutazione	-	-
Totale	0	0

e/Proventi e oneri straordinari

	2016	2017
Proventi straordinari	1.590.786	1.338.581
Oneri straordinari	2.418.453	1.918.343
Totale	- 827.667	- 579.762

Risultato prima delle imposte (a-b+c+d+e)	1.920.253	4.130.618
---	-----------	-----------

y/ Imposte sul reddito dell'esercizio

	2016	2017
IRAP	6.120.941	6.117.174
IRES	285.121	286.956
Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)		
Totale	6.406.062	6.404.130

Utile (perdita) dell'esercizio	- 4.485.808	- 2.273.512
---------------------------------------	--------------------	--------------------

Il Bilancio d'esercizio 2017 chiude con una perdita pari a € 2.273.512 in linea a quanto stabilito dalla DGR 258 del 20/04/2018 che, nel definire il quadro delle risorse complessive da destinare ad aziende ed enti sanitari per l'esercizio 2017, ha stabilito il livello massimo dei disavanzi la cui copertura avverrà con successivo provvedimento.

Il totale complessivo dei costi, è rimasto sostanzialmente in linea con quello del 2016. Su questi, come ogni anno, hanno inciso costi non legati alla discrezionalità dell'Ente (ad es. i costi generati dalla distribuzione dei farmaci innovativi per la cura dell'epatite C).

Quale elemento di assoluta rilevanza va sottolineato che durante l'esercizio 2017 l'ente ha pienamente rispettato i limiti di spesa imposti sia dalla normativa nazionale che da quella regionale.

Dal punto di vista finanziario occorre richiamare l'attenzione su un miglioramento, rispetto al 2016, dei tempi di pagamento delle fatture ai fornitori.

Il Bilancio d'esercizio 2017 è stato approvato con Deliberazione n° 13 del 18/05/2018 dal Consiglio di Amministrazione.



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 2017 che nel 2016 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)

	2016	2017
Contributi in c/esercizio	40.756.896	40.363.680
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi	582.300	1.802.708
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	147.236.132	152.596.572
Concorsi, recuperi e rimborsi	10.458.994	7.547.674
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	2.826.955	2.744.588
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	1.647.731	1.022.569
Altri ricavi e proventi	1.704.222	1.536.572
Valore della produzione	205.213.230	207.614.363
Acquisti di beni	47.158.824	44.053.541
Acquisti di servizi sanitari e non sanitari	54.248.982	56.389.489
Manutenzione e riparazione	4.028.308	3.888.439
Godimento di beni di terzi	825.989	1.152.561
Oneri diversi di gestione	2.363.401	1.808.598
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	- 1.017.510	€ 265.224
Variazione delle rimanenze	480.498	2.619.801
Accantonamenti	6.393.910	5.676.833
Costi della produzione	114.482.402	115.854.486
Valore aggiunto globale lordo	90.730.828	91.759.877
Saldo gestione straordinaria	- 827.667	- 579.762
Saldo della gestione finanziaria	- 127.360	- 73.902
Valore aggiunto distribuibile	89.775.801	91.106.213

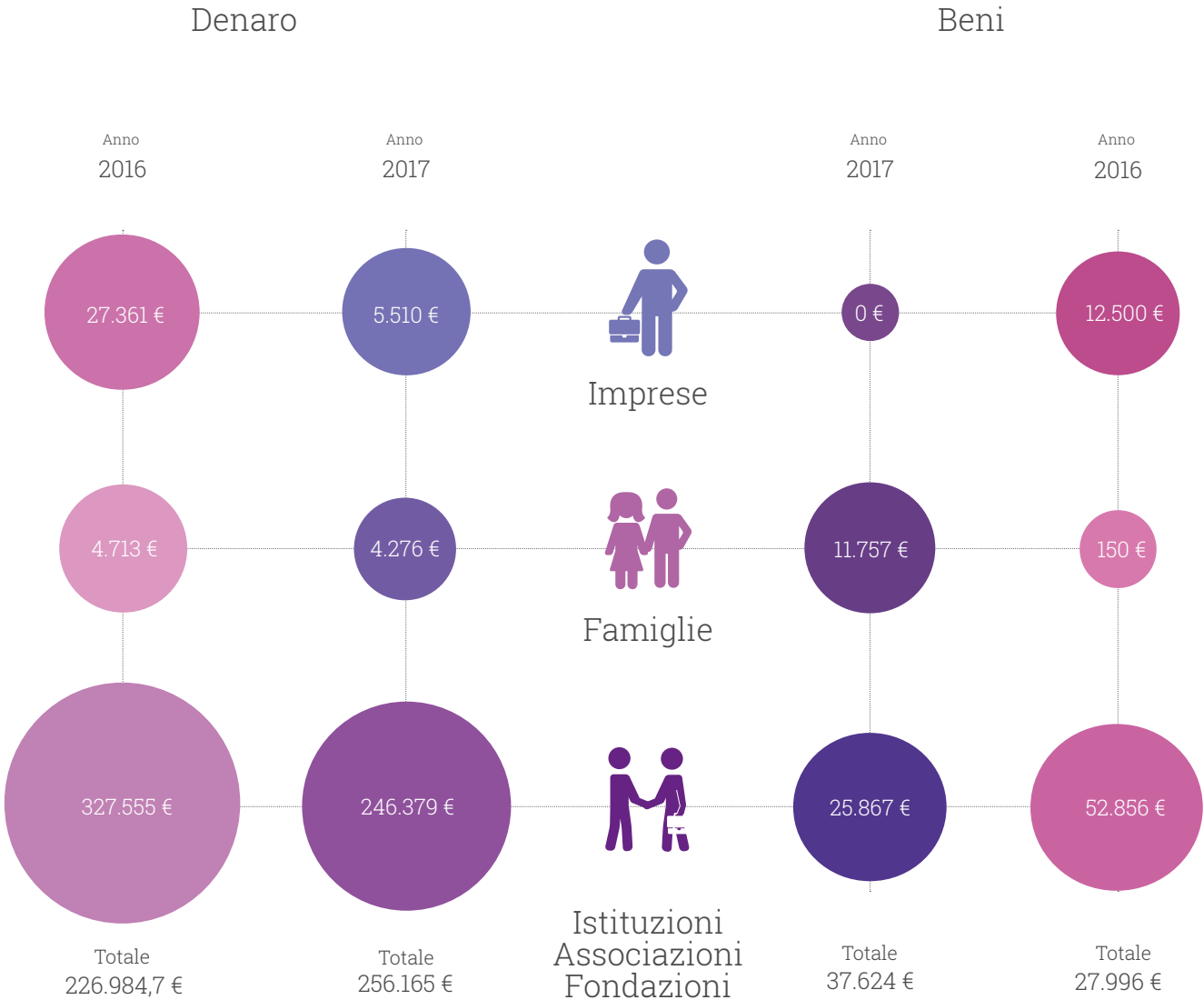
Prospetto di riparto del valore aggiunto (euro)

	2016	2017
Personale dirigente medico	29.951.273	29.474.028
Personale dirigente ruolo sanitario non medico	3.331.378	3.437.750
Personale comparto ruolo sanitario	31.690.694	32.115.249
Personale dirigente altri ruoli	1.766.144	1.793.114
Personale comparto altri ruoli	17.855.037	17.221.768
Remunerazione del personale	84.594.526	84.041.909
IRAP	6.120.941	6.117.174
Oneri tributari diversi	285.121	286.956
Remunerazione della pubblica amministrazione	6.406.062	6.404.130
Ammortamenti	3.261.022	2.933.686
A reintegro del capitale	3.261.022	2.933.686
Risultato differenziale della gestione	- 4.485.809	- 2.273.512

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

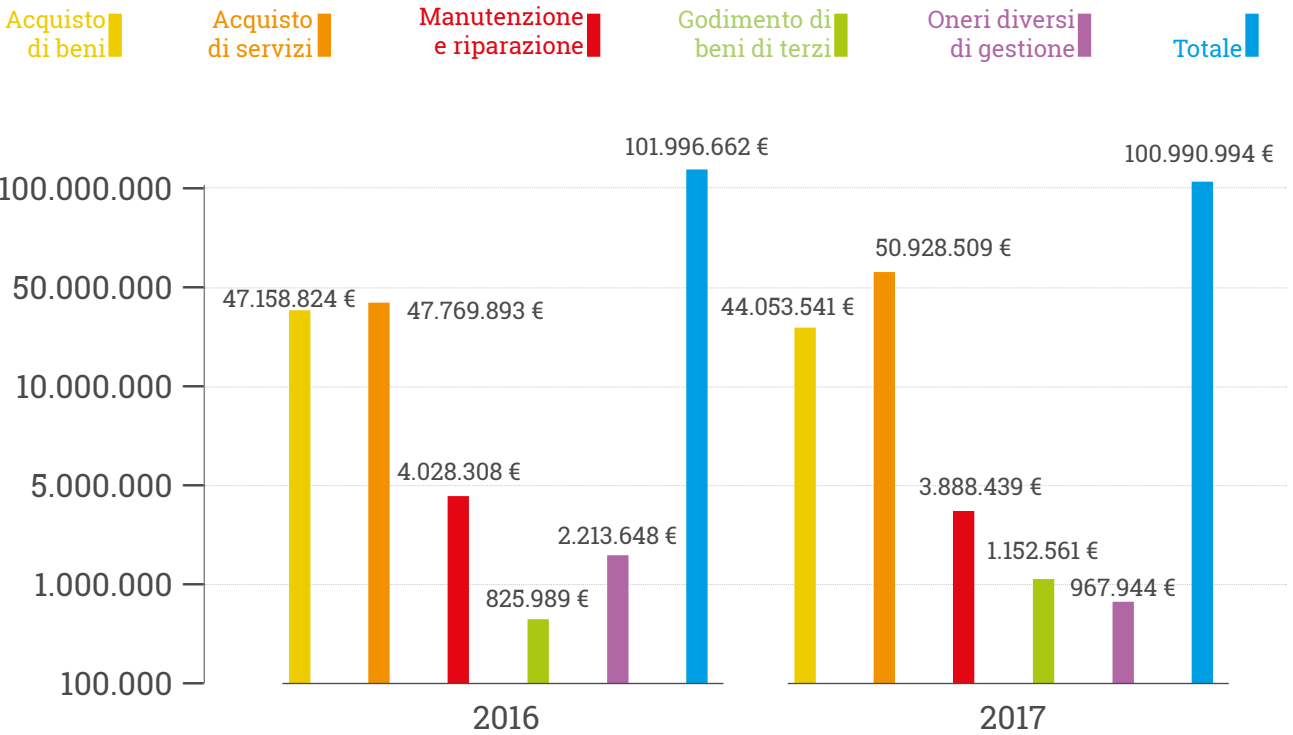
Fornitori

	2016	2017
Fornitori con contratti attivi presso l’Ente	917	953
Contratti esternalizzati	12	12
Fatturato annuo	€ 101.996.662	€ 100.990.994

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.

Perquantoconcernel'acquisizionedi benieservizi informatici e telematici sussiste un'ulteriore centrale di acquisto individuata in Liguria Digitale spa 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 il continuo obbligo informativo sempre più ampio nei confronti di ANACe in materia di trasparenzae 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

Per l'anno 2017 l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti 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 è pari a 6,33 giorni.

Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	Giorni
anno 2017 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	6,33
IV trimestre 2017 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	7,06
III trimestre 2017 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	-4,29
II trimestre 2017 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	0,10
I trimestre 2017 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	18,3
anno 2016 (ai sensi artt.9 e 10 del DPCM 22 settembre 2014)	38,59





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 è stato rinnovato a giugno e si è riunito una volta nell'anno 2017. 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 (supportologico- abitativo).

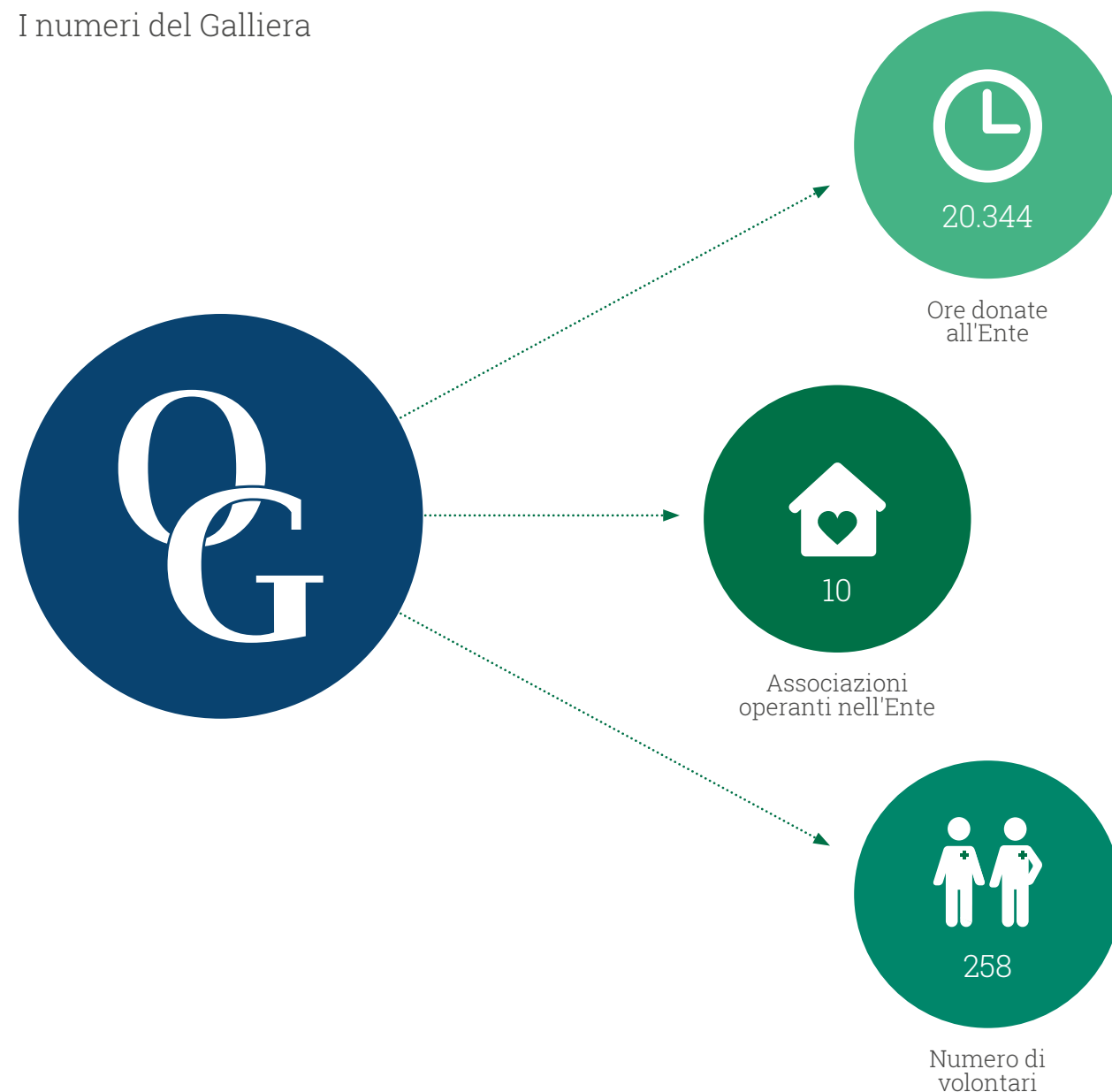
Ad oggi sono coinvolte 10 Associazioni di volontariato e tutela (convenzionate) che operano in tutte le strutture.

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 più informazioni e l'accompagnamento del cittadino/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 2017 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
- (TDM) Tribunale diritti del malato Cittadinanzattiva
- 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:

- Attività di formazione
- Attività rivolte ai pazienti
- Attività informativa

Dal 2017:

- Attività di rilevazione della qualità percepita: due esperienze con il volontariato

1. Nella rilevazione di novembre, i volontari AVO e CTDM hanno collaborato con gli operatori URP alla rilevazione della qualità percepita dei pazienti ambulatoriali effettuata tramite interviste telefoniche, anche una studentessa del corso di laurea infermieristica del terzo anno ha dato il suo contributo.

2. "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero": operatori e volontari (CTDM, TDM, AVO). L'Ospedale ha aderito al suddetto progetto, come nel 2014, che ha previsto la raccolta di informazioni sulla valutazione della qualità percepita dai pazienti in quattro aree, denominate: processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona, accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza, cura della relazione con il paziente e con il cittadino; tali informazioni sono state raccolte da un gruppo di lavoro misto, creato ad hoc, formato da operatori dell'Ospedale e volontari di associazioni del CMC (Comitato Misto Consultivo) Galliera. I dati sono stati inviati ad AliSa che farà conoscere i risultati a tutte le Aziende sanitarie liguri che hanno partecipato.

Progetto Alternanza scuola lavoro “Junior staff al Galliera”

Il percorso di alternanza scuola lavoro, previsto dalla legge 107/15, all'interno dell'Ospedale Galliera nasce per far sentire accolte dal primo contatto, le persone che si rivolgono all'Ospedale e si sviluppa nell'ambito della collaborazione 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.

Nel corso dell'anno sono stati accolti 17 "gruppi" per un totale di oltre 374 studenti del terzo e quarto anno della Scuola secondaria superiore. L'impegno totale degli operatori dell'Ente è stato di circa 400 ore, tra organizzazione, gestione e realizzazione dello stage. Gli Istituti che hanno aderito al progetto (iniziato nel 2015) hanno inserito questo percorso come parte integrante del 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 monitoraggio 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 2017 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.

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

Sito web

Il sito www.galliera.it rappresenta oggi il mezzo più adatto con il quale l'Ente si può presentare in tempo reale ai cittadini, rispetto criteri di trasparenza, tempestività e fruibilità.

Attraverso i contenuti ci si propone primariamente di indirizzare correttamente il cittadino verso i servizi sanitari ed amministrativi dell'Ente ma anche informare circa la vita quotidiana dell'Ente, gli eventi o i convegni e proporre anche iniziative editoriali.

Oltre che ai cittadini il sito è rivolto ai dipendenti per i quali è diventato un ambiente di lavoro necessariamente utilizzato.

L'alto grado di utilizzo da parte degli operatori è confermato dai dati: il 66% delle visualizzazioni infatti è generato da utenti che hanno visitato il sito in precedenza.

Il lieve calo delle visite al sito è probabilmente da imputare allo sviluppo di ulteriori piattaforme informatiche legate ai canali "social" come la pagina Facebook attivata a settembre 2017. I primi dati testimoniano una buona capacità di interattività della pagina.



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. Ad ogni sessione corrisponde una consultazione media di 5 pagine.

Genere	2016	2017
Donne	63,6%	63,6%
Uomini	36,4%	36,4%

Provenienza	2016	2017
Genova	52,18%	54,84%
Milano	13,66%	13,80%
Roma	8,05%	5,79%
Firenze	2,50%	1,09%
Sconosciuta	1,98%	1,77%
Torino	1,57%	4,68%
Napoli	1,26%	0,99%
La Spezia	1,06%	0,73%
Bologna	0,95%	0,92%

Età	2016	2017
18-24	9,36%	8,47%
25-34	24,56%	23,62%
35-44	22,51%	22,91%
45-54	20,31%	21,35%
55-64	15,63%	16%
65+	7,63%	7,65%

Dispositivi	2016	2017
Desktop	56,86%	54,29%
Mobile	37,67%	41,70%
Tablet	5,47%	4,07%

Eventi 2017

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

Sono stati organizzati incontri a a carattere sanitario divulgativo con lo scopo di informare correttamente sulla prevenzione e cura di specifiche patologie o su argomenti di interesse comune, mantenendo un profilo alla portata di tutti.

Parliamo di...

Eventi a carattere scientifico-divulgativo, nei quali gli specialisti conversano con i cittadini e rispondono alle loro domande e curiosità, con la moderazione di un giornalista.

- **13 Febbraio "Parliamo di... epilessia e giovani"**
- **4 Maggio "Parliamo di... igiene e mani"**
- **25 Maggio "Parliamo di... tiroide"**
- **10 Ottobre "Parliamo di... età e sovrappeso"**

Il Tè della Duchessa

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

In particolare si è parlato di:

- **27 settembre "Prevenzione dei tumori"**
- **18 ottobre "Menopausa"**

- **15 novembre "Invecchiamento attivo e in salute"**
- **20 dicembre "Prostata e qualità della vita"**

In totale, nell'anno 2017, hanno partecipato agli eventi divulgativi citati circa 700 persone. La valutazione dei questionari di gradimento, nell'85% dei casi, ha rivelato moltissima soddisfazione per l'aumento delle conoscenze e per la gradevolezza dell'organizzazione.

Attività nell'anno 2017:

11 Febbraio

- **Giornata del malato**, orario di visita allargato, presenza dei volontari AVO tutto il giorno, menù dedicato.

14 al 20 Marzo

- **Settimana mondiale del cervello**, il 13 marzo il Direttore della S.C. Neurologia ha incontrato un centinaio di studenti e cittadini.

13 Aprile

- **Giornata Nazionale per la lotta alla Trombosi**, campagna di informazione e sensibilizzazione con i video-consigli sulla trombosi venosa in collaborazione con: S.C. Medicina Interna, Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari (ALT).

18 al 24 Aprile

- **Open week "Salute della donna"**, in collaborazione con O.N.Da. (Osservatorio Nazionale sulla salute della donna).

5 Maggio

- **Giornata mondiale igiene delle mani**, con Comitato Infezioni Ospedaliere: info point negli atrii dell'Ospedale per i cittadini.

13 Maggio

- **Giornata nazionale per la salute della mano**, in collaborazione con il Centro di chirurgia della mano; visite gratuite ai cittadini da parte degli specialisti del Centro.

26 Maggio

- **Giornata del sollievo**, spettacolo teatrale offerto a pazienti, famigliari, operatori e volontari, che si è svolto presso l'Istituto Suore Gianelline.

14 Giugno

- **Giornata mondiale del donatore di sangue**, "Open day al Servizio Immunoematologia e trasfusionale", partecipazione di studenti delle scuole medie superiori cittadine.

26 Settembre

- **Giornata "Ehi tu hai midollo?"**, ADMO e IBMDR – infopoint. Evento dedicato in particolare ai giovani, con testimonial conosciuti a livello nazionale per promuovere l'iscrizione al Registro nazionale dei potenziali donatori di midollo osseo.

1 al 7 Ottobre

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

6 Ottobre

- **Giornata Cento città contro il dolore**, info point presso atrio ingresso principale, in collaborazione con gli Specialisti di Cure Palliative e Centro Terapia del Dolore con i volontari.

10 Ottobre

- **Giornata nazionale Obesity Day** (Giornata nazionale) giornata informativa in collaborazione con Endocrinologia; le Dietiste della S.C. Endocrinologia.

20 Ottobre

- **Open Day Osteoporosi**, pubblicazione dei video-consigli degli specialisti in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da).

28 Ottobre

- **Giornata nazionale della psoriasi**, con S.C. Dermatologia; visite gratuite ai cittadini da parte degli Specialisti della struttura

25 Novembre

- **Giornata contro la violenza sulle donne**, volontarie FIDAPA e alcuni studenti dell'Istituto Vittorio Emanuele II - Ruffini hanno intervistato i cittadini, negli atrii dell'ospedale.

Eventi Aziendali

6 giugno

- **Scatto etico**, Premiazione concorso fotografico per i dipendenti.

Eventi strategici

23 e 24 ottobre

- **N.I.San.** VII Convegno nazionale, "I costi standard in sanità".

dal 30 ottobre al 4 novembre

- **Festival della scienza** con laboratori all'interno dell'Ospedale per studenti.

31 ottobre

- **G:OOD**, nell'ambito del Festival della Scienza, conferenza "App e storytelling digitale..." - con la partecipazione di circa 140 studenti delle scuole secondarie superiori cittadine.

3 novembre

- **G:OOD**, nell'ambito del Festival della Scienza, conferenza "Con-tatti", a Palazzo Ducale, con la partecipazione di circa 450 studenti delle scuole secondarie superiori.

6 dicembre

- **Lean day**, presentazione agli operatori di nuovi percorsi "lean" per alcune procedure ospedaliere.

18 dicembre

- **Nuovo Galliera.** Presentazione del "Nuovo Galliera" alla stampa e ai cittadini genovesi, presso la Sala delle grida della ex Borsa Valori di Genova.

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 2017 l'Ospedale Galliera ha rinforzato la sua presenza sui social media attraverso l'attivazione di una pagina "ufficiale" sulla piattaforma Facebook, che si va ad aggiungere al Canale Youtube. Questa nuova iniziativa è nata con l'intenzione di fornire una comunicazione maggiormente interattiva e diversificata, rendendo l'Ospedale più aperto e vicino ai bisogni dell'utenza e di tutti coloro i quali operano al suo interno.

Da febbraio 2017, con cadenza mensile, è stata creata una newsletter interna aziendale, che si propone di offrire un'informazione periodica su eventi, attività, corsi di formazione, rassegna stampa e informazioni di servizio dell'Ente. Lo scopo di questa iniziativa è quello di coinvolgere i lettori attraverso una comunicazione programmata e non occasionale.

Tra le attività svolte:

- **redazione comunicati stampa, news, bollettini sanitari, articoli**
- **organizzazione conferenze stampa, incontri, eventi**
- **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 e interattivo)**
- **Video Pillole di salute**
- **Canale YouTube**
- **Video "Come fare"**
- **Area Stampa su www.galliera.it**

Prodotti editoriali attivati nel 2017:

- **Pagina Facebook**
- **Newsletter aziendale**

I numeri





Il processo di formazione del Report

- 6.1 Perimetro del report
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 2017 L'Ente ha identificato lo strumento del Bilancio di Sostenibilità sia nel Piano Strategico 2017-2019 che nel Piano 2018-2020, 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 2016 ed in alcuni casi nel 2015.

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.

E' 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.



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.	38, 39, 40, 41,	✓
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).	30, 31, 32, 33	✓
G4-9	Dimensione dell'Organizzazione: numero dipendenti, ricavi netti, quantità di prodotti o servizi forniti.	88, 133, 134, 39, 40	✓
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.	87 88 88, 105 98 92, 93	✓
G4-11	Percentuale dei dipendenti coperti da accordi collettivi.	89	✓

G4-12	Descrizione della catena di fornitura.	34, 140, 141	✓
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, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42	✓
G4-14	Spiegazione dell'eventuale modalità di applicazione del principio o approccio prudenziale.	68, 69, 70	✓
G4-15	Elenca trattati, principi o iniziative su aspetti economici, ambientali e sociali, sviluppati esternamente che sono sottoscritti o approvati dall'organizzazione.	56, 57, 77, 148, 149, 150, 157	✓
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.	56, 57, 77, 157	✓

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.	132, 133, 134, 135	✓
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, 169	✓
G4-23	Cambiamenti significativi rispetto al precedente bilancio.	9, 169	✓

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 da 146 a 150	✓
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.	161	✓
G4-29	Data di pubblicazione del precedente bilancio.	172	✓
G4-30	Periodicità di rendicontazione.	161	✓
G4-31	Contatti e indirizzi per informazioni sul bilancio.	174	✓
G4-32	GRI content index e scelta dell'opzione "in accordance".	161 da 162 a 168	✓
G4-33	Attestazione esterna.	170, 171	✓

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, 65, 122, 123	✓

Standard specifici

Categoria: Economica

Aspetto: Materiali		pag.	Assurance esterna
G4-EC1	Valore economico direttamente generato e distribuito.	da 132 a 139	✓

Categoria: Ambientale

Aspetto: Materiali		pag.	Assurance esterna
G4-EN2	Materiali riutilizzati o riciclati.	128, 129	✓

Aspetto: Energia		pag.	Assurance esterna
G4-EN3	Consumo di energia all'interno dell'organizzazione.	124, 125, 126, 127	✓
G4-EN5	Intensità energetica.	124, 126	✓

Aspetto: Acqua		pag.	Assurance esterna
G4-EN8	Consumo di acqua per fonte.	124, 125, 127	✓

Aspetto: Emissioni		pag.	Assurance esterna
G4-EN15	Emissioni dirette di gas a effetto serra.	124	✓
G4-EN18	Intensità delle emissioni di gas ad effetto serra.	124, 126	✓

Aspetto: Scarichi e rifiuti		pag.	Assurance esterna
G4- EN23	Peso totale dei rifiuti per tipologia e metodi di smaltimento.	128, 129	✓
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.	128, 129	✓

Aspetto: Lamentele ambientali		pag.	Assurance esterna
G4- EN34	Lamentele sugli impatti ambientali.	129	✓

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.	86, 102, 103	✓

Aspetto: Relazioni di lavoro		pag.	Assurance esterna
G4-LA4	Periodo minimo di preavviso riguardo cambiamenti operativi inclusi quelli specificati negli accordi collettivi.	109	✓

Aspetto: Sicurezza e salute sul lavoro		pag.	Assurance esterna
G4- LA5	Percentuale dei lavoratori rappresentati nel Comitato per la salute e la sicurezza.	112	✓
G4- LA6	Infortuni sul lavoro e malattie, giorni di lavoro persi, assenteismo e numero totale di decessi per distribuzione territoriale e genere.	111, 113, 114, 115	✓
G4- LA8	Aspetti di salute e sicurezza coperti da formali accordi sindacali	109	✓

Aspetto: Formazione e Istruzione		pag.	Assurance esterna
G4- LA9	Ore medie di formazione annue per dipendente, suddiviso per genere e per categoria di lavoratori.	116, 117	✓
G4- LA11	Percentuale di dipendenti valutati sulle performance e sullo sviluppo della carriera, diviso per genere.	44, 45	✓

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 86 a 108	✓

Aspetto: Lamentele sulle pratiche di lavoro		pag.	Assurance esterna
G4- LA16	Lamentele sulle pratiche di lavoro.	108	✓

Sotto categoria: Società

Aspetto: Anticorruzione		pag.	Assurance esterna
G4- SO3	Monitoraggio del rischio di corruzione.	122, 123	✓
G4- SO4	Personale formato sulla prevenzione dei reati di corruzione.	122, 123	✓

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.	da 68 a 75	✓
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.	69	✓

Aspetto: Etichettatura di prodotti e servizi		pag.	Assurance esterna
G4- PR5	Risultati relativi alla customer satisfaction.	58, 62, 63, 64	✓

Aspetto: Privacy		pag.	Assurance esterna
G4- PR8	Numero totale dei reclami fondati riguardanti le violazioni della privacy e la perdita dei dati del cliente.	60	✓

Nonostante siano state emanate dal GRI delle nuove linee guida, l'ente ha redatto questo Bilancio di Sostenibilità secondo le linee guida GRI verisone 4, come per i documenti pubblicati per il 2015 e 2016.

Poiché gli indicatori previsti dal GRI non trattano nello specifico l'ambito sanitario ed in particolare l'attività delle aziende ospedaliere, si è ritenuto opportuno integrare le linee guida GRI con gli indicatori di Assistenza Sanitaria previsti dal "Testo Linee guida - Il bilancio sociale e di missione nelle aziende sanitarie, II edizione - anno 2010 – Indicatori per le aziende sanitarie ospedaliere" dell'A.Re.S.S. Regione Piemonte.

Indicatori specifici sanitari

Area	Indicatore	pag.
Assistenza sanitaria	n. posti letto	38
	tasso di occupazione posti letto	38
	produzione ospedaliera (ordinaria/DH)	39
	accessi DEA	39
	accessi DEA per codice Triage	39
	appropriatezza accessi DEA	39
	% di abbandoni dal Pronto Soccorso	39
	indice di performance degenza media	40
	complessità della casistica	40
	indice di attrazione extra regione	32



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 ente di Certificazione. Questo Bilancio è stato certificato 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 ISO 9001 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti" presso le strutture sanitarie ed amministrative dell'Ospedale.

L'audit al documento si è svolto nelle giornate del 6 e 7 giugno 2018 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 certificato 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 2017

Revisione del 25/06/2018
Version of 25/06/2018

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

27 | 06 | 2018

Data di emissione
Date of issue

Flavio Ornago
B.U. Management Systems Director



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

6.3

Le modalità di comunicazione del report

I Bilancio di Sostenibilità 2016 è stato pubblicato nel mese di settembre 2017.

I Bilancio di Sostenibilità 2017 verrà presentato entro il primo semestre del 2018 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 2017

• Gruppo di lavoro

Coordinatore

Simone Canepa

S.C. Qualità, comunicazione e formazione

Alice Lasero

S.C. Qualità, comunicazione e formazione

Viviana Riccio

S.C. Qualità, comunicazione e formazione

Anna Porta

S.C. Qualità, comunicazione e formazione

Claudio Forte

Direzione Sanitaria

Rita Lionetto

Direzione Sanitaria

Marco Briganti

Direzione Sanitaria

Alessandra Argusti

Ufficio coordinatore scientifico

Alessandra Seri

Ufficio coordinatore scientifico

Elena Arcolao

Ufficio Relazioni col Pubblico (URP)

Alessio Fabbri

S.C. Controllo di gestione

Emanuela Caligiuri

S.C. Bilancio e contabilità

Elisa Fabbri

S.C. Gestione risorse umane

Lucia Licata

S.C. Gestione risorse umane

Adelaide Sita

S.C. Gestione risorse umane

Alessandra Vagge

S.C. Gestione risorse umane

Francesco De Nicola

S.C. Affari generali

Angelo Chiesa

S.C. Gestione tecnica e programmazione lavori

Ezio Nicolas Bruno Urbina

S.C. RUP - Nuovo Galliera

Francesco Riso

S.C. Prevenzione e Protezione

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, comunicazione e formazione**

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, comunicazione e formazione

Viviana Riccio

- **Servizio Fotografico**

E.O. Ospedali Galliera

Domenico Carratta

Sandro Paltrinieri
