

Piano attuativo 2019 Relazione sugli obiettivi

Azioni sull'assetto organizzativo

Si richiamano:

- la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 154 in data 17 dicembre 2018, con la quale al punto 2 si delegava al Direttore Generale di "porre in essere le azioni necessarie anche sull'assetto organizzativo per facilitarne il conseguimento" del piano di budget 2019.
- la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 155 in data 17 dicembre 2018, con la quale il Consiglio ha preso atto degli obiettivi del Piano attuativo 2019 articolato in specifiche azioni di Piano, da approvare con provvedimenti del direttore generale e da rendicontare trimestralmente al Consiglio di Amministrazione medesimo.
- le deliberazioni n. 96 e n. 97 in data 11 febbraio 2019 del Direttore Generale con le quali sono state approvate le Azioni del Piano attuativo 2019, ai sensi e per gli effetti della sopra ricordata deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 155/2018;
- la deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 113 in data 16/12/2019 con la quale il Consiglio ha preso atto degli obiettivi del Piano Attuativo per l'anno 2020 e ha approvato la revisione di alcuni assetti organizzativi.

In coerenza con il quadro programmatico sopra indicato e nelle more della revisione e della attualizzazione organica della struttura organizzativa aziendale, si è provveduto ad alcune azioni di ottimizzazione urgenti e necessarie per proseguire nel percorso di riorganizzazione ed efficientamento dell'Istituto al fine di conseguire gli obiettivi di budget 2019.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1150 de 28/12/2018 è stato in parte ridefinito l'assetto di alcune strutture dell'Istituto, ex comma 2 della sopra ricordata deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 154 del 17 dicembre 2018, al fine di garantire migliore funzionalità anche al fine del conseguimento degli obiettivi posti di budget e di progetto-obiettivo.

In particolare con tale provvedimento sono state definite, dandone informativa preventiva alle Organizzazioni Sindacali - le seguenti azioni sull'assetto organizzativo, da sottoporre – prima della loro attivazione – al Consiglio di Amministrazione dell'Istituto, così come disposto con la ricordata deliberazione n. 155 del 17.12.2018:

- unico Dipartimento dei "Servizi e dei Laboratori", aggregandovi la UOC "Genetica Umana" trasferita dall'E.O. Ospedali Galliera, la UOS non assegnata "Laboratorio nefrologia molecolare", trasformando la UOC "Biologia Molecolare" in UOSD e la UOSD "Neuropatologia" in UOS della UOC "Anatomia Patologia" ed estinguendo la UOSD "Diagnostica per immagini" ad oggi non affidata;
- unico Dipartimento "Amministrativo" e Dipartimento "Programmazione e controllo", aggregandovi la UOC "Affari generali e legali";
- posizionamento della UOSD "Psicologia" in line alla Direzione Sanitaria, ed aggregazione della UOSD "Centro di Anestesia e Analgesia ostetrico ginecologica" alla Area di aggregazione Mamma e Bambino;

eliminazione delle parole “e Biobanche” dalla denominazione della UOSD “Laboratorio di genetica molecolare” e sostituzione della parola “chirurgiche” con “cardiochirurgiche” nella UOSD “Team Missioni Cardiochirurgiche internazionali”;

- implementazione in UOC delle UOSD rispettivamente di “Anestesiologia e Terapia del dolore acuto e procedurale” e di “Terapia intensiva neonatale e pediatrica”, assoggettandone comunque l’attivazione all’ottenimento delle specifiche autorizzazioni regionali.

Con successiva deliberazione n. 234 del 29.3.2019 del Direttore Generale è stata approvata la riorganizzazione dell’attività di Screening Neonatale Esteso (SNE) ai sensi della Legge n. 167/2016, del Decreto Ministeriale 13 ottobre 2016, nonché dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) di cui al DPCM 12.1.2017 nei quali è stato previsto l’inserimento dello Screening Neonatale Esteso.

Con tale provvedimento, su proposta del direttore sanitario e del direttore scientifico f.f., l’attività di SNE è stata posta in capo al LABSIEM quale struttura funzionale della U.O. Clinica Pediatrica e Endocrinologia operante come Laboratorio per le malattie metaboliche, nel quale sono state fatte confluire le attività delle strutture semplici dipartimentali “Laboratorio di Genetica Molecolare” e “Centro Screening e malattie metaboliche” contestualmente soppresse.

Con deliberazione n. 520 del 25/6/2019 del Direttore Generale, ed il conseguente iter come sopra rappresentato, si è provveduto alla:

- ridenominazione della struttura semplice “Laboratorio di Endocrinologia e Diabetologia”, articolazione della struttura complessa Clinica Pediatrica e Endocrinologia, in “LABSIEM” mantenendo le funzioni già assegnate a tale laboratorio con la deliberazione del Direttore Generale n. 234 in data 29.3.2019;
- rifunzionalizzazione della U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi, quale struttura nella quale far confluire tutte le funzioni di approvvigionamento di beni e servizi, compreso gli acquisti per l’area della ricerca, nonché la gestione delle funzioni tipiche economali;
- soppressione della “Interarea gare e contratti” collocata nel Dipartimento amministrativo e contestuale previsione di una “Area Gare per beni e servizi” di competenza della U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi e di una “Area gare lavori pubblici “ nella U.O.C. Servizi tecnici;
- soppressione della struttura semplice denominata “Tecnologie e ingegneria clinica” articolazione della U.O.C. Servizi tecnici, prevedendo all’interno della struttura complessa una specifica area di attività per tali funzioni;
- soppressione della struttura semplice denominata “Farmacoeconomia” articolazione della U.O.C. Acquisizione beni e servizi, in quanto tale funzione afferisce in maniera più propria alle competenze della U.O.C. Controllo di gestione ed al governo del farmaco da parte della U.O.C. Farmacia;
- soppressione della struttura semplice denominata “Contratti e rapporti non strutturati” articolazione della U.O.C. Gestione Risorse Umane;
- ridenominazione delle strutture di immunologia clinica e di malattie infiammatorie afferenti al Dipartimento integrato Servizi e Laboratori, allo scopo di meglio rappresentare l’attività di ricerca in tale settore;
- inserimento nell’organigramma della Direzione Scientifica della figura del “Coordinatore scientifico”, come richiesto dal direttore scientifico f.f., per il supporto, in questa fase di transizione riorganizzativa dell’intera area, al coordinamento delle attività scientifiche dell’Istituto ed al loro sviluppo in linea con le azioni del Piano della ricerca per l’anno 2019;

- inserimento nell'organigramma della Direzione Scientifica di una "Area di coordinamento delle attività amministrative" tipiche della tecnostruttura di tale direzione in coerenza con lo sviluppo del piano della ricerca sopra richiamato.

Con deliberazione n. 113 del 16/12/2019 infine il Consiglio di Amministrazione ha approvato la revisione di alcuni ulteriori assetti organizzativi:

- a) avviare la trasformazione dipartimentale del Polo Emato-Oncologico, con riconoscimento fin da subito dello stato di equivalenza di trattamento della figura del suo responsabile
- b) attivare la U.O.C. "Servizio Sperimentazione Clinica Pediatrica", una volta acquisiti i pareri degli Uffici competenti;
- c) ridenominare la UOC "Laboratorio di Immunologia Clinica e sperimentale" in "Malattie Autoinfiammatorie e Immunodeficienze" acquisendo il parere dell'Università degli Studi di Genova in quanto struttura a direzione universitaria;
- d) riconoscere valenza interdipartimentale alla UOSD "Centro di neuroradiologia e radiologia interventistica", in considerazione delle funzioni trasversali di tale struttura assetto organizzativo dell'Istituto;
- e) disattivare la UOSD "Laboratorio di Neurogenetica e Neuroscienze" a decorrere dal 31.12.2019;
- f) avviare la revisione dell'assetto organizzativo interno del Dipartimento Infermieristico e delle Professioni Sanitarie;

ad eccezione del punto c), nelle more della revisione ed aggiornamento organico dell'organigramma.

Azioni di Piano

A. Piano degli investimenti/tecnologie

Gli obiettivi prioritari riguardano:

1. Adeguamento alle norme di sicurezza
2. Manutenzione straordinaria
3. Progetti strategici
4. Ristrutturazione strutture e nuovi impianti

Per quanto riguarda le tecnologie si fa riferimento a due macro categorie:

1. Sanitarie
2. informatiche

Le norme di sicurezza alle quali si fa riferimento nel corrente piano sono:

1. Adeguamento alle norme antincendio, di cui al DM 19 marzo 2015, riguardanti la progettazione, costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie (nuova costruzione e strutture esistenti);
2. Verifiche vulnerabilità sismica, determinazione dei fattori di rischio ed eventuali/successivi adeguamento, ai sensi dell'Ordinanza Presidente Consiglio dei Ministri 20 marzo 2003, n.3274 "Primi elementi in materia per la classificazione sismica del territorio nazionale e normative tecniche per la costruzione in zona sismica" e al DM 17 gennaio 2018 recante nuove norme tecniche per le costruzioni.
3. Adeguamento ai requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici (oltre organizzativi), di cui alla legge regionale 11 maggio 2017, n.9 e relativo manuale approvato con delibera della Giunta Regionale n.1188 del 28 dicembre 2017

In estrema sintesi gli interventi realizzati nel 2019 in conto capitale possono essere così sintetizzati:



RIEPILOGO INTERVENTI CONTO CAPITALE ANNO 2019	
RISORSE	COSTI
ATTREZZATURE SANITARIE	
FONDI MINISTERO	€ 740 279,37
LIBERALITA' VARIE	€ 140 802,84
EREDITA' VARIE	€ 49 898,00
FONDAZIONE QUERCI	€ 20 557,48
CONTRIBUTO CARIGE 2017	€ 3 647,90
FONDI DI REPARTO	€ 1 366,71
PICCOLI CONTRIBUTI VARI	€ 7 129,20
Totale	€ 963 681,50
ARREDI	
CONTRIBUTO CARIGE 2017	€ 47 359,55
FONDAZIONE QUERCI	€ 33 240,53
LIBERALITA' VARIE	€ 17 916,97
CONTRIBUTI MINORI	€ 12 143,96
FONDI REPARTO	€ 9 821,00
EREDITA' VARIE	€ 4 288,08
FONDI MINISTERO	€ 2 148,42
FONDAZIONE GASLINI	€ 1 400,66
Totale	€ 128 319,17
LAVORI e FORNITURE IN OPERA	
FONDI MINISTERO 2016	€ 33 550,00
Fondazione Querci (per Farmacia)	€ 46 626,00
Fondazione Querci (per Ambulatori)	€ 348 638,26
Fondazione Gaslini	€ 136 021,54
Fondi Ministero per Oncologia	€ 175 408,42
Eredità C.	€ 449 119,99
Liberalità I.	€ 586 233,01
Liberalità Varie	€ 52 129,47
Eredità varie	€ 33 141,32
Contributo Carige	€ 19 154,00
Totale	€ 1 880 022,01
TOTALE GENERALE	€ 2 972 022,68

B. Piano del personale

Per la determinazione del fabbisogno si sono assunti a riferimento i criteri già utilizzati per il PTFP 2018/2020 e si è tenuto conto dei seguenti aspetti:

- Esigenze delle singole unità operative (con riguardo anche ai livelli quali/quantitativi di attività definita nelle singole schede di budget negoziate per l'anno 2019)
- Articolazione per profilo professionale (con riguardo anche alle esigenze cliniche specifiche).

Particolare attenzione è stata posta all'andamento del turn over, mediante il monitoraggio delle cessazioni del personale, sia collegate ad una data certa (ad esempio per pensionamento) sia derivanti da motivi non preventivabili (ad esempio mobilità, dimissioni ecc.) al fine di consentire gli opportuni aggiornamenti del Piano ed un coerente processo di reclutamento per mantenere il livello di equilibrio del fabbisogno definito nel Piano medesimo.

La D.G.R. n. 22 in data 18 gennaio 2019 – recante “Assegnazione obiettivi per il 2019 ai direttori generali di AA.SS.LL., San Martino, Enti erogatori pubblici o equiparati del SSR e ai Commissari straordinari di ASL 2 e A.Li.Sa., in coerenza con gli indirizzi di cui alla D.G.R. 7/2019” – ha determinato, fra gli altri, il seguente obiettivo:

Obiettivo 2019	Indicatore/sub obiettivo	Target 2019	Documento o flusso informativo per la valutazione dell'obiettivo	Peso
Rispetto del livello dei costi del personale e compilazione delle schede correlate alla definizione degli standard di personale	Livello dei costi del personale da conto economico (CE) come definito dalla DGR di approvazione dei fabbisogni di personale	Non superamento del tetto di spesa individuato dalla DGR di approvazione dei fabbisogni di personale	Modello di conto economico (CE)	45%

Anche in considerazione di tale obiettivo è stato effettuato un monitoraggio costante del tetto di spesa del personale e dei processi di reclutamento, al fine di garantire i livelli quali/quantitativi di attività richiesti, mantenendo la spesa entro il limite fissato dalla DGR di approvazione dei fabbisogni di personale.

Le tabelle di seguito rappresentano i dati di sintesi dell'attività svolta:

SINTESI ASSUNZIONI DIRIGENZA ANNO 2019			
PROFILO PROFESSIONALE	Assunzioni tempo indeterminato	Assunzioni tempo determinato	Note
medico	30	12	di cui 2 per cessione ramo az Galliera e San Martino
biologo	20		di cui 11 biologi per cessione ramo d'azienda Galliera e n. 7 stabilizzazioni pr intesa Regione/Istituto/OO.SS.
Psicologo	4		
Odontoiatra		1	
Ingegnere		1	
	54	14	

SINTESI CESSAZIONI DIRIGENZA ANNO 2019			
PROFILO PROFESSIONALE	Cessazioni tempo indeterminato	Cessazioni tempo determinato	Note
medico	11	10	di cui 9 passati a tempo indeterminato. Cessati effettivi 2, di cui 1 Dir S.C.
biologo	6	7	Passaggi a tempo indeterminato
Psicologo	1	1	
Odontoiatra	1		
Ingegnere	1		Direttore S.C.
	20	18	

SINTESI ASSUNZIONI COMPARTO ANNO 2019		
PROFILO PROFESSIONALE	Assunzioni tempo indeterminato	Assunzioni tempo determinato
Infermiere	29	3
ostetrico	5	
tecnico san. riabilitazione		1
tecnico laboratorio	12	
tecnico radiologia	2	
OSS	12	
coll.re amm.vo cat. D	2	1
ass.te amm.vo cat. C	4	4
coad. Amm.vi cat. Bs	1	
coad. Amm.vi cat. B	2	
ass.te tecn. infor. cat. C	1	
assistente reliagioso	1	
	71	9



SINTESI CESSAZIONI COMPARTO ANNO 2019		
PROFILO PROFESSIONALE	Cessazioni tempo indeterminato	Cessazioni tempo determinato
Infermiere	34	3
ostetrico	4	
tecnico san. riabilitazione		1
tecnico laboratorio	7	
tecnico radiologia	1	
OSS	13	
coll.re amm.vo cat. D		1
ass.te amm.vo cat. C	4	4
coad. Amm.vi cat. Bs	3	
coad. Amm.vi cat. B	1	
operatori tecn. Cat. B/Bs	8	
operatori tecn. Cat. C/D	3	
ass.te tecn. infor. cat. C	1	
assistente reliagioso	1	
	80	9

TEMPO INDETERMINATO AL 31/12/2019 - AL 31/12/2018		
DIRIGENZA	ANNO 2019	ANNO 2018
DIRIGENZA MEDICA	265	248
DIRIGENZA SANITARIA	63	46
DIRIGENZA PTA	8	8
TOTALE	336	302
COMPARTO		
RUOLO SANITARIO		
PERSONALE INFERMIERISTICO	829	833
PERSONALE TECNICO SANITARIO	134	128
PERSONALE RIABILITAZIONE	27	26
TOTALE	990	987
RUOLO AMMINISTRATIVO		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	125	123
TOTALE	125	123



RUOLO TECNICO		
PERSONALE TECNICO	296	309
TOTALE	296	309
ALTRO		
RUOLO PROFESSIONALE	2	2
TOTALE	2	2
TOTALE GENERALE	1749	1723

TEMPO DETERMINATO AL 31/12/2019 AL 31/12/2018		
DIRIGENZA	ANNO 2019	ANNO 2018
DIRIGENZA MEDICA	13	11
DIRIGENZA SANITARIA	3	11
DIRIGENZA PTA	0	1
TOTALE	16	23
COMPARTO		
RUOLO SANITARIO		
PERSONALE INFERMIERISTICO	2	8
PERSONALE TECNICO SANITARIO	23	1
PERSONALE RIABILITAZIONE	0	1
TOTALE	25	10
RUOLO AMMINISTRATIVO		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	24	21
TOTALE	24	21
RUOLO TECNICO		
PERSONALE TECNICO	0	2
TOTALE	0	2
ALTRO		
RUOLO PROFESSIONALE	0	0
TOTALE	0	0
TOTALE GENERALE	65	56

Si evidenzia che nel mese di dicembre 2019 è stata data attivazione alla prima fase della cd. “Piramide della ricerca” di cui all’art. 1 comma 432, della legge 27/12/2017 n. 205, procedendo all’assunzione a tempo determinato del personale dello specifico nuovo ruolo della ricerca in possesso di requisiti di cui alla normativa citata utilizzando specifico contributo assegnato a tal fine agli IRCCS dal Ministero della Salute.

C. Piano della ricerca

Gli obiettivi prioritari hanno riguardato:

1. censimento della ricerca svolta nell’ambito dell’IGG (lavori scientifici, grant pubblici e privati, trial clinici, brevetti, reti nazionali ed internazionali, attività assistenziale finalizzata alla ricerca) sulla base dei parametri ministeriali 2019 che graderanno l’attività dell’IGG sulla base
2. Riorganizzazione degli aspetti amministrativi e di gestione della rendicontazione economica della DSC (rendicontazioni ricerca corrente, finalizzata e grant, ordini e capacità di spesa, situazione in tempo reale dei finanziamenti di ricerca), a partire dalla rideterminazione degli oneri generali, passando dal sistema degli overhead a quello di attribuzione di quote parte dei costi indiretti.
3. Comitato etico. Identificazione del percorso attuale e avvio delle procedure per arrivare ad una significativa riduzione dei tempi di approvazione, attualmente ritenuti non accettabili per il loro protrarsi, in collaborazione con la Direzione Sanitaria.
4. Riorganizzazione dell’ “Ufficio contratti” al fine di un’abbreviazione dei tempi necessari per l’effettuazione delle valutazioni comparative per contratti e prestazioni professionali.
5. Avvio della strutturazione del Centro Trial Clinici, ritenuto di importanza strategica immediata per l’implementazione delle attività relative alle future proposte di trial e della capacità di attrarre risorse da parte dell’IGG.

Di seguito in sintesi i risultati conseguiti:

- l’Istituzione della figura dirigenziale del “Coordinatore Scientifico”, che collabori direttamente con il Direttore Scientifico in particolare al coordinamento della fase di transizione di riorganizzazione e che coordini insieme al Direttore Scientifico le attività della DirSc stessa;
- l’interfaccia con i servizi ordinari dell’Istituto per l’espletamento di tutte le attività correnti inerenti il personale (UO PERSONALE), le procedure di ordine/acquisto (UO BENI E SERVIZI), la gestione tecnica e del conto capitale (UO TECNICO), la gestione contabile economica (UO BILANCIO), il controllo di gestione e la qualità (UO CCD), gli aspetti legali (UO AFFARI GEN E LEGALI) e la formazione (CENTRO FORMAZIONE);
- Azioni specifiche per la strutturazione di:
 - UFFICIO DI SEGRETERIA
 - SERVIZI di supporto alla RICERCA.
 - GRANT OFFICE
 - TECHNOLOGY TRANSFER OFFICE
 - NETWORKING OFFICE
 - SERVIZIO FUNZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA.
 - UNITA’ OPERATIVA COMPLESSA “SERVIZIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE PEDIATRICHE” (SSCP)

- L'Istituto riconosce l'importanza e il ruolo strategico dell'essere riconosciuto come centro di riferimento europeo per molte patologie rare o complesse da noi trattate e individua la possibilità di potere accedere in futuro a finanziamenti UE dedicati ai centri ERN. Si propone quindi di mettere in atto strategie mirate al mantenimento del riconoscimento di ERN per le U.O. già identificate e per eventualmente ottenere la certificazione per altre U.O.
- I rapporti di rete, che rappresentano attualmente anche un parametro di valutazione ministeriale della capacità di ricerca di un IRCCS, sono da ritenersi fondamentali per le prospettive sia di ricerca che della attività clinica di alta specializzazione, che permette di mantenere al nostro Istituto una forte capacità di attrazione di pazienti provenienti da altre regioni italiane ed anche da numerosi paesi europei ed extra-europei. Nel corso del 2019 si è incentivato la partecipazione attiva dell'Istituto a reti già presenti, ed alla nascita di nuove reti nazionali, quali quella di Ortopedia e della Dermatologia.

D. Piano delle progettualità di collaborazione internazionale

Il Piano International 2019 prevedeva:

1. Partnership strategiche

Obiettivo:

interazione con centri di eccellenza per l'acquisizione di nuove tecnologie/conoscenze/competenze; sviluppo di progetti innovativi di ricerca clinica; programmi congiunti per il miglioramento della qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti; attività di benchmarking volta al miglioramento continuo.

2. Intese di cooperazione sanitaria internazionale e di aiuto umanitario

Obiettivo:

- a) Offrire opportunità formative al personale di strutture sanitarie localizzate in paesi in via di sviluppo o aree post-conflitto, e trattamenti sanitari a favore di pazienti affetti da patologie complesse non curabili in loco, anche avvalendosi del supporto di enti terzi (Associazioni, Fondazioni, Ong, ecc).
- b) Garantire un approccio organico e strutturato nel campo degli aiuti umanitari in aree disagiate. In tale tipologia sono ricomprese le attività svolte su base volontaria da personale del Gaslini (personale medico e sanitario e professionisti sanitari), su iniziativa personale degli stessi o su iniziativa di terzi (Associazioni di volontariato, Fondazioni, Organizzazioni non governative, ecc) senza un coinvolgimento diretto dell'Istituto, il cui ruolo consiste unicamente nell'esistenza del rapporto di impiego con i professionisti in questione.

In entrambi i casi, garantire accoglienza ed assistenza a pazienti provenienti da tali aree sia con il supporto del fondo di solidarietà della Regione Liguria che quello delle Associazioni di volontariato che supportano l'Istituto.

3. Accordi di insegnamento e sviluppo

Obiettivo:

Sviluppo di programmi di formazione on the job e missioni di insegnamento presso la sede del committente, anche con erogazione di prestazioni assistenziali; accogliimento presso l'Istituto di personale in training e pazienti ad alta complessità non assistibili nel paese d'origine.

Tutta la progettualità è finanziata dal committente o da enti terzi configurando un ricavo per l'Istituto.

Nel 2019 sono stati realizzati:

A) accordi di collaborazione internazionale: sono stati ratificati 8 accordi così suddivisi:

- 1 accordo con National Institute of Child Health (NICH) of Karachi - Pakistan
- 1 accordo con l'Associazione onlus Terre des Hommes su Libia
- 1 accordo con l'Università le Polyclinique NEXT-onlus of Antsiranana- Madagascar + 1 Atto Attuativo
- 1 accordo con National Research Centre for Maternal and Child health (UMC) di Nur Sultan Kazakistan + 3 Atti Attuativi
- 1 accordo con Cina Studio Zunarelli

B) Sono state ricevute 2 delegazioni straniere:

- delegazione del Dmitry Rogachev National Research Centre Mosca-Russia Giugno 2019
- delegazione del National Institute of Child Health (NICH) of Karachi - Pakistan giugno 2019

C) Sono state effettuate 6 missioni - site visit:

- Febbraio 2019 Salt Lake City
- maggio 2019 Cina Shangai
- settembre 2019 Sud Africa Johannesburg
- ottobre 2019 Tunisia
- dicembre 2019 Iran Tehran
- dicembre 2019 Kazakistan

D) Sono state effettuate 12 missioni formative:

- Febbraio 2019- HAITI: dr Santoro nell'ambito dell'accordo GIFT of LIFE
- Febbraio/marzo 2019- IRAQ Bassora: dr Castagnola E., Dr Bandettini R., Sig.ra La Masa D. nell'ambito dell'accordo ENI
- Marzo 2019 –PALESTINA Ramallah : dr Santoro nell'ambito delle missioni cardiocirurgiche internazionali
- Aprile 2019 KURDISTAN : dr Santoro nell'ambito dell'accordo con Save the Children
- Maggio 2019 - IRAQ Bassora: dr Rosati U., Dr Dufour C. nell'ambito dell'accordo ENI
- Maggio 2019 Nigeria Enugu dr Santoro nell'ambito dell'accordo Pobic
- Maggio 2019 HAITI: Prof Mattioli G., Sig.ra Conforti, Sig.ra Viacava nell'ambito dell'accordo con Ospedale St. Damien e Fondazione RAVA
- giugno 2019 Tunisia Rabat: dr Pomè G. nell'ambito dell'accordo con CNAM
- Settembre 2019 Romania Bucarest: dr Santoro nell'ambito delle missioni cardiocirurgiche internazionali
- settembre 2019 Kazakistan- Nur Sultan: dr Torre M., dr Moscatelli A. Prof Mattioli G. nell'ambito dell'accordo con National Research Centre for Maternal and Child health (UMC) di Nur Sultan Kazakistan

- Ottobre 2019 Madagascar: dr Moretti P. nell'ambito dell'accordo con l'Università le Polyclinique NEXT-onlus of Antsiranana- Madagascar
 - Dicembre 2019 Kazakistan Kazakistan- Nur Sultan: dr Torre M., dr Moscatelli A. Prof Mattioli G. nell'ambito dell'accordo con National Research Centre for Maternal and Child health (UMC) di Nur Sultan Kazakistan
- E) Sono stati accolti presso l'Istituto per stage 12 professionisti stranieri nell'ambito degli accordi di collaborazione così suddivisi:
- 7 professionisti iracheni (collaborazione ENI -Iraq)
 - 5 professionisti kazaki (collaborazione National Research Centre for Maternal and Child health (UMC) di Nur Sultan Kazakistan)
 - 3 borse di studio nell'ambito della collaborazione CNAM

E. Piano Formativo

Il Piano formativo 2019 prevedeva i seguenti obiettivi prioritari:

- garantire l'aggiornamento/mantenimento delle competenze professionali delle risorse umane afferenti all'Istituto G. Gaslini
- contribuire al mantenimento ed all'aggiornamento delle competenze in ambito pediatrico sul piano nazionale ed internazionale
- favorire l'aggiornamento di giovani ricercatori
- diffondere i risultati delle ricerche in atto

attraverso la :

- progettazione, erogazione e monitoraggio dei corsi previsti nel Piano Formativo Aziendale
- valutazione della soddisfazione dei partecipanti e della qualità dei corsi erogati
- promozione, progettazione e realizzazione di attività formative nel campo della ricerca scientifica, della medicina e della prevenzione
- sensibilizzazione e formazione delle famiglie per la prevenzione degli incidenti e della violenza, attraverso metodologie didattiche non convenzionali e supporto alle disabilità ed alle malattie rare
- mantenimento del benessere organizzativo interno tramite appositi corsi di formazione

In estrema sintesi i risultati conseguiti nel 2019 possono essere così sintetizzati:

- presentati 147 eventi: 96 Progetti Formativi Aziendali, 46 Eventi residenziali e 5 FAD
- svolti 120 eventi di cui 8 fuori Piano (112 deliberati nel P.F.A. e 8 fuori P.F.A.)
- realizzato l'82% degli eventi deliberati + 8 eventi fuori Piano
- edizione rapportate: 264
- partecipanti: 7.732
- figure professionali accreditate: tutte

F. Piano della comunicazione e del fund raising

Gli scopi di intervento del piano di comunicazione possono pertanto essere elencati come segue:

- Rafforzare l'immagine del Gaslini e delle sue specificità oltre il contesto ligure, lavorando per veicolare le stesse con sempre maggior forza in un'ottica di posizionamento significativo dell'Istituto sul piano nazionale ed internazionale;
- Costruire e diffondere comunicazione di tipo divulgativo e di prossimità con le Famiglie;
- Contribuire al miglioramento della salute della popolazione ligure attraverso la prevenzione delle malattie e la modifica virtuosa dello stile di vita (attività fisica, alimentazione, etc.);
- Rafforzare la rete di comunicazione - collaborazione con i Pediatri di libera scelta, le Aziende Sanitarie e le Strutture Ospedaliere del territorio (in risposta anche a quanto individuato come obiettivo prioritario dalla Regione Liguria);
- Focalizzare la comunicazione dell'Ospedale sulle attività dell'Ospedale stesso (dando maggiore risalto agli eventi promossi dall'Istituto verso l'esterno e non viceversa); in tale ottica, nel corso del 2019, l'attenzione sarà maggiormente incentrata sulla promozione dei Centri di Eccellenza dell'Istituto veicolando le specificità di ognuno secondo progetto specifico (Allegato);
- Migliorare la conoscenza di sé come Istituzione attraverso il rafforzamento di un'identità comunitaria e una maggiore condivisione delle informazioni e delle prassi tra uffici per veicolare forme di collaborazione più efficaci a conseguire e condividere le finalità dell'Ente.
- Promuovere la motivazione del personale per renderlo orgoglioso di lavorare in azienda, consapevole dell'unicità del servizio di appartenenza, condurlo alla solida percezione di lavorare in azienda.

I risultati conseguiti nel 2019 possono essere così sintetizzati:

- Sono state rispettate le priorità di elaborazione e controllo del rispetto delle tempistiche di realizzazione e in accordo con quanto predisposto a livello regionale e con la calendarizzazione delle giornate internazionali (visibili da palinsesti storici)
- E' stato prodotto il seguente materiale:
 - o Annual report 2018
 - o Abstract report 2018
 - o Depliant Gaslini "delle regole" (che è stato rinominato "azioni che fanno bene")
 - o Allineamento grafico e aggiornamento brochure di reparto
- Sono state realizzate le seguenti azioni di progetto:
 1. PROMOZIONE CAS: obiettivo parzialmente raggiunto (50%)
 2. SISTEMA SVILUPPO DISPLAY COMUNICAZIONE FISSO: obiettivo conseguito (100%)
 3. VETRINA DONAZIONI: obiettivo conseguito (100%)
 4. BROCHURE DI REPARTO: in fase di completamento (70%)
 5. CAMPAGNA DEL MESE DELLE REGOLE: obiettivo conseguito (100%)
 6. PROGETTO NEWSLETTER: obiettivo parzialmente raggiunto (80%)
 7. PRESENTAZIONI ISTITUZIONALI:
 - o ANNUAL REPORT: 100%
 - o CARTA DEI SERVIZI: 90%
 - o PRESENTAZIONI ISTITUZIONALI: 90%
 8. PALINSESTO: obiettivo conseguito ed implementato (100%)

Progetti di tendenza

L'idea di fondo che ha guidato la pianificazione degli interventi progettuali da realizzarsi nel quadriennio 2019-2022 si basa sull'individuazione 8 poli di riferimento e 2 campus:

- Polo intensivistico-tecnologico
- Polo mamma-bambino
- Polo emato-oncologico
- Polo neuroscienze
- Polo pediatrie
- Polo chirurgie
- Polo ospedale giorno
- Polo riabilitazione e continuità delle cure
- Campus dei laboratori
- Campus formativo-didattico e CABEF

La progettualità, prima sul piano funzionale ed organizzativo poi su quello strutturale, ha visto il coinvolgimento attivo della Direzione strategica e dei Direttori di dipartimento uniti in un gruppo di lavoro operativo che, attraverso un iter lungo e partecipato, ha consentito di traguardare ad una soluzione condivisa.

Questo gruppo di lavoro ha definito prima i criteri per i layout organizzativo – funzionale e quindi quelli strutturali, basati su una organizzazione in tutto l'ospedale per intensità di cura e complessità assistenziale nel rispetto della logica lean.

Le diverse fasce di età su cui strutturare i percorsi di cura, le titolarità sulle tipologie di pazienti, le competenze e le assegnazioni dei privilegi, hanno costituito i drivers di riferimento.

Per i dati di dettaglio si rimanda alle singole schede analitiche.

a. polo intensivistico-tecnologico:

- ✓ centralizzazione al pad. 16/17 1° piano delle sale operatorie di NCH e CCV integrate strutturalmente con sala angiografica e le due RM neuroradiologiche;
- ✓ costituzione "area critica" che prevede la ristrutturazione della rianimazione (ICU) e, nel contempo, la creazione di una terapia subintensiva centralizzata chirurgica e medica che concentri gli attuali letti di subintensiva distribuiti in varie unità dell'istituto (neurochirurgia, CCV e pediatria d'urgenza); UTI integrata in un'area a gradiente di intensità di cura con percorsi individualizzati (anche nascita) su necessità assistenziali per il Bambino 0/18 medico e chirurgico e la mamma;
- ✓ gestione secondo il modello per "intensità di cura e complessità assistenziale" con degenze dipartimentali mediche e chirurgiche; gestione delle problematiche infettivologiche in un sistema "diffuso" e allocazione dei malati in logica dipartimentale;

b. polo mamma-bambino:

- ✓ allocazione NICU (articolata in area semi-intensiva ed area intensiva) in area limitrofa e contigua all'UTI nell'ambito del nuovo polo al Padiglione 16 e 17, integrati, con ostetricia degenze ambulatori e sale operatorie ai piani superiori;

c. polo neuroscienze:

- ✓ al padiglione 12, piani 3,4 e 5

d. polo pediatrie:

- ✓ al padiglione 16, piani 1, 2 e 3 le scienze pediatriche
- ✓ al padiglione 12 polo ematologico con aggregazione funzionale e strutturale e completa ristrutturazione dell'area trapianto di midollo osseo;

e. polo chirurgie

- ✓ al padiglione 17 integrazione della gastroenterologia con la chirurgia, in un sistema per affinità di area; integrazione ORL, oculistica e altre chirurgie a bassa complessità; già ristrutturata la ortopedia; al 5° piano neurochirurgia;

f. polo riabilitazione:

- ✓ nuovo pad. 1 (degenza di alta specialità ri-abilitativa UDGEE); pad. 17 (2 letti ri-abilitativi ad alta intensità di cura); pad. 5 (Unità Ospedale Domicilio, U.O. Cure Domiciliari e «Hospice»);
- ✓ Il sistema di residenze domiciliari di prossimità e i domicili dei pazienti collegati in telemedicina e tele – riabilitazione completano la rete esternamente all'ospedale.

g. campus dei laboratori

- ✓ il progetto interessa oltre al pad 15 nel loro complesso il padiglione 2 (4 piani), il padiglione 3 (4 piani) ed il padiglione 4 (3 piani) per una superficie complessiva pari a 5.500 mq. suddivisi in moduli (laboratori) e servizi;

h. campus formativo-didattico e CABEF

- ✓ nell'ambito del complesso storico-monumentale dell'abbazia di San Gerolamo creazione all'interno del perimetro dell'istituto di un polo formativo-didattico messo "in rete" con l'ospedale
- ✓ Struttura Cabef con punto di ascolto e orientamento, spazio famiglia e organizzazione foresteria dell'Istituto e raccordo con alloggi esterni della rete.

Progetti di efficientamento e riorganizzazione

Progetto G/b 1: SDO, Consulenze Interne e PDTA

Responsabile: R. Spiazzi

Obiettivi:

- sottoprogetto Ufficio SDO e *Clinical Governance* (CG)
- sottoprogetto Consulenze Interne e appropriatezza prescrittiva
- Sottoprogetto PDTA

Risultati

Sono state realizzate le seguenti attività:

- revisione organizzativa dell'Ufficio SDO e suo coinvolgimento nelle attività di Clinical Governance (CG)
si sono introdotte nuove linee di controllo (controlli mirati interni), aumentando il numero mensile di cartelle cliniche sottoposte a controllo da parte dell'Ufficio SDO, con la previsione di sottoporre a controllo mirato 800-1000 cartelle/anno (+50% del numero di cartelle sottoposte a

controllo interno). Il controllo ha previsto sistematicamente la verifica della corrispondenza tra dati SDO e registro operatorio;

si è rivisto il sistema di reporting interno, in particolare finalizzandolo al monitoraggio della tempestività di compilazione delle SDO e alla verifica degli esiti dei controlli mirati interni;

rispetto agli indicatori di esito dei controlli, nel campione dei controlli mirati interni si sono registrate:

- una percentuale di SDO modificate sul totale delle controllate del 13,0%
 - un incremento del peso medio del campione del 16,4%
 - un incremento del rimborso atteso del 9,0%
- impostazione di un sistema di verifica e controllo dei livelli di appropriatezza delle consulenze specialistiche in tutti gli ambiti assistenziali in cui le stesse vengono erogate si sta procedendo insieme con il SIA e con il Gruppo di Lavoro relativo ai sistemi informativi e informatici alla verifica della possibilità di condurre analisi di appropriatezza a partire dal sistema informativo (Aurora), riconducendo le prestazioni richieste/espletate alle singole cartelle cliniche e, quindi, ai singoli centri di costo, attraverso il codice nosologico: ciò al fine di poter disporre di un flusso dati corrente sul quale condurre le analisi e monitorare l'efficacia degli interventi posti in essere;

riguardo alle prestazioni di laboratorio, si sta in parallelo procedendo:

- alla rivalutazione delle modalità di gestione delle richieste di consulenza genetica, anche alla luce dell'avvenuto trasferimento presso l'Istituto della UOC Genetica Medica, con il fine di trasferirne la maggior parte dal regime di DH ad ambulatoriale;
 - alla revisione e attualizzazione dei profili diagnostici per i pazienti ricoverati. Si è proceduto ad una prima razionalizzazione delle prestazioni offerte per il settore della sierologia infettivologica e si prevede di estendere l'analisi entro il mese di ottobre ai restanti capitoli, così concludere entro l'anno la revisione e formalizzazione del documento;
- promozione della corretta costruzione e utilizzo di PDTA per la gestione sicura e standardizzata dei processi clinico- assistenziali

Progetto G/b 2: Ospedale di Giorno

Responsabile: R. Spiazzi

Obiettivi

- Definizione di un nuovo modello di governance
- Trasferimento DH di Ematoncologia. Fase 1. – 4° piano Pad.20
- Trasferimento DH di Ematoncologia. Fase 2. – 3° piano Pad.20
- Trasferimento DH di Ematoncologia. Fase 3. – 2° piano Pad.20
- Partecipazione alle attività del Tavolo di lavoro per la Clinical Governance, in riferimento in particolare:

Risultati

Relativamente al monitoraggio delle liste di attesa e del relativo modello organizzativo, si sono compiute le seguenti azioni:

- revisione delle agende di prenotazione ambulatoriale per l'inserimento completo nel sistema informatico aziendale di tutte le prenotazioni di primo e di secondo livello (a cura del Gruppo di Lavoro aziendale);

- richiamo al rispetto dell'erogazione delle prestazioni richieste con priorità almeno nel 90% dei casi, anche attraverso overbooking e monitoraggio continuo del fenomeno (a cura del Gruppo di Lavoro aziendale);
- stesura e proposizione da parte di medici specialisti dell'Istituto delle indicazioni relative all'appropriatezza prescrittiva, al fine della costruzione del manuale RAO (Raggruppamenti Attesa Omogenei) pediatrico, con il coinvolgimento partecipativo di Alisa e dei pediatri prescrittori (ciclo di incontri presso l'OdM di Genova ed emissione di un documento di sintesi da inserire nel manuale RAO pediatrico di prossima emanazione).
- avvio delle attività di revisione delle liste di attesa per l'attività di ricovero con sperimentazione presso un centro pilota (ortopedia) e successiva previsione di estensione all'Istituto;
- definizione delle esigenze stimate come necessarie per assicurare il rispetto dei tempi di attesa obiettivo proposti a livello regionale e nazionale per il 2020 e delle conseguenti necessità di riorganizzazione.

Relativamente al completamento del trasferimento del DH di Ematologia:

- si è complessivamente ridefinito e semplificato il piano degli interventi richiesti, mantenendone la coerenza con la definizione dei livelli di intensità assistenziale previsti ai diversi piani del Padiglione e con il piano di inserimento delle attività del DH di Ematologia;
- si sono completati i lavori al 4° piano e resi liberi gli spazi al 3° piano per procedere agli interventi richiesti;
- si sono trasferite le prime attività a bassa complessità afferenti al DH Ematologia (off-therapy "DOPO", Emostasi e Trombosi).

Per il completamento dell'intervento, si dovranno completare le opere avviate al 2° e 3° piano e dovrà essere definita e calendarizzata nei tempi di realizzazione la collocazione della sala procedure al 2° piano. Il risultato finale del progetto vedrà al 2° piano collocate le attività a più alta intensità clinica assistenziale (18 PL DH) e al 3° piano le attività a minore intensità assistenziale e con maggior affluenza di pazienti prevalentemente in regime ambulatoriale (3 PL DH).

Relativamente al modello organizzativo di funzionamento generale dell'Ospedale di Giornata, in coerenza con quanto già definito a livello di Istituto:

- si è confermata la scelta della multidisciplinarietà e della trasversalità del modello rispetto alle strutture organizzative, nella previsione di assicurare il coordinamento funzionale in carico all'OdG di tutte le attività ambulatoriali e di day hospital dell'Istituto, secondo il principio dell'organizzazione per intensità di cura e della flessibilità di impiego delle risorse in funzione delle attività;
- il coordinamento funzionale è in carico alla Direzione Sanitaria, che ha individuato un Medico Coordinatore tra i medici DS. Questa figura è affiancata da un coordinatore infermieristico di ambito (piattaforma ospedale di giornata), con competenza sull'organizzazione delle attività a ciclo diurno per tutto l'Istituto. L'organizzazione prevede poi dei coordinatori infermieristici e tecnici di ambito ai diversi piani per la gestione operativa delle attività;
- a questo management competono la programmazione dell'impiego e della assegnazione di spazi e risorse alle diverse specialità, sulla base della tipologia di attività concordata e degli orari definiti, oltre che il monitoraggio del migliore e corretto utilizzo degli stessi in funzione degli obiettivi di budget e del rispetto delle previsioni normative.

Progetto G/b 3: riorganizzazione attività sale operatorie

Responsabile: R. Spiazzi

Obiettivi

- Revisione modello organizzativo e della turnistica del personale medico e infermieristico con:
- Presentazione/condivisione nuovo modello di organizzazione e del sistema di reporting delle attività ai fini del monitoraggio e della valutazione del fabbisogno effettivo di risorse con:
- Definizione delle afferenze del personale medico alle UOSD con:
 - condivisione del nuovo piano di lavoro/funzioni e responsabilità
 - previsione delle modalità di collaborazione e integrazione delle équipe mediche ai fini della gestione delle attività
 - previsione e pianificazione delle modalità di turnazione/rotazione tra le UOSD ai fini del mantenimento/miglioramento delle competenze professionali del personale medico

Risultati:

Nel corso del 2019 si sono realizzate le seguenti attività:

- programmazione dei **volumi mensili ATTESI dell'attività chirurgica e in sedazione** (N.Int/mese) nel rispetto degli obiettivi di budget (+620 Int e +288 RM in sedazione rispetto al 2018), attraverso:
 - l'aumento delle sedute operatorie offerte a "modello invariato" nel 2019 rispetto al 2018;
 - la previsione di una revisione "isorisorse" dell'utilizzo delle sale con trasferimento dell'attività di ORL nel blocco di neurochirurgia e riassegnazione di una sala aggiuntiva per l'ortopedia (opere in esecuzione da set 2019, trasloco previsto per feb 2020);
 - la destinazione, in accordo con il Programma Aziendale Liste di Attesa (PAAGLA), di maggiori spazi operatori alle specialità con più lunga lista di attesa (neuroradiologia e ortopedia), mediante:
 - l'utilizzo di collaborazioni libero-professionali (si è attivato un contratto straordinario per un anestesista da lug 2019);
 - l'utilizzo dei fondi ex-legge Balduzzi per sostenere sedute aggiuntive (operativo da agosto per le attività di radiologia, da ottobre per l'attività chirurgica);
- analisi e revisione del **modello organizzativo** e della **turnistica** del personale medico e infermieristico con:
 - definizione e presentazione al personale infermieristico e alle organizzazioni sindacali di un nuovo modello di turnistica del **personale infermieristico**, funzionale a consentire in prospettiva la disponibilità "isorisorse" di ulteriori spazi operatori per l'attività in elezione;
 - avvio della riorganizzazione delle **équipe mediche** dei servizi di anestesia e rianimazione, con definizione delle modalità di collaborazione/integrazione per la gestione delle attività e delle modalità di turnazione/rotazione tra i servizi funzionali al mantenimento/miglioramento delle competenze professionali dei professionisti.
- si è avviata una prima sperimentazione operativa del modello di rilevazione e riorganizzazione delle liste di attesa presso l'UOC di Ortopedia e sono state definite nel PAAGLA le azioni organizzative e di efficientamento, previste in:
 - monitoraggio della domanda, con rilevazione e verifica del numero dei pazienti in attesa, distinti per priorità, a fronte degli spazi operatori disponibili;

- rilevazione del tempo di scostamento tra priorità definite e tempo effettivo di erogazione, per calcolare le prestazioni medie mensili complessivamente “carenti”, riportate ad un fabbisogno suppletivo di sedute operatorie ai fini dell’allineamento tra domanda e offerta;
- definizione dell’aumento atteso di prestazioni per le situazioni critiche, attraverso l’adozione di azioni riorganizzative isorisorse, integrate, laddove non bastanti, con il ricorso a prestazioni retribuite con fondi Balduzzi come da regolamento aziendale, o, in ultima istanza, con una ridefinizione puntuale dei livelli di equilibrio degli organici;

A fronte delle azioni succitate, l’Istituto ha complessivamente garantito un aumento dell’attività chirurgica rispetto al 2018, riallineandosi con i dati di attività dell’anno 2017, in linea con gli obiettivi di budget, incrementando in particolare le attività di diagnostica radiologica in sedazione.

Vanno tuttavia tenute in conto alcune difficoltà contingenti e criticità che hanno condizionato la piena efficacia delle azioni di miglioramento succitate:

- i tempi lunghi del processo di autorizzazione-acquisizione-presenza servizio delle risorse umane previste per il conseguimento dei livelli di equilibrio, a fronte dell’intercorsa cessazione dal servizio di una serie di unità mediche e infermieristiche, con effettiva reale minor disponibilità di risorse “attive” rispetto al periodo 2017-2018;
- il guasto dell’angiografo biplano verificatosi nel mese di aprile e tuttora non risolto, che ha comportato un importante e non previsto dispendio di risorse umane per il mantenimento dell’attività presso il Policlinico San Martino;
- lo slittamento dell’ipotizzato trasferimento delle sale operatorie di ORL e neurochirurgia al 2020.

Progetto G/b 4: Ospedale per intensità di cure e complessità assistenziale

Responsabile: Scelsi

Obiettivi

- Approvazione della pianificazione 2019
- Creazione dei gruppi di lavoro Identificazione delle aree con priorità di modifica del modello organizzativo e inizio procedure per attuazione
- Start formazione del personale identificato per l’attuazione del modello (medici ed infermieri tutor e case manager)
- Ridefinizione della funzione di bed management
- Revisione della organizzazione e attuazione dell’allineamento della prima azione sull’O.d.G.
- Revisione ed avvio dell’area medica identificata per iniziare l’attuazione del modello

Risultati

Le prime attività hanno previsto l’**adeguamento delle competenze** per la gestione delle emergenze negli adulti, per i livelli di base intermedi e avanzati rivolti al personale di assistenza e clinico con la finalità di gestire con sicurezza l’emergenza intraospedaliera. Con la stessa finalità sono state inseriti **infermieri generali abilitati all’assistenza all’adulto** nelle aree intensive e nei reparti dove la presenza di questi pazienti è più frequente.

Sono stati avviati anche tavoli di lavoro per rivedere le attività di Pronto Soccorso.

Il concetto di transizione deve però passare anche **dalla declinazione clinica a quella organizzativa**, avendo come obiettivo principale quello di implementare i percorsi di accoglienza e gestione del paziente e della

famiglia, ma anche ripensando i percorsi strutturali, laddove necessario, per adeguare l'Istituto alle nuove esigenze.

Le necessità dei pazienti adolescenti e giovani adulti, richiedono sicuramente una revisione e messa in discussione delle competenze dei professionisti rispetto ad alcuni approcci, in un'età in cui si sviluppa la sessualità, si sta facendo il percorso di emancipazione dal giudizio dei genitori e si comprende diversamente l'approccio alle decisioni anche relative al percorso di cura ed assistenza.

Le necessità gestionali devono, quindi, tenere in considerazione queste istanze che modificano la natura che fino a qui ha avuto l'Istituto.

AZIONI ORGANIZZATIVE

Le azioni organizzative condotte nel corso del corrente anno si sono principalmente orientate nella produzione da parte di gruppi di lavoro infermieristici di documenti relativi alla formazione delle competenze del personale dedicato alla transizione e ai requisiti funzionali e organizzativi di un'unità di degenza "universale" dedicabile anche ai pazienti 14-18 anni e/o adulti.

Ulteriore ambito è stato poi quello della partecipazione di rappresentanti dell'Istituto al gruppo di lavoro ALISA per l'avvio del progetto di transizione dei pazienti "fragili" over 18 anni a strutture per l'età adulta: il tavolo di lavoro ha prodotto un preliminare documento di progetto e avviato le procedure di acquisizione consenso da parte delle famiglie dei pazienti coinvolti.

Progetto G/b 5: estensione delle attività ai pazienti fino a 18 anni

Responsabile: Scelsi

Obiettivi

- Approvazione della pianificazione 2019
- Formazione del personale
- Creazione dei gruppi di lavoro, identificazione delle priorità di intervento
- Inizio dei percorsi di intervento sull'organizzazione e se necessario su dispositivi e struttura

Risultati

Le prime attività hanno previsto l'adeguamento delle competenze per la gestione delle emergenze negli adulti, per i livelli di base intermedi e avanzati rivolti al personale di assistenza e clinico con la finalità di gestire con sicurezza l'emergenza intraospedaliera. Con la stessa finalità sono state inseriti infermieri generali abilitati all'assistenza all'adulto nelle aree intensive e nei reparti dove la presenza di questi pazienti è più frequente.

Sono stati avviati anche tavoli di lavoro per rivedere le attività di Pronto Soccorso.

Il concetto di transizione deve però passare anche dalla declinazione clinica a quella organizzativa, avendo come obiettivo principale quello di implementare i percorsi di accoglienza e gestione del paziente e della famiglia, ma anche ripensando i percorsi strutturali, laddove necessario, per adeguare l'Istituto alle nuove esigenze.

Le necessità dei pazienti adolescenti e giovani adulti richiedono sicuramente una revisione e messa in discussione delle competenze dei professionisti rispetto ad alcuni approcci, in un'età in cui si sviluppa la sessualità, si sta facendo il percorso di emancipazione dal giudizio dei genitori e si comprende diversamente l'approccio alle decisioni anche relative al percorso di cura ed assistenza.

Le necessità gestionali devono, quindi, tenere in considerazione queste istanze che modificano la natura che fino a qui ha avuto l'Istituto.

Le azioni organizzative condotte nel corso dell'anno si sono principalmente orientate nella produzione da parte di gruppi di lavoro infermieristici di documenti relativi alla formazione delle competenze del personale dedicato alla transizione e ai requisiti funzionali e organizzativi di un'unità di degenza "universale" dedicabile anche ai pazienti 14-18 anni e/o adulti.

Ulteriore ambito è stato poi quello della partecipazione di rappresentanti dell'Istituto al gruppo di lavoro ALISA per l'avvio del progetto di transizione dei pazienti "fragili" over 18 anni a strutture per l'età adulta: il tavolo di lavoro ha prodotto un preliminare documento di progetto e avviato le procedure di acquisizione consenso da parte delle famiglie dei pazienti coinvolti.

Progetto G/b 6: Progetto Centralizzazione delle agende e contact center

Responsabile: Scelsi

Obiettivi

- Stesura della progettazione e riunioni con gli uffici coinvolti (SIA,DS,CCD)
- Assegnazione e addestramento di 1 operatore per ampliamento attività
- Inizio riunioni con i responsabili delle singole agende per pianificare la centralizzazione
- Centralizzazione di agende
- Lavori per ampliamento postazioni di ricezione
- Centralizzazione di 4 agende

Risultati

Le principali attività svolte nelle diverse aree di intervento sono state :

- Contact Center: attivazione piattaforma sw, avvio servizio prenotazioni, avvio servizio urp
- Agende: attivazione gruppo di lavoro, revisione modelli agende, rimappatura dell'offerta, monitoraggio
- Liste attesa ricoveri: attivazione gruppo di lavoro, analisi as-is, analisi modifiche sw applicativo, analisi definizione nuovi processi su un reparto pilota e sull'area dei dh.

Progetto G/b 7a: Segreterie dipartimentali

Responsabile: R. Serena – U. Rosati

Progetto stand by in attesa di assegnazione personale borsista/contrattista

Progetto G/b 7b: Libera Professione

Responsabile: R. Serena – U. Rosati

Periodo gennaio – dicembre 2019

Obiettivi

- operatività delle funzioni amministrative dell'ufficio stranieri e libera professione
- revisione ed attribuzione spazi presso padiglione 20

- revisione ed attribuzione spazi presso presso unità operative per attività in costanza di ricovero
- Piena operatività gruppo comunicazione e marketing
- Revisione dell'attività svolta nel primo periodo di valenza del progetto. Individuazione di azioni correttive.

Risultati:

Nel corso del 2019 è stato predisposto il documento quadro di riferimento.

Con l'ausilio del software CSO si è proceduto ad una prima definizione del sistema di determinazione delle tariffe per prestazioni chirurgiche erogate in equipe in costanza di ricovero, attualmente in fase di definizione.

E' stata altresì condotta una sperimentazione gestionale riguardante attività svolte da professionisti dell'Istituto in "libera professione d'azienda" nell'ambito dei progetti "International" for profit sostenuti da terzo pagante.

Progetto G/b 8: Logistica

Responsabile: F. Greco

Obiettivi

- Approfondimento ed allineamento esiti audit effettuato nel 2018
- Costruzione del Modello TO BE di dettaglio e relativi Step
- Pianificazione e Business Case del progetto TO BE
- Implementazione: Stesura Capitolato d'appalto/bando

Risultati

Logistica: consolidamento as-is, definizione to-be, attività con Galliera e Cra per definizione gara unificata, stesura capitolato congiunto

Progetto G/b 9: Monitoraggio outsourcing

Responsabile: R. Serena – U. Rosati

Periodo gennaio – dicembre 2019

Obiettivi

- Trasmissione report per ciascuno degli outsourcing identificati comprendente almeno la verifica su un campione di almeno 3 unità operative:
 - Antincendio
 - Ingegneria clinica
 - Gestione calore
 - Ristorazione
 - Manutenzione infrastruttura
 - Pulizia
 - Lavanolo

Risultati

Gli esiti delle verifiche effettuate sono state acquisite dai DEC responsabili; le risultanze dei monitoraggi hanno fornito spunto per le azioni di miglioramento ove necessario.

Non sono state evidenziate criticità maggiori.

E? stato riscontrato:

- Estintori d'incendio portatili e carrellati: nessuna criticità riscontrata.
- Manutenzione impianti rilevazione incendio: nessuna criticità riscontrata.
- Gestione calore: nessuna criticità riscontrata.
- Manutenzione infrastruttura edile: nessuna criticità riscontrata.
- Manutenzione estintori ad acqua: nessuna criticità riscontrata.
- Manutenzione impianti idraulici: nessuna criticità riscontrata.
- Manutenzione porte sbarre cancelli automatici: Eseguito il cambio del modulo radio ed il cambio frequenza, della centralina del cancello del Pad 20 per aperture anomale causate da disturbi elettromagnetici.
- Manutenzione porte tagliafuoco ed uscite di sicurezza: il mese di riferimento, prevede il controllo semestrale delle porte degli edifici 17 e 17D (DEA) ed è stato svolto in modo regolare. Si è svolto in data 9/7/2019 la verifica in contraddittorio del Servizio ad oggi prestato riscontrando l'esito regolare e dandone menzione nel giornale del Servizio.
- Pulizia: relativamente alle aree comuni, sono stati effettuati gli interventi di risanamento annuale nei bagni ex mensa Pad.17 P. 1 e nelle seguenti scale secondarie: Scala sec.int. mal.musc., Scala sec. Ped. III e Scala fronte ex mensa. Nelle UU.OO. dove le condizioni di igienizzazione non sono risultate conformi è stata aperta un'azione correttiva con richiesta di ripristino delle carenze verificate, ripristino effettuato immediatamente e puntualmente dalla Ditta. Nelle stesse UU.OO. è stato aperto un periodo di monitoraggio delle attività di pulizia: due si sono conclusi positivamente, il terzo è ancora in corso.
Nonostante i continui rilievi rimane costante la presenza di mozziconi sia a terra che in posacenere di "fortuna" specie nelle scale secondarie così come rimane invariato lo stato in cui versano i servizi igienici della galleria gialla (presso il CELD). Sono inoltre pervenute segnalazioni di mancata pulizia ordinaria, segnalazioni che sono state immediatamente comunicate alla ditta la quale si è prontamente adoperata per risolvere le problematiche segnalate.
L'utenza dello spogliatoio donne al pad. 7., così come l'utenza del centralino telefonico lamenta una pulizia non soddisfacente nonostante venga rispettata la cadenzialità delle pulizie. Sono state inoltrate richieste di miglioramento dello stato delle pulizie alla ditta, che ha prontamente risposto che ne terrà conto.
- Sterilizzazione: nel periodo relativo al monitoraggio non sono state evidenziate particolari criticità e le segnalazioni presentate sono state gestite dagli operatori interessati mettendo in azione percorsi di miglioramento che hanno permesso di superare le problematiche riscontrate.

Il Direttore UOC Controllo di Gestione
Qualità e Sicurezza
Ubaldo Rosati