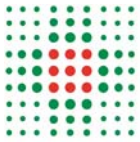




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

Piano della Performance 2018-2020

Delibera n. 250 del 4 luglio 2018



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Piano della Performance

2018-2020

Delibera n. 250 del 4 luglio 2018

Indice

1.	Executive summary	pag. 3
2.	Premessa	pag. 6
3.	Identità dell’Azienda Sanitaria di Reggio Emilia	pag. 8
3.1	Chi siamo	pag. 8
3.2	Cosa facciamo	pag.10
3.3	Analisi del contesto	pag.12
3.3.1	Contesto socio-demografico	pag.12
3.3.2	Contesto dei “bisogni” di salute	pag.14
3.3.3	Contesto istituzionale	pag.18
3.3.4	Sistema di offerta	pag.19
3.4	Il personale	pag.21
3.5	I dati economico-patrimoniali	pag.25
3.6	Come operiamo	pag.34
3.6.1	L’organizzazione	pag.34
3.6.2	L’articolazione organizzativa	pag.35
3.6.3	Le strutture organizzative semplici e complesse	pag.38
3.6.4	IRCCS – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico In Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in oncologia	pag.38
3.6.5	Sintesi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie per distretto	pag.39
4.	Gli impegni strategici e le dimensioni della performance	pag.47
4.1	Temi strategici aziendali	pag.47
4.2	Obiettivi aziendali	pag.51
4.3	Albero della performance	pag.52
4.4	Collegamento con gli obiettivi di mandato	pag.53
4.5	Coerenza tra il ciclo della performance e il ciclo della programmazione economico-finanziaria	pag.58
5.	Misurazione e valutazione della performance	pag.62
5.1	Performance complessiva aziendale	pag.62
5.2	Performance organizzativa ed individuale interna	pag.63
5.3	Sistema di valutazione delle competenze e sviluppo professionale	pag.64
5.4	Sviluppo delle risorse umane e partecipazione alla gestione operativa	pag.65
5.5	Assistenza sanitaria basata sul valore	pag.66
5.6	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale	pag.67
6.	Indicatori di risultato	pag.68
6.1	Risultati osservati e valori attesi nel triennio 2018-2020	pag.71
6.2	Area di performance anticorruzione e trasparenza	pag.78

1. Executive summary

Il Piano della Performance è il documento programmatico triennale introdotto dal D.Lgs. 150/2009 e previsto per tutte le amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, ivi comprese le amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale. Il Piano definisce gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance che trova esplicitazione nel documento «Relazione sulla performance», che evidenzia a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti.

L'Azienda Usl di Reggio Emilia per la prima volta nel 2014 con Delibera n°11 del 29/01/2014 aveva adottato il Piano della Performance 2013-2016, redatto secondo le indicazioni della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche esplicitate nella Delibera 112/2010, che ne delineava le finalità e la struttura, e nella Delibera 6/2013 Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013.

Nel 2015, tenendo conto oltreché della normativa nazionale in materia, anche di quanto introdotto dalla Delibera n°1/2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) della Regione Emilia-Romagna "Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS", l'Azienda ha adottato con Delibera n°68 del 30/03/2015 il Piano della Performance 2015-2017.

Nel 2016, secondo le indicazioni fornite dall'OIV con la Delibera n°3/2016 "Aggiornamento delle linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della performance", l'Azienda ha adottato con Delibera n°96 del 28/06/2016 il Piano della Performance 2016-2018.

Con Legge Regionale 1 giugno 2017 n. 9 «Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria» è stata istituita la nuova Azienda Usl – IRCCS di Reggio Emilia, attraverso fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera-IRCCS Santa Maria Nuova nell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

La legge prevede l'istituzione di un unico Presidio ospedaliero provinciale con l'incorporazione dell'ex presidio provinciale dell'Azienda Usl nel Presidio ospedaliero Santa Maria Nuova.

Non si modifica la *governance* e l'organizzazione dell'IRCCS "Tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia", riconosciuto formalmente IRCCS con D.M. 12 aprile 2011 e confermato rispettivamente con D.M. 8 settembre 2015, e con D.M. 23 novembre 2017, a seguito di Site Visit da parte di una Commissione del Ministero della Salute.

Questo Piano 2018-2020, rappresenta quindi il primo Piano della Performance della neocostituita Azienda Usl - IRCCS di Reggio Emilia, elaborato in linea con le indicazioni dell'OIV-SSR trasmesse con nota PG/2018/0355534 del 16/05/2018 avente ad oggetto "Sistema di misurazione e valutazione della Performance: nuovo Piano della Performance 2018-2020", dove viene precisato *"Secondo quanto previsto nelle indicazioni contenute nelle Delibere 1/2014 e 3/2016 dell'OIV-SSR, il Piano della performance (PdP) delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, che è stato recentemente inserito tra gli strumenti di programmazione delle Aziende nella proposta di legge per la nuova legge di contabilità (cfr. DGR 81/2018), ha prospettiva triennale «fissa» (senza scorrimento), viene aggiornato solo a fronte di modifiche significative ed è strutturato secondo una serie di dimensioni/aree fisse e di indicatori minimi e comuni presenti in INSIDER (ex SIVER): ciò garantisce coerenza con gli obiettivi di mandato assegnati alle Direzioni e omogeneità di applicazione a livello regionale, migliorando l'accountability e la trasparenza dell'intero SSR. Inoltre, prevede una declinazione annuale nel sistema di budget dell'Azienda, su cui è basato il sistema di valutazione dei risultati organizzativi ed individuali del personale, assicurando anche la correlazione con le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza prevista normativamente."*

Il Piano ha quindi validità triennale ed è da considerare stabile nel triennio (a meno di significativi cambiamenti organizzativi o ambientali); è correlato con gli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale con DGR n°891 del 21/06/2017 per il periodo 2017-2022.

Il documento si rivolge sia all'interno dell'Azienda, in quanto costituisce la cornice di riferimento strategica per l'azione gestionale e per la programmazione annuale, sia all'esterno nell'indicare i principali obiettivi strategici e le modalità di monitoraggio e rendicontazione.

La Direzione dell'Azienda Usl – IRCCS di Reggio Emilia ha individuato quali priorità strategiche i seguenti temi:

- i. Appropriatelyzza
- ii. Sicurezza
- iii. Comunicazione
- iv. Etica
- v. Prevenzione e promozione della salute
- vi. Integrazione ospedale-territorio
- vii. Integrazione socio-sanitaria

Questi temi strategici costituiscono il riferimento dell'agire professionale ai diversi livelli organizzativi nel perseguimento degli obiettivi aziendali.

Si sottolinea come questa Azienda abbia individuato l'etica tra i temi strategici, anche per favorire lo sviluppo di un ambiente culturale idoneo a cogliere il pieno significato della normativa inerente la prevenzione della corruzione e dell'illegalità, ivi compreso quanto previsto in merito agli obblighi di trasparenza, con una piena integrazione nel ciclo di gestione della performance.

Alla luce della recente fusione delle due Aziende Sanitarie pubbliche provinciali e col fine di creare una cultura organizzativa condivisa e orientata al cambiamento a lungo termine, l'Azienda ha inoltre avviato una collaborazione con l'Agenzia di Oxford "Better Value Health Care" diretta da Sir Muir Gray. Si tratta di un intervento di formazione-azione pluriennale sui temi del valore nell'assistenza sanitaria, rivolto a giovani professionisti con l'obiettivo di promuovere una cultura della qualità nei servizi sanitari fortemente orientata alla relazione tra le risorse impiegate e i risultati ottenuti dal loro utilizzo, espresso in termini di appropriatezza clinica ed organizzativa, di salute della popolazione, sviluppando capacità che consentano di tenere conto delle esigenze ed aspettative dei cittadini.

Il presente documento pone, quindi, particolare attenzione agli obiettivi aziendali che discendono dagli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale e che vengono perseguiti avendo a riferimento i temi strategici.

Nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Delibera n.3/2016 dell'OIV regionale e della nota del 16/05/2018 PG/2018/0355534, l'Azienda rappresenta gli indicatori di risultato per ogni dimensione/area della performance individuata, così come definiti per l'intero sistema sanitario regionale.

In particolare, come precisato nell'Allegato 1 "Revisione dell'elenco indicatori per il Piano Performance aziendale" della nota OIV sopracitata *"Per rendere uniformi su tutto il territorio Regionale le linee programmatiche ed il loro monitoraggio, la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, in collaborazione con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV-SSR), ha costituito, a partire un dal 2016, un gruppo di lavoro per poter individuare un set di indicatori unico per tutte le aziende, da utilizzare per il loro Piano Performance Aziendale. La scelta*

di individuare un unico elenco (integrabile a piacere) è stata dettata dalla necessità di poter confrontare le aziende su un unico set di indicatori calcolati in modo univoco a livello regionale. Tale gruppo di lavoro ha, a suo tempo, individuato un set di circa 80 indicatori per i quali era previsto un aggiornamento annuale, pubblicato sul portale SIVER. Tale elenco era considerato valido per il triennio 2016-2018.

L'elenco degli indicatori era stata costruito tenendo conto delle indicazioni nazionali (Griglia LEA, Piani di Rientro, DM 70) e delle linee di programmazione definite a livello regionale.

Alla luce delle novità emerse a livello nazionale, ovvero l'individuazione di un nuovo set di indicatori del Nuova Sistema di Garanzia, e la definizione di nuove priorità in diversi ambiti dell'assistenza sanitaria a livello regionale, nel 2018 si è ritenuto utile revisionare tale elenco.

Il gruppo di lavoro che ha individuato i nuovi indicatori tra quelli già presenti su SIVER, il sistema di valutazione regionale, nella delibera di programmazione per il 2017 oppure nell'elenco ministeriale per il Nuovo Sistema di Garanzia.”

Tali indicatori di risultato assicurano coerenza di sistema, confrontabilità nel tempo e nello spazio e vengono rappresentati con l'indicazione del valore atteso nel triennio di vigenza del Piano.

Si esplicita così il grado di performance che l'Azienda intende conseguire, nel rispetto degli obiettivi nazionali e delle linee di indirizzo regionali, con il fine ultimo di rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini.

2. Premessa

La programmazione dell'Azienda Usl – IRCCS di Reggio Emilia discende da indicazioni nazionali, a partire dal Piano sanitario nazionale e dalle leggi di indirizzo per il Servizio Sanitario Nazionale, regionali (piano sanitario regionale, linee di programmazione che definiscono annualmente l'assegnazione del finanziamento e gli obiettivi per le aziende sanitarie, delibere di indirizzo su ambiti specifici) e dalla partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria in relazione alla lettura dei bisogni di salute della popolazione del territorio di riferimento dell'Azienda sanitaria.

Il Piano della Performance è utilizzato sia all'interno dell'Azienda per orientare l'attività della dirigenza in tutte le sue articolazioni organizzative nel perseguimento delle priorità strategiche condivise, sia nei rapporti con i diversi portatori di interessi (stakeholder) per rappresentare le priorità individuate, e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti e nella loro rendicontazione.

Il Piano della Performance è costruito in coerenza e stretta connessione con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza, strumento di programmazione che viene adottato annualmente e si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Azienda.

Nel Piano della performance sono definiti anche gli indicatori per la prevenzione della corruzione e la trasparenza che costituiscono parte rilevante ed imprescindibile della performance aziendale e che sono previsti anche in una sezione dedicata nella scheda di budget 2018 come obiettivi da attribuire alle strutture aziendali. In particolare, in attuazione della delibera n°3/2016 dell'OIV regionale, nel Piano della performance 2016-2018, sono stati introdotti 3 indicatori specifici per l'area della performance dell'anticorruzione e della trasparenza:

- % di assolvimento degli obblighi di trasparenza (attestazione annuale OIV in merito alla verifica effettuata dagli OAS sulla griglia ANAC);
- % di spesa gestita su contratti per beni e servizi derivanti da iniziative di Intercent-ER (Centrale di Committenza Regionale);
- % di spesa gestita su contratti per beni e servizi derivanti da iniziative di Area Vasta.

In questo Piano, a seguito della revisione degli indicatori come da indicazioni dell'OIV fornite con nota del 16/05/2018 PG/2018/0355534, Allegato 1 "Revisione dell'elenco indicatori per il Piano Performance aziendale" sono stati ridefiniti e risultano:

- % di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovra-aziendali;
- % sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza (attestazione annuale OIV in merito alla verifica effettuata dagli OAS sulla griglia ANAC).

Inoltre, in riferimento a quanto precisato nell'Allegato 1 "Revisione dell'elenco indicatori per il Piano Performance aziendale" della nota OIV sopracitata, i nuovi ambiti inseriti per il Piano della Performance 2018-2020 sono:

- Pronto soccorso
- Assistenza domiciliare
- Ospedali di comunità
- Interruzioni volontarie di gravidanza
- Assistenza socio-sanitaria

Per altri ambiti già ampiamente rappresentati, come ad esempio la prevenzione, è stato deciso di inserire ulteriori indicatori su vaccinazioni (MPR, HPV, antinfluenzale per operatori sanitari e meningococco) e sicurezza sul lavoro.

Altri indicatori sono stati sostituiti in quanto il protocollo di calcolo è stato modificato e aggiornato.

Nel caso delle cure palliative, sono stati eliminati due indicatori in quanto non sono stati ritenuti più interessanti da monitorare a livello regionale e perché anche a livello nazionale sono stati proposti nuovi indicatori di monitoraggio.

Tutti i documenti aziendali formalizzati, tra cui i documenti di programmazione e di rendicontazione, in attuazione del principio della trasparenza della pubblica amministrazione, sono disponibili sul sito internet aziendale www.ausl.re.it.

Il Piano della Performance e la Relazione sulla Performance, in particolare, sono pubblicati in Amministrazione trasparente, sezione Performance.

3. Identità dell’Azienda Sanitaria di Reggio Emilia ¹

3.1 Chi siamo

L’Azienda Usl di Reggio Emilia si è costituita il 1° Luglio 1994, come risultato della fusione di sei Unità Sanitarie Locali (Usl) della Provincia (Delibera della Giunta Regionale n.2450 del 07.06.1994 e successivo decreto del Presidente della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 568 del 23.06.1994). Ai sensi del D. Lgs. n. 502/92 come modificato dal D. Lgs. n. 229/1999, art. 3, comma 1-bis, l’Azienda Usl di Reggio Emilia gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale tale per cui l’organizzazione e il funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalle leggi regionali dell’Emilia-Romagna (L.R. n.50/1994, L.R. n.29 del 23/12/2004, L.R. n.4/2008, Deliberazione di Giunta regionale n.86/2006, L.R. n.9/2017).

L’Azienda Ospedaliera “Arcispedale Santa Maria Nuova” di Reggio Emilia, è stata costituita come Azienda autonoma con Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 6317 del 13 dicembre 1994, ed è stata riconosciuta IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia con Decreto Ministeriale 12 aprile 2011.

La Legge Regionale dell’Emilia-Romagna n. 9/2017 ad oggetto “Fusione dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia dell’Azienda Ospedaliera e dell’Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria”, ha disposto la fusione per incorporazione dell’Azienda Usl di Reggio Emilia con l’Azienda Ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova", per effetto della quale risulta costituita un'unica Azienda sanitaria, denominata Azienda USL di Reggio Emilia, cui è stata trasferita la titolarità dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia", riconosciuto formalmente IRCCS con D.M. 12 aprile 2011, confermato rispettivamente con D.M. 8 settembre 2015 e con D.M. 23 novembre 2017.

La **sede legale** dell’Azienda Usl è a Reggio Emilia in via Amendola n.2. Il legale rappresentante dell’Azienda Usl è a Reggio Emilia ed è il Direttore Generale pro tempore. Il **logo** dell’Azienda Usl di Reggio Emilia è:



Il **patrimonio** dell’Azienda Usl di Reggio Emilia è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti a libro degli inventari. L’Azienda Usl dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui alla citata normativa vigente (D. Lgs.502/1992 e s.m.i. - art.5 e Legge Regionale E.R. n. 29/2004, art.6, comma 3).

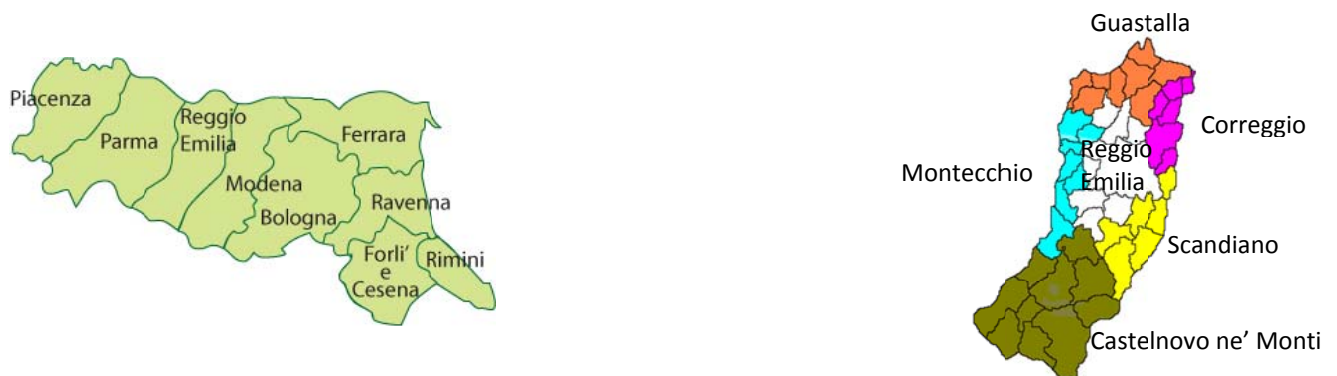
¹ Per maggior dettaglio sulle informazioni inerenti questo paragrafo si rimanda all’atto aziendale

L'Azienda Usl ha come **territorio di competenza** la provincia di Reggio Emilia che è sita circa al centro della regione Emilia-Romagna e rappresenta una delle zone più industrializzate d'Italia con una popolazione residente al 01.01.2017 di 533.392 abitanti distribuiti in 2292,89 Km² di superficie che si presenta per il 74% pianeggiante, per il 20% collinare e per il restante 6% circa montana.

L'Azienda Usl di Reggio Emilia è articolata in sei distretti (Figura 1): Castelnovo ne' Monti, Correggio, Guastalla, Montecchio, Reggio Emilia e Scandiano, e gestisce un unico presidio ospedaliero strutturato su più sedi e organizzato in rete.

La provincia di Reggio Emilia confina a est con la provincia di Modena, a ovest con Parma, a nord con Mantova e a sud con Lucca e Massa Carrara.

Figura 1. La provincia di Reggio Emilia e la suddivisione nei 6 distretti



3.2 Cosa facciamo

Il mandato istituzionale dell'Azienda Usl di Reggio Emilia – IRCCS si inserisce nel contesto legislativo della Regione Emilia-Romagna all'interno del più ampio quadro normativo nazionale.

La missione strategica dell'Azienda Usl di Reggio Emilia – IRCCS è dare risposta ai bisogni di salute, tenendo conto delle aspettative dei cittadini e della comunità, assicurando interventi di promozione della salute, di prevenzione e cura efficaci, accessibili con tempestività e senza barriere di cultura, lingua e condizioni socio-economiche, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza, utilizzando con efficienza le risorse disponibili, nel rispetto ed in coerenza con la programmazione, gli indirizzi e gli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS)².

La visione strategica dell'Azienda Usl di Reggio Emilia – IRCCS è migliorare l'offerta dei servizi per la salute attraverso lo sviluppo di alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione, valorizzando il capitale dei professionisti, sia all'esterno con le altre Aziende Sanitarie della Regione, e in particolare dell'Area Vasta Emilia Nord, con le istituzioni e i soggetti sociali locali secondo gli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS).

I valori fondanti l'azione dell'Azienda Usl – IRCCS di Reggio Emilia sono:

- **Qualità** dell'assistenza, definita dalle dimensioni classiche (efficacia, efficienza, accettabilità, accessibilità, equità, rilevanza) e riconducibile al "fare al meglio le cose giuste".
- **Equità e solidarietà**, come uguaglianza di opportunità di accesso e trattamento e come diversità, quale riconoscimento e valorizzazione delle differenze (di genere, di età, fisica, religiosa, sociale e culturale) con impegno alla reciprocità e garanzia di pari opportunità.
- **Rispetto e valorizzazione della persona**, come soggetto informato e consapevole che prende parte attivamente al proprio progetto di salute.
- **Appropriatezza**: prendersi cura in sicurezza del paziente giusto, nel luogo giusto, nel modo giusto e nel tempo giusto, con il giusto consumo di risorse.
- **Coinvolgimento e partecipazione dei professionisti** nella programmazione e nello sviluppo dei servizi.
- **Centralità del cittadino**.
- **Continuità della cura, integrazione dei percorsi e servizi**.
- **Sicurezza delle prestazioni**, da un punto di vista clinico, organizzativo, strutturale e ambientale.
- **Efficienza gestionale**, come dovere sociale nella gestione di risorse pubbliche.
- **Sostenibilità nelle scelte sanitarie**, nel rispetto dei principi di tutela della salute, dell'ambiente e della sicurezza all'interno della società civile.
- **Trasparenza e attitudine a rendere conto** dell'utilizzo e della gestione delle risorse affidate nell'ambito delle proprie responsabilità, e dei risultati ottenuti (*accountability*).

² La **Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria** è un organismo di governo delle politiche per la salute e il benessere sociale che garantisce il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie per il livello provinciale ed il raccordo tra il livello regionale e quello distrettuale. Riunisce tutti i Sindaci del territorio e la Presidente della Provincia, che presiede la Conferenza; il Direttore Generale dell'Azienda Usl è invitato permanente.

- **Legalità, integrità ed etica.**

Tali valori si calano nell'attività aziendale attraverso un modello di gestione e di organizzazione improntato a criteri di semplificazione, trasparenza, integrazione multiprofessionale, decentramento e partecipazione ai processi decisionali, al fine di realizzare un'efficiente allocazione delle risorse in funzione di una tempestiva ed appropriata erogazione dei servizi.

In altre parole, questi valori guidano la pratica professionale, a tutti i livelli, orientata al cittadino/fruitore, sia esso esterno o interno.

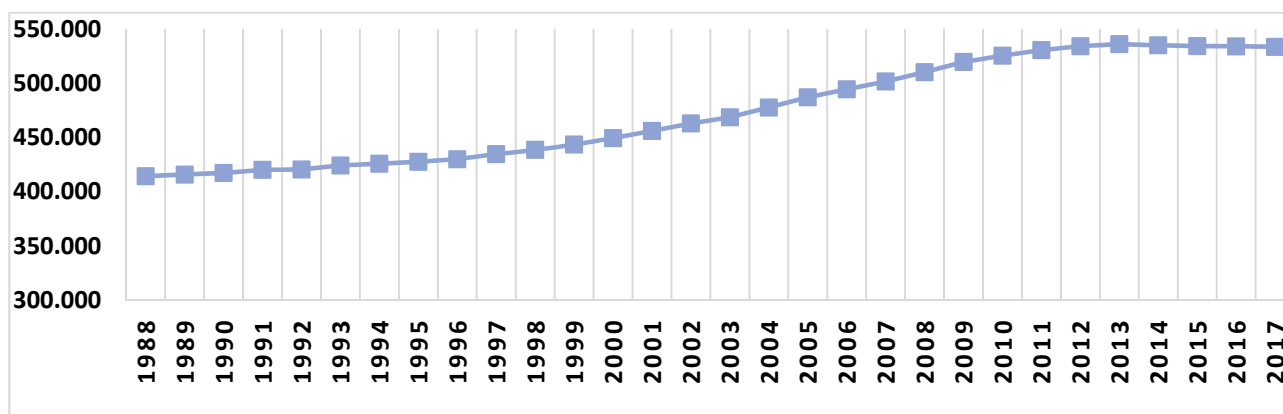
3.3 Analisi del contesto

3.3.1 Contesto socio-demografico

Popolazione

Negli ultimi 29 anni il quadro demografico della provincia di Reggio Emilia ha subito forti modificazioni: nel 1988 il numero totale dei residenti era di 414.264 e da allora la popolazione è cresciuta molto ed ha registrato il massimo nel 2013 con 535.869 residenti. Tuttavia, Negli ultimi 4 anni è stato registrato un calo costante e al 01.01.2017 i residenti erano 533.392 (Figura 2).

Grafico 1. Residenti nella provincia di Reggio Emilia dal 01.01.1988 al 01.01.2017



Fonte: Regione Emilia-Romagna

I motivi di questi cambiamenti demografici sono dovuti negli anni di crescita della popolazione a fenomeni immigratori e ad un aumento della natalità, prevalentemente a carico della popolazione straniera, mentre la progressiva riduzione appare strettamente correlata alla variazione della capacità di assorbire negli anni di crisi economica più forte forza lavoro proveniente da fuori provincia per la riduzione dei posti di lavoro e ad una contestuale riduzione della natalità.

Il tasso di natalità³, infatti, registra un incremento da 7,8‰ nel 1991 fino a un massimo di 11,3‰ nel 2008. Da allora, data che coincide con l'inizio della crisi economica, è calato in tutti gli anni successivi e nel 2016 è stato 8,45‰.

L'indice di vecchiaia⁴ è passato da 153,1 nel 1991 a 159,2 nel 2001 e 142,0 nel 2016.

Tabella 1. Residenti in provincia di Reggio Emilia per classi di età e distretto al 01.01.2017

Fascia d'età	Montecchio	% sul totale distretto	Reggio Emilia	% sul totale distretto	Guastalla	% sul totale distretto	Correggio	% sul totale distretto	Scandiano	% sul totale distretto	Castelnovo Monti	% sul totale distretto	Totale	% sul totale provincia
< 1aa.	506	0,8%	2.002	0,9%	589	0,8%	478	0,8%	680	0,8%	225	0,7%	4.480	0,8%
1-14 aa.	8.976	14,2%	32.086	14,1%	9.916	13,8%	8.561	15,2%	11.812	14,4%	3.608	10,8%	74.959	14,1%
15 - 44 aa.	22.122	35,1%	82.029	36,1%	25.281	35,2%	19.851	35,3%	29.325	35,9%	10.291	30,9%	188.899	35,4%
45 - 64 aa.	18.009	28,6%	64.182	28,3%	20.525	28,5%	15.860	28,2%	23.936	29,3%	9.713	29,2%	152.225	28,5%
65 - 74 aa.	6.469	10,3%	22.204	9,8%	7.402	10,3%	5.590	9,9%	8.104	9,9%	4.084	12,3%	53.853	10,1%
75 aa. e oltre	6.956	11,0%	24.629	10,8%	8.182	11,4%	5.973	10,6%	7.899	9,7%	5.337	16,0%	58.976	11,1%
Totale popolazione	63.038	100,0%	227.132	100,0%	71.895	100,0%	56.313	100,0%	81.756	100,0%	33.258	100,0%	533.392	100,0%

Fonte: Regione Emilia-Romagna

⁴ Tasso di natalità: rapporto tra il numero di nati vivi e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1.000).

³ Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni.

Reggio Emilia è tra le province più “giovani” dell’Emilia–Romagna e le persone di età 75 anni e oltre rappresentano l’11,1% della popolazione. Scandiano continua ad essere il distretto più "giovane", con la maggior proporzione di residenti nelle classi di età giovanili-adulte. Castelnovo Monti è il distretto con meno giovani e con la maggior frequenza di anziani (Tabella 1).

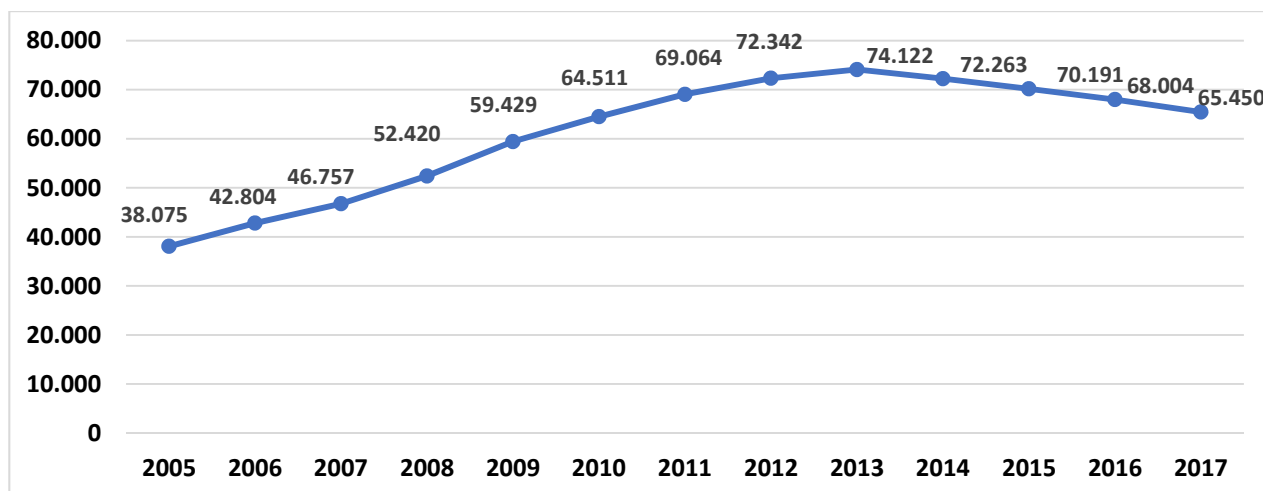
Il fenomeno migratorio – Popolazione residente straniera

Il numero di cittadini stranieri iscritti alle Anagrafi comunali è passato da 38.075 nel 2005 a 65.450 nel 2017 (Figura 3).

La distribuzione nel tempo della popolazione proveniente da paesi a forte pressione migratoria dipende dalle dimensioni dei distretti e dalle loro caratteristiche, ma è sempre più elevata nei distretti di Reggio Emilia, Guastalla e Correggio.

Tranne Castelnovo Monti, dove si osserva un dato sostanzialmente stabile, i residenti crescono fino al 2013 per poi calare successivamente. I motivi sono analoghi a quelli descritti precedentemente e legati soprattutto alla contrazione economica. Calano le nascite, si riduce l’immigrazione e aumenta l’emigrazione in cerca di lavoro.

Grafico 2. Residenti di origine straniera nella provincia di Reggio Emilia, anni 2005-2017



La maggior parte degli immigrati è in età lavorativa e mentre nella prima fase del fenomeno migratorio era prevalente la presenza di giovani maschi adulti, negli ultimi anni si osserva un incremento della popolazione femminile a causa del forte aumento di donne provenienti dall’Europa centro-orientale.

Nei primi anni i soggetti anziani erano molto pochi, mentre nell’ultimo anno di rilevazione rappresentano circa il 9%, soprattutto per l’arrivo di molte donne che svolgono attività di badante. Il 22,2% dei maschi e il 18% delle femmine di età 0-14 anni è di origine straniera.

Condizioni socio-economiche

L’associazione tra condizioni socio-economiche e salute di una popolazione è stata ampiamente dimostrata.

La provincia di Reggio Emilia è stata caratterizzata per molti anni da elevati tassi di occupazione, superiori a quelli regionali, e da una disoccupazione sostanzialmente fisiologica.

La situazione di piena occupazione si è protratta fino al 2008, la crisi esplosa dal 2009 ha modificato il quadro economico reggiano.

Nei maschi il tasso di occupazione si è ridotto dal 2008 al 2015 di 8,9 punti percentuali, mentre nelle femmine la riduzione è stata inferiore. La disoccupazione tra il 2008 e il 2014 è più che triplicata nei maschi e circa raddoppiata nelle femmine, mentre nel 2015 si è lievemente ridotta sia nei maschi (da 6,4 a 5,8%) che nelle femmine (da 6,9 a 4,8%) rispetto all'anno precedente.

Ben peggiore è la situazione per i più giovani. Nel 2015 risultavano disoccupati nella classe di età 15-24 anni il 30% delle persone in Emilia-Romagna e il 28,8% a Reggio Emilia. Entrambi i dati sono in riduzione rispetto al 2014.

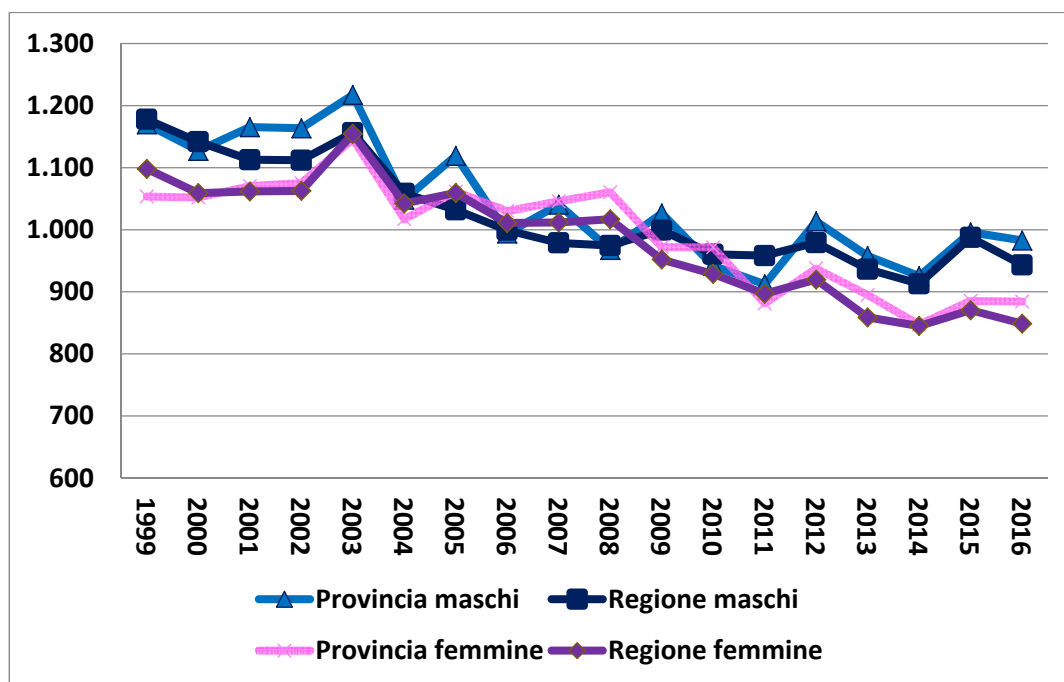
3.3.2 Contesto dei "bisogni" di salute

Osservazioni epidemiologiche

Mortalità

La mortalità, generale e per causa specifica, è un indicatore robusto, benché incompleto, dello stato di salute di una popolazione.

Grafico 3. Mortalità per tutte le cause in provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna, per genere e anno, tassi standardizzati per 100.000, anni 1999-2016



Fonte: Regione Emilia-Romagna. Popolazione standard di riferimento: Emilia-Romagna 1998

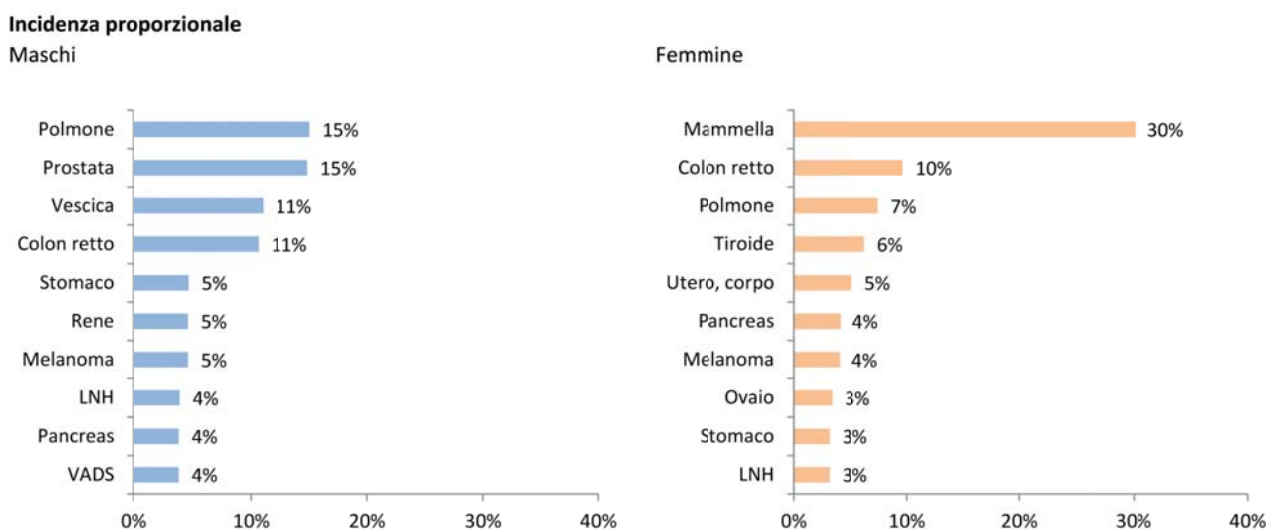
L'andamento nel tempo della mortalità generale in provincia di Reggio Emilia non mostra particolarità rispetto alla regione. Dalla Figura 4 si evince che fino al 2011 la mortalità era in costante riduzione da un decennio in relazione al miglioramento delle condizioni di vita e delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e terapia offerte dalle strutture sanitarie. La riduzione era simile a Reggio Emilia e in regione, con una maggiore variabilità annuale legata alla numerosità meno elevata di Reggio Emilia. In entrambi i generi e nelle due popolazioni si osserva un picco della mortalità nel 2003, più spiccato a Reggio Emilia nel sesso maschile, caratterizzato da un netto eccesso della mortalità estiva, dovuta principalmente a cause cardiocircolatorie e respiratorie.

Negli anni 2012 e 2015-2016 si osservano dei picchi in entrambi i sessi e in linea con l'andamento regionale.

Tumori

Nel 2014 in provincia di Reggio Emilia i nuovi casi di tumore maligno, esclusi i tumori della cute non melanomi, sono stati 3.205: 1.670 negli uomini e 1.535 nelle donne. Si evince dalla Figura 5 che negli uomini le neoplasie più frequenti sono quelle del polmone e della prostata, seguite da vescica e colon retto. Nelle femmine la neoplasia più frequente è quella della mammella, seguita a distanza da colon retto e polmone.

Grafico 4. Sedi tumorali più frequenti per genere in provincia di Reggio Emilia nel 2014



I tassi standardizzati di incidenza a Reggio Emilia sono sovrapponibili a quelli medi dell'Area Vasta Emilia Nord (province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena) nei maschi e lievemente inferiori nelle femmine. Appaiono in riduzione nei maschi e sostanzialmente stabili nelle femmine.

Diabete

I nuovi casi di diabete, rilevati al 10/04/2017 dal registro diabete della provincia di Reggio Emilia, sono stati 2.333, 1.263 maschi e 1.070 femmine, con un tasso di 4,8 x 1.000. Alla stessa data i casi prevalenti erano 32.633 (6,1%), 17.812 maschi (6,8%) e 14.821 femmine (5,5%). La patologia è più frequente nei maschi e molto più frequente nei soggetti con più di 60 anni di età.

Il diabete giovanile di tipo 1 rappresenta il 3,5% dei casi. Il 52% dei pazienti è seguito dai servizi diabetologici e il 33,5% è in gestione integrata.

Studio PASSI⁵ Stili di vita

I dati sugli stili di vita a Reggio Emilia non si discostano significativamente da quelli medi regionali.

⁵Sistema di sorveglianza PASSI – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Dati 2014-2016 delle Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna.

Fonti: Servizio Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna; Servizio di Epidemiologia AUSL di Modena; Servizio di Epidemiologia AUSL Cesena.

Indagine condotta su 9.581 soggetti, 4.751 maschi e 4.830 femmine di età 18-69 anni tramite intervista con un questionario standardizzato. Per la provincia di Reggio Emilia le interviste sono state 780, 384 maschi e 396 femmine.

Eccesso ponderale

Le varie edizioni dell'indagine ISTAT "Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione" indicano costantemente una elevata proporzione di soggetti adulti sovrappeso e obesi, più evidente nei maschi, che cresce al crescere dell'età. È dimostrata una forte correlazione tra livello educativo e peso corporeo con trend in crescita dell'indice di massa corporea dalla laurea alla licenza elementare in tutte le classi di età e un netto gradiente geografico a svantaggio del meridione.

Tabella 2. distribuzione dello stato nutrizionale (percentuali e intervalli di confidenza al 95%) in Emilia-Romagna e in provincia di Reggio Emilia

	Indice di massa corporea			
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
Emilia-Romagna	3,7 (3,3-4,1)	53,6 (52,6-54,7)	30,9 (30,0-31,9)	11,8 (11,1-12,5)
Reggio Emilia	2,6 (1,7-4,0)	55,3 (52,0-58,6)	31,0 (27,9-34,2)	11,1 (9,1-13,4)

Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute, attivo dal 2007, ha pubblicato i dati relativi a 571 bambini presenti su 635 iscritti nell'Azienda USL di Reggio Emilia relativi al 2016.

Tra questi bambini il 2,5% risulta in condizioni di obesità grave, il 5,8% risulta obeso, il 20% sovrappeso, il 70,6% normopeso e l'1,1% sottopeso.

Il dato è abbastanza stabile in confronto alle rilevazioni precedenti.

Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 12,7% per titolo di scuola elementare o media, a 6,8% per diploma di scuola superiore, a 5% per la laurea.

Solo il 56% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata, il 6% non fa colazione e il 38% non la fa qualitativamente adeguata. La prevalenza del non fare colazione è più alta nei bambini di madri con titolo di studio più basso (elementare o media).

Attività fisica

I sedentari in Emilia-Romagna sono il 21,9%, a fronte del 36,5% di soggetti attivi e del 41,6% di parzialmente attivi. La provincia di Reggio Emilia mostra risultati simili: i sedentari sono il 21,5%, gli attivi il 39,1% e i parzialmente attivi il 39,4%.

L'attività fisica, insieme con l'alimentazione, oltre ad avere numerosi effetti benefici per la salute, è un importante determinante di eccesso ponderale.

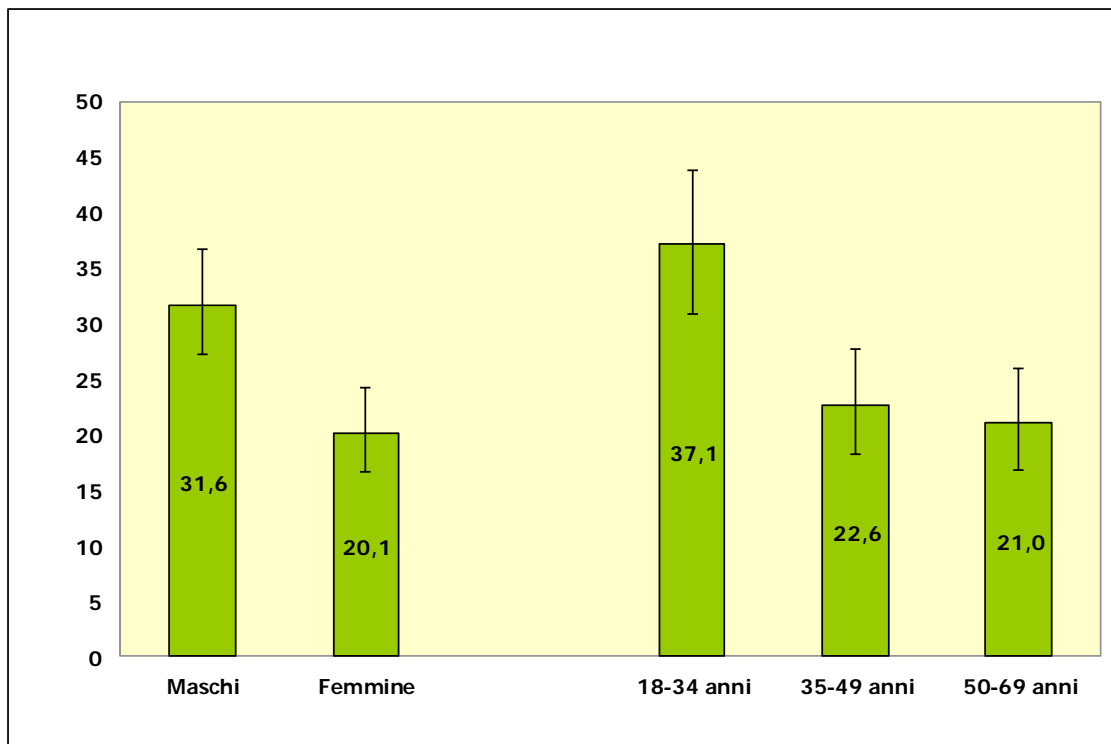
I dati raccolti da "OKKIO" hanno evidenziato che i bambini della nostra provincia fanno poca attività fisica. Si stima che 3 bambini su 20 risultino fisicamente inattivi. Solo 1 bambino su 3 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età.

Alcool

L'aspetto più preoccupante del consumo di alcool, in Emilia-Romagna, è il crescente fenomeno dei bevitori smodati "binge drinking", che nel triennio raggiunge il 23% delle persone di 18-69 anni, in netto aumento rispetto alla rilevazione precedente.

La proporzione di consumatori a rischio⁶ a Reggio Emilia è superiore a quella regionale raggiungendo il 25,8%, con un consumo significativamente maggiore nelle classi di età più giovani (18-34 anni) e nei maschi.

Grafico 5. Consumatori di alcool a rischio (% e intervalli di confidenza al 95%) in provincia di Reggio Emilia



Fumo di sigaretta

Il fumo rappresenta il fattore di rischio legato alle abitudini di vita di maggior rilievo.

La provincia di Reggio Emilia registra una proporzione leggermente più bassa di fumatori di sigarette rispetto all'Emilia-Romagna. I fumatori in regione risultano il 28,2%, i non fumatori il 49,4% e gli ex-fumatori il 22,4%, risultati sovrapponibili alla rilevazione precedente. In provincia sono rispettivamente il 27,8%, 50% e 22,2%.

Fumano di più i maschi rispetto alle femmine 29,1% vs. 26,4% in provincia, ma mentre nei maschi si registra un calo, le consumatrici sono in aumento soprattutto nelle aree urbane.

Il numero medio di sigarette fumate giornalmente è circa 12 in entrambe le aree territoriali.

A Reggio Emilia la fascia di età 18-34 è quella con più fumatori con il 31,7%.

Salute percepita

Il modello utilizzato per valutare la salute percepita è quello della stima dei “giorni vissuti in salute”, che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell’ultimo mese in cui l’intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

⁶ consumo di alcol forte abituale (per gli uomini, più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni).

Complessivamente i risultati sono molto simili in provincia e regione, con più del 70% degli intervistati che riferiscono una salute buona o molto buona.

Sicurezza stradale

La quasi totalità (99%) delle persone 18-69enni intervistate usa sempre il casco quando va in motocicletta, scooter o motorino e più del 90% indossa sempre le cinture anteriori quando va in auto. Questi valori sono simili a quelli regionali e statisticamente superiori a quelli nazionali.

Solo un quarto circa (23,6%) degli intervistati ha riferito, invece, di indossare le cinture quando viaggia in auto sui sedili posteriori, valore di poco inferiore a quello regionale.

La guida in stato di ebbrezza è uno dei principali fattori di rischio di incidente, soprattutto di quelli più gravi, essendo responsabile di oltre un terzo della mortalità sulle strade.

In provincia il 7,6% dei 18-69enni intervistati ha dichiarato di aver guidato almeno una volta nell'ultimo mese sotto effetto dell'alcol, cioè dopo aver consumato nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. Tale percentuale è lievemente inferiore al valore regionale (5,5%).

Il 7,7% degli intervistati ha riferito che nell'ultimo mese ha viaggiato in auto o moto con un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol. Questa percentuale è superiore sia a quella regionale sia a quella nazionale.

Sicurezza domestica

In provincia il 3,4% dei 18-69enni intervistati ha riferito di aver subito un infortunio domestico per il quale è dovuto ricorrere a cure mediche come quelle del medico di famiglia, Pronto Soccorso o Ospedale. Questa percentuale è simile a quella regionale (3,3%) e a quella nazionale (3,1%).

In generale la percentuale di persone che hanno riportato un infortunio domestico che ha richiesto cure mediche è maggiore tra le persone con difficoltà economiche e quelle con cittadinanza straniera provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Il 94% di 18-69enni intervistati ha una percezione assente o bassa della possibilità di avere un infortunio in ambiente domestico, pari a circa 441 mila persone adulte a livello provinciale. Il 6% ha invece una percezione alta o molto alta.

La bassa o assente percezione del rischio è più elevata tra i 18-34enni, le persone con bassa istruzione e gli stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria.

3.3.3 Contesto istituzionale

Gli obiettivi dell'Azienda Usl di Reggio Emilia si inseriscono nell'ambito degli indirizzi e orientamenti nazionali (Piano Sanitario Nazionale, leggi, raccomandazioni, linee guida, ecc..) e regionali (Piano Sociale e Sanitario Regionale, leggi regionali, circolari, raccomandazioni, linee guida, ecc..), derivano da indicazioni regionali per ambiti specifici (es. Piano regionale della prevenzione) e da scelte di livello locale condivise nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria provinciale. È rilevante a livello locale l'attenzione costante alla partecipazione alla programmazione da parte dei principali stakeholder, in particolare Enti Locali nel loro ruolo di lettura dei bisogni sociali e socio-sanitari della popolazione del territorio.

Ogni anno la Regione Emilia-Romagna con le Linee di programmazione e finanziamento alle Aziende sanitarie stabilisce gli obiettivi da perseguire a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza nell'ambito del finanziamento stabilito e assegnato.

3.3.4 Sistema di offerta

Il contesto di offerta provinciale vede la presenza di:

- un Presidio Ospedaliero aziendale che comprende 6 stabilimenti ospedalieri, uno in ogni distretto: Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, Ospedale San Sebastiano di Correggio, Ospedale C. Magati di Scandiano, Ospedale E. Franchini di Montecchio, Ospedale Sant’Anna di Castelnovo ne’ Monti, Ospedale Civile di Guastalla, per un totale di 1.517 posti letto;
- due case di cura private accreditate: Salus Hospital e Casa di Cura Villa Verde, con complessivi 206 posti letti autorizzati.

A livello provinciale i posti letto (pubblici e privati) per 1.000 abitanti al 31/12/2017 sono 3,2 (di cui 2,6 per acuti e 0,7 di lungodegenza e riabilitazione), nel rispetto degli standard di riferimento definiti dal Decreto Legge 95/2012, cosiddetta “Spending review”, convertito nella Legge 135/2012, recepito nell’Intesa Stato-Regioni del 10/07/2014 (Patto per la salute 2014-2016) e successivamente rivisto con il D.M. 70/2015: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

La rete ospedaliera della provincia di Reggio Emilia costituisce un sistema ben integrato tra le aziende sanitarie pubbliche e gli ospedali privati accreditati, sviluppatosi in coerenza con una programmazione orientata ad eliminare le ridondanze nell’ambito dell’offerta e strutturata per dare un’adeguata risposta ai bisogni di cura ospedaliera espressi dal territorio di riferimento.

L’Azienda Usl persegue il disegno del sistema curante inteso come progetto complessivo di offerta dei servizi partendo dalla centralità del cittadino e della comunità provinciale.

La rete dei servizi sanitari e socio-sanitari in provincia comprende, oltre ai 6 Ospedali pubblici e alle 2 strutture private accreditate, anche:

- 23 Nuclei cure primarie, 24 medicine di gruppo, 59 CUP/Medicup,
- 21 punti di guardia medica prefestiva/festiva e notturna,
- 6 Servizi infermieristici domiciliari,
- 26 Consultori salute donna e 6 ambulatori di pediatria di comunità,
- 15 Poliambulatori, di cui 1 odontoiatrico,
- 11 Case della salute attive e 4 programmate,
- 2 Hospice,
- 32 centri per disabili,
- i servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che comprendono 6 Centri di neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, 7 Centri di salute mentale, 14 Strutture residenziali di salute mentale, 8 SERT (Servizi per le dipendenze patologiche),
- i servizi per anziani con 44 Case protette, 42 Centri diurni, 3 Nuclei demenze, 1 RSA, 1 Residenza riabilitativa,
- i Servizi di sanità pubblica (Servizio di Igiene Pubblica, Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Servizio Veterinario, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) presenti in ogni distretto e 4 sedi di Medicina dello sport,
- la struttura di riferimento regionale “Luoghi di prevenzione”,
- il Servizio farmaceutico con 145 farmacie convenzionate, 9 unità farmaceutiche aziendali per la distribuzione diretta dei farmaci e altri beni sanitari, situate una c/o ogni ospedale del presidio (2 all’Ospedale di Reggio Emilia) e 2 presso servizi territoriali del Distretto di Reggio Emilia,
- l’Unità logistica centralizzata dell’Area Vasta Emilia Nord.

Le strutture per disabili e per anziani sono nella maggioranza gestite dal privato sociale/terzo settore e per la restante quota da pubblico, rappresentato da ASP (Agenzie per i servizi alla persona), Comuni e Azienda Usl.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ai poliambulatori pubblici si affianca l'offerta del privato accreditato convenzionato, nonché un'offerta non convenzionata.

3.4 Il personale

L'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia rappresenta una delle principali aziende della provincia per numero di dipendenti (6.737 al 31/12/2017), cui si aggiunge il personale con rapporto di convenzione costituito da 332 medici di medicina generale (MMG), 89 pediatri di libera scelta (PLS), 109 medici di continuità assistenziale, 157 specialisti ambulatoriali.

Tabella 3. Personale dipendente per ruolo e genere al 31/12/2017

Ruolo	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Sanitario	1.226	3.490	4.716	26,0	74,0
Professionale	13	4	17	76,5	23,5
Tecnico	368	887	1.255	29,3	70,7
Amministrativo	117	632	749	15,6	84,4
Totale	1.724	5.013	6.737	25,6	74,4

Nel ruolo sanitario rientra il personale medico, veterinario, sanitario (es. farmacisti, biologi, psicologi, fisici sanitari, chimici), delle professioni sanitarie (es. professioni infermieristiche-ostetriche, della riabilitazione, tecniche sanitarie, della prevenzione). Il ruolo professionale è costituito da ingegneri e avvocati. Nel ruolo amministrativo rientrano i coadiutori, gli assistenti, i collaboratori e i dirigenti amministrativi. Del ruolo tecnico fanno parte gli operatori socio-sanitari, gli operatori tecnici e il restante personale tecnico non sanitario non ricompreso nei ruoli amministrativo e professionale.

Tabella 4. Il personale dipendente è di seguito rappresentato per categoria e genere al 31/12/2017

Categoria	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Dirigenti medici e veterinari	549	546	1.095	50,1	49,9
Altri dirigenti (sanitari-APT)	70	158	228	30,7	69,3
Personale infermieristico	429	2.200	2.629	16,3	83,7
Personale tecnico sanitario	99	264	363	27,3	72,7
Personale della prevenzione	55	37	92	59,8	40,2
Personale della riabilitazione	52	314	366	14,2	85,8
Personale OTA - OSS	99	355	454	21,8	78,2
Ausiliari specializzati	9	6	15	60,0	40,0
Personale amministrativo	108	618	726	14,9	85,1
Altro personale	254	515	769	33,0	67,0
Totale	1.724	5.013	6.737	25,6	74,4

La categoria "Altro personale" comprende tutto il personale del ruolo tecnico non sanitario e non già descritto in altre voci. Si tratta quindi di periti, geometri, operatori CED, elettricisti, magazzinieri, autisti, operatori di centralino e portineria, operatori tecnici di cucina, imbianchini, idraulici, operatori tecnici di farmacia, fattorini.

Come evidenziato dalle tabelle, le donne costituiscono il 74,4% di tutto il personale dipendente. Il personale infermieristico rappresenta il 39% (2.629) costituito principalmente da donne (83,7%) di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (1.095) distribuito equamente tra uomini e donne. La percentuale di donne risulta maggiore all'interno di quasi tutte le categorie di lavoro, con l'eccezione del personale della prevenzione e degli ausiliari specializzati in cui prevale il genere maschile.

Tabella 5. Personale dipendente al 31/12/2017 per fasce d'età e genere

Età	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
< 35	192	567	759	25,3	74,7
35 - 44	459	1.258	1.717	26,7	73,3
45 - 54	533	2.006	2.539	21,0	79,0
55 - 64	514	1.158	1.672	30,7	69,3
≥ 65	26	24	50	52,0	48,0
Totale	1.724	5.013	6.737	25,6	74,4

La fascia d'età più rappresentata è 45-54 anni, corrispondente al 38% del totale dei dipendenti. Segue la fascia d'età 35-44 anni, pari al 25% del totale, seguita dalla fascia d'età 55-64. La fascia d'età più giovane (<35 anni) rappresenta solo l'11,3% del totale. Questi dati evidenziano il progressivo invecchiamento del personale.

Tabella 6. Tasso di assenteismo del personale dipendente per ruolo e genere al 31/12/2017

Ruolo	Maschi			Femmine		
	Tasso di presenza	Tasso di assenza	Tasso di malattia	Tasso di presenza	Tasso di assenza	Tasso di malattia
Sanitario	0,90	0,10	0,03	0,85	0,15	0,05
Professionale	0,97	0,03	0,00	0,89	0,11	0,01
Tecnico	0,91	0,09	0,05	0,86	0,14	0,08
Amministrativo	0,91	0,09	0,03	0,91	0,09	0,05
Totale	0,93	0,07	0,03	0,88	0,12	0,05

Tasso di presenza: giorni di presenza sui giorni lavorativi dovuti da ciascun dipendente al 31/12/2017.

Tasso di assenza: è il complemento a 1 del tasso di presenza. Non comprende le ferie e si riferisce alle assenze, oltreché per malattia, ivi comprese le gravi patologie (es. patologie tumorali o degenerative), anche per permessi, aspettative, maternità, legge 104/92. Il tasso di malattia è un di cui del tasso di assenza.

La differenza del tasso di assenza tra i due generi, superiore nel personale femminile, è determinata dall'incidenza delle assenze per maternità e congedi parentali.

Si riporta di seguito una tabella inerente l'andamento nell'ultimo triennio delle **limitazioni e inidoneità** del personale dipendente delle due Aziende, considerate complessivamente per il 2017 e, a fini di confronto, come somma anche per gli anni 2015 e 2016.

Al fine di ottimizzare la gestione del personale, l'Azienda ha sviluppato da tempo un sistema di gestione del rischio da movimentazione pazienti, la cui funzione è quella di individuare i reparti/servizi la cui valutazione del rischio risulti compatibile con le limitazioni espresse nei giudizi di idoneità sanitaria dei lavoratori.

Tabella 7. Personale dipendente totale, infermieristico e tecnico, OTA/OSS: Limitazioni permanenti e/o temporanee al 31 dicembre di ogni anno

Anno	Azienda Ospedaliera + Azienda UsI 2015	Azienda Ospedaliera + Azienda UsI 2016	Azienda post-unificazione 2017
Personale dipendente	6.466	6.841	6.737
N. limitazioni o inidoneità	751	966	976
% su totale dipendenti	11,6%	14,1%	14,5%
Personale infermieristico soggetto a sorveglianza sanitaria **	2.362	2.545	2.423
N. limitazioni **	408	545	576
% totale limitazioni su totale personale infermieristico **	17,3%	21,4%	23,7%
% limitazioni per mmp* su totale personale infermieristico **	14,7%	20,1%	22,0%
Personale OTA/OSS soggetto a sorveglianza sanitaria	776	873	846
N. limitazioni	206	256	242
% totale limitazioni su totale OTA/OSS	26,6%	29,3%	28,6%
% limitazioni per mmp* su totale OTA/OSS	23,4%	27,4%	27,5%

* mmp = movimentazione manuale pazienti

** esclusi gli infermieri Coordinatori (perché non esposti ai rischi comportanti il 95% delle limitazioni: mmp e turni notte), si tratta di circa 160 persone che diluirebbero le percentuali.

Dal 2016 sono stati conteggiati in modo più uniforme tutti i dipendenti che pur essendo idonei all'ambito assegnato non lo sarebbero per altri ambiti con livelli di rischio mmp maggiore; il dato 2016-2017 è quindi un indicatore più accurato del carico di fabbisogno di tutela di salute dei dipendenti rispetto ai rischi.

Per quanto riguarda il **turn-over del personale dipendente**, considerato complessivamente ad Azienda unificata, nel 2017 sono state registrate 281 uscite di personale assunto a tempo indeterminato, tra cui 141 pensionamenti, 73 trasferimenti ad altre Aziende e 27 dimissioni volontarie. La quota più rilevante di uscite ha riguardato dirigenti medici e veterinari (28,5%), seguiti da personale infermieristico (23,8%).

Il personale assunto a tempo indeterminato ha riguardato 97 unità, principalmente personale infermieristico (44%).

Il benessere organizzativo

In occasione dell'indagine di clima interno condotta nel 2016 presso le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, coordinata dalla Regione Emilia-Romagna e condotta dal Laboratorio Management e Sanità (di seguito Laboratorio MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, l'Azienda Usl e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia hanno fatto registrare livelli tra i più elevati rispetto a molte delle dimensioni rilevate.

In virtù di questi risultati, è stata attivata una collaborazione di ricerca e formazione con il Laboratorio MeS nel 2017, per realizzare interventi formativi specifici, volti a capitalizzare i punti di forza presenti e a offrire occasioni di confronto ai professionisti con ruoli gestionali circa le aree di miglioramento evidenziate dalle analisi di clima organizzativo interno.

Il percorso formativo è stato preceduto da interviste semi-strutturate a professionisti delle differenti aree aziendali ed è stato accompagnato da un questionario on line su alcune delle variabili organizzative individuate come rilevanti ai fini dell'approfondimento della conoscenza del contesto aziendale.

Obiettivo del corso è stato lo sviluppo di conoscenze utili a comprendere e governare la relazione clima organizzativo e performance sanitaria, nella consapevolezza che lo sviluppo di competenze di leadership funzionali all'attivazione di meccanismi di motivazione dei professionisti sanitari siano in grado di alimentare un clima organizzativo positivo.

Il corso, realizzato in due edizioni da 15 ore ciascuna, ha coinvolto 53 professionisti: 25 dirigenti del ruolo sanitario, 24 operatori dell'area comparto sia professionisti delle professioni sanitarie che personale amministrativo e 4 dirigenti di area amministrativa e tecnica.

3.5 I dati economico-patrimoniali

L'Azienda Usl di Reggio Emilia gestisce un **bilancio di circa 1,3 miliardi di euro** e rappresenta una delle principali aziende della provincia per gli effetti economici che produce sul territorio. L'equilibrio economico-finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale che per le singole Aziende Sanitarie.

Si riporta di seguito la sintesi del conto economico aziendale del triennio 2015-2017, con la precisazione che, per effetto di quanto disposto dalla L.R. 1 giugno 2017 n.9, l'esercizio 2017 (i cui dati sono riferiti all'Azienda Usl unificata) non è confrontabile con i due esercizi precedenti (i cui dati sono riferiti all'Azienda Usl ante fusione).

A)	VALORE DELLA PRODUZIONE	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
1)	Contributi in conto esercizio	858.759.245	852.590.350	879.637.993
2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 9.214.141	-4.918.396	- 4.501.914
3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	8.103.602	2.979.012	2.982.803
4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	38.972.302	38.352.991	58.905.008
5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	307.154.125	337.757.910	336.196.425
6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	9.691.506	9.739.735	14.726.060
7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	5.802.539	6.336.700	10.393.913
8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni			
9)	Altri ricavi e proventi	877.095	810.592	2.192.479
	TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	1.220.146.273	1.243.648.894	1.300.532.767
B)	COSTI DELLA PRODUZIONE			
1)	Acquisti di beni	395.212.850	420.992.735	458.563.353
2)	Acquisti di servizi sanitari	554.118.333	552.346.922	468.578.204
3)	Acquisto di servizi non sanitari	39.868.370	36.222.776	48.982.630
4)	Manutenzione e riparazione	7.741.357	7.620.137	13.136.874
5)	Godimento di beni di terzi	2.928.963	2.699.511	4.464.735
6)	Costo del personale dipendente	186.217.293	184.170.342	254.125.391
7)	Oneri diversi di gestione	1.798.229	1.459.606	1.941.557
8)	Ammortamenti	11.344.324	10.626.359	16.915.093
9)	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	2.500.000	-	-
10)	Variazione delle rimanenze	- 4.246.891	- 790.237	- 2.786.357
11)	Accantonamenti	10.920.700	11.687.243	22.717.163
	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	1.208.403.529	1.227.035.395	1.286.638.641
	DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE	11.742.744	16.613.498	13.894.126

C)	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	- 3.104.201	- 3.260.247	- 2.935.404
D)	RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			
E)	PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	4.904.641	83.260	8.327.162
	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	13.543.184	13.436.512	19.285.885
	IMPOSTE	13.530.858	13.422.912	19.269.258
	UTILE O PERDITA D'ESERCIZIO	12.326	13.600	16.626

Si riporta di seguito il piano investimenti per il triennio 2018-2020 relativo all'Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia
Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di realizzazione o con progettazione approvata

		descrizione intervento	valore complessivo dell'investimento	data inizio lavori (mese anno)	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	totale investimento da realizzare	contributo conto/capitale	mutui	alienazioni	altre forme di finanziamento	donazioni e contributi da altri soggetti	totale finanziamenti dedicati	note
Lavori	2013/2	Accordo di programma 1999 - int. n. 20 Ristrutturazione e ampliamento Ospedale di Correggio	34.371	03/03	222			222			222			222	Parte alienazione n.4
	2013/3	Accordo di programma 2004 - int. 216 - Adeguamento Ospedale di Guastalla	16.580	11/06	505			505			505			505	Parte alienazione n.1
	2013/18	Programma Regionale - Allegato M - int. M.05 Realizzazione Casa della Salute di Castellaro (Re)	2.001	04/17	1.566			1.566	1.091		475			1.566	Intervento M.5 finanziamento D.A.L. n. 29/2010. Alienazione n. 17
	2013/19	Accordo di programma 2013 - int. AP.17 bis Ristrutturazione sede del distretto e servizi territoriali a Castelnovo né Monti	2.992	08/16	992			992	992					992	Intervento AP.17 bis D.A.L. 159/2014
	2013/22	REMS - ex OPG - Realizzazione di residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).	6.379	01/17	4.960			4.960	4.960					4.960	D.A.L. n. 1823/2013
	2013/25	Accordo di programma 2013 - int. AP. 17ter - Centro odontoiatria e otorinolaringoiatria Via delle Ortolane Reggio E.	724	04/16	18			18	18					18	Intervento AP.17 ter DAL 159/2014; Programma Regionale Odontoiatria determina RER n.5627 del 28/04/2014
	2014/1	Ristrutturazione e adeguamento antincendio del fabbricato poliambulatoriale di Correggio	850	06/18	735	103		838	838					838	Intervento APb. 9 - DAL n. 66/2016 pari a € 700.000,00; Delib. D.G. N. 58/2017 risorse aziendali per manutenzioni cicliche pari a € 150.000,00
	2015/8	Completamento Casa della Salute Puianello	450	04/18	437			437	437					437	Intervento S 07- DAL n. 42/2015
Manutenzioni straordinarie	2013/15/16/17/18/19/20 - AO	Intervento AP12 - "Ristrutturazione e ammodernamento tecnologico per riqualificazione funzionale corpi del monoblocco storico"	7.612	10/14	2.084	1.519		3.603	1.603				2.000	3.603	I finanziamenti Stato-Regione (ex art. 20 Legge 67/88) considerati, si riferiscono alla quarta fase del II stralcio - Legge finanziaria 2008 (per un importo complessivo pari a € 9.062.322,87 di cui € 3.452.977 per attrezzature sanitarie) Intervento AP12 - I contributi da altri soggetti si riferiscono ad atto di donazione del settembre 2016 da parte della Fondazione Cav. Boni Cuvier per € 2.000.000 -

Tecnologie biomediche	2013/21	Intervento AP12 - Ristrutturazione e ammodernamento tecnologico per riqualificazione funzionale corpi del monoblocco storico - Acquisizione ed installazione di attrezzature sanitarie per ammodernamento tecnologico	3.452		215	70		285		285						285	Finanziamento AP 12 - Vedi sopra
	2014/10	Allestimento tecnologico "CO-RE"	780		104			104		104						104	Finanziamento nell'ambito del mutuo da 8 mln stipulato nel giugno 2016 - Delibera regionale di autorizzazione 794/2015
	2016/11	Altra apparecchiatura per laboratori di ricerca	324		56			56		56						56	Finanziamento ministero salute bando conto capitale 2015 progetto "Sviluppo di una piattaforma genomico-computazionale avanzata per la medicina personalizzata condivisa tra gli IRCCS afferenti ad Alleanza contro il cancro (ACC).
	2014/11	Tac simulatore per radioterapia con sistema di gating	350		350			350		350						350	Finanziamento Min. Sal. Bando conto capitale 2015 prog. "Applicazioni diagnostico-terapeutiche con un tomografo computerizzato ad ampio bore dotato di doppia energia e di un sistema per la gestione dell'imaging sincronizzato con il ciclo respiratorio"
	2014/11 bis	Tac simulatore per radioterapia con sistema di gating	220		220			220		220						220	Fondo Regionale IRCCS quale cofinanziamento dell'intervento 2014/11, che prevede una spesa totale pari a €570.700
	2016/12 bis	Sostituzione e ammodernamento del parco tecnologico delle apparecchiature biomediche su budget 2016	340		165			165		165						165	Finanziamento nota regionale DGR 379/17 (attrezzature diverse)
	2016/17 bis	Sostituzione e ammodernamento del parco tecnologico delle apparecchiature biomediche su budget 2017	350		350			350		350						350	Finanziamento nota regionale DGR 379/17 (sistema di monitoraggio)
	2017/08	Ecografi per Cardiologia	197		197			197		197						197	Finanziamento ministero salute bando conto capitale 2016 progetto "Applicazioni diagnostiche con ecocardiografi 2D-3D dedicati per lo screening precoce della cardiotoxicità da chemio e radioterapia in pazienti oncematologici".
	2014/12	Sostituzione di apparecchiatura SPECT con PET/CT	2.000		2.000			2.000					2.000			2.000	Donazione GRADE - apparecchiatura presente nel fabbisogno grandi tecnologie richiesta ad agosto 2017 dal Ministero
	2018/1	Aggiornamento mammografi	320		200			200					200			200	Quota parte donazione Fondazione Manodori (vedi int. 2018/1 bis)
2018/2	Sistemi elettroencefalografia	50		50			50					50			50	Quota parte donazione liberale (vedi int. 2018/2 bis)	

Tecnologie informatiche	2018/3	Software: Sistemi SW area amministrativa/tecnica - GRU			234	22	22	278				278		278	
	2018/4	Software: Sistemi SW area amministrativa/tecnica - GAAC			62	24	211	297				297		297	L'importo indicato nel 2018 è già stato inserito nella delibera di finanziamento 2017.
Beni economici, altro															
totale interventi					15.722	1.738	233	17.693		11.562	104	1.202	575	4.250	17.693
rimborso rate mutui accesi (parte capitale)					8.027	8.315	8.612	108.107							
TOTALE					23.749	10.053	8.845	125.800		11.562	104	1.202	575	4.250	17.693

Scheda di rilevazione degli Investimenti in corso di progettazione

	identificazione intervento	descrizione intervento	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	investimento da realizzare negli anni successivi	totale investimento da realizzare	contributo conto/capitale	alienazioni	altre forme di finanziamento	totale finanziamenti dedicati	note
Lavori	2013/23	Realizzazione Casa della Salute di Castelnuovo Sotto	1.500	77	1.223	200		1.500	1.300		200	1.500	Intervento APb. 8 D.A.L. n. 66/2016 per € 1.300.000; risorse aziendali per manutenzioni cicliche (fondo anno 2016) pari a €200.000
	2013/24	Realizzazione Casa della Salute di Casalgrande	1.100	171	900			1.071	1.071			1.071	Intervento APb. 7 D.A.L. n. 66/2016
	2018/5	"Ospedale S. Anna di Castelnuovo né Monti: riorganizzazione del punto di primo intervento realizzazione nuova camera calda"	2.800	800	2.000			2.800	2.000	377	423	2.800	D.G.R. n. 1940 del 04/12/2017; parte alienazione n. 4 (per €272.000) + parte alienazione n. 1 (per €105.000); risorse aziendali per manutenzioni cicliche (fondo anno 2016) € 423.000
	2013/22 - AO 2015/2 - AO	Realizzazione nuova struttura ospedaliera Maternità e Infanzia Reggio Emilia "MIRE" (1° e 2° LOTTO)	28.600	300	5.000	5.000	18.300	28.600	25.000	3.600		28.600	Trattasi di fabbricato strutturato con quattro piani fuori terra ed uno interrato. Finanziamento regionale (€ 14.000.000) Intervento PB2 + Finanziamento nell'ambito dell'Accordo di Programma Integrativo "Addendum" ex art. 20 L. 67/1988 (€ 11.000.000) Intervento APb 06; Alienazioni n. 8, 23 e 24 e parte alienazione n. 4 (per € 781.000)
Tecnologie biomediche	2017/3	Applicativo per radioterapia multimodale per Fisica Medica	150	150				150	150			150	Finanziamento bando conto capitale 2015 seconda parte Ministero della Salute progetto di ricerca dal titolo:"Radiomica (o Radiogenomica) e tecniche personalizzate di RadioTerapia Adattativa Guidata dall'Imaging (IGART) multimodale".
	2016/10	Allestimento tecnologico nuovi spazi del pronto soccorso al piano terra del corpo "E"	250	250				250	250			250	Finanziamento nota regionale DGR 379/7 - Rimodulazione spazi, percorsi e impianti Pronto Soccorso
totale			34.400	1.748	9.123	5.200	18.300	34.371	29.771	3.977	623	34.371	

Scheda rilevazione programmazione interventi non aventi copertura finanziaria

Macro Unità	identificazione intervento	titolo intervento	valore complessivo dell'investimento	investimento da realizzare nell'anno 2018	investimento da realizzare nell'anno 2019	investimento da realizzare nell'anno 2020	contributo conto/capitale	contributi in conto esercizio 2018	Previsione inizio (mese-anno)	Previsione fine lavori (mese-anno)	note	
LAVORI	Fabbisogno edilizia sanitaria (per compilazione vedasi allegato 3.8)	Nuove costruzioni strutture ospedaliere										
		Nuove costruzioni strutture territoriali										
		2018/6	Ristrutturazione con adeguamento sismico, adeguamento prevenzione incendi ed efficientamento energetico	8.970								
		2018/7	Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico, adeguamento prevenzione incendi ed efficientamento energetico	179.205								
		2018/8	Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico e adeguamento prevenzione incendi	1.314								
			Interventi adeguamento prevenzione incendi e efficientamento energetico	-								
			Interventi di miglioramento sismico e efficientamento energetico	-								
		2018/9	Interventi di solo adeguamento prevenzione incendi	8.907								
		2018/10	Interventi di solo miglioramento sismico	32.788								
		2018/11	Interventi di solo efficientamento energetico	1.650								
		2018/12	Ampliamento volumi	6.309								
			Ristrutturazione che richiede particolari interventi (da specificare):	-								
		2018/13	Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico, adeguamento prevenzione incendi ed efficientamento energetico	4.978								
			Ristrutturazione comprensiva di miglioramento sismico e adeguamento prevenzione incendi	-								
			Interventi adeguamento prevenzione incendi e efficientamento energetico	-								
		2018/14	Interventi di miglioramento sismico e efficientamento energetico	4.468								
		2018/15	Interventi di solo adeguamento prevenzione incendi	4.404								
2018/16	Interventi di solo miglioramento sismico	6.606										
2018/17	Interventi di solo efficientamento energetico	8.075										

Lavori	2013/4	Accordo di programma 2004 - int. n. 217 - Adeguamento Ospedale di Castelnovo né Monti	11.935	25				25			Saldo somme a disposizione
	2016/1 - AO	Realizzazione della nuova struttura ospedaliera Maternità Infanzia Reggio Emilia "MIRE" (3° lotto)	11.355								Completamento nuovo edificio MIRE (superficie 5.015mq)
	2017/1 - AO	Nuova viabilità di emergenza e parcheggio day hospital	900	200	700			200	09/18	06/19	Realizzazione di nuova viabilità di emergenza a servizio del PS e realizzazione parcheggi day hospital
Manutenzioni straordinarie	2016/3 - AO	Rimodulazione degli spazi al servizio per Pronto Soccorso al piano terra del corpo "E"	1.000	600	400			600	04/18	06/19	Rimodulazione spazi, percorsi e impianti Pronto Soccorso
	2016/4 - AO	Adeguamenti antincendio: padiglioni A, B, C, Z, R e H	3.330	1.000	2.330			1.000			Interventi di prevenzione incendi per adeguamenti con scadenza aprile 2019 come da Sharepoint regionale
	2017/3	Manutenzioni straordinarie per riqualificazione impianti centrali tecnologiche ospedali	1.200	1.080	120			1.080	04/18	02/19	Interventi di riqualificazione previsti nel multiservizi aggiudicato da intercent-er
	2017/4	Realizzazione parcheggio presso R.S.R. di Albinea	270	270				270	04/18	08/18	
	2018/18	Rifunionalizzazione Pad. H ASMN per ospitare il poliambulatorio di Via Monte S.Michele	1.300	1.000	300			1.000	03/18	10/18	Superficie 1.795mq
	2018/19	Interventi di miglioramento sismico Ala Sud Ospedale di Guastalla	1.200	900	300			900	05/18	10/18	Superficie 3.750mq
	2018/20	Opere di adeguamento per sostituzione Acceleratore Lineare	480	480				480	10/18	01/19	Quota parte aziendale per lavori int. 2017/09
	2018/21	Lavori necessari per l'installazione della nuova CT-PET presso medicina nucleare ASMN	280	280				280	04/18	06/18	
	2018/22	Realizzazione centrale di sterilizzazione Ospedale di Correggio	340	340				340	06/18	10/18	
	2018/23	Fornitura e posa impianto produzione acqua ad uso dialitico Ospedale di Correggio	100	100				100	02/18	03/18	
	2018/24	Potenziamento centrale frigorifera Ospedale di Correggio	250	250				250	03/18	06/18	
	2018/25	Manutenzioni straordinarie derivanti da esigenze sanitarie di vari reparti	500	500				500			
	2018/26	Realizzazione impianto di raffrescamento del Pad. Bertolani	580	580				580	04/18	06/18	
Tecnologie biomediche	2018/27	Sostituzione angiografo digitale	700								
	2018/28	Sostituzione TAC Ospedale C. Monti	450								
	2018/29	Sostituzione angiografo digitale	900								
	2018/30	Sostituzione TAC Radiologia ASMN	550								

Tecnologie biomediche	2017/1	Attrezzature sanitarie	1.950	1.500	450				Quota apparecchiature già presenti nel piano finanziamenti AUSLRE 2017-2019
	2017/09	Sostituzione di un acceleratore lineare	3.090	3.090			2.500	590	Il valore complessivo risultante dal quadro economico, pari a circa € 3.570.000, comprende la quota con finanziamento regionale, pari a € 2.500.000, la quota finanziata dall'Azienda, pari a € 590.000 e le spese per lavori di installazione (int. 2018/20), sempre in carico all'Azienda.
	2018/1 bis	Aggiornamento mammografi	120	120				120	Quota parte aziendale int. 2018/1
	2018/2 bis	Sistemi elettroencefalografia	80	80				80	Quota parte aziendale int. 2018/2
	2018/31	Sostituzione ecografi	2.650	720	1.930			720	
	2018/32	Sostituzione e ammodernamento del parco tecnologico delle apparecchiature biomediche su budget 2018	2.790	2.790				2.790	Importo previsto per l'anno 2018 per sostituzione/potenziamento parco tecnologico
	2018/33	Aggiornamento TAC Radiologia ASMN	520		520				
Tecnologie informatiche	2018/34	Attrezzature informatiche	950	950				950	
	2018/35	Software e licenze	326	326				326	
	2018/36	Impianti informatici e telematici	300	300				300	
	2018/37	Nuovo sistema Anatomia Patologica - Software	219	73	73	73		73	
	2018/38	Nuovo sistema Anatomia Patologica - Attrezzature informatiche	26	26				26	
Beni economici, altro	2018/39	Mobili e arredi	500	500				500	
	2018/40	Attrezzature non sanitarie	50	50				50	
	Totale		318.865	18.130	7.123	73	2.500	15.630	

3.6 Come operiamo

3.6.1 L'organizzazione⁷

Gli organi aziendali

Sono organi dell'Azienda Usl - IRCCS di Reggio Emilia sono 5: il Direttore Generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione, il Direttore Scientifico dell'IRCCS, il Collegio di Direzione, il Collegio Sindacale, il Consiglio di Indirizzo e Verifica, le cui rispettive funzioni sono declinate nell'Atto aziendale.

Direttore Generale

Il Direttore Generale è nominato pro-tempore dalla Regione ed è titolare di tutti i poteri di gestione per l'esercizio delle funzioni di istituto ascritte dalle norme nazionali e regionali di settore all'Azienda sanitaria.

È il titolare della rappresentanza legale dell'Azienda Usl e, ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs.81/2008, riveste la qualifica di "datore di lavoro" di cui all'art.2 comma 1 lett. b), con il connesso esercizio delle responsabilità di rilevanza generale per l'intero sistema previdenziale di cui all'art.17 del predetto D.Lgs. essendo le stesse non delegabili ai sensi della normativa medesima. In quanto "datore di lavoro" è titolare del sistema delle relazioni sindacali e provvede a definire la composizione delle delegazioni trattanti.

Al Direttore Generale dell'Azienda Usl, anche ai sensi di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale è affidata la gestione ordinaria e straordinaria dell'IRCCS in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia, nel rispetto dei principi di imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'amministrazione, nonché dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità; assicura il perseguimento delle finalità dell'Istituto avvalendosi dell'attività degli organismi e delle strutture organizzative a ciò preposti; adotta lo Statuto e l'Atto organizzativo dell'Istituto nonché i documenti di programmazione e di rendicontazione previsti dalla normativa.

Direttore Scientifico

Il Direttore Scientifico dell'IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia è nominato dal Ministero della Salute con le modalità e nei termini previsti dalla normativa vigente.

Il Direttore Scientifico promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto, gestendo le risorse assegnate in coerenza con la programmazione nazionale e regionale ed in attuazione del Piano Pluriennale Strategico, autorizzato dal Direttore Generale su proposta del Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Al fine di garantire l'integrazione tra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca, il Direttore Scientifico, per l'esercizio delle sue funzioni opera in stretta collaborazione con il Direttore Generale.

Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione assume il ruolo di organo dell'Azienda Usl con una rilevanza del tutto peculiare finalizzata all'esercizio di specifiche funzioni di concorso al governo del sistema.

Il Collegio di Direzione è l'organo con compiti di elaborazione e di proposta nei confronti del Direttore Generale per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e per le attività di formazione, di ricerca e di innovazione. Costituisce primario strumento di analisi, confronto e coordinamento tra

⁷ Si rimanda per approfondimenti all'atto aziendale nel sito www.ausl.re.it

board di Direzione Strategica e professionisti nella elaborazione delle linee di sviluppo dell'Azienda, concorrendo alla funzione di governo complessivo, affidata al Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario, alle riunioni è prevista la partecipazione, in qualità di invitato, del Direttore Generale. La composizione è definita da uno specifico atto del Direttore Generale.

Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione con funzioni di Presidente, uno designato dal Ministero della Salute e uno nominato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

La funzione del Collegio si estrinseca in una azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'Azienda delle regole di buon governo, nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e la tenuta della contabilità, in ciò ricomprendendo tutte le disposizioni disciplinanti la corretta compilazione dei libri previsti, nonché la scrupolosa annotazione delle registrazioni.

Per lo svolgimento delle funzioni i componenti possono procedere ad atti di ispezione e controllo presso i servizi aziendali che sono tenuti a rendere, a richiesta, tempestivo debito informativo salvo il caso di impossibilità di riscontro causa la sussistenza di previsioni inibitorie previste dalla norma.

Ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 01/07/2004, il Collegio Sindacale è organo dell'IRCCS e come tale è invitato alle sedute del Consiglio di Indirizzo e Verifica, insieme al Direttore Generale ed al Direttore Scientifico.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica svolge funzioni di indirizzo e controllo, con particolare riferimento alle scelte strategiche dell'ente ed alla gestione e valorizzazione del patrimonio, nonché alle funzioni di ricerca e assistenza prevista dalla legge ed alle linee strategiche dell'IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, e alla gestione e valorizzazione del suo patrimonio. È costituito da cinque membri: tre nominati dalla Regione, uno nominato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Reggio Emilia, uno dal Ministero della Salute.

Il Consiglio determina le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di ricerca ed assistenziali in coerenza con le risorse assegnate dallo Stato e dalle Regioni.

3.6.2 L'articolazione organizzativa

L'Azienda Usl di Reggio Emilia- IRCCS è articolata in 6 distretti e gestisce un presidio ospedaliero che comprende 6 ospedali, uno in ogni distretto. In particolare, nel distretto di Reggio Emilia è presente l'Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia.

Il Distretto

L'Azienda Usl di Reggio Emilia è articolata in distretti, macrostrutture di decentramento del governo aziendale (responsabilità di governo locale).

Il distretto è il luogo, da un lato della committenza e della garanzia dell'accesso dei cittadini, dall'altro dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2017-2019 ribadisce il ruolo centrale dei Distretti nella programmazione Socio Sanitaria attraverso i Piani di Zona.

Il distretto supporta la Direzione Generale dell'Azienda Usl nella definizione/programmazione dei servizi necessari a soddisfare la domanda sanitaria e sociosanitaria della popolazione del territorio di riferimento, monitorarne l'erogazione e l'accessibilità e verificarne il rispetto sia in termini quantitativi che qualitativi nei confronti dei vari produttori. Sul piano istituzionale, i distretti costituiscono il punto privilegiato di incontro e di sviluppo delle relazioni e delle collaborazioni tra Azienda Usl, Comuni, terzo settore, volontariato, famiglie e pazienti.

Attraverso azioni promosse congiuntamente con gli Enti Locali e le organizzazioni di impegno civico e perseguendo l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie, l'ambito territoriale del distretto rappresenta il luogo ottimale di realizzazione:

- di attività di promozione della salute,
- di servizi e prestazioni di assistenza primaria,
- di attività di prevenzione delle malattie e delle disabilità,
- di costruzione di reti integrate e multidisciplinari per la presa in carico, l'assistenza, la continuità delle cure di tutte le condizioni di cronicità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza,
- di promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari.

L'Azienda è suddivisa in 6 distretti: Castelnovo ne' Monti, Correggio, Guastalla, Montecchio, Reggio Emilia e Scandiano. L'eventuale modifica dell'articolazione territoriale distrettuale è di competenza della CTSS provinciale.

I Dipartimenti

I dipartimenti rappresentano la struttura organizzativa fondamentale per la produzione con l'obiettivo di garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali e la continuità dell'assistenza. Sono macrostrutture organizzative dotate di autonomia tecnico-funzionale e professionale, nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti. I dipartimenti aggregano servizi/unità operative di discipline o funzioni assistenziali affini o complementari e, assicurando una gestione delle risorse unitaria e coerente con gli obiettivi aziendali negoziati, garantiscono servizi corrispondenti alle necessità assistenziali della popolazione, nonché tecnicamente appropriati sul piano clinico e organizzativo.

L'organizzazione interna dei dipartimenti è definita in modo da sviluppare globalità di interventi e continuità nell'assistenza, promuovere la crescita tecnico-professionale degli operatori nonché facilitarne forme di partecipazione alle scelte strategiche, organizzative e gestionali per il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi. I dipartimenti possono interessare servizi sanitari ospedalieri e/o territoriali, servizi amministrativi e/o tecnici e possono assumere valenza interaziendale di Area Vasta.

I *Dipartimenti territoriali* aggregano servizi omogenei per tipologia di utenza o per affinità di metodologie operative, che assicurano livelli qualitativi uniformi delle prestazioni sull'intera area provinciale. Essi sono:

- il dipartimento di sanità pubblica che si occupa dell'assistenza sanitaria collettiva, con lo scopo di promuovere e migliorare la salute, il benessere dei cittadini e la qualità della vita, di prevenire gli infortuni e le malattie connesse ai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, di garantire la sicurezza alimentare, la sanità ed il benessere animale. È articolato nei seguenti Servizi: Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale, Medicina dello Sport, Igiene Alimenti e

Nutrizione, Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza Impiantistica Antinfortunistica;

- il dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche che comprende i seguenti servizi: i servizi psichiatrici per adulti (Centri di Salute Mentale, Centri Diurni e Day Hospital, Strutture residenziali, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Servizio di Salute Mentale in Carcere, comprendente due articolazioni per la tutela della salute mentale), servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che comprendono il Centro Autismo (sia di 2° livello che di 3° livello), i servizi per le dipendenze patologiche (ambulatori Ser.DP, ambulatorio Bassa Soglia, Centro Diurno, Ser.DP in Carcere), il Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA);
- il dipartimento di cure primarie aziendale che ha il compito di garantire l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione, della costruzione e dello sviluppo delle reti cliniche e organizzative, della valutazione dei processi e dei percorsi clinico-assistenziali nell'ambito delle cure primarie. I Nuclei di cure primarie sono le unità organizzative di base, al cui interno operano in équipe i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, gli infermieri e le ostetriche;
- il dipartimento farmaceutico che garantisce il corretto funzionamento dell'assistenza farmaceutica convenzionata attraverso l'attività di controllo e vigilanza sulle farmacie aperte al pubblico e garantisce la fornitura diretta dei farmaci nel rispetto delle norme della L.405/2001. Il dipartimento farmaceutico si occupa di tutte le attività connesse alla gestione dei beni farmaceutici in ambito ospedaliero e territoriale. Si occupa inoltre di assistenza integrativa e protesica in collaborazione con altri servizi aziendali e della gestione dei service della ossigeno e ventilo terapia domiciliari e della nutrizione artificiale domiciliare.

Sono inoltre operativi un dipartimento amministrativo e un dipartimento tecnico per le attività di supporto amministrativo e tecnico-logistico.

Infine, si sottolinea la presenza del dipartimento interaziendale acquisti per le sette Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord.

I *Dipartimenti ospedalieri* sono strutture organizzative che aggregano i reparti per ambiti omogenei: dipartimento oncologico e tecnologie avanzate, dipartimento neuromotorio e riabilitativo, dipartimento internistico, dipartimento di medicina specialistica, dipartimento delle chirurgie generali e specialistiche, dipartimento materno infantile.

I Dipartimenti ospedalieri perseguono inoltre l'integrazione con le strutture ed i servizi sanitari del territorio per assicurare la continuità assistenziale nei confronti del cittadino.

A questi si aggiungono il dipartimento di emergenza-urgenza e il dipartimento diagnostica per immagini e medicina di laboratorio.

La struttura organizzativa del presidio ospedaliero provinciale si articola con un modello a matrice attraverso una "line" verticale gestionale (i Dipartimenti) e funzioni trasversali a sviluppo orizzontale (reti cliniche).

Le Reti cliniche

Le Reti clinico-assistenziali sono entità organizzative che a matrice incrociano i dipartimenti che costituiscono la componente verticale dell'organizzazione, alle quali compete la gestione delle risorse produttive e l'attuazione dei percorsi di cura per quelle specifiche categorie di pazienti i cui bisogni assistenziali richiedano l'erogazione di servizi ad alta integrazione con il concorso strutturato di team multidisciplinari e multiprofessionali.

Le Reti, articolate in unità funzionali (Unit), costituiscono l'ambito che assicura continuità ed integrazione ai percorsi assistenziali dei pazienti attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali (PDTA) alla cui realizzazione concorrono le componenti specialistiche e professionali ospedaliere e territoriali, allo scopo di privilegiare la trasversalità, ridurre la variabilità clinica non giustificata dalle esigenze assistenziali dei singoli pazienti e potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio.

Operativamente le attività delle Reti clinico-assistenziali sono realizzate all'interno dei singoli Dipartimenti che incrociano. Per loro natura quindi, le Reti si configurano come il contesto in cui le competenze presenti a livello dipartimentale trovano l'opportunità di avere il necessario confronto multidisciplinare e multiprofessionale per una piena integrazione dei percorsi assistenziali dei pazienti.

3.6.3 Le strutture organizzative semplici e complesse

Per strutture organizzative si intendono le articolazioni aziendali che aggregano risorse umane, tecnologie e strutture in relazione a precisi obiettivi e risultati aziendali. La loro individuazione è funzionale all'efficacia, all'efficienza, alla produttività ed alla sostenibilità economica dell'Azienda. Le strutture possono essere complesse o semplici in relazione alla rispondenza, in un quadro complessivo, ad almeno uno dei seguenti criteri:

- a) la rilevanza strategica dell'azione svolta rispetto al governo complessivo (servizi o linee di controllo), agli obiettivi aziendali, alla domanda di servizi, alla qualità richiesta dei servizi offerti;
- b) la complessità delle relazioni organizzative necessarie (intersettorialità), nonché della multiprofessionalità e multidisciplinarietà richiesta per l'efficacia e l'efficienza dell'offerta;
- c) la visibilità esterna e le necessarie interfacce organizzative interistituzionali richieste;
- d) il mix di prodotti/servizi offerti definibili nella dimensione qualitativa, nella specificità tecnica (disciplinare) e nell'innovatività;
- e) la quantità di risorse assorbite (budget) e da gestire e produzione di entrate proprie;
- f) la complessità (in relazione anche alla storia) dell'articolazione interna;
- g) il livello di responsabilità e autonomia che viene richiesto come condizione per il successo organizzativo.

La definizione delle strutture in cui si articola l'organizzazione dipartimentale e della relativa formalizzazione dei livelli di complessità viene effettuata dalla Direzione aziendale con specifico provvedimento, su proposta della Direzione Sanitaria e previo parere del Collegio di Direzione e informazione alle OO.SS., motivandone le scelte in relazione ai criteri sopracitati.

3.6.4 IRCCS – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia

L'Istituto in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, riconosciuto formalmente con D.M. 12 aprile 2011, confermato successivamente con D.M. 8 settembre 2015, e con D.M. 23 novembre 2017, è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) costituito all'interno dell'ex Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia ai sensi della normativa vigente¹⁷. Oggi ai sensi della Legge Regionale n.9/2017, è inserito all'interno dell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

L'IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia così costituito è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna. L'Istituto persegue, negli ambiti di competenza, finalità di ricerca scientifica, innovazione e didattica, valorizzandone i contenuti di trasferibilità alle attività di assistenza e di cura; assicura altresì, negli stessi ambiti, attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

La valorizzazione dell'attività di ricerca e formazione, in conformità a quanto previsto dall'Atto Aziendale, si realizza in collaborazione con l'Università e con la rete nazionale degli Istituti di Ricerca, e con la partecipazione ai network nazionali ed internazionali. Come previsto dagli indirizzi del Ministero della Salute, l'Istituto partecipa al sistema di accreditamento OEI (Organisation of European Cancer Institute).

3.6.5 sintesi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie per distretto

Si riporta di seguito, per singolo distretto, una sintesi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti nei comuni afferenti ai territori distrettuali.

DISTRETTO DI REGGIO EMILIA

Reggio Emilia è il distretto più popoloso, dove è massima la densità abitativa, in un territorio caratterizzato per l'88% da pianura e per il restante 12% da collina. Conta una popolazione al 01/01/2017 di 227.132 abitanti.

Strutture territoriali

Comuni del Distretto	Consultori salute donna	Poliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP	Centri Salute Mentale	Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche	SerT	Centri per disabili	Nuclei per demenze	Case protette	Centri diurni per anziani	Residenza riabilitativa	Case della Salute	Farmacie convenzionate
Reggio Emilia	4	2	5	3	2	5	2	14	1	8	7		2	44
Bagnolo in Piano				1						1	1			2
Castelnovo Sotto	1	1	1	1				1		1	1			3
Cadelbosco Sopra										1	1			2
Quattro Castella	1		1	1				1	1	1	1		1	2
Vezzano sul Crostolo										1	1			1
Albinea		1						1			1	1		3

Nel Distretto di Reggio Emilia 57 farmacie offrono il servizio Farmacup e 23 medicine di gruppo o in rete offrono il Medicup.

Nel Distretto di Reggio Emilia sono presenti l'Arcispedale S. Maria Nuova e le strutture private accreditate Salus Hospital e Casa di cura Villa Verde. Si tratta di strutture che erogano sia degenza ospedaliera che specialistica ambulatoriale, integrando l'offerta pubblica provinciale.

Sono inoltre presenti nel territorio distrettuale l'Hospice Casa Madonna dell'Uliveto, uno dei due hospice della provincia (l'altro è inserito nella struttura ospedaliera di Guastalla), e la Struttura Sanitaria Riabilitativa di Albinea.

Arcispedale S. Maria Nuova

In merito alla rete ospedaliera dell'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia, il modello di riferimento è quello della rete hub & spoke, che prevede la definizione di percorsi clinico-assistenziali centrati sul paziente con l'obiettivo di garantire una maggiore appropriatezza clinica ed organizzativa. In questo contesto è fondamentale la centralizzazione presso l'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia (ASMN) della casistica più complessa ed il decentramento delle funzioni di base, nonché di

alcune attività specialistiche compatibili con il service mix di ogni struttura ospedaliera degli altri distretti. Pertanto ciascun ospedale del presidio provinciale ha sviluppato funzioni di riferimento e competenze distintive per ambiti territoriali più ampi. Questa logica ha consentito di sviluppare servizi quali la riabilitazione neurologica e respiratoria presso l'Ospedale di Correggio, il centro diagnostico per la patologia del pavimento pelvico presso l'Ospedale di Montecchio, la chirurgia oncologica multidisciplinare presso l'Ospedale di Guastalla.

Secondo il modello delle reti integrate l'ASMN rappresenta un centro Hub e/o Spoke per le seguenti reti:

- UDGEE (Unità per la riabilitazione delle gravi disabilità dell'età evolutiva) con funzione di Hub di terzo livello regionale;
- Malattie metaboliche ereditarie presso la Neuropsichiatria infantile ospedaliera, quale centro Hub;
- Terapia Intensiva Neonatale con funzioni di terzo livello per i punti nascita della provincia;
- Laboratorio di Genetica Medica riconosciuto come Hub per la citogenetica e Spoke per la biologia molecolare;
- Rete provinciale per il trattamento dell'ictus ischemico cerebrale;
- Rete provinciale per l'emergenza territoriale;
- Neurochirurgia d'urgenza;
- Malattie rare scheletriche presso la Genetica clinica come centro Spoke.

L'ASMN, nell'arco dell'ultimo decennio, ha attuato un piano di ammodernamento strutturale e tecnologico con lo scopo di:

- adeguare l'offerta dei servizi ai mutati bisogni dei cittadini e della collettività;
- garantire risposte appropriate ed efficaci in ambienti in grado di offrire elevati standard di comfort alberghiero e sempre maggiori garanzie per la sicurezza e la salute dei pazienti e degli operatori.

In questo contesto, particolare rilievo assume il governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico, in applicazione delle linee di indirizzo fornite dalla Regione.

Hospice Casa Madonna dell'Uliveto

Sito in un edificio antico sulle colline reggiane, è nato grazie alla collaborazione tra Azienda Usl di Reggio Emilia e Cooperativa sociale ONLUS Madonna dell'Uliveto. È dotato di 12 posti letto a gestione infermieristica, con assistenza medica garantita da medici di medicina generale esperti in cure palliative. La struttura è accreditata con il Servizio Sanitario Regionale che consente il ricovero gratuito dei pazienti con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Struttura Sanitaria Riabilitativa di Albinea

Dopo la riorganizzazione avvenuta a fine aprile 2018 col trasferimento dei posti letto ospedalieri di lungodegenza-riabilitazione estensiva presso l'ospedale di Correggio, è stata rafforzata (da 10 a 20 posti letto) la struttura intermedia residenziale dedicata alle gravissime disabilità acquisite (principalmente gravissime cerebrolesioni e SLA in fase avanzata) ed è stata potenziata l'attività di Riabilitazione ambulatoriale in parte già presente, venendosi a configurare un polo riabilitativo di eccellenza a livello distrettuale e provinciale. Fra le principali attività: Riabilitazione neurologica e ortopedica, Day service Ambulatoriale Riabilitativo, Centro Paradismorfismi, Centro riabilitativo SM, Centro riabilitativo SLA, Centro valutazione e prescrizione ausili.

DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI

Si tratta del distretto più ampio con un'estensione di 775 Km², caratterizzato da un territorio prevalentemente montano (87% montagna e 13% collina).

In provincia la popolazione supera i 50.000 abitanti in tutti i distretti ad eccezione di Castelnuovo Monti che conta 33.258 abitanti al 01/01/2017. È il distretto con la più bassa densità abitativa della provincia, con la più alta proporzione di anziani e la più bassa proporzione nella fascia d'età 0-14 anni, continuando a rappresentare il distretto "più anziano" della provincia.

Strutture territoriali

Comuni del Distretto	Consultori salute donna	Poliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP	Centri Salute Mentale	Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche	SerT	Centri per disabili	Nuclei per demenze	Case protette	Centri diurni per anziani	RSA	Farmacie convenzionate
Castelnuovo ne' Monti	1	1	1	1	1	2	1	1		2	1	1	3
Vetto										1			1
Casina	1							1		1			1
Carpineti	1		1							1	1		1
Ramiseto										1			1
Collagna													1
Busana			1										2
Ligonchio													1
Villa Minozzo	1		1			1			1	1			2
Toano	1							1					3

Nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti 16 farmacie offrono il servizio Farmacup.

L'offerta territoriale, in considerazione delle caratteristiche del territorio e della necessità di sostenere la domiciliarità nelle zone più periferiche, conta 3 posti letti inseriti nella rete OSCO presso la CRA di Villa Minozzo, con assistenza medica garantita dai MMG. Lo sviluppo nel prossimo triennio di ulteriori servizi è previsto nell'ambito della progettazione della Strategia Nazionale Aree Interne.

In questo distretto insiste l'**Ospedale S. Anna** afferente al Presidio Ospedaliero dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, che presenta peculiarità organizzative legate alla collocazione montana e a una lunga storia di gestione integrata di strutture e servizi con l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, ospedale Hub provinciale del suddetto Presidio Ospedaliero.

Questa forte integrazione, estrinsecata in sede da una serie di strutture (Strutture Operative Complesse, Strutture Operative Semplici Dipartimentali e Strutture Operative Semplici) gestionalmente e/o funzionalmente afferenti all'Arcispedale Santa Maria Nuova, ha quale obiettivo fondamentale la garanzia di fornitura di servizi e prestazioni di qualità, in sicurezza per pazienti ed operatori, permettendo l'acquisizione ed il mantenimento di professionalità e competenze cliniche appropriate ed adeguate alle esigenze e ai bisogni della popolazione locale.

In quest'ottica si è consolidata, in particolare per le discipline di area chirurgica, un'integrazione operativa con l'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia anche attraverso la rotazione dei professionisti sulle due strutture.

Questa collaborazione ha consentito di attivare in questo ospedale funzioni specialistiche non presenti in analoghi presidi montani e/o in altri ospedali distrettuali (cardiologia, UTIC e rianimazione, riabilitazione cardiologica, urologia, neurochirurgia del rachide, ORL, chirurgia ricostruttiva senologica, chirurgia vascolare flebologica), funzioni che hanno una valenza sovradistrettuale. È attualmente in fase di sviluppo il programma di potenziamento dell’Ospedale (Programma S. Anna Plus), approvato dalla CTSS nel novembre 2017.

DISTRETTO DI CORREGGIO

Il Distretto di Correggio, caratterizzato interamente da territorio di pianura, conta 56.313 abitanti al 01/01/2017.

Strutture territoriali

Comuni del Distretto	Consultori salute donna	Poliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP	Centri Salute Mentale	Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche	SerT	Centri per disabili	Case protette	Centri diurni per anziani	RSA	Case della Salute	Farmacie convenzionate
Correggio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			6
San Martino in Rio									1	1			2
Fabbrico	1	1	1	1					1	1	1	1	2
Campagnola Emilia									1	1			1
Rolo										1			1
Rio Saliceto									1	1			2

Nel Distretto di Correggio 14 farmacie offrono il servizio Farmacup e 8 medicine di gruppo o in rete offrono il Medicup.

In questo distretto è presente l’**Ospedale S. Sebastiano**, struttura a prevalente funzione riabilitativa, caratterizzata da un Dipartimento riabilitativo e neuromotorio a valenza aziendale. Dispone di numerosi servizi in ambito riabilitativo: oltre alle degenze, ambulatori diagnostici, fisiatrici, neurologici e di logopedia, ci sono palestre riabilitative, idroterapia con piscine, un laboratorio per l’analisi del cammino, un appartamento riabilitativo, spazi dedicati alla socializzazione e alla terapia occupazionale.

Il reparto di neuroriabilitazione accoglie pazienti della provincia di Reggio Emilia e di altre province della regione affetti da gravi cerebrolesioni acquisite. Sono inoltre presenti i reparti di riabilitazione respiratoria e di riabilitazione estensiva motoria, di riferimento per tutta la provincia. L’Unità Internistica Multi Disciplinare accoglie i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso che necessitano di ricovero internistico e/o cardiologico; inoltre sono presenti 6 letti di Lungodegenza post-acuzie e un Day Service internistico.

Presso l’Ospedale è attivo anche il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura che accoglie pazienti affetti da patologia psichiatrica acuta, sia in regime volontario, che obbligatorio, corrispondendo al fabbisogno di ricovero per la popolazione della provincia. Il Centro di Salute Mentale garantisce interventi ambulatoriali, semi-residenziali e in Day Hospital per i cittadini del territorio.

Nell’Ospedale vengono svolte attività chirurgiche e ortopediche ambulatoriali che prevedono integrazioni e sinergie con équipe di altri ospedali del Presidio provinciale, in particolare dell’Ospedale di Scandiano e di Guastalla. L’edificio *Cottafavi* è sede del Poliambulatorio distrettuale e del Comparto Operatorio, che opera prevalentemente in Day Hospital e Day Service.

È attiva l'unità operativa aziendale di Oculistica con un team di professionisti che lavorano su più sedi ospedaliere. L'offerta di prestazioni oculistiche comprende attività chirurgiche (chirurgia della cataratta, vitro retinica, del glaucoma, dello strabismo e chirurgia delle palpebre e degli annessi oculari) e diagnostico-cliniche.

Presso l'ospedale di Correggio sono presenti anche il Servizio di Emodialisi (CAL) con 12 posti letto, il Pronto Soccorso, il servizio di Endoscopia Digestiva, il servizio di Diagnostica per Immagini dotato di apparecchiature radiologiche tra cui TC, mammografo digitale e di diagnostica ecografica.

DISTRETTO DI GUASTALLA

In un territorio interamente pianeggiante questo distretto conta una popolazione 01/01/2017 di 71.895 abitanti.

Strutture territoriali

Comuni del Distretto	Consultori salute donna	Poliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP e Medicup	Centri Salute Mentale	Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche	Centri per disabili	Case protette	Centri diurni per anziani	RSA	Case della Salute	Farmacie convenzionate
Guastalla	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1		3
Gualtieri				2				1	1			0
Luzzara	1			1				1	1			3
Reggiolo	1			1			1*	1	1		1	3
Novellara	1		1	2			1	1	2		1	4
Boretto				1				1	1			1
Brescello	1		1	1				1	1		1	2
Poviglio				1				1	1			2

* Struttura gravemente danneggiata dal terremoto del 2012 e temporaneamente trasferita ad altra sede.

Nel Distretto di Guastalla 18 farmacie offrono il servizio Farmacup.

In questo distretto è presente l'**Ospedale Civile** che costituisce, assieme all'Ospedale di Correggio, l'area nord del presidio ospedaliero dell'Azienda Usl di Reggio Emilia. È un ospedale di medie dimensioni e con i suoi 187 posti letto è, dopo il Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, il più grande ospedale del presidio aziendale (riconducibile per tipologia di funzioni offerte ai presidi di 1° livello previsti dal regolamento ospedaliero nazionale), riferimento per i cittadini dei Distretti di Guastalla e Correggio.

L'Ospedale di Guastalla è riferimento per la chirurgia oncologica polispecialistica (urologia, chirurgia, chirurgia senologica, endoscopia digestiva e ginecologia) e la presenza della guardia chirurgica consente di gestire anche le urgenze inviate da Correggio e Montecchio.

È parte integrante del modello assistenziale oncologico provinciale, che prevede la strutturazione di percorsi multidisciplinari integrati all'interno del territorio provinciale, finalizzati a migliorare la qualità delle cure e della vita, l'appropriatezza dell'impiego delle tecnologie e delle risorse aziendali.

L'Urologia si connota per particolari competenze in ambito endourologico. I professionisti di questa unità operativa garantiscono inoltre attività ambulatoriali presso il Distretto di Correggio e attività ambulatoriali e chirurgiche presso il Distretto e l'Ospedale di Montecchio.

Il punto nascita offre gratuitamente la possibilità di effettuare la parto analgesia alle donne che lo richiedano e ciò rende questa struttura attrattiva anche per donne residenti in altri distretti.

Presso l’Ospedale di Guastalla l’Oculistica, oltre a garantire le principali prestazioni ambulatoriali, esegue i seguenti interventi programmabili:

- cataratta e interventi sui segmenti anteriori;
- chirurgia vitreo-retinica;
- chirurgia su palpebre e annessi.

È attiva una collaborazione con l’Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per l’effettuazione di interventi chirurgici e visite specialistiche di ortopedia pediatrica.

È inoltre in atto una collaborazione con la neurochirurgia dell’Azienda Ospedaliera di Parma che consente di garantire settimanalmente interventi per ernie discali.

Hospice area nord

L’Hospice di Guastalla è una struttura residenziale dedicata al ricovero dei malati cronici (prevalentemente pazienti con patologie oncologiche o neurologiche) in fase avanzata di malattia che necessitano di cure palliative. È dotato di 14 posti letto a gestione infermieristica con responsabilità clinica posta in capo al medico di medicina generale.

DISTRETTO DI MONTECCHIO

Il Distretto di Montecchio è caratterizzato per l’84% da territorio pianeggiante e per il 16% da territorio collinare. Conta una popolazione di 63.038 abitanti al 01/01/2017.

Strutture territoriali

Comuni del Distretto	Consultori salute donna	Poliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP	Centri Salute Mentale	Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche	SerT	Centri per disabili	Case protette	Centri diurni per anziani	RSA	Case della Salute	Farmacie convenzionate
Montecchio	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	2
Cavriago	1								1	1			2
Gattatico													2
Campegine								1	1	1			1
S. Ilario	1	1	1							1		1	3
Bibbiano										1			3
S. Polo	1		1			1		1	1	1	1		2
Canossa													2

Nel Distretto di Montecchio 17 farmacie e 1 parafarmacia offrono il servizio Farmacup.

In questo distretto, oltre strutture e ai servizi territoriali che vedono anche la presenza di 2 Case della Salute situate a Montecchio e S. Ilario d’Enza, è presente l’**Ospedale Ercole Franchini** che, assieme all’Ospedale di Scandiano e a quello di Castelnovo Monti, costituisce l’area sud-montana del presidio ospedaliero dell’Azienda UsI di Reggio Emilia.

La recente ristrutturazione del Corpo C dell’Ospedale Franchini rappresenta il completamento di un percorso teso alla definitiva sistemazione organizzativa e funzionale di tutti i reparti. Il piano terra del Corpo C ospita il nuovo Pronto Soccorso, parte integrante del Dipartimento di emergenza-urgenza, il primo piano diventa il riferimento per le specialità chirurgiche (ostetricia-ginecologia, chirurgia, ortopedia e urologia), ora in posizione attigua alle sale operatorie, mentre al secondo piano sono concentrate le specialità mediche (medicina, lungodegenza, area ad alta intensità di cura e day hospital internistico).

L’Ospedale di Montecchio oltre a garantire le funzioni di base, di area chirurgica e di area internistica, per la popolazione residente nel distretto e per i cittadini del territorio di confine della provincia di Parma, si è caratterizzato negli anni per l’attività specialistica del Centro del pavimento pelvico. Questa attività, in cui sono impegnate le unità operative di chirurgia e di ginecologia nel trattamento di patologie complesse di tipo uro-ginecologico e colon-proctologico, attrae cittadini residenti in altre province, costituendo quindi motivo di mobilità attiva extra-provinciale ed extraregionale di significativa importanza.

DISTRETTO DI SCANDIANO

Il Distretto di Scandiano è caratterizzato da un territorio collinare per l’82% e da pianura per il restante 18%. È il distretto che ha avuto nel decennio successivo al 2000 la crescita demografica più rilevante (+26% dal 2000 al 2011) per motivi occupazionali e di immigrazione.

Il Distretto di Scandiano ha visto infatti un progressivo modificarsi della propria struttura economica e sociale negli ultimi decenni con un’evoluzione dalla tradizionale economia contadina ad una realtà produttiva formata soprattutto da piccole e medie imprese, molte delle quali legate al comparto ed all’indotto ceramico.

Conta una popolazione di 81.756 abitanti al 01/01/2017.

Scandiano continua ad essere il distretto “più giovane” della provincia.

Strutture territoriali

Comuni del Distretto	Consultori salute donna	Poliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP	Centri Salute Mentale	Strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche	SerT	Centri per disabili I	*Case protette	Centri diurni per anziani	RSA	Case della Salute	Farmacie convenzionate
Scandiano	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1		5
Viano													1
Rubiera	1	1	1	1					1	2		1	2
Casalgrande	1		1				1	2	2	1			4
Castellarano	1	1	1	1				1	1	1			3
Baiso													

**4 posti per residenti nel Distretto di Scandiano a Le Esperidi di Vezzano e 5 posti a Villa Bertani di Correggio.*

Nel Distretto di Scandiano 15 farmacie offrono il servizio Farmacup e 4 medicine di gruppo o in rete offrono il Medicup.

In questo distretto è presente l'**Ospedale Cesare Magati** che assieme all'Ospedale di Montecchio e a quello di Castelnovo Monti, costituisce l'area sud-montana del presidio ospedaliero dell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

L'ospedale di Scandiano garantisce le funzioni di base, sia chirurgiche che internistiche per la popolazione residente nel distretto e si caratterizza per l'attività ortopedica relativa all'arto superiore e per l'attività di chirurgia di parete (interventi per ernie inguinali e colecisti) per le quali è riferimento anche per parte della provincia.

Presso l'Ospedale di Scandiano è attiva una collaborazione con la Breast Unit dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia che consente l'effettuazione in loco di interventi di chirurgia senologica da parte di professionisti dedicati a tale attività e in grado di garantire un'adeguata competenza clinica.

Il punto nascita di Scandiano si connota per una particolare attenzione alla naturalità del parto, all'utilizzo di metodiche non farmacologiche per il controllo del dolore nel travaglio e nel parto e per una percentuale di tagli cesarei tra le più basse in regione, anche grazie alla collaborazione di rete esistente con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia che consente la centralizzazione delle gravidanze a rischio.

Distribuzione territoriale dei servizi afferenti al Dipartimento di Sanità Pubblica

Si rappresenta infine la distribuzione territoriale dei servizi afferenti al Dipartimento di Sanità Pubblica.

Servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica

Servizi	Distretti					
	Reggio Emilia	Castelnovo Monti	Correggio	Guastalla	Montecchio	Scandiano
Igiene e Sanità Pubblica (SIP)*	2	1	1	1	1	3
Medicina dello Sport	2	1	1	1	/	/
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)	1	1	1	1	1	1
Prevenzione e Sicurezza sugli Ambienti di Lavoro (SPSAL)	1	1	1	1	1	1
Sanità Pubblica Veterinaria (SSPV)	2**	1	1	1	1	1
Sicurezza Impiantistica Antinfortunistica (SSIA)	1	/	/	/	/	/
Servizio Medicina Legale	1	1	1	1	1	1

Le Aree Territoriali Veterinarie coincidono con gli Uffici periferici del Servizio Sanità Pubblica Veterinaria.

**SIP: l'attività di vaccinazione viene effettuata solo nelle sedi principali dei Distretti (6), nelle sedi periferiche si effettua solo attività di certificazioni su appuntamento.*

***A Reggio Emilia esiste, quale punto di erogazione del Servizio, ambulatorio veterinario ove vengono effettuati compiti di istituto (sterilizzazione dei gatti di colonia felina) e prestazioni in attività libero professionale intra-moenia.*

4. Gli impegni strategici e le dimensioni della performance

4.1 Temi strategici aziendali

La Direzione dell'Azienda Usl di Reggio Emilia ha individuato quali priorità strategiche i seguenti temi:

- i. **Appropriatezza**
- ii. **Sicurezza**
- iii. **Comunicazione**
- iv. **Etica**
- v. **Prevenzione e promozione della salute**
- vi. **Integrazione Ospedale-Territorio**
- vii. **Integrazione Socio-Sanitaria**

i. **Appropriatezza**

È una componente della qualità dell'assistenza ed è considerato il tema centrale della sostenibilità del Sistema Sanitario Pubblico.

L'appropriatezza è stata sviluppata riguardo a tre dimensioni o macro livelli di approccio:

1. approccio clinico, ossia fornire le prestazioni adeguate alle giuste condizioni: efficaci, sulla base delle evidenze, tenuto conto di clinical e team competence;
2. approccio organizzativo, che attiene al come e dove una prestazione sanitaria deve essere data: appropriatezza di setting, casistica adeguata, rete hub&spoke⁸, service/technology/team competence adeguati, tempestività, percorsi clinico-assistenziali;
3. approccio allocativo delle risorse: efficienza allocativa, priority setting, rapporto costi - benefici, efficienza organizzativa, ottimizzazione delle risorse.

Le tre dimensioni devono essere sviluppate e realizzate in modo integrato e sinergico a tutti i livelli aziendali. L'obiettivo strategico dell'appropriatezza è articolato con particolare riferimento al percorso dei pazienti nella nostra organizzazione, nelle sue diverse componenti, che evidenzia le principali dimensioni sopra richiamate:

- appropriatezza clinica articolata al livello assistenziale e prescrittivo, quest'ultimo declinato rispetto alla prescrizione farmaceutica, specialistica e dei presidi e ausili;
- appropriatezza organizzativa declinata secondo i livelli di rete dei servizi, di setting assistenziali e di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Per lo sviluppo di questo obiettivo strategico è necessaria la diffusione e la condivisione a tutti i livelli dell'Azienda non solo della conoscenza, ma anche della pratica dell'appropriatezza partendo dal condividere un linguaggio comune, tenendo conto e conciliando i punti di vista degli utenti e degli erogatori nei diversi ruoli, gestionali e professionali, per sviluppare una "cultura", una "responsabilità" e una pratica diffusa dell'appropriatezza.

⁸ modello "HUB & SPOKE": letteralmente: mozzo e raggi prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE). *Definizione tratta da Saluter, il portale del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna.*

ii. Sicurezza

La sicurezza rappresenta una delle dimensioni irrinunciabili della qualità dell'assistenza con rilevanti impatti sul versante del contenzioso medico legale e assicurativo.

La sicurezza si fonda anche sulla gestione del rischio, trasversale e diffusa a tutto l'ambito clinico-assistenziale. Rappresenta un valore intrinseco di ogni attività lavorativa per affrontare la complessità in modo efficace e rispondente alle aspettative degli utenti e degli operatori con un approccio globale che integra aspetti strutturali e organizzativi con le modalità di controllo degli eventi avversi nei processi clinici.

Attraverso le logiche del Risk Management vengono definiti programmi di monitoraggio degli eventi avversi e di intervento tempestivo a scopo preventivo per ridurre l'incidenza e la gravità delle conseguenze. Si sviluppa un circolo virtuoso continuo che, partendo dalla identificazione dei rischi, dalla loro analisi e valutazione, attua interventi di trattamento e prevenzione garantendo il monitoraggio continuo.

La sicurezza viene declinata rispetto al paziente, all'operatore, alle strutture e all'ambiente.

La sicurezza strutturale (di luoghi, strutture e tecnologie) così come la sicurezza ambientale (del contesto interno ed esterno) rappresentano elementi importanti, tradizionalmente gestiti e da mantenere. Nell'ambito della sicurezza dei pazienti si lavora in particolare:

- sul trasferimento efficace alle unità operative degli strumenti necessari a migliorare e garantire la sicurezza affinché questi diventino parte integrante e ordinaria del lavoro quotidiano da parte di tutti gli operatori;
- sulla comunicazione e sulla relazione, sia tra gli operatori all'interno delle articolazioni organizzative, che con i pazienti e i familiari, quali fattori critici per garantire la sicurezza.

iii. Comunicazione

Il tema della comunicazione ha assunto anche in sanità un ruolo sempre più strategico.

È possibile sinteticamente distinguere tra comunicazione interna ed esterna.

Nell'ambito della comunicazione esterna è stata focalizzata l'attenzione sulla comunicazione/relazione con i cittadini attraverso l'applicazione dei metodi e delle tecniche di Health Literacy (HL), in modo particolare nella comunicazione orale e scritta rivolta al paziente. Con Health Literacy si intende la capacità degli individui di ottenere e comprendere le informazioni per/sulla salute necessarie per accedere correttamente alle prestazioni sanitarie e/o adottare un sano stile di vita. La Health Literacy implica cinque competenze base: saper leggere, saper scrivere, abilità numerica, saper parlare, saper ascoltare. I tre principali ambiti di applicazione dei principi della HL riguardano:

- 1- la relazione professionista sanitario-paziente;
- 2- il materiale informativo;
- 3- l'ambiente.

Si è deciso di lavorare sulla relazione operatore sanitario - paziente attraverso la diffusione di tecniche della HL, utili a verificare se il paziente ha capito ciò che gli ha detto il professionista sanitario. Studi autorevoli dimostrano che il 40-80% delle informazioni mediche fornite ai pazienti vengono dimenticate subito e che circa la metà viene ricordata in modo inesatto.

Altro ambito di lavoro è rappresentato dai percorsi di accesso e orientamento e dalla revisione e produzione di materiale informativo chiaro e comprensibile, anche attraverso il coinvolgimento di gruppi di pazienti.

Nell'ambito della comunicazione interna l'attività viene orientata a migliorare i meccanismi di trasmissione verticale (in line e feedback) per ridurre la distanza tra Direzione aziendale e produzione, potenziando gli strumenti per la condivisione, creando sulla intranet un'area dedicata alla documentazione aziendale, accessibile ai diversi livelli di direzione gestionale.

Ulteriore obiettivo è quello di modificare i processi di programmazione e gestione, coinvolgendo attivamente i diversi livelli di responsabilità, con particolare riguardo ai Direttori di Dipartimento, nella definizione delle strategie aziendali e della loro attuazione.

iv. Etica

Questo tema è stato assunto come strategico dalla Direzione aziendale in coerenza con il recepimento della normativa nazionale in merito a legalità e trasparenza. Con il coinvolgimento dei professionisti su questi temi, la Direzione aziendale vuole sottolineare l'impegno per la diffusione di un clima etico che va oltre il mero adempimento burocratico.

In questo senso sono declinati gli obiettivi e orientate tutte le iniziative e le azioni descritte nel Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza adottato annualmente dall'Azienda, in linea con le indicazioni nazionali e regionali.

Particolare attenzione in questo ambito è dedicata alla trasparenza nella sua duplice accezione: sia come modalità di operare con riferimento all'intero ciclo di gestione della performance (Piano della performance, sistema di budget e relazione sulla performance), sia intesa come adempimento di tutti i servizi aziendali nell'alimentazione e aggiornamento del sito Amministrazione Trasparente.

v. Prevenzione e promozione della salute

L'orientamento verso la prevenzione e la promozione per la salute costituisce un impegno per promuovere programmi di intervento rivolti ai bisogni di salute della popolazione ed evidenzia il valore strategico della cooperazione fra servizi sanitari, enti locali e le diverse organizzazioni sociali.

L'attività di promozione della salute offre la possibilità di interventi comprensivi che possono essere diretti sia alla prevenzione dei problemi collettivi di salute, sia al cambiamento degli stili di vita individuali e sia al cambiamento organizzativo.

Alcune tematiche rilevanti per ridurre le disuguaglianze nella salute sono:

- la promozione di stili di vita salutari nei percorsi di cura, con particolare attenzione al paziente oncologico, cardiopatico, diabetico, e nel settore della salute mentale;
- l'empowerment del paziente nei percorsi di cura integrati, ponendo particolare attenzione all'informazione, educazione ed health literacy;
- il rispetto della diversità e la promozione dell'equità nell'accesso e nella qualità delle cure;
- l'intersettorialità e la multifattorialità degli interventi.

Attività inerenti la prevenzione delle malattie e la promozione della salute sono strettamente connesse con l'appropriatezza e/o la sicurezza degli interventi. Sono tutti aspetti della qualità che comprende più dimensioni.

vi. Integrazione Ospedale-Territorio

Le numerose sfide dei sistemi sanitari includono anche quella di identificare ed attuare modalità innovative di erogazione dei servizi in grado di favorire la continuità dell'assistenza con collegamenti adeguati fra l'assistenza erogata in fase acuta in ambito ospedaliero e quella erogata dalle strutture territoriali. La coerenza di politiche di integrazione tra ospedale e territorio nasce da una serie di fenomeni, in primis:

- invecchiamento della popolazione che induce la necessità di investire su servizi e competenze di natura assistenziale e socio-assistenziale per bisogni direttamente collegati a patologie croniche ed alla pluripatologia dei pazienti;

- evoluzione delle tecnologie diagnostiche che consentono la diagnosi precoce di molte patologie ad elevato impatto sociale (ad es. quelle oncologiche) e sviluppo di quelle terapeutiche che consentono di conseguire importanti traguardi sanitari quali gli elevati tassi di sopravvivenza.

Tali fenomeni possono essere presidiati solo attraverso un profondo ripensamento dell'intera rete di offerta dei servizi, sia ospedalieri, sia territoriali. Il target di pazienti interessati:

- post acuti in dimissione dall'ospedale;
- cronici stabilizzati per i quali occorre un costante presidio delle condizioni di salute;
- cronici in buone condizioni di salute capaci di forme sostanziali di autocura.

Si lavora, in particolare, sulla continuità di cura e sulla definizione di percorsi di cura caratterizzati da multi-professionalità dell'assistenza, dalla presa in carico e dall'integrazione tra componente sanitaria e socio-sanitaria.

vii. Integrazione Socio-Sanitaria

Gli elementi distintivi dell'area dell'integrazione sociosanitaria sono: 1. l'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sull'assistenza; 2. l'attenzione e l'interazione con un "sistema cliente" formato dall'individuo/utente, dalla sua famiglia, intesa come le rete di relazioni più prossima e potenzialmente solidale, e dal contesto sociale di riferimento, quali co-attori che influiscono ed interagiscono sulle situazioni delle singole persone. L'integrazione è fondamentale, in quanto:

- una risposta unitaria ai bisogni di cura e assistenza riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi sanitari e sociali;
- favorisce la comunione di intenti e la collaborazione fra organizzazioni e professionisti di cultura e prassi diverse, oltre un uso più efficiente delle risorse finanziarie e strumentali;
- genera maggiore efficacia di cura e di sostegno e favorisce maggiore appropriatezza d'uso delle risorse professionali.

Si tratta di un'opportunità strategica finalizzata a:

- offrire servizi più accessibili, meglio coordinati, più personalizzati e senza soluzioni di continuità, sostenendo la rete di chi aiuta e offre cure;
- assicurare la presa in carico personalizzata delle persone, specie di quelle con bisogni altamente complessi;
- incentivare la partecipazione organizzativa dei professionisti ed incoraggiare l'impegno e la responsabilità di tutti gli attori, pubblici e privati, formali e informali, del sistema di assistenza.

4.2 Obiettivi aziendali

Gli obiettivi dell'Azienda Usl di Reggio Emilia si inseriscono nell'ambito degli indirizzi e orientamenti nazionali e regionali, derivano da indicazioni regionali per ambiti specifici e da scelte di livello locale condivise nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria provinciale. È rilevante a livello locale l'attenzione costante alla partecipazione alla programmazione da parte dei principali stakeholder, in particolare gli Enti Locali, nel loro ruolo di lettura dei bisogni sociali e socio-sanitari della popolazione del territorio. Gli Atti di indirizzo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) individuano le priorità su cui orientare le scelte di programmazione in ambito sociale, socio-sanitario integrato e sanitario.

Gli obiettivi regionali, in coerenza con quanto indicato nel Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) che definisce le linee di indirizzo per la programmazione territoriale con le successive linee guida attuative, sono di tre tipi:

1. di mandato, pluriennali, definiti nella delibera di nomina del Direttore Generale;
2. annuali, definiti nella delibera inerente le linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende sanitarie;
3. ad hoc, specifici, contenuti in piani, atti, delibere, circolari, note.

Alcuni degli obiettivi regionali declinati annualmente richiamano obiettivi a respiro pluriennale, come accade ad esempio per quelli che fanno riferimento al Piano regionale della prevenzione.

Gli obiettivi regionali rientrano nel più ampio quadro della programmazione strategica definita a partire dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

A livello aziendale questi obiettivi orientano la programmazione dell'anno, in coerenza con i temi strategici trasversali, che guidano l'agire ai diversi livelli organizzativi.

A livello distrettuale Piani, programmi e accordi attuativi per la salute e il benessere sociale individuano le priorità strategiche nelle diverse aree di intervento sociale, socio-sanitario e sanitario relative ai servizi territoriali.

4.3 Albero della performance⁹

L'albero della performance vuole rappresentare il collegamento tra mandato istituzionale - missione dell'Azienda, aree strategiche, obiettivi aziendali e indicatori di monitoraggio.

Per realizzare la propria missione l'Azienda utilizza il processo della programmazione, attraverso il quale individua ed elabora programmi operativi idonei ad agevolare il raggiungimento degli obiettivi strategici definiti, tenendo nella dovuta considerazione i fattori di contesto.

L'albero della performance risulta articolato su due livelli: dimensioni della performance ed aree della performance, come di seguito descritto, in conformità alle indicazioni della Delibera n.3/2016 dell'OIV regionale.

1. Dimensione di performance dell'utente:

1. Area dell'accesso e della domanda di prestazioni
2. Area dell'integrazione
3. Area degli esiti

2. Dimensione di performance dei processi interni:

1. Area della produzione
2. Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
3. Area dell'organizzazione
4. Area dell'anticorruzione e della trasparenza

3. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo:

1. Area della ricerca e della didattica
2. Area dello sviluppo organizzativo

4. Dimensione di performance della sostenibilità:

1. Area economico-finanziaria
2. Area degli investimenti

⁹ **Performance** è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione. Come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

4.4 Collegamento con gli obiettivi di mandato

Come descritto nella DGR n.891/2017 di designazione del Direttore Generale dell'Azienda Usl di Reggio Emilia, *“Gli obiettivi di mandato costituiscono indicazioni di carattere strategico, valevoli per l'intero arco temporale dell'incarico, e vengono ripresi ed ampliati nell'esercizio della programmazione annuale delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale, che ne fissa i contenuti di dettaglio, le eventuali tappe intermedie di attuazione ed individua le misure e le modalità specifiche per la verifica dei Direttori Generali ai fini di quanto previsto nel loro rapporto contrattuale.”*

Inoltre *“Gli obiettivi sono formulati sulla base del Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna, approvato il 26 gennaio 2015, che contiene le fondamentali linee di indirizzo per il Servizio sanitario regionale, avendo a particolare riferimento il percorso di unificazione delle Aziende Sanitarie della Provincia di Reggio Emilia e considerando le strategie già messe in campo e che caratterizzeranno il periodo di mandato. Rispetto a tale prospettiva assumerà rilievo complessivo la realizzazione delle azioni che verranno previste dal PSSR e dai documenti attuativi.”*

Gli obiettivi di mandato si distinguono in:

1. Obiettivi di attuazione delle previsioni normative inerenti il percorso di unificazione
2. Obiettivi di salute e di promozione della qualità assistenziale
3. Obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi

Si tratta di obiettivi in continuità con i precedenti definiti nella DGR 173/2015, per quanto riguarda gli obiettivi di salute e promozione della qualità assistenziale e gli obiettivi di sostenibilità e governo dei servizi, a cui si sono aggiunti gli obiettivi inerenti il percorso di unificazione, che fanno riferimento a:

1.1 Area contabilità e bilancio:

- ✦ Il Bilancio di esercizio dell'Azienda Ospedaliera deve essere adottato dal Direttore Generale dell'Azienda Usl entro 120 giorni dalla cessazione e successivamente approvato dalla Giunta regionale
- ✦ Sul Bilancio di esercizio dell'Azienda Ospedaliera deve essere acquisito il parere e la relazione del Collegio Sindacale dell'Azienda Usl (il Collegio Sindacale dell'Azienda Ospedaliera cessa il 30.06.2017)
- ✦ Tutti gli adempimenti fiscali, con scadenza successiva alla data di fusione, ma di competenza del periodo 01.01.2017-30.06.2017 riferiti all'Azienda Ospedaliera, devono essere assolti dall'Azienda Usl
- ✦ A partire dal 01.07.2017 l'Azienda Usl acquisisce le attività e le passività patrimoniali dell'Azienda Ospedaliera. I valori recepiti nella contabilità dell'Azienda Usl sono quelli contabilizzati nell'ultimo bilancio dell'Azienda Ospedaliera alla data di estinzione (30.06.2017), al netto delle rettifiche di consolidamento riferite alle operazioni infragruppo

1.2 Trasferimento patrimonio immobiliare e mobiliare:

Il patrimonio immobiliare e mobiliare dell'Azienda Ospedaliera, desunto dall'inventario aggiornato al 30 giugno 2017, deve essere trasferito all'Azienda Usl nel rispetto della normativa vigente.

1.3 Sistema informativo:

Le attività conseguenti alla fusione a far tempo dal 1° luglio 2017, devono assicurare:

- la garanzia di continuità di trasmissione dei flussi informativi sanitari che costituiscono adempimento regionale verso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) di cui all'intesa del 23 marzo 2005
- l'adozione di tutti gli ulteriori provvedimenti necessari ad assicurare la piena operatività, in termini di alimentazione del sistema informativo regionale anche attraverso l'estinzione del codice identificativo dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia riferito a tutti i flussi informativi sanitari ed economici

1.4 Area risorse umane e assetto organizzativo:

- Garanzia delle prerogative sindacali in capo ai soggetti titolari della contrattazione decentrata, attraverso l'attivazione di sessioni specifiche
- Entro il 30 giugno 2018, deve essere adeguato l'atto aziendale al nuovo assetto istituzionale e organizzativo fissato dalla Legge regionale n. 9/2017 con sottoposizione alla Giunta regionale ai fini della verifica di conformità di cui all'articolo 3, comma 4, della legge regionale n. 29 del 2004
- In relazione al trasferimento della titolarità dell'IRCCS "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia", l'assetto degli organi, le rispettive competenze, la forma organizzativa e le strutture afferenti devono essere disciplinate nell'atto aziendale
- Deve essere perseguita la riorganizzazione e la fusione delle attività di amministrazione e di supporto logistico e tecnico-professionale, con lo scopo di garantire efficienza organizzativa e trasparenza e di omogeneizzare e snellire le procedure del nuovo assetto aziendale.

In merito agli adempimenti previsti da questi obiettivi si evidenzia quanto realizzato entro il primo anno dalla data di fusione, ovvero 01/07/2017.

1.1 Area contabilità e bilancio

- ✦ Il Bilancio di esercizio dell'Azienda Ospedaliera è stato adottato con delibera del Direttore Generale dell'Azienda Usl n. 297 del 30.10.2017, entro 120 giorni dalla cessazione dell'Azienda Ospedaliera così come previsto dalla DGR 891/2017 e approvato dalla Giunta regionale con delibera 790 del 28.05.2018.
- ✦ Sul Bilancio di esercizio dell'Azienda Ospedaliera sono stati acquisiti, in data 31.10.2017, il parere e la relazione del Collegio Sindacale dell'Azienda Usl (il Collegio Sindacale dell'Azienda Ospedaliera è infatti cessato il 30.06.2017).
- ✦ Tutti gli adempimenti fiscali, con scadenza successiva alla data di fusione, ma di competenza del periodo 01.01.2017-30.06.2017 riferiti all'Azienda Ospedaliera, sono stati assolti dall'Azienda Usl.
- ✦ A partire dal 01.07.2017 l'Azienda Usl ha acquisito le attività e le passività patrimoniali dell'Azienda Ospedaliera. I valori recepiti nella contabilità dell'Azienda Usl sono quelli contabilizzati nel bilancio di esercizio al 30.06.2017, adottato con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Usl n. 297 del 30.10.2017, al netto delle rettifiche di consolidamento riferite alle operazioni infragruppo.

1.2 Trasferimento patrimonio immobiliare, mobiliare e artistico

Il patrimonio immobiliare, mobiliare e artistico dell'Azienda Ospedaliera, desunto dall'inventario aggiornato al 30 giugno 2017, è stato trasferito all'Azienda Usl nel rispetto della normativa vigente. La ricognizione di tale patrimonio è stata oggetto di apposite deliberazioni adottate in data 30.06.2017 dalla cessata Azienda Ospedaliera ed il trasferimento del diritto di proprietà del patrimonio dal 01.07.2017, che ha determinato il relativo subentro e la titolarità della gestione e

dei rapporti con i terzi interessati, è stato formalizzato dall'Azienda Usl con altrettante deliberazioni.

1.3 Sistema informativo

Nel corso del 2017, in linea con le indicazioni regionali, sono state messe in atto tutte le azioni necessarie ad assicurare a seguito della fusione:

- la garanzia di continuità di trasmissione dei flussi informativi sanitari che costituiscono adempimento regionale verso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) di cui all'intesa del 23 marzo 2005;
- la piena operatività, in termini di alimentazione del sistema informativo regionale anche attraverso l'estinzione del codice identificativo dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia riferito a tutti i flussi informativi sanitari ed economici.

1.4 Area risorse umane e assetto organizzativo

L'Azienda ha proseguito nell'attuazione di un modello strutturato di relazioni sindacali, orientato al coinvolgimento costante delle rappresentanze collettive sindacali sui processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi, nel rispetto della distinzione dei rispettivi ruoli e responsabilità. Le politiche di valorizzazione e sviluppo delle risorse umane sono improntate a criteri di trasparenza ed imparzialità dei comportamenti, nel condiviso obiettivo di garantire servizi sanitari di eccellenza alla collettività, migliorando al contempo le condizioni di lavoro e la crescita professionale del personale impiegato.

A seguito della fusione sono stati fatti Accordi sindacali di ingresso e si sta procedendo ad armonizzare le contrattazioni integrative aziendali.

Particolare impegno è stato dedicato a perseguire la riorganizzazione e la fusione delle attività di amministrazione e di supporto logistico e tecnico-professionale, con lo scopo di garantire efficienza organizzativa e trasparenza e di omogeneizzare e snellire le procedure del nuovo assetto aziendale.

Entro il 30 giugno 2018 è stato adottato l'atto aziendale in riferimento al nuovo assetto istituzionale e organizzativo fissato dalla Legge regionale n. 9/2017 con sottoposizione alla Giunta regionale ai fini della verifica di conformità di cui all'articolo 3, comma 4, della legge regionale n. 29 del 2004.

In relazione al trasferimento della titolarità dell'IRCCS "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia", nell'atto aziendale è stato altresì disciplinato l'assetto degli organi, le rispettive competenze, la forma organizzativa e le strutture afferenti.

Per quanto riguarda i **restanti obiettivi di mandato definiti nella DGR 891/2017**, nella tabella seguente sono classificati, in sintesi, rispetto alle dimensioni della performance e alle rispettive aree che le compongono, in linea con quanto indicato nella Delibera n°3/2016 dell'OIV regionale.

Dimensioni e aree della performance	Obiettivi di mandato del Direttore Generale dell'Azienda Usl di Reggio Emilia (DGR 891/2017)
Dimensione di performance dell'utente	
Area dell'accesso e della domanda di prestazioni	2.3 Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero programmato 2.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico
Area dell'integrazione	2.4 Consolidamento della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale 2.9 Integrazione socio-sanitaria
Area degli esiti	
Dimensione di performance dei processi interni	
Area della produzione	2.1 Riordino dell'assistenza ospedaliera 2.2 Consolidamento delle cure primarie, sviluppo case della salute, integrazione ospedale-territorio 2.5 Attività di prevenzione e promozione della salute
Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	2.6 Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico 2.7 Governo assistenza farmaceutica 2.8 Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico
Area dell'organizzazione	3.2 Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende 3.3 Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi 3.6 Adempimenti nei flussi informativi
Area dell'anticorruzione e della trasparenza	
Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo	
Area della ricerca e della didattica	2.10 Attività di ricerca
Area dello sviluppo organizzativo	3.7 Valorizzazione del capitale umano
Dimensione di performance della sostenibilità	
Area economico-finanziaria	3.1 Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa 3.5 Governo delle risorse umane
Area degli investimenti	3.4 Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio - tecnologico e governo degli investimenti

Nella DGR 891/2017 di designazione del Direttore Generale dell'Azienda Usl di Reggio Emilia non vengono attribuiti obiettivi direttamente riconducibili alle aree di performance: esiti, anticorruzione e trasparenza.

Per quanto riguarda l'area degli esiti, essa sintetizza aspetti trattati in altre aree, enfatizzando soprattutto l'orientamento all'utente esterno che caratterizza il Piano della performance ed il richiamo ai sistemi di verifica e valutazione presenti a livello nazionale, come si evince anche dal paragrafo 6.1 di questo documento, dove sono riportati i numerosi indicatori che la rappresentano.

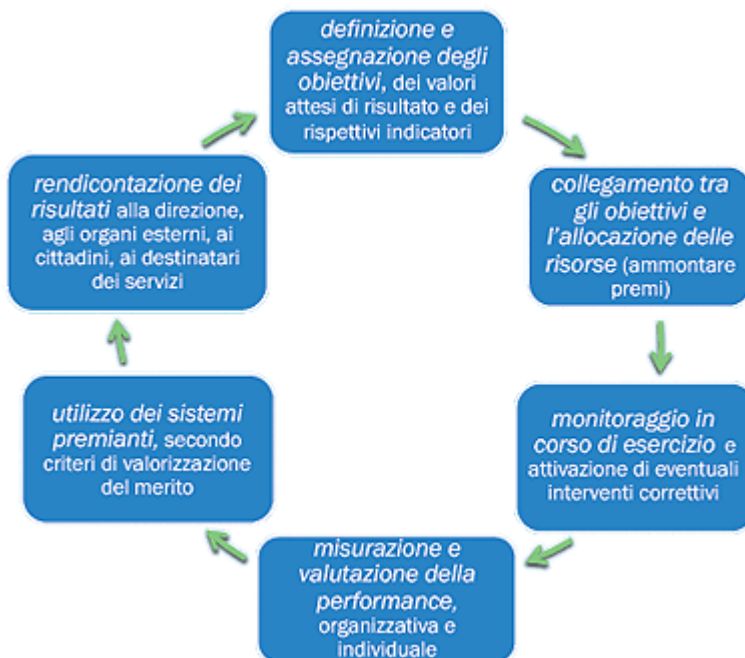
Per quanto riguarda l'area dell'anticorruzione e della trasparenza, i riferimenti da cui trarre i contenuti in termini di obiettivi sono ricavabili dagli atti di programmazione di livello nazionale e regionale. Anche in questo caso sono riportati gli indicatori individuati a livello regionale.

Il capitolo 6 di questo documento riporta gli indicatori di risultato, ed in particolare il paragrafo 6.1 la tabella completa di tutti gli indicatori individuati per il Piano della Performance 2018-2020.

4.5 Coerenza tra il ciclo della performance e il ciclo della programmazione economico-finanziaria

Come previsto dalla Legge 150/2009 il ciclo della performance prevede le seguenti fasi:

Ciclo della performance (Art 4)



Annualmente l'Azienda realizza il **processo di programmazione** attraverso i seguenti passaggi:

1. lettura dei problemi e delle criticità del territorio di riferimento;
2. selezione delle priorità di intervento;
3. esplicitazione delle scelte;
4. monitoraggio periodico e gestione delle eccezioni;
5. rendicontazione e connessione al sistema premiante.

Nella prima fase si realizza la **funzione di committenza** della direzione aziendale e della direzione dei distretti attraverso l'analisi epidemiologica del contesto provinciale e distrettuale, l'analisi degli indicatori di offerta dei servizi e di indicatori di qualità dell'assistenza.

Per l'Azienda Usl di Reggio Emilia, coerentemente con gli indirizzi regionali della legge 29/2004 e del Piano sociale e sanitario regionale, l'integrazione socio-sanitaria costituisce uno degli ambiti di lavoro cruciali in una logica di alleanza e co-progettazione con gli Enti locali, per migliorare la capacità di rispondere all'evoluzione della domanda sociosanitaria.

In particolare, oltre allo sviluppo di servizi dedicati agli anziani, negli ultimi anni l'area della disabilità, della salute mentale e della tossicodipendenza sono oggetto di progettazione e confronto non solo interno, ma aperto ai contributi della comunità locale con particolare ascolto ai bisogni espressi dai pazienti, dalle loro famiglie e dalle associazioni di volontariato. Questi sono ambiti di particolare difficoltà per le famiglie, in cui le risposte più appropriate ed efficaci sono l'esito di una significativa sinergia tra l'azienda sanitaria, gli enti locali, il privato sociale, le associazioni di volontariato, per offrire servizi sociosanitari integrati.

La partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria, a livello provinciale, si esprime nell'attività della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e a livello distrettuale principalmente nei Comitati di distretto.

La funzione di committenza si esercita inoltre nella negoziazione, con i vari livelli di produzione, della quantità e qualità delle prestazioni all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e prevede il monitoraggio periodico e la valutazione dei risultati.

La prima fase quindi si caratterizza per la composizione di punti di vista differenti (produttori e utilizzatori dei servizi, tecnici e amministratori, associazioni di tutela) al fine di orientare la programmazione verso ciò che è più rilevante e sostenibile all'interno dei vincoli e delle compatibilità di sistema.

Vincoli e compatibilità di sistema sono oggetto degli incontri di concertazione tra la Regione e le Aziende sanitarie per bacino provinciale e vengono definiti nelle "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale".

Gli obiettivi regionali, emanati annualmente con delibera di giunta regionale nelle linee di programmazione e finanziamento alle Aziende sanitarie, vengono trasmessi e condivisi con le macroarticolazioni aziendali, vengono calati nelle diverse realtà distrettuali ed integrati con quanto emerge dal confronto con gli Enti Locali e dalle valutazioni partecipate dei bisogni di salute della popolazione. Tali obiettivi orientano le priorità di azione ai diversi livelli organizzativi.

Nel **Bilancio economico preventivo**, documento orientato prevalentemente all'esterno, trova esplicitazione la formalizzazione degli obiettivi aziendali annuali ed in particolare nella relazione del Direttore Generale vengono definite le azioni previste per realizzarli, a fronte degli obiettivi assegnati per l'anno in corso dalla Regione nelle Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Parallelamente all'espletamento della committenza esterna viene attuata la committenza interna attraverso il **percorso di budget**. Il budget è il principale strumento di programmazione, poiché in maniera esplicita e formale vengono definiti i programmi di azione dell'Azienda, se ne verifica la fattibilità tecnica e finanziaria e si allocano le risorse coerentemente agli obiettivi da perseguire. L'orizzonte temporale che caratterizza il percorso di programmazione si colloca oltre l'arco dell'anno solare stesso, assumendo una valenza biennale.

Nel primo anno del biennio di budget, è prevista una negoziazione a tutto campo finalizzata a programmare obiettivi, progetti, investimenti validi per il prossimo biennio; nel secondo anno è previsto solo un momento d'integrazione e aggiornamento focalizzato sugli obiettivi economici (produzione, consumo beni sanitari, obiettivi di performance).

L'elemento che caratterizza il percorso di programmazione all'interno dell'Azienda è la responsabilizzazione dei Direttori di Dipartimento chiamati a negoziare all'interno della loro area gli obiettivi e le richieste delle singole strutture, semplici e complesse, rispetto al quadro aziendale di riferimento esplicitato nelle Linee di Indirizzo al Budget.

Al Direttore di Dipartimento è assegnato il compito di formulare una proposta di budget, articolata per i Centri di Responsabilità che compongono la macrostruttura con il coinvolgimento dei dirigenti medici, sanitari e collaboratori delle professioni sanitarie avvalendosi del Comitato di Dipartimento. Tramite tale comitato o altre riunioni interne si promuovono la diffusione e la condivisione degli obiettivi a tutte le articolazioni organizzative della macrostruttura. La partecipazione dei professionisti deve trovare riscontro in evidenze documentali.

Il percorso di Budget prende avvio con la condivisione nel Collegio di Direzione della cornice (vincoli) e degli obiettivi assegnati dalla Regione; attraverso incontri tra i Dipartimenti territoriali e ospedalieri e la Direzione aziendale si definiscono nella concertazione di budget, in modo partecipato, gli obiettivi da perseguire.

La gestione della documentazione da elaborare per la negoziazione avviene tramite la piattaforma informatica presente sull'Intranet all'interno del "Repository del Controllo di Gestione" – sezione Budget.

La formalizzazione annuale degli impegni delle singole unità operative nel percorso di budget è la scheda di budget in cui vengono riportati gli obiettivi e che viene utilizzata anche come strumento di rendicontazione interna. Prevede diverse sezioni:

1. valutazione dei risultati dell'anno precedente,
2. proposta di nuovi progetti da sviluppare,
3. obiettivi di performance: obiettivi di produzione, consumo beni sanitari e indicatori di performance desunti dai sistemi di valutazione sanitaria delle aziende (Griglia Lea, PNE, DM 70/2015, Bersaglio, InSiDER), strutturati nella scheda budget dipartimentale con indicatori pesati specifici per ogni SOC/SSD e collegati al sistema d'incentivazione (salario di risultato), obiettivi di corresponsabilità di livello aziendale collegati al sistema accreditamento, qualità, rischio clinico e ricerca.

La performance viene monitorata durante l'anno mediante l'elaborazione di una reportistica periodica messa a disposizione delle Direzioni di Dipartimento e delle singole strutture per un confronto tra i servizi, i dipartimenti e la Direzione aziendale. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi.

L'analisi del raggiungimento degli obiettivi di attività e di performance avviene per unità operativa. Gli obiettivi di ciascuna unità operativa sono a cascata obiettivi dei singoli dirigenti. Il sistema premiante, con l'attribuzione del salario di risultato/incentivi della produttività ai singoli professionisti, è collegato al raggiungimento degli obiettivi delle unità operative di appartenenza per le aree della dirigenza e al raggiungimento degli obiettivi complessivi aziendali per l'area comparto.

Nella contrattazione integrativa aziendale, che rappresenta l'elemento centrale del sistema di relazioni sindacali per l'attuazione degli istituti demandati dalla contrattazione collettiva nazionale, vengono definite le risorse disponibili sui fondi contrattuali, le modalità di assegnazione del salario di risultato/incentivi della produttività, comprensive delle attribuzioni di équipe e individuali.

Vengono inoltre definiti gli accordi con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che comprendono obiettivi, indicatori e standard per il monitoraggio.

La performance aziendale, laddove collegata al salario di risultato, per gli obiettivi di unità operativa, e agli incentivi della produttività, per gli obiettivi aziendali, in conformità alle indicazioni dell'OIV (Organismo indipendente di valutazione) regionale, viene valutata dall'OAS (Organismo aziendale di supporto all'OIV regionale).

Ciclo di gestione della performance e strumenti

Piano della performance: documento con prospettiva triennale con forte connessione agli obiettivi di mandato, definiti nella delibera di nomina del Direttore Generale, orientato:

- verso l'interno dell'Azienda, per fornire una cornice di riferimento strategica per la programmazione annuale
- verso l'esterno dell'Azienda, per illustrare i principali obiettivi strategici e indicare come monitorarli.

Budget: documento con prospettiva prevalentemente interna, teso ad indicare gli obiettivi da conseguire nel corso dell'anno, in coerenza con le strategie indicate nel Piano della performance ed in attuazione della programmazione annuale regionale.

Bilancio economico preventivo: in questo documento, orientato prevalentemente all'esterno, trova esplicitazione la formalizzazione degli obiettivi aziendali annuali ed in particolare nella relazione del Direttore Generale, a fronte degli obiettivi assegnati per l'anno in corso dalla Regione e condivisi nella programmazione locale, vengono definite le azioni previste per realizzarli.

Relazione sulla performance: documento annuale di rendicontazione dei risultati di performance conseguiti dall'Azienda, orientato sia verso l'esterno che verso l'interno, evidenzia a consuntivo con riferimento all'anno precedente i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati.

Bilancio di esercizio: documento annuale, orientato prevalentemente all'esterno, che rappresenta il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria e rendiconta, in particolare nella relazione sulla gestione a cura del Direttore Generale, il grado di raggiungimento degli obiettivi aziendali con riferimento soprattutto a quelli di interesse regionale definiti nella delibera annuale di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie.

5. Misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance delle Aziende Sanitarie si articola su due livelli: Performance complessiva aziendale e performance organizzativa ed individuale interna.

5.1 Performance complessiva aziendale

Si traduce principalmente mediante una programmazione triennale, formalizzata nel Piano della performance, ed una rendicontazione annuale, formalizzata nella Relazione sulla performance, secondo le dimensioni della performance e gli indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, misurati attraverso il sistema di valutazione regionale InSiDER (Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna). Si tratta di un portale dedicato alle Aziende Sanitarie regionali per monitorare e valutare, tramite sistemi di indicatori e Dashboard direzionali, l'assistenza erogata. Tale sistema garantisce la standardizzazione e la confrontabilità verso tutti gli stakeholder e gli utenti dei servizi. Ciò consente di poter valutare l'operato dell'Azienda in modo trasparente attraverso indicatori che misurino le attività direttamente connesse col perseguimento delle finalità istituzionali e di apprezzare i risultati raggiunti.

In questo ambito sono particolarmente importanti gli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale e le linee di programmazione via via adottate dalla Regione o a livello locale, oltre che le piattaforme informatiche regionali/nazionali di rilevazione e rendicontazione dei risultati.

Si evidenzia che la valutazione complessiva dei risultati dell'Azienda viene effettuata anche da soggetti istituzionalmente competenti, secondo le modalità e i tempi previsti da specifiche normative. Si tratta:

- della Regione che, in quanto garante dei Livelli Essenziali di Assistenza ai cittadini, definisce gli obiettivi e assegna le risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie;
- della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), in quanto gli Enti Locali in essa rappresentati sono garanti dei bisogni sanitari e socio-assistenziali delle comunità, con funzioni di verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende e di partecipazione alla programmazione sanitaria locale;
- del Ministero della Salute, anche attraverso l'Agenas - Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, tramite gli strumenti della Griglia LEA, il Piano Nazionale Esiti.

Tale pluralità di punti di vista rappresenta una ricchezza informativa circa gli obiettivi e i risultati delle Aziende, consentendo ai vari stakeholder di attuare un monitoraggio puntuale e costante.

Il ciclo di gestione della performance con l'individuazione di specifici indicatori di misurazione regionali integra, fornendo ulteriori elementi informativi, gli elementi di valutazione utilizzati per le valutazioni aziendali espresse dei diversi livelli istituzionali.

5.2 Performance organizzativa ed individuale interna

È rappresentata dal percorso di budget annuale, dal sistema di valutazione interno aziendale e dal sistema premiante. Come specificato anche nel regolamento di budget aziendale, da alcuni anni la Direzione aziendale ha avviato un percorso di programmazione strategica, finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- esplicitare le priorità strategiche aziendali;
- coinvolgere i Direttori di macrostruttura nel confronto e nella condivisione delle priorità e degli obiettivi strategici, nella declinazione degli obiettivi operativi annuali, nell'individuazione delle modalità e delle strutture coinvolte per il loro raggiungimento;
- aumentare l'efficacia del processo di pianificazione, programmazione e controllo con la combinazione di un approccio top-down, caratterizzato dalla definizione delle priorità aziendali, con un approccio bottom-up, relativo all'individuazione degli obiettivi e delle azioni attuative.

La negoziazione di budget avviene tra la direzione generale, i direttori di macrostruttura e i responsabili di programma, i responsabili dei centri di responsabilità, espressione tecnico – gestionale dell'organizzazione aziendale territoriale ed ospedaliera, ed i responsabili infermieristico/tecnici di dipartimento. Alla negoziazione partecipano i principali committenti interni (direttori dei distretti) e le funzioni di staff aziendali.

In corso d'anno viene assicurata l'attività di verifica dell'andamento complessivo della gestione del budget e della sua coerenza con quanto definito in sede di negoziazione, attraverso un sistema di reporting aziendale reso disponibile con cadenza trimestrale. L'ultimo monitoraggio dell'anno chiude il processo del controllo periodico e sistemico e coincide con la rendicontazione di fine anno. L'analisi del raggiungimento degli obiettivi di performance è collegata al sistema premiante come previsto dal ciclo della performance e già descritto nel paragrafo 4.5 di questo documento.

5.3 Sistema di valutazione delle competenze e sviluppo professionale

La verifica e valutazione dei dirigenti è concepita come un vero e proprio processo che parte nel momento stesso dell'inserimento in Azienda e si sviluppa durante tutta la vita professionale del personale coinvolto. Rappresenta il rispetto delle disposizioni normative e contrattuali vigenti e della contrattazione integrativa aziendale e contribuisce all'incontro tra le finalità, la cultura, la vision, e l'assetto dell'organizzazione e i valori, i bisogni e le competenze del professionista, in una modalità di diagnosi organizzativa e confronto fra le parti nell'ambito del governo del personale. La valutazione delle competenze riguarda la dimensione delle competenze e dei comportamenti professionali ed acquista significato nella misura in cui riesce ad agire sulla qualità dell'offerta al cittadino, evidenziando i punti di forza e le aree di miglioramento dell'azione professionale.

La valutazione sostiene il patrimonio delle risorse umane aziendali orientandone i comportamenti nell'area tecnico specialistica, organizzativa – gestionale e relazionale ed elaborando strategie e programmi per il mantenimento, il miglioramento e la valorizzazione delle competenze dei professionisti. Inoltre, crea un'opportunità di sviluppo, un'occasione strutturata di dialogo, condivisione, trasparenza e progettualità tra capo e collaboratore diventando quindi non solo uno strumento predittivo dei buoni risultati conseguibili nel breve periodo, ma anche una modalità per garantire nel medio periodo il mantenimento e sviluppo della professionalità.

Attraverso questo processo aziendale il Direttore può orientare i collaboratori affidati verso obiettivi professionali di sviluppo e crescita, per costruire un piano individuale di miglioramento e sviluppo personale in grado di monitorare, verificare, adattare, la gestione dei miglioramenti e apprendimenti attesi rendendo più efficace la performance individuale e del gruppo di appartenenza. Il Dirigente, altresì, può conoscere in modo trasparente e chiaro la valutazione che il capo diretto esprime delle proprie competenze, monitorare l'andamento delle competenze sviluppate, rendere più evidente il livello di professionalità agito in coerenza con quanto atteso, acquisire maggiore consapevolezza del proprio potenziale in modo da partecipare attivamente al processo di miglioramento sia individuale sia organizzativo. Il sistema di valutazione annuale delle competenze individua programmi personalizzati di miglioramento, organizzati per competenze al fine di orientare lo sviluppo professionale ai bisogni organizzativi, contribuisce a programmare e orientare la formazione trasversale ricompresa nel Catalogo aziendale assicurando le connessioni tra percorso di valutazione e formazione aziendale e valorizza le competenze distintive dei professionisti per promuoverne il loro sviluppo e il miglior utilizzo in ambito aziendale.

In ultima analisi la valutazione evidenzia l'attenzione ai professionisti, ai vincoli ed alle potenzialità dei loro comportamenti professionali, all'interno della complessità organizzativa e fornisce feedback sull'effettivo contributo individuale in funzione del risultato aziendale atteso.

5.4 Sviluppo delle risorse umane e partecipazione alla gestione operativa

Le persone costituiscono la risorsa fondamentale per lo svolgimento delle attività ed il perseguimento della mission aziendale. La promozione della partecipazione, la valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo delle competenze idonee a garantire il fare bene le cose giuste sono valori perseguiti. Essi trovano concretizzazione in alcuni percorsi organizzativi, quali l'ascolto dei punti di vista dei professionisti per costruire le decisioni, la promozione dello sviluppo delle competenze e delle specificità di ognuno, l'assegnazione di precise responsabilità attraverso la definizione di contratti per la dirigenza e di obiettivi specifici per tutti i professionisti.

Gli strumenti adottati per favorire la partecipazione sono riconducibili:

- alla diffusione delle informazioni attraverso i mezzi della comunicazione quali intranet, documenti aziendali aperti alle osservazioni dei professionisti;
- al percorso di budget che vede fasi di coinvolgimento ampie;
- ai gruppi di lavoro su tematiche sia tecniche che organizzative (es. gruppi per gli audit clinici);
- ai contratti individuali dei dirigenti con responsabilità di gestione dove si evidenziano competenze e impegni specifici nella direzione dell'ascolto e dello scambio reciproco con i collaboratori.

Per quanto riguarda la struttura delle responsabilità nelle diverse articolazioni organizzative e gestionali dell'Azienda Usl di Reggio Emilia, la scelta di fondo è stata quella di creare un sistema di responsabilità diffuse.

La richiesta aziendale verso questi dirigenti, definita nei contratti individuali d'incarico, è non solo di assicurare la responsabilità sul versante dei risultati della propria struttura, ma anche di essere responsabili dello sviluppo professionale dei collaboratori.

Un ruolo rilevante è attribuito al Collegio di direzione che esercita specifiche funzioni di concorso al governo del sistema, tra cui l'elaborazione di proposte in merito alle attività di formazione, ricerca e innovazione, gestione integrata del rischio, organizzazione e sviluppo dei servizi.

Altro organismo di partecipazione dei professionisti di livello dipartimentale è il Comitato di dipartimento, che contribuisce ai processi di programmazione delle attività funzionali al raggiungimento degli obiettivi aziendali, promuovendo processi di innovazione e di miglioramento della qualità clinica, assistenziale e organizzativa.

Sulla base di questa organizzazione e dei principi su cui l'Azienda basa lo sviluppo e la partecipazione alla gestione operativa delle risorse umane, l'Azienda ha deciso di implementare l'approccio *"Better Value in Healthcare"* tramite il progetto intitolato: *"RE-Value Improvement Programme"*.

5.5 Assistenza sanitaria basata sul valore

L'Azienda all'inizio del 2018 ha dato l'avvio al progetto pluriennale "Reggio Emilia Value Improvement Programme", in collaborazione con l'Agenzia Better Value Health Care (BVHC) di Oxford, per accompagnare il processo di cambiamento in atto a seguito della fusione delle due Aziende Sanitarie pubbliche provinciali. Il progetto prevede un coinvolgimento multi-professionale e il supporto della direzione aziendale.

L'obiettivo è quello di aumentare quel che oggi viene definito come "il valore" dell'assistenza sanitaria. Il programma *Rightcare* dell'università di Oxford ha definito il concetto di "triple value"¹⁰ [triplo valore]: allocativo, tecnico, personale:

- Il valore allocativo è determinato dall'allocazione ottimale
- Il valore tecnico è determinato dall'utilizzo delle risorse, non solo per ciò che riguarda la qualità e la sicurezza dei servizi erogati ai pazienti visitati, ma rispetto a tutte le persone bisognose nella popolazione
- Il valore personale si riferisce al grado con cui un intervento risponde ai principali problemi della persona.

Al fine di lavorare per un'assistenza basata sul valore l'Azienda ha deciso di orientare la cultura dei professionisti progettando un percorso formativo pluriennale che affronta i seguenti temi:

- come ottenere valore personale, tecnico-professionale ed allocativo nell'erogazione dell'assistenza;
- minimizzare gli sprechi ed aumentare la sostenibilità dei servizi;
- progettare ed erogare servizi orientati alla popolazione;
- assistere il paziente in modo appropriato e ridurre le ineguaglianze;
- la promozione della salute;
- creare e guidare network clinici;
- l'engagement dei pazienti;
- la gestione delle conoscenze;
- guidare i processi di trasformazione.

Parte del percorso è basata sull'individuazione di temi e problemi di interesse aziendale che possano diventare oggetto di iniziative progettuali che abbiano come finalità aumentare il valore dell'assistenza.

¹⁰ Gray, J.A.M. (2007) How to Get Better Value Healthcare. Offox Press. (p.6).

5.6 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

L'art. 6 del D. Lgs. 165/2001, come modificato dal D. Lgs. 75/2017, prevede che annualmente le Pubbliche Amministrazioni (PP.AA.) adottino un atto di programmazione denominato Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP), pena il divieto di assumere nuovo personale.

Essendo fondamentale per ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche e per meglio perseguire obiettivi di performance organizzativa, scegliere correttamente le competenze professionali e le risorse umane da inserire, il PTFP dovrà essere sviluppato nel rispetto dei vincoli finanziari ed in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance.

A tal fine, il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Ministro della Salute, con riguardo alle aziende ed enti del SSN, nel maggio 2018 ha adottato un decreto che definisce linee di indirizzo volte ad orientare le PP.AA. nella predisposizione dei rispettivi piani del fabbisogno.

Nel rispetto di tale decreto ed in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance si sta lavorando alla predisposizione di detto documento, in linea con le disposizioni che perverranno dalla Regione Emilia-Romagna.

6. Gli indicatori di risultato

La Delibera n.3 2016 dell'OIV regionale "Aggiornamento delle linee guida sul sistema di misurazione e valutazione della performance" individua per le diverse dimensioni/aree della performance un insieme di indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, così da garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

Tali indicatori sono stati selezionati nell'ambito del Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna InSiDER (ex SIVER), ovvero il portale della Regione Emilia-Romagna dedicato al tema della valutazione delle performance del Servizio Sanitario che comprende all'incirca 250 indicatori. Questo sistema consente di assicurare una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione. Particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che essi sono centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende. Nel tempo l'elenco degli indicatori potrà essere oggetto di integrazioni o correttivi per una migliore rappresentazione delle performance aziendali.

Gli indicatori di risultato sono stati individuati per ogni area della performance e assegnati secondo una logica di "prevalenza", privilegiando comunque la prospettiva dell'utente.

Si riporta di seguito una tabella di sintesi del numero di indicatori per dimensione e area della performance.

1. Dimensione di performance dell'utente	N° di indicatori
Area dell'accesso e della domanda di prestazioni	11
Area dell'integrazione	8
Area degli esiti	21
2. Dimensione di performance dei processi interni	
Area della produzione - ospedale	9
Area della produzione - territorio	17
Area della produzione - prevenzione	16
Area della appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico	13
Area dell'anticorruzione e della trasparenza	2
3. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo	
Area della ricerca e della didattica	8
4. Dimensione di performance della sostenibilità	
Area economico-finanziaria	8
Area degli investimenti	1
Totale complessivo	114

Si precisa che gli indicatori individuati per **l'Area della performance della ricerca e della didattica**, riferiti alla dimensione dell'innovazione e dello sviluppo, non vengono forniti dal sistema di valutazione regionale InSiDER, ma elaborati a livello aziendale.

In seguito alla fusione aziendale del 01/07/2017 all'Azienda Usl di Reggio Emilia è stata trasferita la titolarità dell'IRCCS "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia" (riconosciuto formalmente IRCCS con D.M. 12 aprile 2011 e confermato rispettivamente con D.M. 8 settembre 2015, e con D.M. 23 novembre 2017).

La Delibera n.3/2016 dell'OIV prevede per le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico l'utilizzo di almeno dei 3 indicatori per questa area della performance:

- Numero di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante);
- Impact factor normalizzato (Ifn);
- Impact factor normalizzato per ricercatore.

L'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS ha integrato l'area della ricerca e della didattica con ulteriori indicatori, oltre a quelli suggeriti dalla Delibera n.3/2016 dell'OIV, portando a 8 il numero totale di indicatori per questa area della performance:

- i. Numero di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante);
- ii. Impact Factor normalizzato (IFn) IRCCS;
- iii. Impact Factor normalizzato per ricercatore (IRCCS);
- iv. Impact Factor grezzo (IFg);
- v. Impact Factor grezzo (IFg) ambito oncologico (IRCCS);
- vi. Impact Factor grezzo (IFg) ambito non oncologico;
- vii. Numero di pubblicazioni scientifiche ASMN/AUSL + IRCCS;
- viii. Numero di pubblicazioni scientifiche IRCCS.

Il primo indicatore (i) è proposto dalla Delibera n.3 dell'OIV regionale anche per le Aziende Usl: "Numero di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)", ed era quindi presente anche nel precedente Piano della performance 2016-2018 sia dell'Azienda Usl che dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

I rimanenti indicatori dell'area (punti ii-viii) erano stati individuati già nel precedente Piano della Performance 2016-2018 dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e sono confermati nel presente Piano 2018-2020.

Anche l'indicatore definito per **l'Area degli investimenti**, afferente alla dimensione della performance della sostenibilità, è un indicatore suggerito dall'OIV nella Delibera n.3/2016, elaborato a livello aziendale in quanto non disponibile in InSiDER, e riguarda la "percentuale di realizzazione del piano investimenti aziendali".

Nelle pagine seguenti viene riportata la tabella con gli indicatori calcolati. Per ciascun indicatore viene riportato:

- il valore aziendale ultimo disponibile, che per la maggior parte degli indicatori è riferito all'anno 2017,
- il valore medio regionale riferito allo stesso anno, che consente un confronto dell'Azienda rispetto alla media delle Aziende sanitarie regionali,

- il valore aziendale precedente (se disponibile in InSiDER), riferito per lo più all'anno 2016, col fine di evidenziare un andamento temporale dell'indicatore,
- il trend atteso dall'Azienda per il triennio di vigenza del Piano della performance.

Ancorché l'unificazione sia avvenuta a metà anno 2017, gli indicatori che riguardano l'assistenza ospedaliera, desunti dal Sistema di valutazione regionale InSiDER, sono calcolati per l'intero anno 2017 ad Azienda unificata.

6.1 Risultati osservati e valori attesi nel triennio 2018-2020

1. Dimensione di performance dell'utente							
	N° Indicatore InSiDER	Descrizione indicatore	Valore aziendale periodo precedente (2016)		Ultimo valore disponibile 2017		Valore atteso 2018-2020
			ASMN	AUSL RE	AUSL RE - IRCCS	RER	
Area dell'accesso e della domanda di prestazioni	IND0212	Tasso standardizzato di ospedalizzazione (ordinario e diurno) x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		138,45	136,61	134,48	mantenimento
	IND0319	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. visite prospettate in sede di prenotazione entro i 30 giorni		99,31	99,08	97,05	mantenimento
	IND0320	Tempi di attesa ex ante primi accessi: n. esami diagnostici prospettati in sede di prenotazione entro i 60 giorni		99,73	99,75	98,31	mantenimento
	IND0228	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di Salute Mentale Adulti		18,87	7,67	10,22	mantenimento
	IND0105	% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti ^a	74,47	81,07	74,77	67,87	mantenimento
	IND0107	% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora ^a	42,89	75,91	56,07	60,96	mantenimento
	IND0410	Tasso standardizzato di accessi in PS ^a		335,36	339,42	381,94	mantenimento
	IND0137	% di abbandoni da PS ^a	5,53	3,72	4,88	4,98	mantenimento
	IND0698	Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: % casi entro i 30 giorni ^a	72,01	71,43	73,28	77,18	miglioramento
	IND0699	Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: % casi entro i 180 giorni ^a	71,68	99,26	81,70	81,04	mantenimento
	IND0700	Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata ^a	54,72	73,05	69,04	70,61	miglioramento
Area della integrazione	IND0207	% di anziani >= 65 anni trattati in ADI - GRIGLIA LEA		6,06	6,30	4,14	mantenimento
	IND0236	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per TSO x 100.000 residenti maggiorenni		37,93	32,39	22,36	miglioramento
	IND0280	Tasso di utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti >= 75 anni		236,67	263,48	194,03	mantenimento
	IND0683	Tasso standardizzato di ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite x 100.000 abitanti - GRIGLIA LEA		115,73	129,43	126,63	miglioramento
	IND0686	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per complicanze del diabete (a breve e lungo termine), BPCO e scompenso cardiaco x 100.000 residenti >= 18 anni - GRIGLIA LEA		331,06	365,98	415,31	mantenimento
	IND0311	% IVG medica sul totale IVG ^a		38,13	38,58	29,92	mantenimento
	IND0542	% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane ^a	36,61	20,89	22,91	31,48	mantenimento
IND0673	% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO ^a		20,00	7,50	3,21	mantenimento	

Note: ^a indicatore di osservazione

1. Dimensione di performance dell'utente

	N° Indicatore InSiDER	Descrizione indicatore	Valore aziendale periodo precedente (2016)		Ultimo valore disponibile (2017)		Valore atteso 2018-2020
			ASMN	AUSL RE	AUSL RE - IRCCS	RER	
Area degli esiti	IND0271	Colecistectomia laparoscopica % di con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni ^b	68,99	82,82	77,15	80,73	miglioramento
	IND0275	Bypass aortocoronarico: mortalità a 30 giorni dall'intervento ^{b c}		1,16	1,95	1,57	
	IND0276	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni dall'intervento ^{b c}		1,22	2,08	1,96	
	IND0389	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni ^b	7,25	8,98	7,52	9,06	
	IND0390	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA (angioplastica coronarica percutanea) entro 2 giorni dall'accesso ^b	63,75	13,36	36,66	43,18	miglioramento
	IND0391	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni ^b	8,60	13,91	11,36	12,68	
	IND0392	Riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni dall'intervento ^{b c}	2,75		1,60	1,53	
	IND0393	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni ^b	8,28	19,55	10,69	10,66	
	IND0394	Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia ^{b d}	2,54		3,11	1,60	
	IND0395	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni ^b	7,80	13,97	8,58	9,99	
	IND0396	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con attività superiore a 90 casi ^a	97,03	59,95	80,26	82,06	miglioramento
	IND0397	Intervento chirurgico per tumore maligno della mammella: % interventi in reparti con volume di attività superiore a 135 casi ^{a e}	99,82		100	81,55	mantenimento
	IND0398	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella ^b	5,97	5,36	2,35	6,11	mantenimento
	IND0399	Intervento chirurgico per tumore maligno al polmone: mortalità a 30 giorni ^{b d}	1,36	3,23	0,77	0,78	
	IND0400	Intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco: mortalità a 30 giorni ^{b d}	1,59	4,08	2,67	4,74	
	IND0401	Intervento chirurgico per tumore maligno al colon: mortalità a 30 giorni ^{b c}	4,26	1,71	3,01	4,35	
	IND0402	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio ^{b c}	1,20	0,84	0,87	0,90	mantenimento
	IND0403	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio ^{b c}	1,00	0,28	0,71	0,98	mantenimento
	IND0404	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico ^a	2	2	2	2	mantenimento
	IND0441	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni ^b	81,88	65,88	70,07	72,80	miglioramento
IND0494	Proporzione di parti con taglio cesareo primario ^{b f}	21,01	14,32	16,83	18,01	mantenimento	

Note: ^a indicatore di osservazione; ^b indicatore di osservazione non aggiustato; ^c valori da InSiDER 2016 riferiti al periodo 2015-2016 e 2017 riferiti a 2016-2017; ^d valori da InSiDER 2016 riferiti al periodo 2014-2016 e 2017 riferiti a 2015-2017; ^e E' attiva una breast unica provinciale con professionisti dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia che operano su più sedi ospedaliere; ^f Il DM 70/2015 prevede per gli ospedali HUB con maternità di 2° livello e parti > 1000 (Arcispedale S. Maria Nuova), uno standard del 25% e per gli ospedali spoke con maternità di 1° livello e parti <1000 (es. Ospedale di Guastalla), uno standard del 15%.

2. Dimensione di performance dei processi interni							
	N° Indicatore InSIDER	Descrizione indicatore	Valore aziendale periodo precedente (2016)		Ultimo valore disponibile (2017)		Valore atteso 2018-2020
			ASMN	AUSL RE	AUSL RE - IRCCS	RER	
Area della produzione – ospedale	IND0102	% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	3,81	1,91	0,00	0,00	mantenimento
	IND0301	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,33	-0,22	-0,16	-0,34	mantenimento
	IND0302	Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,61	-1,46	-0,90	-0,52	mantenimento
	IND0303	Degenza media pre-operatoria	0,63	0,30	0,52	0,73	mantenimento
	IND0409	Volume di accessi in PS ^a	85.619	93.178	181.856	1.891.003	
	IND0411	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici ^a	17.750	15.015	36.287	359.943	
	IND0412	Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici ^a	11.948	11.601	22.136	256.848	
	IND0413	Volume di ricoveri in DH per DRG medici ^a	4.011	1.992	3.105	38.898	
	IND0414	Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici ^a	5.880	6.299	12.045	84.951	
Area della produzione – territorio	IND0211	Numero assistiti presso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) x 1.000 residenti ^a - GRIGLIA LEA		20,31	20,58	20,57	mantenimento
	IND0225	Tasso standardizzato di prevalenza x 1000 residenti nei servizi di Neuropsichiatria Infantile		84,81	89,69	78,62	mantenimento
	IND0415	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica ^a	288.954	566.460	844.252	6.839.955	mantenimento
	IND0416	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite ^a	324.441	515.034	848.656	6.519.422	mantenimento
	IND0417	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio ^a	3.294.301	1.671.534	5.445.380	46.157.827	mantenimento
	IND0224	Tasso standardizzato di prevalenza x 1000 residenti nei servizi Salute Mentale Adulti		20,25	20,44	20,08	mantenimento
	IND0310	% di donne seguite prevalentemente dal consultorio in gravidanza ^a		51,06	50,63	49,98	mantenimento
	IND0317	% utenti degli spazi giovani sulla popolazione target (14-19 anni) ^a		3,55	3,52	5,45	miglioramento
	IND0499	Tasso di utilizzo della rete GRAD in età adulta x 1.000 residenti ^a		0,33	0,34	0,36	mantenimento
	IND0661	% di donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita ^a		57,44	57,95	57,57	mantenimento
	IND0662	% di donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita ^a		19,74	20,52	25,47	miglioramento
	IND0669	Numero ambulatori infermieristici per gestione cronicità/Case della Salute attive ^a			45,45	75,00	miglioramento
	IND0670	Durata media di degenza in OSCO ^a		18,68	18,22	18,94	mantenimento
	IND0678	Volume di accessi in ADI: alta intensità ^a		29.083	38.173	427.050	
	IND0679	Volume di accessi in ADI: media intensità ^a		131.253	138.596	741.659	
IND0680	Volume di accessi in ADI: bassa intensità ^a		238.450	276.756	1.672.625		
IND0681	Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (day service ambulatoriali) ^a	573.861	104.384	1.100.447	5.964.392		

Note: ^a indicatore di osservazione

2. Dimensione di performance dei processi interni

	N° Indicatore InSiDER	Descrizione indicatore	Valore aziendale periodo precedente (2016)		Ultimo valore disponibile (2017)		Valore atteso 2018-2020
			ASMN	AUSL RE	AUSL RE - IRCCS	RER	
Area della produzione – prevenzione	IND0160	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare (Indagine PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) ^d		45,50	47,90	49,10	miglioramento
	IND0161	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica (Indagine PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia) ^d		34,80	33,00	35,10	miglioramento
	IND0164	% di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (Osservatorio Nazionale Screening)		77,83	77,89	75,65	mantenimento
	IND0167	% di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate(Osservatorio Nazionale Screening)		69,18	68,98	63,54	mantenimento
	IND0170	% di persone che hanno partecipato allo screening colorettaie rispetto alle persone invitate (Osservatorio Nazionale Screening)		61,78	60,24	49,03	mantenimento
	IND0172	Copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani - GRIGLIA LEA		56,64	56,55	53,25	miglioramento
	IND0177	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi nei bambini - GRIGLIA LEA		93,20	93,96	94,03	miglioramento
	IND0185	% aziende con dipendenti ispezionate - GRIGLIA LEA		9,62	9,77	9,79	mantenimento
	IND0187	% cantieri ispezionati		24,41	23,63	19,25	mantenimento
	IND0408	Sorveglianza delle malattie infettive degli allevamenti		96,42	100	100	mantenimento
	IND0171	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini - GRIGLIA LEA		89,69	92,61	91,11	miglioramento
	IND0173	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio		77,04	78,97	71,01	mantenimento
	IND0174	Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	26,57	24,96	29,63	29,57	miglioramento
	IND0175	Copertura vaccinale antimeningococcico C a 24 mesi nei bambini		89,73	93,17	91,64	miglioramento
	IND0674	Copertura vaccinale meningite meningococcica C in coorte sedicenni ^a		nd	88,09	88,28	miglioramento
	IND0677	% di persone sottoposte a screening per HIV/n. nuovi ingressi nell'anno detenuti con permanenza >=14 giorni ^a		98,15	97,31	83,09	mantenimento

Note: ^a indicatore di osservazione; ^d valori da InSiDER 2016 riferiti al periodo 2014-2016 e 2017 riferiti a 2015-2017; nd=non disponibile in InSiDER il valore per gli anni precedenti

2. Dimensione di performance dei processi interni

	N° Indicatore InSiDER	Descrizione indicatore	Valore aziendale periodo precedente (2016)		Ultimo valore disponibile (2017)		Valore atteso 2018-2020
			ASMN	AUSL RE	AUSL RE - IRCCS	RER	
Area della appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico	IND0101	Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti ^a		9,37	9,81	10,06	
	IND0333	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria ^a		19,59	19,65	21,04	
	IND0343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti		845,42	716,02	777,31	mantenimento
	IND0505	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con accesso al PS ^a		15,66	17,42	13,68	miglioramento
	IND0506	% persone anziane in carico a strutture socio-sanitarie con ricovero ripetuto entro 30 giorni ^a		2,98	3,39	4,90	mantenimento
	IND0125	% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	66,69	72,95	69,00	49,65	mantenimento
	IND0210	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti ^a - GRIGLIA LEA		7,86	7,76	6,86	mantenimento
	IND0213	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		1,98	1,26	2,17	mantenimento
	IND0214	Tasso standardizzato di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA		111,72	18,40	33,49	mantenimento
	IND0216	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,14	0,20	0,17	0,21	mantenimento
	IND0421	% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno ^a	38,87	72,84	67,04	43,54	mantenimento
	IND0621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici ^a	11,68	5,8	10,36	5,89	
	IND0622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici ^a	6,75	1,37	2,64	3,18	
Area anticorruzione e trasparenza	IND0405	% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	99,68	100	100	98,75	mantenimento
	IND0682	% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraaziendali ^a	80,07	93,84	91,98	85,59	mantenimento

Note: ^a indicatore di osservazione

3. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

	Indicatore	Descrizione indicatore	Valore aziendale periodo precedente (2016)		Ultimo valore disponibile (2017)		Valore atteso 2018-2020
			ASMN	AUSL RE	AUSL RE - IRCCS	RER	
Area della ricerca e della didattica	Indicatore da Delibera n.3/2016 OIV	Numero di progetti di ricerca finalizzata a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante)	36	20	54		mantenimento
	Indicatore da Delibera n.3/2016 OIV	Impact Factor normalizzato (IFn) IRCCS	721,4		651,2		miglioramento
	Indicatore da Delibera n.3/2016 OIV	Impact Factor normalizzato per ricercatore (IRCCS)	8,97		6,29		miglioramento
	indicatore elaborato a livello aziendale	Impact Factor grezzo (IFg)	1.713,54		2.091,30		miglioramento
	indicatore elaborato a livello aziendale	Impact Factor grezzo (IFg) ambito oncologico (IRCCS)	793,4		1.014,1		miglioramento
	indicatore elaborato a livello aziendale	Impact Factor grezzo (IFg) ambito non oncologico	920,14		1.077,2		miglioramento
	indicatore elaborato a livello aziendale	Numero di pubblicazioni scientifiche ASMN/AUSL + IRCCS	405		443		mantenimento
	indicatore elaborato a livello aziendale	Numero di pubblicazioni scientifiche IRCCS	198		187		miglioramento

4. Dimensione di performance della sostenibilità							
	N° Indicatore InSiDER	Descrizione indicatore	Valore aziendale periodo precedente (2016)		Ultimo valore disponibile (2017)		Valore atteso 2018-2020
			ASMN	AUSL RE	AUSL RE - IRCCS	RER	
Area economico-finanziaria	IND0614	Costo pro capite totale ^g		1.686,86	1.695,15	1.749,70	mantenimento
	IND0267	Costo pro capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro ^g		50,39	52,38	52,97	mantenimento
	IND0615	Costo pro capite assistenza ospedaliera ^g		622,30	621,11	652,52	mantenimento
	IND0616	Costo pro capite assistenza distrettuale ^g		1.018,15	1.025,84	1.044,21	mantenimento
	IND0363	Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico	94,87	100,93	98,78	97,48	mantenimento
	IND0365	% di consumo di molecole non coperte da brevetto e presenti nelle liste di trasparenza		79,93	83,67	83,65	mantenimento
	IND0697	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite		163,36	161,15	164,77	mantenimento
	IND0220	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti ^a	17,26	8,20	-3,61		mantenimento/ miglioramento
Area degli investimenti	Indicatore da Delibera n.3/2016 OIV	% di realizzazione del piano investimenti aziendali	74,70	73,68	75,11		mantenimento

Note: ^a indicatore di osservazione; ^g ultimo anno presente in InSiDER 2016, quindi anno precedente riferito al 2015

6.2 Area di performance anticorruzione e trasparenza

La Direzione dell'Azienda UsI di Reggio Emilia-IRCCS ha inserito il tema dell'etica tra i temi strategici aziendali, intendendo l'adeguamento alla normativa nazionale non come mero adempimento formale, ma come un'importante opportunità per favorire e diffondere la cultura della trasparenza e la prevenzione della corruzione.

La legge 190/2012 interpreta il termine corruzione nella sua più ampia accezione, comprendendo tutto quanto osta alla legalità e la trasparenza diviene il presupposto essenziale e imprescindibile di legalità. È fondamentale che il tema dell'etica nell'agire pubblico sia al centro della cultura organizzativa aziendale e le misure introdotte sono prevalentemente orientate all'azione preventiva (proattiva e di monitoraggio) più che reattiva.

Secondo la delibera n. 831 del 03.08.2016, recante "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" che, perseguendo la semplificazione delle attività, unifica in un unico strumento il piano triennale di prevenzione della corruzione e il programma per la trasparenza e l'integrità; la trasparenza, che costituisce una misura generale di contrasto alla corruzione, diviene una sezione all'interno del Piano.

Il Piano triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020 è pubblicato, come i Piani precedenti, sul sito internet www.ausl.re.it in Amministrazione Trasparente, sezione altri contenuti, sottosezione corruzione.

Al fine di rendere evidenti ed espliciti i collegamenti tra le misure di prevenzione della corruzione, gli obblighi di trasparenza e gli obiettivi di performance, è stata individuata nella dimensione della performance dei processi interni una specifica area dell'anticorruzione e della trasparenza, avendo previsto indicatori specifici di misurazione e valutazione, descritti in questo capitolo tra gli indicatori di risultato.

Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2018-2020

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione è uno strumento di programmazione che viene adottato annualmente e si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Azienda e si pone in stretta correlazione e coerenza con il Piano della Performance introdotto dal D. Lgs. 150/2009. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) costituisce il documento programmatico dell'Azienda comprensivo degli aggiornamenti al Piano (PTPCT) sia per la parte riferita alla prevenzione della corruzione sia per la parte inerente al programma della trasparenza inserito all'interno dello stesso documento di cui costituisce apposita Sezione.

Il Piano è corredato di due allegati:

- "Mappatura dei processi a rischio";
- "Adempimenti degli obblighi di trasparenza".

L'Azienda UsI di Reggio Emilia-IRCCS adempie al dettato normativo mediante l'approvazione del Piano 2018-2020 (Delibera 2018/0027 del 29/01/2018) che, pur ponendosi in continuità con il Piano precedente 2017-2019, tiene tuttavia conto di quanto nel frattempo è stato emanato in termini normativi e di quanto approvato da ANAC con propria Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017.

Il Piano vuole rispondere all'esigenza di:

- valutare il diverso grado di rischio cui sono esposti gli uffici e le articolazioni aziendali in relazione alle specifiche funzioni svolte;
- definire quindi misure e procedure di prevenzione ricercandone sempre più la migliore efficacia;
- garantire le funzioni di controllo e monitoraggio sulla loro attuazione.

In seguito alla modifica introdotta del D. Lgs. 97/2016, che ha modificato il D. Lgs. 33/2013, il Piano 2018-2020 contiene, un'apposita Sezione denominata "Sezione Trasparenza" con l'indicazione degli adempimenti previsti e le rispettive responsabilità attribuite.

Inoltre nel Piano si da conto di quanto realizzato nel corso del 2017 in attuazione delle indicazioni contenute nel precedente Piano specificatamente in riferimento a:

- aggiornamento del censimento Processi;
- individuazione processi potenzialmente a rischio;
- rotazione del personale;
- tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower);
- formazione;
- monitoraggio.

Coordinamento con il ciclo della performance

Al fine di rendere evidenti ed espliciti i collegamenti tra le misure di prevenzione della corruzione, gli obblighi di trasparenza e gli obiettivi di performance, è stata individuata una specifica area dell'anticorruzione e della trasparenza in cui sono previsti indicatori di misurazione e valutazione.

Si tratta degli indicatori:

- *% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza (attestazione annuale OIV in merito alla verifica effettuata dagli OAS sulla griglia ANAC);*
- *% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali.*

Inoltre, tra le misure messe in atto in questi anni, si richiamano:

A) Formazione

La formazione ha come obiettivi la diffusione della cultura della legalità anche attraverso la conoscenza della normativa e del codice di comportamento aziendale, nonché la sensibilizzazione rispetto all'individuazione dei processi a rischio (mappatura, analisi e trattamento).

Sono stati implementati i seguenti percorsi formativi:

- formazione rivolta a tutti gli operatori (con la realizzazione di un corso FAD già nel 2015 per tutti i dipendenti e che dal 2016 è proposto anche a tutti i nuovi assunti);
- formazione specifica rivolta ai professionisti afferenti alle macro articolazioni organizzative;
- organizzazione di un incontro annuale di approfondimento sui temi dell'etica e dell'integrità.

L'Azienda, nel corso del triennio 2018-2020, continuerà a sviluppare interventi di formazione/informazione rivolti al personale, articolati su più livelli, e privilegiando coloro che operano nelle aree di maggior rischio tra quelle individuate e da individuarsi nel tempo, con la duplice funzione di prevenire e contrastare il fenomeno e fornire la massima informazione sulle situazioni concrete di rischio.

B) Attività di monitoraggio presso le singole articolazioni organizzative

Costituisce un indicatore di budget da alcuni l'esito dell'attività di monitoraggio circa la realizzazione di quanto programmato nel PTPCT vigente in merito:

- all'attuazione delle misure in atto e/o ulteriori inerenti la prevenzione del rischio per i processi mappati;
- alla verifica di tutte le misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano;
- alla costante implementazione del sito Amministrazione Trasparente.

Tale indicatore, che concorre con la propria pesatura al raggiungimento degli obiettivi di budget delle Unità Operative coinvolte, esprime una sintesi delle principali azioni adottate per favorire

l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e prevede uno standard >70% del punteggio complessivo raggiunto nel monitoraggio delle Unità Operative stesse.

Il monitoraggio delle macro-articolazioni aziendali rappresenta uno strumento rilevante e consolidato e verrà utilizzato anche nei prossimi anni per la verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione in atto e delle misure ulteriori nell'ambito dei processi a rischio mappati, nonché delle misure definite nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione (es. rotazione del personale).

Trasparenza

La trasparenza è una delle principali misure anticorruzione ed è altresì intesa come adempimento di tutti i servizi aziendali nell'alimentazione del sito Amministrazione Trasparente. Anche a questo fine si è scelto di pubblicare dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori.

Viene organizzata annualmente la "Giornata della Trasparenza" rivolta principalmente ai soggetti esterni portatori di interessi.

Per ulteriori approfondimenti, si rimanda agli obiettivi declinati nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020, nonché alle relazioni del Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità pubblicate su Amministrazione trasparente, sezione Altri contenuti, sottosezione Corruzione.

Piano della Performance 2018-2020



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia