

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Bilancio di Missione 2013

*Documento integrato Azienda USL Modena e
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena*



**Versione pubblicata sul sito
www.bilanciomissione.modena.it**

Dopo il sisma del 2012, l'anno passato sarà ricordato come l'anno della ripresa. Lo spirito che ha animato tutti i dipendenti delle due aziende sanitarie modenesi è stato quello di rendere ancora migliore il sistema sanitario, cercando di dare risposte sempre più vicine ai bisogni dei cittadini.

Fra le principali novità dobbiamo ricordare le Case delle Salute, strutture territoriali dal contenuto organizzativo fortemente innovativo, che vanno a soddisfare la crescente richiesta di servizi vicini ai cittadini e che rendono concreta l'idea di una sanità che accompagna le persone nel percorso di cura, educazione e prevenzione.

Accanto a questo va sottolineata la riorganizzazione delle strutture e della rete ospedaliera, che mira ad avere servizi più vicini ai bisogni delle persone in termini di sicurezza e appropriatezza della risposta assistenziale.

I risultati che fotografano la risposta della sanità modenese alla domanda dei cittadini sono positivi in termini di efficacia, appropriatezza ed efficienza dell'assistenza. Questo non sarebbe possibile senza l'impegno costante di tutti gli operatori - sanitari, tecnici e amministrativi - che mettono in campo le loro qualità migliori, umane e professionali. Lavoro che cerca di dare una risposta anche alle criticità esistenti quali ad esempio sul tema delle liste di attesa.

Ci auguriamo che anche lo sforzo per raccontare, in modo semplice, il lavoro svolto per la comunità possa essere utile a tutti i cittadini e favorire un confronto costruttivo che abbia sempre come punto di riferimento l'interesse generale.

Dott.ssa Mariella Martini
Direttore Generale
Azienda USL di Modena

Dott.ssa Kyriakoula Petropulacos
Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Sommario

Bilancio di Missione 2013	1
Capitolo 1 – Il contesto di riferimento	6
1.1 La popolazione.....	6
1.2 Territorio, ambiente e mobilità.....	15
1.3 Il profilo socio-economico.....	19
1.4 Gli stili di vita.....	24
1.5 Lo stato di salute.....	29
1.6 Sicurezza	40
Capitolo 2 – I profili aziendali	43
2.1 La sostenibilità economica, patrimoniale e finanziaria.....	43
2.1.1 La sostenibilità economica.....	43
2.1.2 La sostenibilità finanziaria	46
2.1.3 La sostenibilità patrimoniale.....	47
2.1.4 I rapporti di fornitura delle Aziende sanitarie modenesi.....	49
2.2 Impatto sul contesto territoriale	53
2.2.1 Impatto economico e sociale.....	53
2.2.2 Impatto culturale	58
2.2.3 Impatto ambientale	59
2.3 I Livelli Essenziali di Assistenza	62
2.3.1 I costi per i Livelli Essenziali di assistenza	62
2.3.2 - Assistenza collettiva di vita e di lavoro	65
2.3.3 – L'assistenza territoriale.....	78
2.3.3.1 - L'assistenza farmaceutica	79
2.3.3.2 - Le Cure Primarie	84
2.3.3.3 - L'assistenza Specialistica Ambulatoriale.....	84
2.3.3.4 -La Salute Mentale e le Dipendenza Patologiche	86
2.3.4 - L'Assistenza ospedaliera.....	86
2.3.4.1 – La qualità dell'assistenza.....	94
2.3.4.2 – L'accreditamento	101
Capitolo 3 – Obiettivi strategici aziendali	104
3.1 Azienda USL Modena.....	104
3.2 Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Modena.....	114
Capitolo 4 – Lavoro, personale, organizzazione	118
4.1 – L'assetto organizzativo delle due aziende	118
4.2 Il personale	135
4.3 - Gestione del rischio e sicurezza degli operatori	138
4.4 Gestione del rischio e sicurezza delle cure	145
4.5 - Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti.....	152
4.6 – La Formazione.....	156
4.7 Relazioni con il personale dipendente e sue rappresentanze	167
4.8 - Promozione del benessere dei dipendenti e della organizzazione.....	168
4.9 - Le facilitazioni per i dipendenti.....	170
4.10 - Comitato Unico di Garanzia (CUG)	171
4.11 – Gruppo aziendale Equità.....	172
4.12 - Prevenzione Corruzione e Trasparenza	174

Capitolo 5. - Sistemi di relazioni e strumenti di comunicazione	175
5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi	176
5.1.1 I servizi e gli strumenti per l'accesso	176
5.2 La comunicazione per la salute.....	181
5.3 La comunicazione interna.....	182
 Capitolo 6- Ricerca e Innovazione.....	184
6.1 Attività di ricerca.....	185
6.1.1 Gestione e monitoraggio delle attività di ricerca	185
6.1.2 La produzione scientifica	189
6.2. Garanzia di trasparenza	190
6.2.1 Progetto regionale “Anagrafe della Ricerca”	190
6.3. Il Comitato Etico provinciale di Modena.....	195
6.4. Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche	196
 Capitolo 7 – Integrazione socio-sanitaria	198
7.1.- La costruzione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari	198
7.2.- Il processo di accreditamento delle strutture socio sanitarie	199
7.3 - Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.....	202
7.4 – Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza.....	203
7.5. I servizi per anziani.....	204
7.6 - I servizi per i disabili.....	207
7.7 - Gravissima disabilità acquisita: il consolidamento e lo sviluppo dei servizi territoriali	209
7.8 - L'inserimento nel mondo del lavoro	214
7.9 - Accertamento della disabilità	215
7.10 - La mediazione linguistico culturale.....	216
7.11 - Ufficio Tutela	220
7.12 - Lavoro di pubblica utilità'	221
 Capitolo 8 - Le Cure Primarie	222
8.1 I Nuclei delle cure primarie, medici e pediatri e associazionismo	223
8.2 Case della salute	227
8.3 Il Servizio di Continuità Assistenziale (Ex guardia medica)	229
8.4 Pediatria di comunità.....	231
8.5 Progetti aziendali per le patologie croniche e per la salute dei bambini.....	234
8.6 Ambulatorio infermieristico	237
8.7 Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario (PUASS).....	238
8.8 Assistenza domiciliare.....	238
8.9 Assistenza residenziale	241
8.10 Consultori familiari	241
8.11 Medicina penitenziaria	243
8.12 Assistenza specialistica ambulatoriale.....	244
8.13 Assistenza odontoiatrica.....	247
8.14 Assistenza protesica e fragilità	248
8.15 La Rete delle cure palliative e della terapia del dolore.....	249
 Capitolo 9 - La salute mentale e le dipendenze patologiche	250
9.1 I servizi offerti	250
9.2 Settore Salute Mentale Adulti.....	250
9.3 Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)	253
9.4 Dipendenze Patologiche	258
 Capitolo 10 - La riorganizzazione dei servizi sanitari a seguito del sisma e degli altri eventi straordinari	262
Azienda USL Modena.....	262

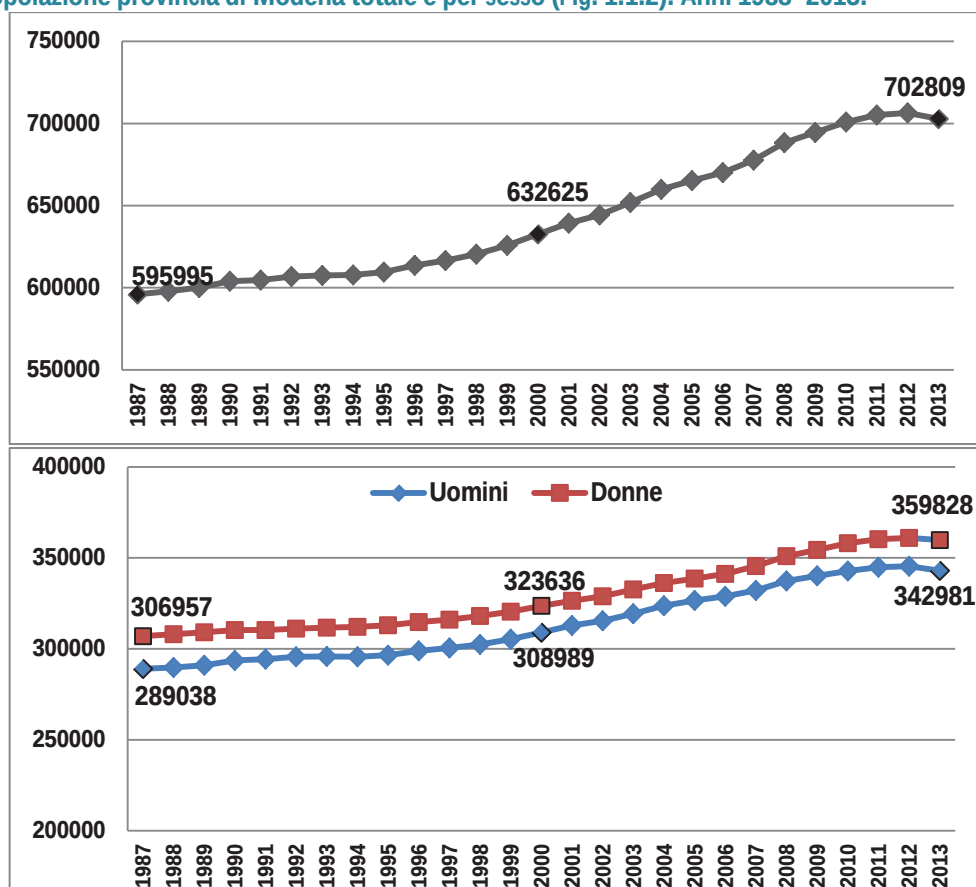
Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico.....	263
Capitolo 11 – Le Politiche d’Area Vasta e politiche per l’acquisto di beni e servizi	265
11.1. Attivazione del sistema di logistica integrata di area vasta.....	265
11.2. Acquisti centralizzati.....	265
11.3. Integrazione in ambito amministrativo – gestionale e clinico - assistenziale.....	267

Capitolo 1 - Il contesto di riferimento

1.1 La popolazione

In provincia di Modena al 31.12.2013 risiedono 702809 persone¹, con un decremento di circa 3600 unità rispetto all'anno precedente (-0,5%) (Fig.1.1.1). La quota femminile è del 51%, cioè 359.828 residenti (Fig.1.1.2). Per la prima volta si assiste alla riduzione della popolazione residente, in parte giustificato con l'allineamento dei dati al censimento 2011, con la conseguente cancellazione di alcune residenze, e in parte alla riduzione dei flussi migratori in seguito alla crisi economica che ha colpito il nostro Paese a partire dal 2008 e il sisma del maggio 2012 che ha colpito l'area nord della provincia. La riduzione della popolazione residente è ascrivibile soprattutto alla popolazione nella fascia di età 15-64 anni. (Tab. 1.1.1)

Fig. 1.1.1 - Popolazione provincia di Modena totale e per sesso (Fig. 1.1.2). Anni 1988- 2013.



Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena

Rispetto al 2012 anche la popolazione dei distretti si è modificata per le ragioni sopra ricordate. L'Area Nord e in particolare il distretto di Mirandola, sconta ancora le conseguenze delle modifiche demografiche causate dal sisma del 2012. A livello complessivo, sostanzialmente stabili i distretti di Carpi e Castelfranco Emilia (+0,2%), in calo tutti gli altri con un range che va dal -0,3% del distretto di Sassuolo al -1,3% del distretto di Mirandola.

Nel territorio provinciale vi sono 7 comuni con oltre 20.000 abitanti (Carpi, Mirandola, Modena, Sassuolo, Formigine, Vignola e Castelfranco Emilia); in essi risiede quasi il 59% dell'intera popolazione provinciale. Altri sei comuni superano i 15 mila residenti.

Solo sei Comuni sui 47 della provincia registrano un lieve aumento della popolazione rispetto all'anno precedente, con un valore massimo del +1,3% nel Comune di Carpi. Tutti gli altri hanno registrato un decremento della popolazione residente, con un range che va dal -0,1% di Castelnovo Rangone al -5,2% di Novi.

¹ Il dato del totale della popolazione al 31.12.2013 è frutto dell'elaborazione di dati anagrafici comunali e può differire dal totale di popolazione diffuso da Istat per lo sfasamento temporale esistente tra il verificarsi dell'evento (naturale o migratorio) e la definizione della relativa pratica in anagrafe, oppure per il non completamento della revisione anagrafica successiva al censimento del 2011.

In termini di composizione per classi di età, l'aumento più consistente rispetto all'anno 2009 si è registrato nella popolazione di età 65 anni e oltre (+5,6%), seguita da quella più giovane (+3,3%); queste due classi nel loro insieme costituiscono il 36% dei residenti. Cala invece la fascia di età centrale (-0,7%), quella che interessa la forza lavoro. I valori sono simili al dato regionale (rispettivamente +3,9%, -0,4% e +4,7%). (Tabella 1.1.1)

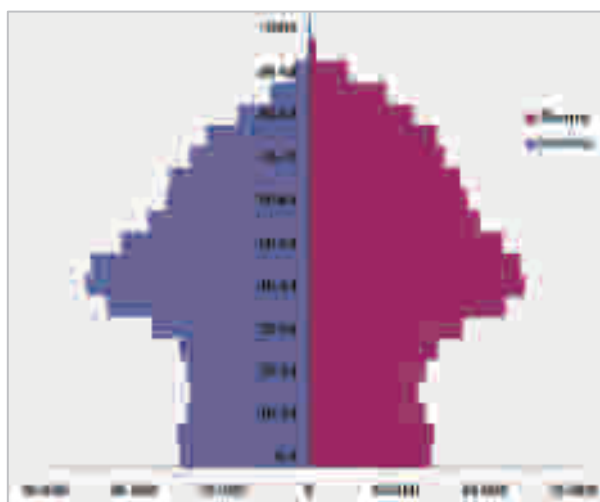
Tab. 1.1.1- Popolazione residente in provincia di Modena per classi di età. Anni 2009 e 2013.

Classi di età	2009	2013	% sul totale 2013	Variazione % rispetto al 2009
0-14	97800	101076	14.4%	3.3%
15-64	452281	449076	63.9%	-0.7%
65 e oltre	144499	152657	21.7%	5.6%
Totale	694580	702809	100.0%	1.2%

Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena

La composizione per classi di età è ben evidenziata dalla piramide per età della popolazione che ci mostra una struttura della provincia di Modena, così come avviene per il resto della regione, che ha subito un invecchiamento costante, mitigato nell'ultimo decennio dai fenomeni migratori. (Fig.1.1.3)

Fig. 1.1.3 - Piramide per età della popolazione residente in provincia di Modena. Anno 2013.

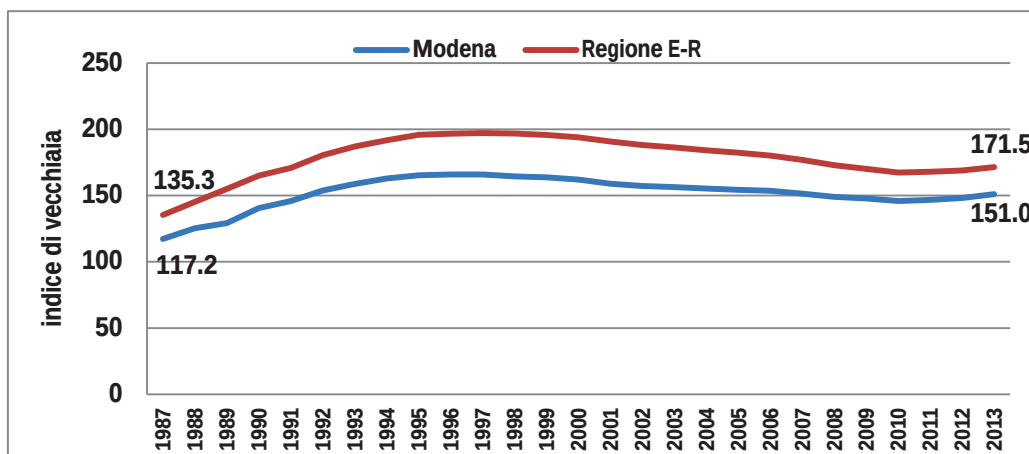


Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena

Invecchiamento della popolazione

Gli anziani ultra 65enni a fine 2013 sono 152.657. L'indice di vecchiaia, rapporto fra la popolazione anziana (65 anni ed oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni) che misura il grado di invecchiamento di una popolazione, nel 2013 assume per la provincia di Modena un valore di 151, con un andamento crescente fino al 1997, lievemente decrescente dal 1998 al 2010 e una piccola ripresa nell'ultimo triennio. L'indice di vecchiaia provinciale rimane comunque sempre al di sotto dei valori regionali (172 nel 2013): Modena risulta essere una delle province meno anziane della regione Emilia-Romagna.

Fig.1.1.4 - Indice di vecchiaia della popolazione residente in provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna. Anni 1987- 2013.



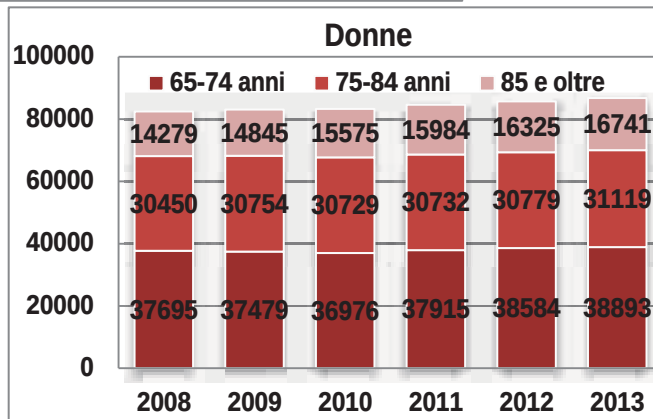
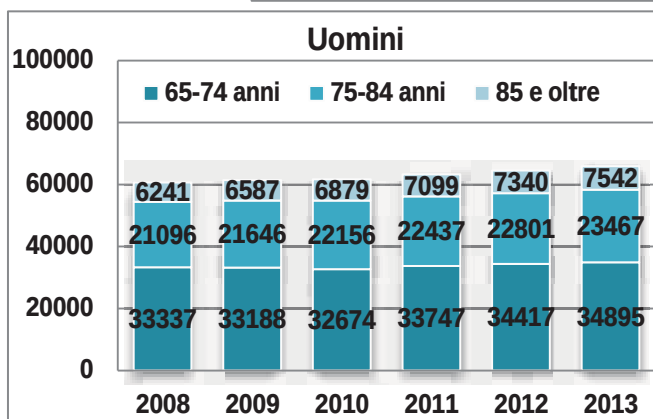
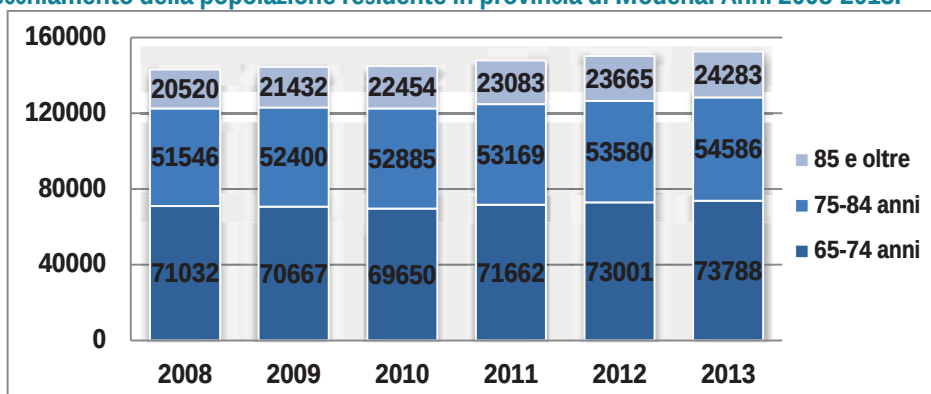
Fonte: Regione Emilia-Romagna

L'indice di invecchiamento, che esprime la composizione percentuale della popolazione ultra 65enne rispetto alla popolazione totale, evidenzia come un quinto della popolazione provinciale attuale sia anziana (22% nel 2013) con un progressivo invecchiamento dei modenesi nel corso degli anni (19% nel 1993, equivalente ad un aumento percentuale del 15% in un ventennio). Il valore provinciale risulta comunque tra i meno alti della regione e rimane sempre inferiore al valore regionale stesso (23,2%).

Considerazioni analoghe si possono fare relativamente ai grandi anziani. Nel 2013 in provincia di Modena la percentuale delle persone in età maggiore di 74 anni, è del 11,2% (10% nel 2003, con un aumento del 12,1% nell'ultimo decennio), valore inferiore rispetto a quello regionale (12,2 %). I grandi anziani invece, cioè la popolazione di 85 anni e oltre, rappresentano il 3,5% della popolazione residente nella provincia modenese al 31/12/2013 (2,4% nel 2003) mentre in regione Emilia-Romagna sono il 3,8%.

I Distretti sanitari meno anziani sono Castelfranco, Sassuolo, Carpi e Vignola, ad alta attrattiva di forza lavoro, mentre quello con la maggior quota di persone in età avanzata è quello di Pavullo nel Frignano appartenente alla fascia montana.

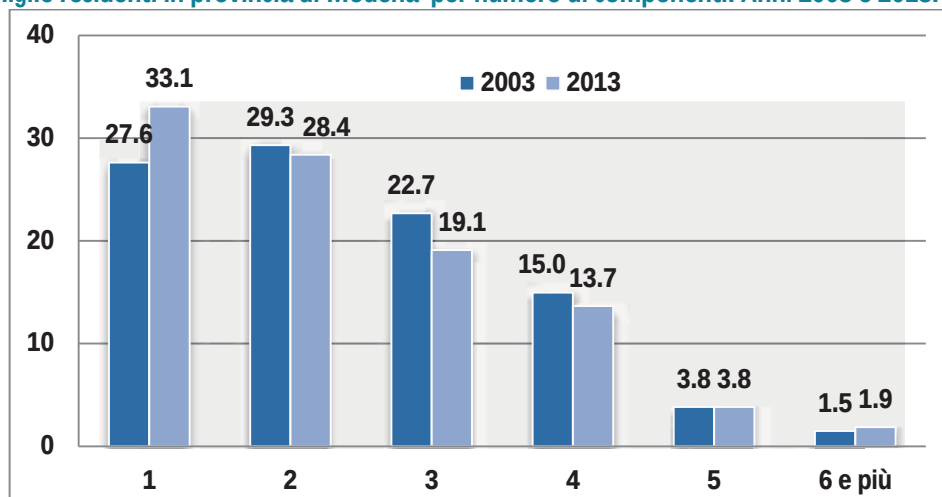
Fig.1.1.5 - Invecchiamento della popolazione residente in provincia di Modena. Anni 2008-2013.



Le famiglie

In provincia di Modena a fine 2013 vi erano 299.489 famiglie (-1.600 all'anno precedente). Nell'ultimo decennio si è assistito ad un progressivo aumento del loro numero (+13% rispetto al 2003), mentre il numero medio di componenti è andato diminuendo fino a 2,3, valore simile a quelli regionale. Questo decremento è dovuto all'aumento delle famiglie costituite da una sola persona, che a fine 2013 erano circa 99.000 (il 33%). Dagli anni '80, la provincia di Modena ha un numero medio di componenti per famiglia leggermente inferiore alla media nazionale: in sintesi all'invecchiamento progressivo della popolazione si associa un aumento delle persone che vivono sole, come dimostrano le più elevate percentuali di famiglie monocomponente riscontrate rispettivamente nel Distretto montano di Pavullo (40%) e nel Distretto urbano di Modena (39%). L'incremento evidenziato dei nuclei familiari è spiegato dal progressivo invecchiamento della popolazione con conseguente aumento di anziani che vivono da soli, dai forti flussi migratori di popolazione in età lavorativa e delle politiche di sviluppo urbano, che hanno favorito la formazione di nuove famiglie con componenti giovani nelle zone contraddistinte da dinamiche demografiche più vivaci. (Grafico 1.1.6)

Fig. 1.1.6 - Famiglie residenti in provincia di Modena per numero di componenti. Anni 2003 e 2013.



Fonte: Provincia di Modena

La popolazione straniera

Al 31.12.2013 la popolazione straniera residente nella provincia di Modena si è attestata a 93.397 unità, pari al 13,3 % della popolazione complessiva.

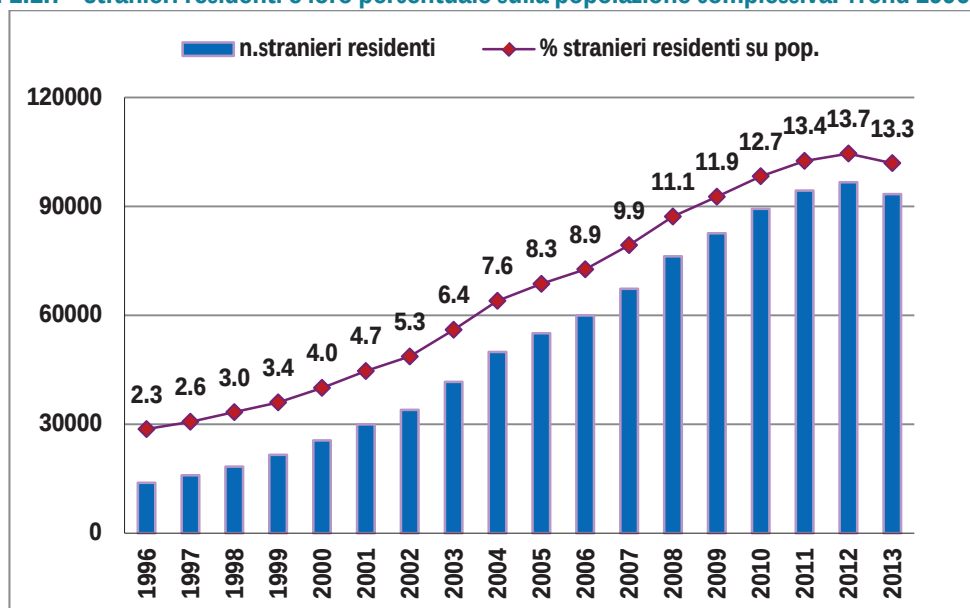
Per la prima volta, dopo un trend sempre crescente che ha visto il maggior impulso tra il 2007 ed il 2008 (+8.966 unità), si assiste ad una riduzione rispetto all'anno precedente (-3,4%). Questo fenomeno riguarda classi di età più giovani (0-14enni) e lavorative (15-64enni), rispettivamente del -3,4% e -3,7%; in controtendenza invece la classe di età più anziana (ultra 64enni), che aumenta del 9,2%. (Fig. 1.1.7)

Dal 1991 la normativa ha in gran parte determinato l'andamento temporale delle domande di concessione del permesso di soggiorno, concentrate nei periodi immediatamente successivi all'emanazione della normativa di regolarizzazione, e del numero di conseguenti iscrizioni in anagrafe: la consistenza degli stranieri residenti dal 1996 ad oggi si è moltiplicata di circa sette volte (quasi 80 mila unità aggiuntive).

In termini quantitativi, è il comune di Modena a registrare il maggior numero di stranieri residenti, con oltre 28 mila individui. Dal punto di vista territoriale, se nel 2007 erano ancora un numero limitato i comuni con una percentuale di stranieri superiore al 10%, tra cui il capoluogo ed alcuni grandi comuni come Carpi, Vignola, Sassuolo, Modena e Mirandola, nel 2013 è invece difficile individuare aree che non superino questa soglia soprattutto nella parte centro-settentrionale della provincia. Per quanto riguarda la composizione per genere, dopo anni di forte prevalenza maschile che ha contraddistinto la popolazione straniera, si è assistito ad un aumento della presenza femminile che ha portato ad un riequilibrio tra i sessi: dal 41,4% della popolazione straniera femminile nel 1997 al

51,7% nel 2013, pari a 48.308 donne.

Fig. 1.1.7 - Stranieri residenti e loro percentuale sulla popolazione complessiva. Trend 1996-2013.



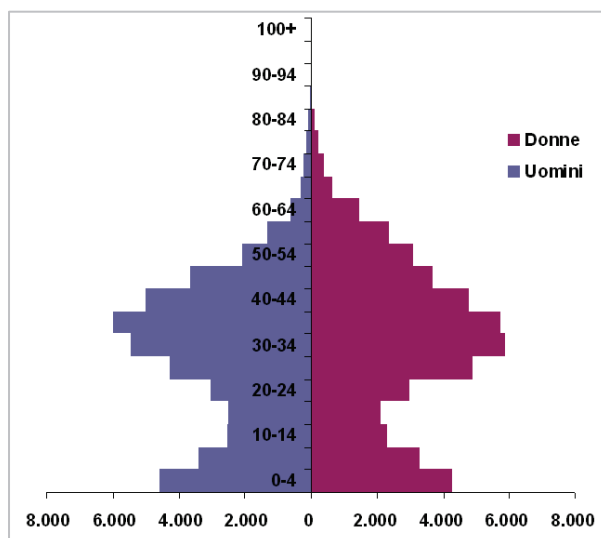
Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena

Tra le caratteristiche della struttura demografica della popolazione straniera si rileva un maggiore peso delle fasce di età giovani e lavorative fino ai 39 anni rispetto alla popolazione nel suo complesso. Vi è inoltre una sostanziale assenza di persone nelle classi più anziane. Questi aspetti possono essere riassunti con alcuni indicatori, quali:

- la quota di ragazzi fino ai 14 anni è pari 21,8% del totale degli stranieri, contro il 14,4% del totale. Considerando quindi i soli ragazzi di questa fascia, più di uno su cinque ha cittadinanza straniera;
- al contrario è molto bassa la quota di stranieri oltre i 65 anni, pari al 2,4%, se rapportata a quella nella popolazione generale che è, come già riferito più sopra, del 21,7%.

I dati mettono però in luce un primo progressivo invecchiamento della popolazione immigrata. Anche se le età lavorative tra i 15 ed i 64 anni rappresentano nel tempo una quota costante pari a circa i tre quarti dei residenti stranieri, è però in corso un cambiamento nel rapporto tra le due fasce che lo compongono: le età tra i 40 ed i 64 anni, aumentano quindi la propria importanza all'interno della popolazione straniera, passando dal 21% del 2003 ad oltre il 30% nel 2013. (Fig.1.1.8)

Fig.1.1.8 - Piramide per età della popolazione straniera residente in provincia di Modena. Anno 2013.



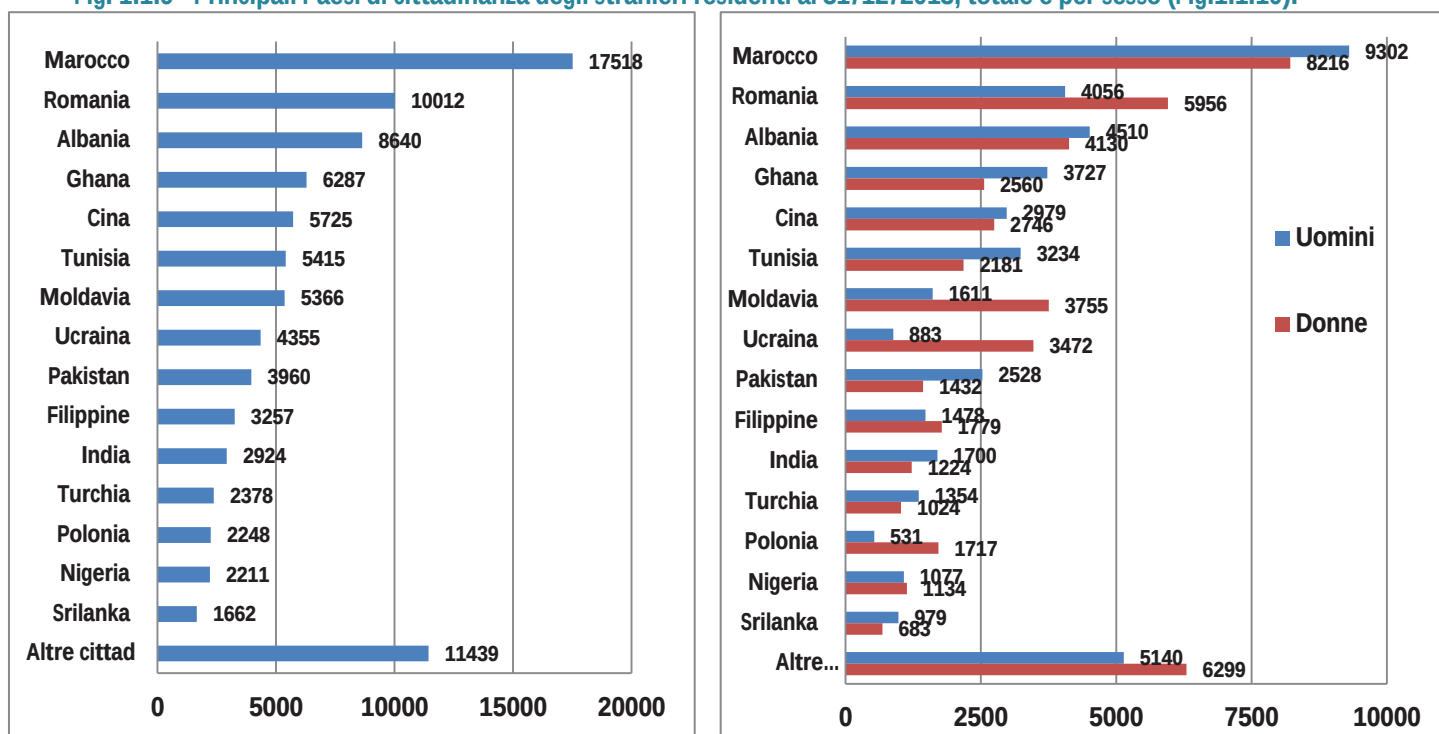
Fonte: Regione Emilia-Romagna

L'ammontare complessivo della popolazione straniera nel 2013 è composto per circa l'81% da africani, asiatici ed europei appartenenti a Paesi non comunitari. Gli africani sono in netta maggioranza, con 34.531 unità e il 37% del totale, seguiti da europei non comunitari ed asiatici.

Le comunità maggiormente rappresentate sono quelle provenienti dal Marocco (17.518 unità), Romania (10.012), Albania (8.640), e Ghana (6.287).

I cittadini dell'est europeo, tra cui rumeni, ucraini, moldavi e polacchi, hanno subito l'incremento percentuale più alto aumentando la propria consistenza, rispetto al 2003, i moldavi e i rumeni di circa 6 volte, gli ucraini di 5 e di oltre 3 volte i polacchi. I marocchini sono la comunità prevalente in tutti i distretti tranne Mirandola che vede la nazionalità pakistana al primo posto. Esistono però alcune peculiarità territoriali, che evidenziano una forte presenza di rumeni e albanesi nei distretti di Carpi e Pavullo, cinesi e marocchini nel distretto di Mirandola, di cinesi, rumeni e moldavi a Modena, di albanesi, cingalesi e ghanesi nel distretto di Sassuolo, di albanesi e ghanesi a Vignola e di rumeni, ghanesi e filippini a Castelfranco Emilia (Fig 1.1.9).

Fig. 1.1.9 - Principali Paesi di cittadinanza degli stranieri residenti al 31/12/2013, totale e per sesso (Fig.1.1.10).



Fonte: Regione Emilia-Romagna

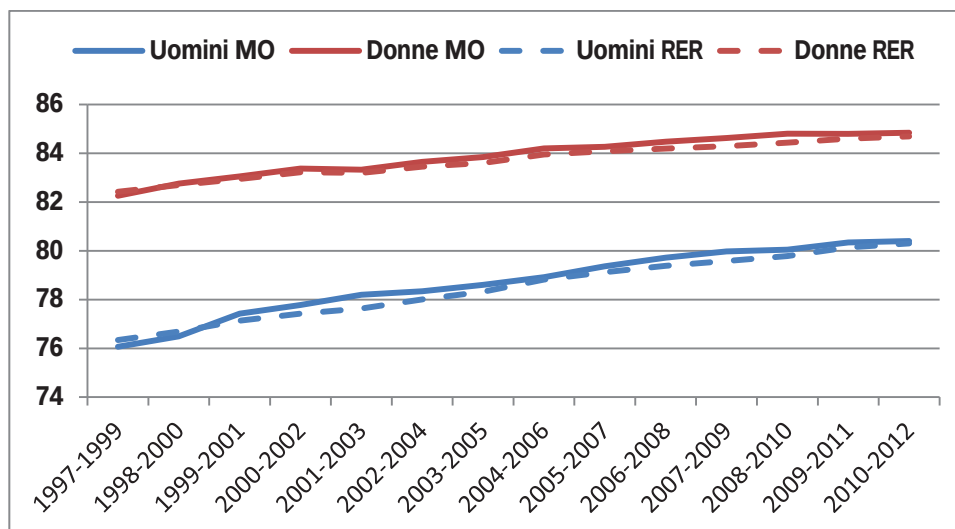
La speranza di vita

La provincia di Modena si caratterizza per una elevata speranza di vita: 80,4 anni per i maschi e 84,8 per le femmine nel triennio 2010-2012, con valori leggermente superiori a quelli regionali (80,3 per i maschi e 84,7 per le femmine) e nazionali (79,6 per i maschi e 84,4 per le femmine).

Anche il trend negli anni è positivo: a Modena, negli ultimi 16 anni, sono stati infatti guadagnati oltre quattro anni di vita negli uomini e due e mezzo nelle donne.

La speranza di vita a 65 anni risulta sostanzialmente coincidente con il valore regionale sia per gli uomini (19) che per le donne (22). (Fig 1.1.11)

Fig. 1.1.11 - Speranza di vita alla nascita in anni maschile e femminile in provincia di Modena per triennio. Anni 1997-2012.



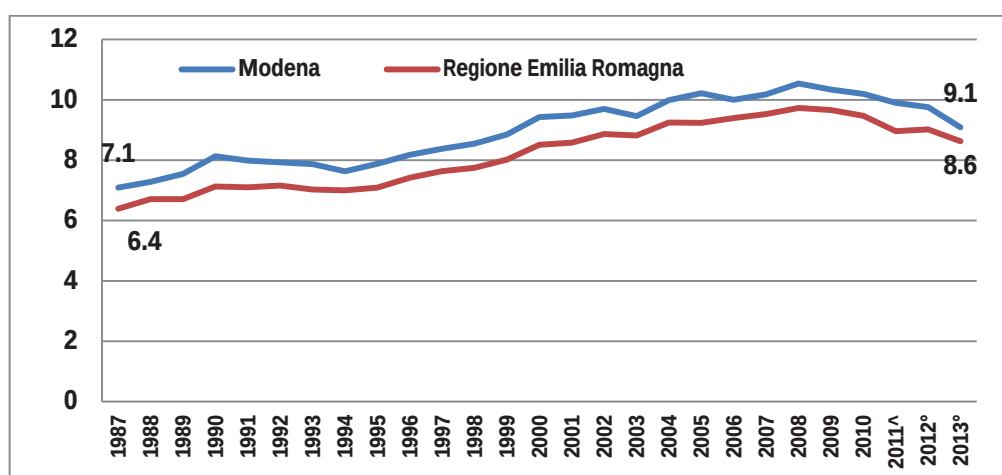
Fonte: Rilevazione Mortalità e Popolazione Residente per età e sesso, Regione Emilia-Romagna

Natalità e mortalità

Il tasso di natalità della popolazione modenese nel 2013 è di 9,1 nati per mille residenti, circa il 34% in più rispetto al 1987: ha un andamento in costante aumento fino al 2008, a cui è seguita un'inversione di tendenza mantenendo comunque valori superiori a quelli regionali. Quest'inversione di tendenza ha interessato tutti i distretti sanitari.

I valori più alti di natalità si registrano a Vignola (10,7‰) e Castelfranco Emilia (10,5‰).

Fig.1.1.12 - Tasso grezzo di natalità della provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna. Anni 1988-2013.

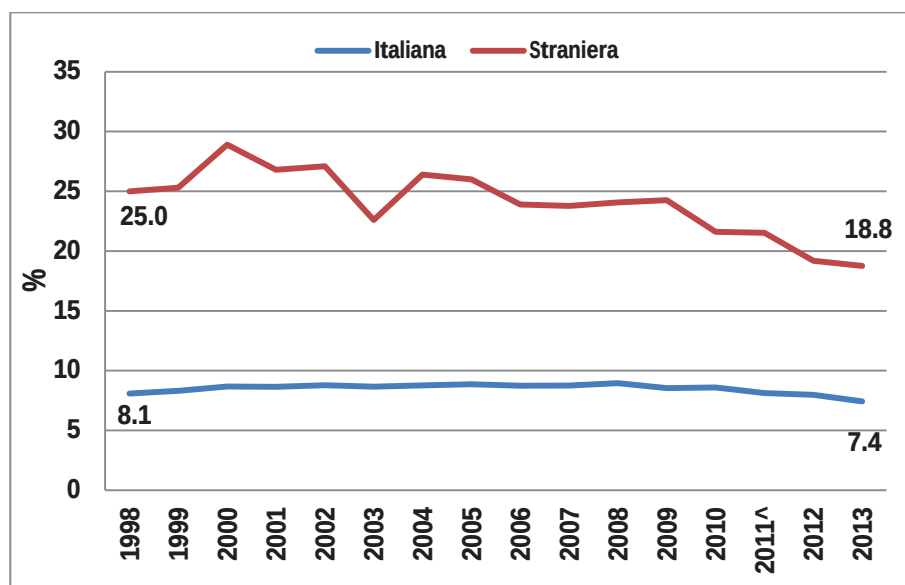


[^]valore stimato. Dati ufficialmente non rilasciati né dalla Regione né dalla Provincia.

[°]A partire dal 2012, il calo dei tassi è dovuto anche ad una diversa modalità di calcolare il denominatore

I nati in provincia di Modena nel 2013 sono stati 6.311, oltre un quarto dei quali (28,3%) sono figli di cittadini stranieri, percentuale quadruplicata negli ultimi quindici anni (7,3% rispetto al 1997). Il tasso grezzo provinciale di natalità della popolazione straniera è del 20‰ (con oscillazioni che variano dal 22,5‰ del Distretto di Vignola al 18,6‰ per quello di Modena), superiore a quella dei cittadini italiani; ciò può dipendere, da un lato, dalla diversa composizione per età e dall'altro dai diversi valori e riferimenti socio-culturali di tale parte di popolazione. Più in dettaglio, nell'ultimo decennio il tasso di natalità degli stranieri, pur con ampie oscillazioni, è in leggera diminuzione.

Fig. 1.1.13 - Tasso grezzo di natalità della provincia di Modena per cittadinanza della popolazione residente. Anni 1998-2013.



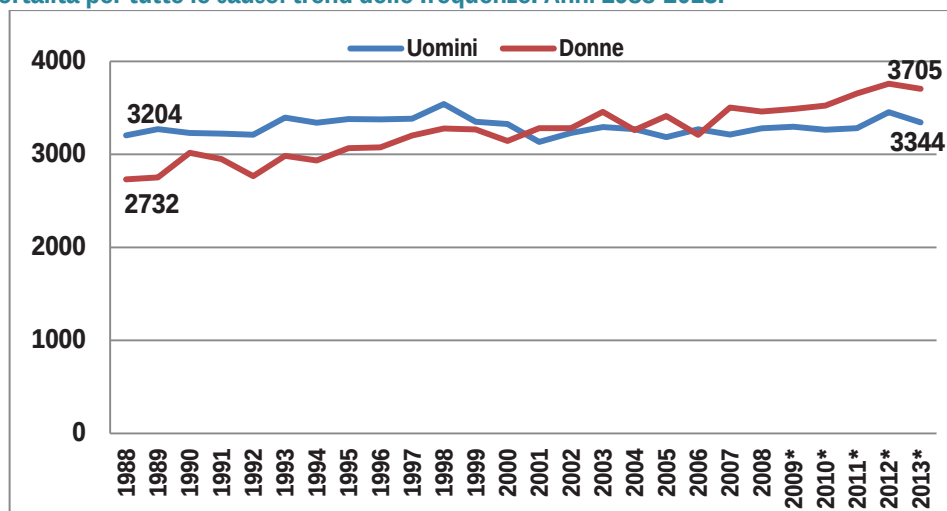
^=valore stimato

Nota bene: questo dato non è fornito dalle fonti ufficiali (Regione e Provincia), ma calcolato da Servizio Epidemiologia Ausl di Modena. Dal 2012 presenta un disallineamento nel metodo di calcolo rispetto al tasso ufficiale che è cambiato. Fino al 2010, quando il metodo di calcolo del tasso grezzo di natalità era uniforme, numeratore e denominatore avevano la stessa fonte del tasso ufficiale

Fonte: U.O. Informazione per la prevenzione collettiva

Mediamente in provincia di Modena nel periodo 2008-2013 sono deceduti 6.919 residenti per anno, nel 2013 i decessi sono stati 7.049, di cui 3.344 uomini (47.4%) e 3.705 donne (52.6%). Il trend temporale dal 1988 al 2013 del numero di deceduti in valore assoluto mostra un aumento fra le donne del 36% e fra gli uomini del 4% (Fig. 1.1.14).

Fig. 1.1.14 - Mortalità per tutte le cause: trend delle frequenze. Anni 1988-2013.

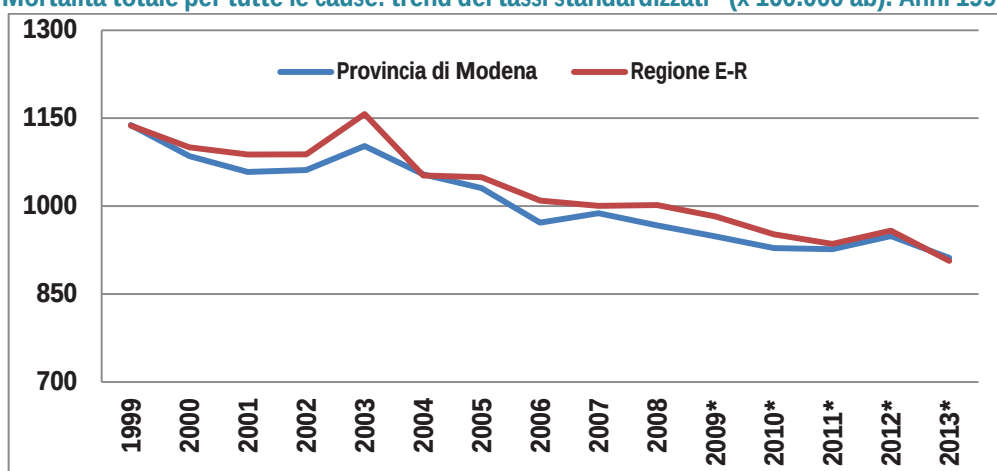


Fonte: Archivio provinciale di mortalità

* Fino al 2008 compreso i dati di mortalità sono codificati in ICD-9, dal 2009 in ICD-10

I tassi standardizzati di mortalità, che non risentono dell'invecchiamento della popolazione, nel periodo 1999-2013 sono diminuiti per entrambi i sessi: da 1.186 a 866 per 100.000 abitanti nei maschi (-27%) e da 1.092 a 939 (-14%) nelle femmine, valori simili a quelli medi regionali. La riduzione della mortalità registrata nell'intero periodo è in gran parte imputabile alle classi di età medie e agli anziani fino a 80 anni circa.

Fig. 1.1.15 - Mortalità totale per tutte le cause: trend dei tassi standardizzati* (x 100.000 ab). Anni 1999-2013.



Fonte: Archivi Regionale di Mortalità

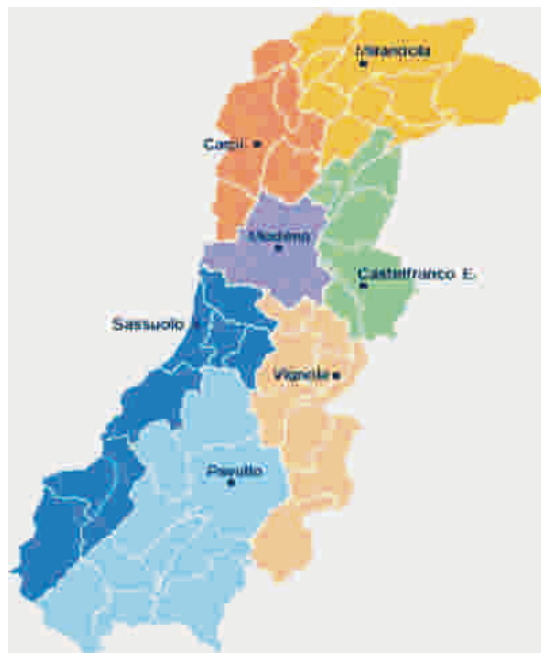
* Fino al 2008 compreso i dati di mortalità sono codificati in ICD-9, dal 2009 in ICD-10

.

1.2 Territorio, ambiente e mobilità

Territorio

La provincia di Modena si estende su una superficie di 2.688 kmq, ed è al quarto posto, per ampiezza, in Emilia Romagna; al 31/12/2013 vi abitano 702.809 persone² con una densità di 261 abitanti per kmq. Il territorio è sviluppato in direzione nord-sud, si estende dall'Appennino Tosco-Emiliano fino alla Pianura Padana lambendo il fiume Po.



In relazione alla conformazione del territorio, la conseguente suddivisione in zone altimetriche è la seguente:

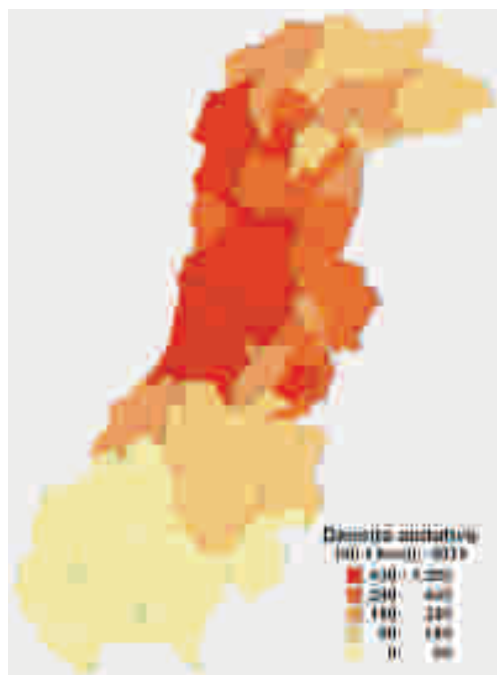
- "Pianura": 1.278 kmq, pari al 47,5% del territorio complessivo; vi risiedono 513.209 abitanti (73% della popolazione modenese) con la più elevata densità abitativa di 402 abitanti per kmq
- "Collina": 463 kmq, il 17,3% del territorio complessivo; risiedono in questa zona 141.966 abitanti (20,2% della popolazione modenese), mediamente 307 abitanti per kmq
- "Montagna": 947 kmq, il 35,2% dell'intero territorio provinciale; i residenti sono 47.634 (6,8% dei residenti modenesi) con una densità abitativa di 50 abitanti per kmq

Da un punto di vista amministrativo, il territorio provinciale aggrega 47 Comuni, di cui 23 situati in Pianura, 10 in Collina e 14 in Montagna, oltre a 7 forme associative di Enti Locali (Unioni di Comuni).

L'Azienda Sanitaria, considerando le complesse caratteristiche, ha stabilito la propria organizzazione territoriale in 7 Distretti sanitari:

- ω Carpi, comprendente 4 comuni tutti ubicati in Pianura;
- ω Mirandola, formato da 9 comuni anch'essi tutti ubicati in Pianura;
- ω Modena, coincidente con il comune capoluogo di Provincia ed ubicato in Pianura;
- ω Sassuolo, con 8 comuni di cui 1 in Pianura, 4 in Collina e 3 in Montagna;
- ω Pavullo nel Frignano, formato da 10 comuni di cui 1 in Collina e 9 in Montagna;
- ω Vignola, formato da 9 comuni di cui 2 in Pianura, 5 in Collina e 2 in Montagna;
- ω Castelfranco Emilia, con 6 Comuni tutti situati in Pianura.

² Il dato del totale della popolazione al 31.12.2013 è frutto dell'elaborazione di dati anagrafici comunali e può differire dal totale di popolazione diffuso da Istat per lo sfasamento temporale esistente tra il verificarsi dell'evento (naturale o migratorio) e la definizione della relativa pratica in anagrafe, oppure per il non completamento della revisione anagrafica successiva al censimento del 2011.



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Nel maggio 2012 la parte settentrionale della provincia di Modena è stata colpita da una serie di eventi sismici. L'evento del 20 maggio ha avuto magnitudine pari a 5.9 gradi della scala Richter con epicentro nel comune di Finale Emilia, quello del 29 maggio aveva magnitudine di 5.8 con epicentro situato nella zona compresa fra Mirandola, Medolla e San Felice sul Panaro.

I comuni ufficialmente riconosciuti dalla normativa regionale sono stati: Bastiglia, Bomporto, Campogalliano, Camposanto, Carpi, Castelfranco Emilia, Cavezzo, Concordia sulla Secchia, Finale Emilia, Medolla, Mirandola, Nonantola, Novi, Ravarino, San Felice sul Panaro, San Possidonio, San Prospero, Soliera. In quell'area risiedevano 261.645 persone di cui 35.642 stranieri (13,6%).

Mobilità

La dotazione di infrastrutture viarie è molto sviluppata, in particolare per quanto riguarda il trasporto stradale: la rete stradale ordinaria è caratterizzata da una serie di corridoi di attraversamento del territorio provinciale in senso Est-Ovest corrispondenti: alla Cispadana, alla Carpi - Ravarino, alla Via Emilia ed alla Pedemontana, che raccordano la provincia di Modena con quelle confinanti di Reggio Emilia e Bologna e sono collegate con le arterie che la attraversano da Nord a Sud. La città di Modena è quasi sempre toccata da questa rete viaria rappresentando quindi il centro di una virtuale raggiera di strade in direzione di Carpi e Mantova, di Mirandola e Verona, di Nonantola e Ferrara, di Vignola e dell'Appennino Orientale, di Pavullo e Lucca, di Sassuolo e dell'Appennino occidentale.

La provincia di Modena è inoltre interessata da due importanti tratte autostradali: la Milano-Bologna (A1), che la attraversa in senso longitudinale, e quella del Brennero (A22) che proviene da Nord e si inserisce in prossimità della città di Modena nell'A1.

Queste direttrici stradali trovano corrispondenza in due rami ferroviari sostanzialmente ad esse paralleli, vale a dire la linea Milano-Bologna e la linea Bologna-Modena-Brennero. Il trasporto ferroviario è completato da 3 ferrovie locali, che percorrono rispettivamente le tratte Modena-Sassuolo, Sassuolo-Reggio Emilia e Vignola-Bologna.

Ambiente

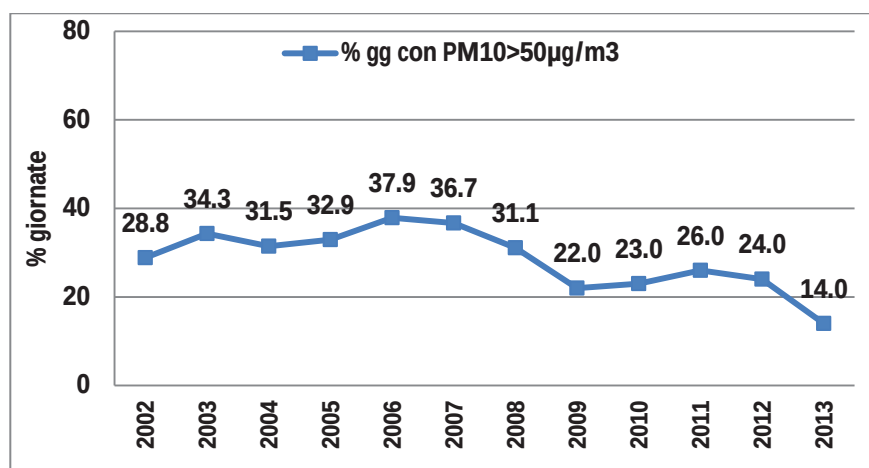
Qualità dell'aria

Gli alti livelli di urbanizzazione ed industrializzazione del territorio, connessi con le caratteristiche meteo-climatiche, favoriscono il ristagno degli inquinanti e generano una situazione ambientale che presenta diverse criticità.

Una delle principali è rappresentata dal particolato (monitorato come PM₁₀), sia per i numerosi superamenti dei limiti di legge, sia per le evidenze epidemiologiche che sempre più lo legano ad effetti avversi sulla salute umana.

Il PM₁₀ è un inquinante critico su tutto il territorio provinciale, soprattutto per quanto riguarda il rispetto del numero massimo di superamenti del Valore Limite giornaliero. In tutti i siti di misura, infatti, il numero superamenti è superiore a 35. Nel 2013 a Modena la stazione peggiore (Giardini) ha registrato 51 superamenti del limite giornaliero di 50 µg/m³, pari al 14% delle giornate con valori validi. Le medie annuali di PM₁₀ nel 2013 sono invece risultate inferiori al limite di 40µg/m³. Se si analizza il trend delle polveri PM₁₀, confrontati con i limiti indicati dalla normativa, si può notare un calo progressivo dall'anno 2006 fino al 2010, poi una stabilità negli anni 2011 e 2012, e un ulteriore calo evidente nel 2013. Se si analizzano le cause di questa diminuzione, si evince che diversi sono i fattori che hanno contribuito: prima fra tutti la meteorologia, infatti l'inverno 2013 particolarmente piovoso ha favorito l'abbattimento delle polveri, ma anche la crisi economica, che ha prodotto una diminuzione sia delle emissioni industriali che del numero di veicoli circolanti, e il rinnovo del parco veicolare che ha portato in questi anni ad un progressivo calo dei veicoli più inquinanti. (Fig. 1.2.1)

Fig.1.2.1 - Percentuale di giornate con valori di concentrazione di PM10 superiori al limite di 50 µg/m³. Anni 2002-2013.



Fonte: Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente (Arpa) – Sezione Provinciale di Modena – Rete Monitoraggio Qualità Aria

Per quanto riguarda le polveri PM_{2,5} emerge una situazione meno critica rispetto a quella del PM₁₀; infatti, nel 2013 tutte le stazioni di monitoraggio rispettano il valore limite annuale di 25µg/m³. Se si analizza il trend delle medie annue del PM_{2,5}, si notano concentrazioni superiori al valore limite nei primi anni di monitoraggio (2001), con valori in diminuzione nel tempo; dal 2009 al 2012 i valori riscontrati sono stabili di poco inferiori al limite, mentre nel 2013 decisamente inferiori, infatti la stazione di Parco Ferrari ha misurato una media annuale di 18 µg/m³.

Anche l'Ozono (O₃), come il PM₁₀, è un inquinante critico in tutta la Pianura Padana: deriva dalle reazioni fotochimiche che avvengono tra un numero elevatissimo di inquinanti presenti in atmosfera in presenza di forte irraggiamento solare (è per questo che le concentrazioni più elevate si riscontrano in estate). Nella stazione di Parco Ferrari a Modena nell'estate 2013 si sono registrate 70 giornate in cui è stato superato il Valore Obiettivo (massimo giornaliero della media mobile su 8 ore di 120 µg/m³, da non superare più di 25 volte in un anno). La variabilità negli anni di questo inquinante non evidenzia una tendenza chiara: le diversità sono legate alla meteorologia della stagione estiva che ha caratterizzato gli anni analizzati. In generale i livelli di Ozono sono ancora troppo elevati rispetto ai limiti imposti dalla normativa; considerando l'origine fotochimica di questo inquinante, nonché la sua natura secondaria legata a complesse reazioni chimiche in atmosfera, la soluzione del problema legato all'inquinamento da ozono risulta molto più complessa rispetto ad altri inquinanti.

Nel 2013 per quanto riguarda il Biossido di azoto (NO₂) si registrano medie annuali inferiori al limite di 40 µg/m³ in tutte le stazioni di monitoraggio di fondo urbano, mentre la situazione rimane critica nelle stazioni più influenzate dal transito veicolare, Giardini a Modena ha registrato un valore medio annuo di 44µg/m³. Il trend dei dati medi annui, evidenzia un calo progressivo, più evidente nelle stazioni di fondo, quindi si riducono i livelli a cui la popolazione è esposta.

Nella stazione di Giardini, analogamente a quanto avviene nelle stazioni da traffico della Rete Regionale di Qualità dell'Aria, è misurato il Monossido di Carbonio (CO), gas che si produce principalmente dalle reazioni di combustione; i livelli di questo inquinanti sono da anni molto contenuti e prossimi al limite di rilevabilità strumentale. La massima

della media mobile delle 8 ore misurata nel 2013 è stata di 2,5 mg/ m³ (valore limite 10 mg/m³).

Una forte diminuzione negli ultimi decenni si è riscontrata anche per le concentrazioni di benzene, che attualmente raggiunge nella stazione di Giardini valori medi annui di 1,3 µg/m³, molto inferiori rispetto al limite previsto per il 2010 pari a 5 µg/m³.

Per quanto riguarda il Biossido di zolfo (SO₂), dopo l'avvento della metanizzazione negli anni '70-'80, esso ha subito una drastica diminuzione nelle concentrazioni, tanto che i livelli attuali risultano molto bassi e ben lontano dai limiti di legge.

Qualità dei suoli

La qualità dei suoli nella provincia di Modena risulta influenzata negli ultimi decenni dalla agricoltura intensiva e dagli elevati carichi di sostanze azotate prodotte dai numerosi allevamenti zootecnici diffusi sul territorio provinciale. Relativamente alla problematica delle aree di spandimento, si evidenzia che in attuazione del Decreto del Ministro delle Politiche agricole e forestali 7 aprile 2006 – Programma d'azione per le zone vulnerabili ai nitrati da fonte agricola, la Regione Emilia Romagna a seguito di quanto indicato dalla L.R. n°4 del 2007, ha emanato, a fine 2011, il nuovo Programma d'Azione Nitrati (PAN) 2012-2015 in cui sono specificate le norme tecniche obbligatorie per l'utilizzazione agronomica degli effluenti e delle acque reflue di origine agricola, pubblicando il Regolamento Regionale n° 1 del 28/10/2011 con indicate le “disposizioni in materia di utilizzazione agronomica degli effluenti di allevamento e delle acque reflue derivanti da aziende agricole e piccole aziende agro alimentari”, entrato in vigore a partire dal 1° gennaio 2012.

Come provvedimento amministrativo correlato, la Provincia di Modena (con atto deliberativo consigliere n° 40 del 12.03.2008) aveva approvato la cartografia delle aree idonee all'utilizzazione agronomica degli effluenti zootecnici e dei fanghi di depurazione.

Contaminazioni puntuali, correlate a pregresse contaminazioni industriali sono in corso di bonifica e quindi in progressiva diminuzione.

Qualità delle acque

Lo stato ecologico delle acque superficiali determinato ai sensi della Direttiva 2000/60/CE, che prevede l'utilizzo di indicatori sia biologici che chimici, classifica, per il triennio 2010-2012, in classe “buona” il tratto montano del bacino del fiume Panaro dalla stazione di Ponte Chiozzo, posta a valle della confluenza dei torrenti Leo e Scoltenna, fino alla stazione in chiusura di bacino montano ubicata a Marano sul Panaro oltre che i suoi principali affluenti. Anche per il fiume Secchia, risultano in classe “buona” le stazioni del tratto montano-collinare fino alla stazione di Castellarano, posta anch'essa in chiusura di bacino montano. I tratti terminali di entrambi i corsi d'acqua, confermano la classe “sufficiente”, rimanendo ancora lontani dall'obiettivo normativo fissato per dicembre 2015. Scarso-cattivo risulta lo stato ecologico dei corpi idrici affluenti di pianura Naviglio, Grizzaga e Tiepido per il bacino del fiume Panaro e Fossa di Spezzano e Tresinaro per il bacino del fiume Secchia.

La qualità delle acque di falda, secondo quanto indicato dalla Direttiva 2000/60/CE, risulta scarso per buona parte del territorio di alta pianura modenese, in particolare nella conoide del torrente Tiepido. Per quanto riguarda le conoidi maggiori, risulta peggiore lo stato qualitativo delle acque sotterranee nella conoide del fiume Secchia, rispetto alle acque sotterranee nella conoide del fiume Panaro. Scadente risulta inoltre buona parte dell'acquifero freatico di pianura, mentre gli acquiferi profondi risultano classificati in qualità buona. Lo stato scadente delle falde è correlabile principalmente agli elevati carichi inquinanti riversati sul suolo provenienti soprattutto dal settore agricolo-zootecnico, che provocano un incremento dei livelli di concentrazione dei composti azotati (Nitrati). Per il territorio modenese la presenza di Nitrati nelle falde risulta pertanto determinante nella classificazione delle acque profonde, ma non esclusivo; infatti nel territorio pedecollinare si rileva costantemente una presenza puntuale di composti clorurati (organo-alogenati) superiori al limite normativo. Assenti risultano gli altri inquinanti quali fitofarmaci, idrocarburi policiclici aromatici (I.P.A.), fenoli e metalli pesanti.

Nota: per ulteriori informazioni sulle tematiche trattate nel presente capitolo si consiglia di riferirsi al sito <http://www.arpa.emr.it/modena/>

1.3 Il profilo socio-economico

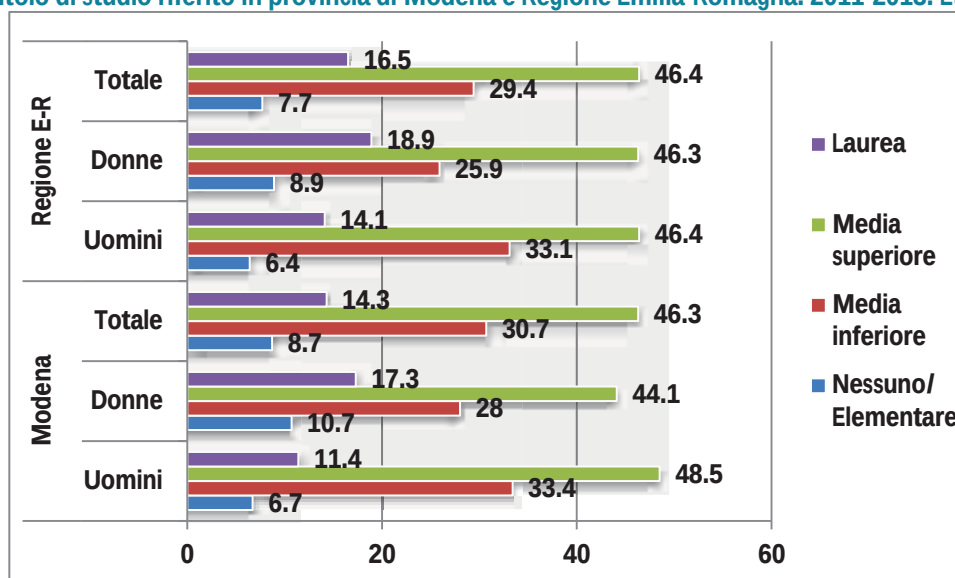
Il profilo socio economico della nostra provincia in estrema sintesi si caratterizza per:

- un livello di istruzione medio più basso rispetto alla media regionale;
- un incremento del tasso di disoccupazione arrivato nel 2013 al 7,6% degli over-15;
- la crisi ha colpito in particolare i segmenti più fragili della popolazione: i giovani, le donne e gli stranieri;
- negli ultimi 9 anni il numero dei poveri (con un reddito inferiore al 40% del reddito mediano) è quasi triplicato: da 21.000 a 59.000 unità su base provinciale.
- la nostra provincia presenta ancora, rispetto al dato medio nazionale, una migliore combinazione di benessere economico ed eguaglianza, ma la differenza si sta velocemente erodendo. La società modenese non è immune dalla tendenza verso una crescente disuguaglianza che sembra caratterizzare il Paese e risente delle conseguenze di una rapida immigrazione e di un mercato di lavoro che non riesce a garantire ai più giovani redditi e posti di lavoro adeguati.

Istruzione

Il livello di istruzione nella Provincia di Modena tra i 18 e 69 anni vede una quota di laureati pari al 14.3% di cui il 17.3% donne e 11.4% uomini, in confronto con un dato medio regionale rispettivamente del 16.5%, 18.9% e 14.1% (Fig.1.3.1). Questo fenomeno è probabilmente da mettere in relazione al fiorente mercato del lavoro esistente in provincia che ha attirato forza lavoro a discapito dell'Università. Il titolo di studio conseguito è fortemente correlato all'età per cui nella classe 50-69 anni la percentuale di persone con un nessun titolo, licenza elementare o media inferiore è sensibilmente più alto (54%) rispetto alle restanti classi 35-49 anni (35%) e 18-34 (25%).

Fig.1.3.1 - Titolo di studio riferito in provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna. 2011-2013. Età 18-69 anni



Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

Occupazione

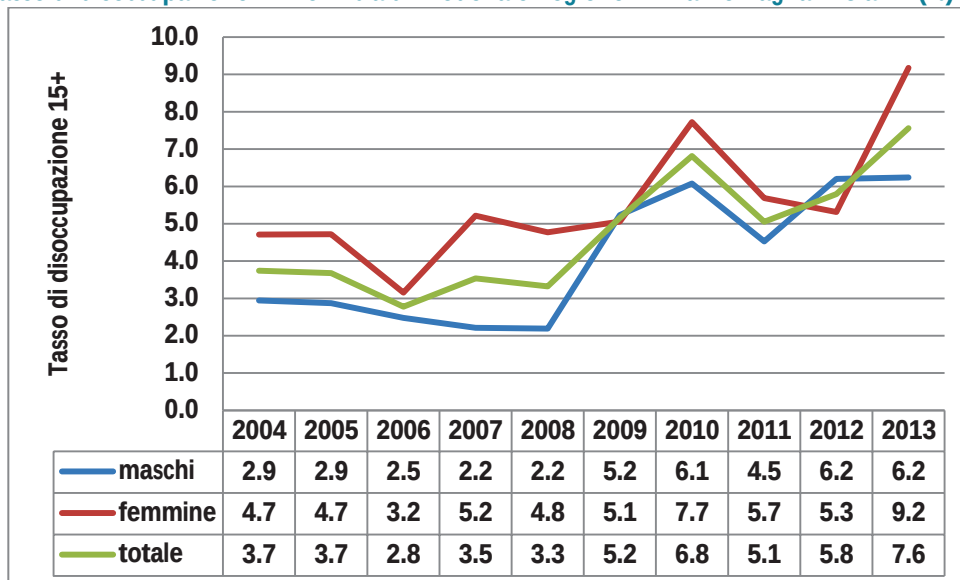
Il tasso di disoccupazione³ (fig.1.3.2) tra gli over 15 anni è cresciuto nel 2013 arrivando ad un valore del 7.6% principalmente dovuto ad una perdita di occupazione da parte delle donne dal 5.3% del 2012 al 9.2% del 2013, mentre per gli uomini il tasso è rimasto stabile. Particolarmente critica la situazione per i giovani che registrano un tasso di disoccupazione del 22.7% tra i 15-24 anni e del 9.9% tra i 25-34 anni con una differenza a discapito delle donne particolarmente rilevante nella fascia 25-34 anni con un valore più che doppio, 14.2%, rispetto ai colleghi uomini 6.7%. I tassi registrati nella nostra Provincia risultano inferiori rispetto alla media regionale (escludendo le donne tra i 25-34 anni che evidenziano un tasso peggiore nella nostra Provincia).

³ Per le definizioni relative agli indicatori estratti dalla rilevazione Istat sulle forze di lavoro si rimanda al glossario disponibile al seguente indirizzo <http://www.istat.it/it/files/2011/03/Glossario1.pdf>

I tasso di attività nel 2013 in Provincia di Modena si attesta al 73% e il tasso di occupazione al 67.3% entrambi leggermente superiori ai valori regionale, rispettivamente 72.6% e 66.3%.

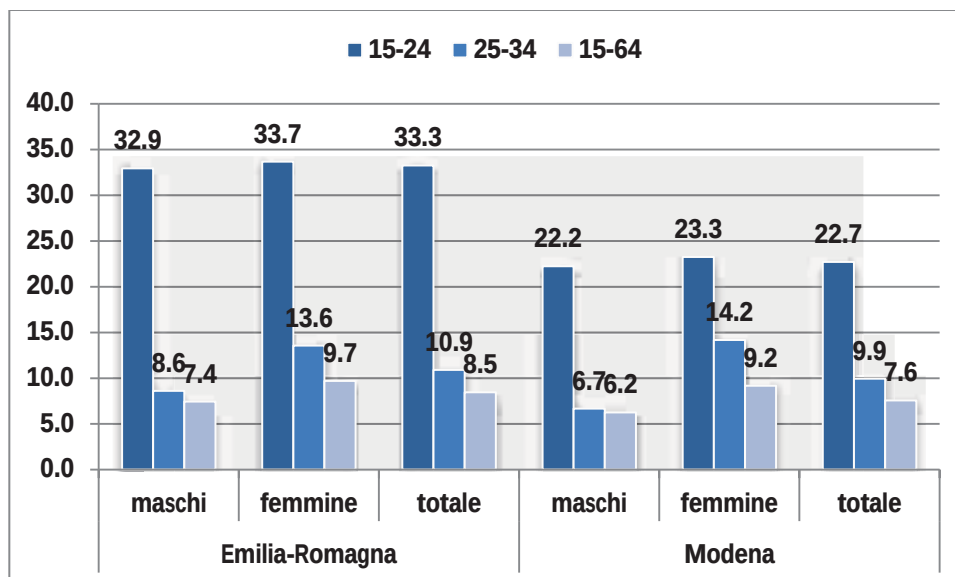
I tassi di inattività tra i 15-64anni specularmente ai valori precedenti si attestano mediamente in provincia di Modena al 27% valore uguale a quello regionale, nella Provincia di Modena il differenziale si registra fra i generi 20.7% per gli uomini 36.5% per le donne.

Fig.1.3.2 - Tasso di disoccupazione in Provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna >15 anni (%) - Anno 2013



Fonte:Istat Rilevazione sulle forze di lavoro

Fig.1.3.3 - Tasso di disoccupazione in Provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna per fasce di età (%) - Anno 2013



Fonte:Istat Rilevazione sulle forze di lavoro

Redditi•benessere•economico•

Nelle riflessioni seguenti facciamo riferimento ai risultati ottenuti dall'Indagine sulle Condizioni Socio-Economiche delle Famiglie Modenesi⁴ condotta dal centro di Analisi Pubbliche nel 2012-2013.

⁴ <http://www.capp.unimo.it/strumenti/ICESMO3.html>

In un quadro di profonda recessione, che si manifesta in una flessione dei redditi reali dell'ordine del 10% nel quinquennio 2006 - 2011, la crisi sembra avere colpito in misura ancora più dura i segmenti più fragili: i giovani, le donne e gli stranieri. In particolare con riferimento alla condizione di questi ultimi, che nel frattempo hanno ulteriormente aumentato la loro incidenza sulla popolazione residente, i dati prospettano l'emergere di rischi di segregazione, alla luce della progressiva divaricazione dei destini dei diversi segmenti della popolazione modenese, rischi che appaiono comuni ad altre aree del nord Italia, ma per questo non meno preoccupanti.

Se guardiamo al benessere economico delle persone e lo misuriamo con il reddito familiare equivalente, questo è passato da 27.511 € nel 2006 a 24.875 € nel 2011, con una contrazione, in termini reali, del -9,6% nell'arco di cinque anni.

Secondo stime, la flessione che si è verificata nella provincia è più accentuata di quella media nazionale e di quella del Nord Italia. Il reddito medio dei modenesi continua ad essere più elevato di quello del resto del Paese, ma il differenziale è sensibilmente diminuito.

Assieme alla flessione del reddito familiare si sono manifestate rilevanti modificazioni nella sua distribuzione, che è peggiorata. Nel complesso la provincia di Modena mantiene tuttavia un livello di disegualianza inferiore alla media nazionale, ma ormai prossimo a quello del Nord.

La caduta del reddito e le modificazioni intervenute nella sua distribuzione hanno avuto pesanti riflessi sulla povertà relativa, in particolare quando è misurata con soglie rivolte a selezionare le situazioni di maggior disagio economico. Ricorrendo alla linea della povertà al 40% del reddito mediano, una linea bassa e quindi segnaletica di forme più gravi di povertà, la percentuale di poveri tra il 2006 e il 2011 sale dal 5,0% all'8,2% della popolazione. Se si considera che nel 2002 il tasso corrispondente era del 3,3%, in nove anni il numero dei poveri è quasi triplicato: da 21000 a 59000 unità su base provinciale. I tassi di povertà relativa sono aumentati anche nel resto del Paese, ma con dinamiche meno intense di quelle che si sono manifestate a livello locale. La provincia di Modena continua ad avere tassi di povertà che sono grossomodo la metà di quelli medi nazionali, ma ormai allineati con quelli del Nord.

All'interno di questo quadro generale, si segnalano alcuni aspetti di articolare interesse.

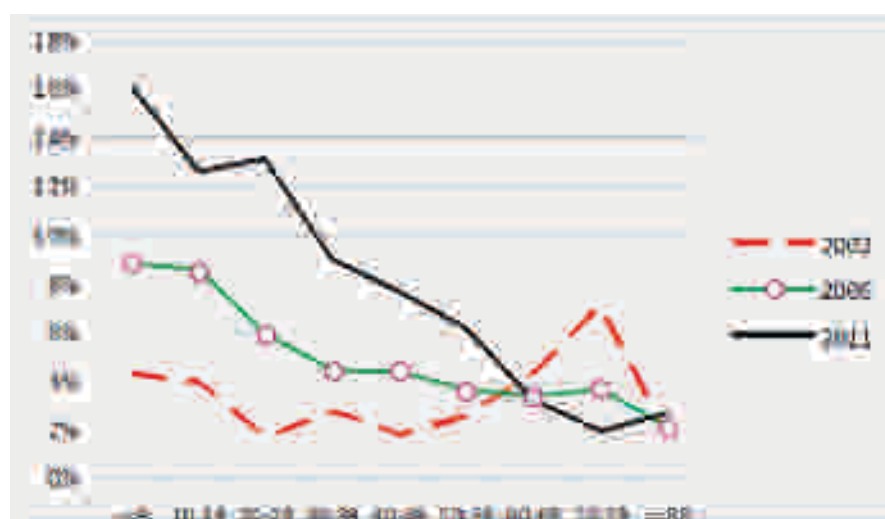
1. La flessione del reddito reale non ha interessato tutte le tipologie familiari in modo uniforme. È, ad esempio, diminuito più della media il reddito equivalente delle famiglie con capofamiglia giovane (fino a 40 anni), mentre è aumentato in quelle con capofamiglia tra i 61 e 70 anni. Rilevante è anche il riferimento alla condizione professionale del capofamiglia: a fronte di una contrazione generalizzata, le famiglie con capofamiglia pensionato o dipendente pubblico hanno mantenuto un reddito costante in termini reali.
2. Si è molto modificata la composizione del reddito familiare medio per fonti di reddito. È diminuito il peso dei fitti imputati e dei redditi da lavoro indipendente; è invece aumentato il peso dei redditi da trasferimenti pubblici, ossia da pensioni.
3. Persiste nel nostro territorio lo squilibrio di genere nella distribuzione dei tempi di lavoro, in particolare nella famiglie con due percettori di reddito e con figli. Sommando le ore di lavoro retribuito e quelle non pagate, svolte per attività domestiche e di cura, le donne lavorano in media a settimana 14 ore in più del partner. Rispetto al 2006 si nota, inoltre, un aumento del lavoro non pagato nelle famiglie con redditi più bassi: la capacità di rendere sostenibili le condizioni di vita famigliari, in presenza di peggiorate condizioni economiche, comporta un incremento del carico di lavoro delle donne.
4. Le modificazioni intervenute hanno riflessi sulla struttura della povertà. Rispetto al 2002, il rischio di povertà si concentra in misura sempre maggiore sulle famiglie con capofamiglia operaio, oppure lavoratore parasubordinato o disoccupato, e sulle persone più giovani, in particolare minorenni. Dal 2002 il numero di bambini minori di 10 anni in condizioni di povertà grave (soglia al 40%) è aumentato di cinque volte, da 2.000 a 10.000 unità su base provinciale.

In particolare i testi utilizzati riprendono l'Executive summary "Redditi E Benessere Delle Famiglie Modenesi Negli Anni Della Crisi Primi risultati dell'indagine ICESmo3 del 2012" gruppo di lavoro Centro di Analisi Politiche Pubbliche (2013), "I redditi da lavoro" Baracchi B., Bigarelli D. (2013), "La povertà" Baldini M., Silvestri P. (2013), "La salute dei modenesi tra le due Indagini ICESmo 2006-2012" Chiarolanza, Brunetti (2013), disponibili sul sito del CAPP a cui si rimanda per approfondimenti.

5. Molto nette le differenze nel rischio di povertà tra famiglie italiane e straniere. I tassi di povertà tra queste ultime sono molto più elevati, nell'ordine di 10 -11 volte, e sono in aumento.
6. Negli ultimi cinque anni la provincia si è arricchita di nuovi cittadini, prevalentemente provenienti da paesi del Sud-Est del mondo. Il loro arrivo spiega una parte rilevante del peggioramento degli indicatori di povertà registrati tra il 2006 e il 2011. Considerato che oltre la metà della popolazione straniera è presente a Modena da oltre dieci anni e che la maggior parte dichiara di avere intenzione di rimanere in Italia in modo stabile, su queste figure particolarmente fragili si dovrà necessariamente concentrare l'attenzione delle politiche pubbliche. La forte associazione tra incremento del rischio di povertà e aumento della quota di immigrati non deve indurre a trarre la conclusione che il fenomeno della povertà interessi oggi solo la popolazione di origine straniera. Con linea al 60%, infatti, nel 2011 circa la metà dei poveri vive in famiglie con persona di riferimento italiana. Per tutti i poveri, inoltre, sia italiani che immigrati, è aumentata nel tempo la distanza tra il loro reddito e la soglia di povertà, quindi anche le condizioni dei poveri italiani sono recentemente peggiorate.

Da questi primi e provvisori confronti ci pare che il caso modenese, così come era emerso all'inizio degli anni duemila, stia progressivamente perdendo le sue caratteristiche e, dieci anni dopo, risulti sempre più omologo al profilo tipico dell'Italia settentrionale. Modena presenta ancora, rispetto al dato medio nazionale, una migliore combinazione di benessere economico ed eguaglianza, ma la differenza si sta velocemente erodendo. Come avevamo anticipato nell'analisi dei dati del 2006, la società modenese non è immune dalla tendenza verso una crescente disuguaglianza che sembra caratterizzare il Paese e risente delle conseguenze di una rapida immigrazione e di un mercato dl lavoro che non riesce a garantire ai più giovani redditi e posti di lavoro adeguati.

Fig.1.3.4 - Persone in povertà relativa grave (40% del reddito mediano locale) per classe di età individuale

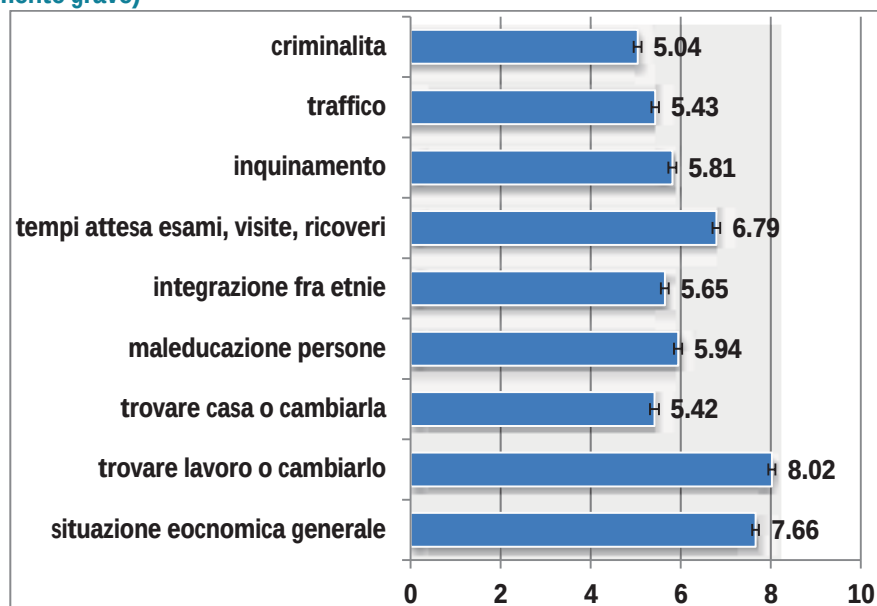


Fonte: su Indagine sulle Condizioni socio-economiche delle famiglie modenesi (2012-2013), "La povertà" Baldini M., Silvestri P. (2013)

Criticità percepita dai cittadini

Fra i problemi maggiormente sentiti dalla cittadinanza nella Provincia di Modena sono stati rilevati in ordine decrescente il “trovare lavoro o cambiarlo”, “la situazione economica in generale” e il tempi di attesa per esami, visite e ricoveri.

Fig.1.3.5 - Gravità problemi nel comune di residenza riferita dai cittadini nella Provincia di Modena (0 per nulla grave - 10 estremamente grave)



Fonte: elaborazioni su Indagine sulle Condizioni socio-economiche delle famiglie modenesi (2012-2013), CAPP

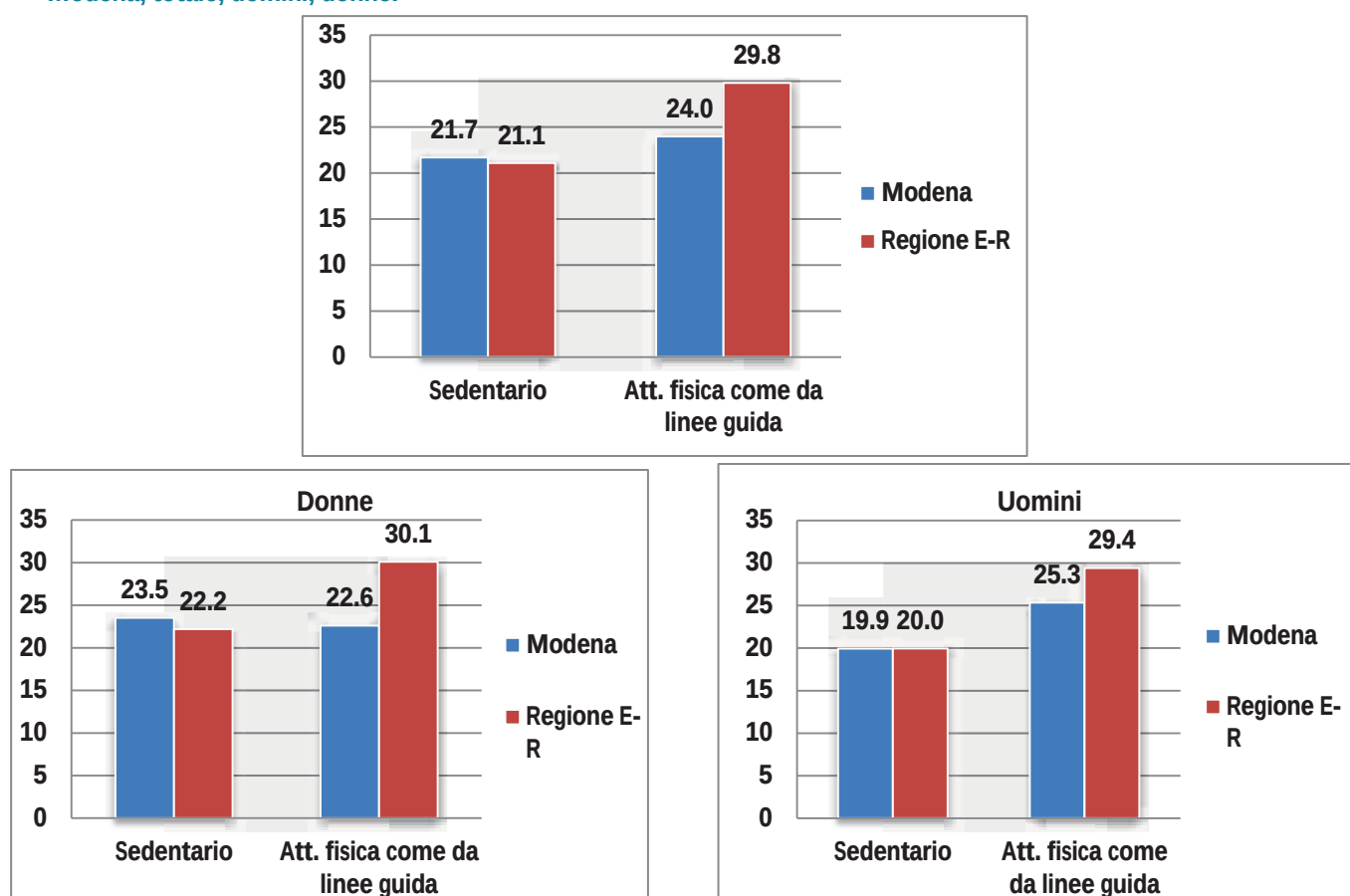
1.4 Gli stili di vita

Attività fisica e sedentarietà

Gli stili di vita non idonei rappresentano un importante fattore di rischio per le malattie cronico-degenerative.

In particolare l'eccessiva sedentarietà e l'alimentazione scorretta comportano un progressiva tendenza al sovrappeso e all'obesità. Nel triennio 2011-2013 in provincia di Modena riferisce di essere completamente sedentario il 22% (20% degli uomini e 24% delle donne) delle persone tra i 18 e 69 anni e solo il 24% dichiara di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica. (Fig.1.4.1) Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio: lo è il 23% degli ipertesi, il 25% delle persone con eccesso ponderale, il 27% dei fumatori e il 28% di chi riferisce sintomi di depressione.

Fig.1.4.1 - Attività fisica: sedentari e persone che effettuano attività fisica ai livelli raccomandati in provincia di Modena, totale, uomini, donne.



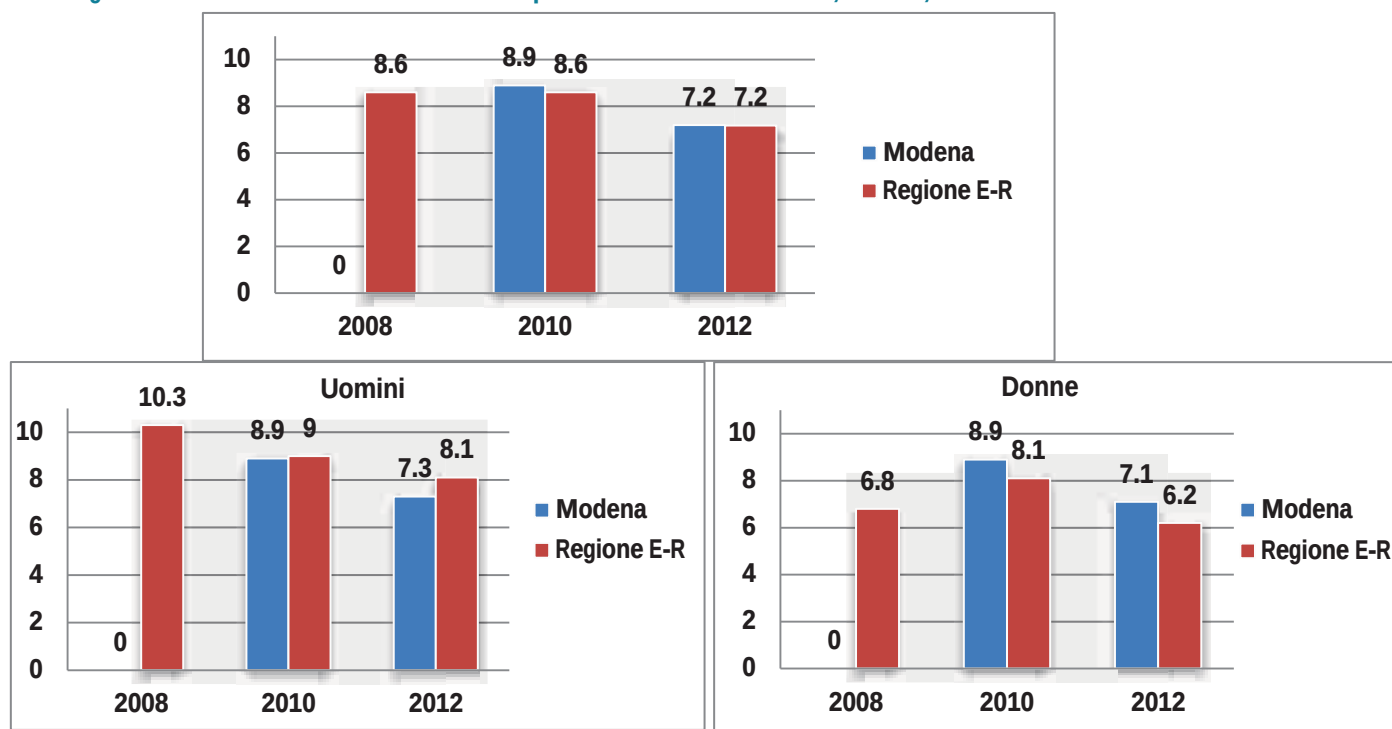
Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

Dall'indagine OKkio 2012 emerge che, secondo i loro genitori, circa il 34% dei bambini di otto anni fanno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 7% neanche un giorno e solo il 17% da 5 a 7 giorni. Inoltre nella mattina dell'indagine il 71% ha riferito di essere andato a scuola in automobile, il 5% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico e il 21% dei bambini si è recato a piedi o in bicicletta.

Obesità

Secondo l'indagine OKkio alla Salute 2012, i bambini di otto anni risultano normopesi nel 71%, in eccesso ponderale nel 29% dei casi (22% sovrappeso, 7% obesi), valori simili agli analoghi regionali. I valori dello stato nutrizionale, pur rimanendo preoccupanti, suggeriscono che nella nostra provincia e in regione, si sia interrotta la tendenza all'aumento della percentuale di bambini con obesità, trend che invece continua ad interessare diversi paesi occidentali. (Fig.1.4.2)

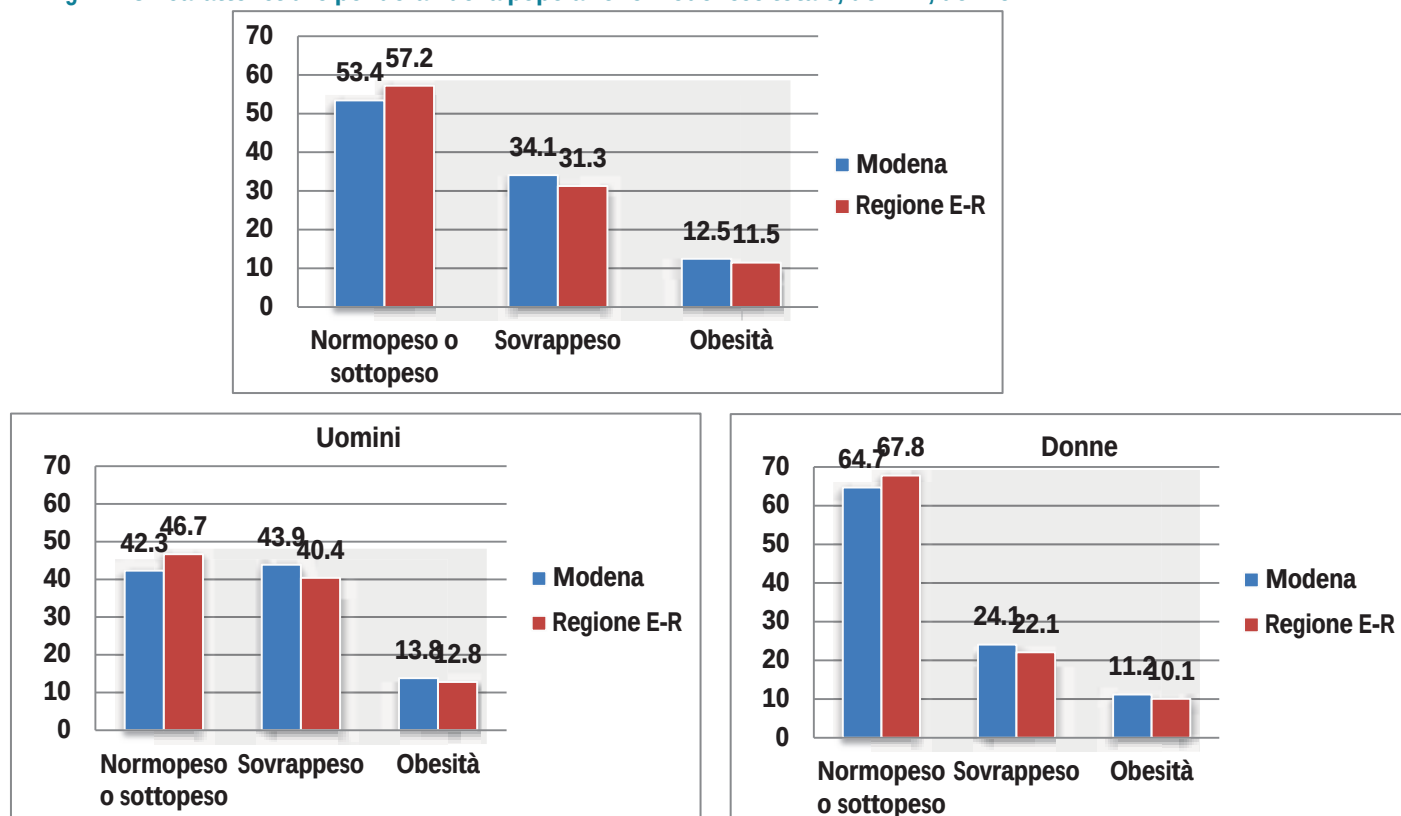
Fig. 1.4.2 - Obesità in bambini di 8 anni in provincia di Modena totale, uomini, donne.



Fonte: indagine OKkio alla Salute, anni 2008, 2010, 2012

Il 47% dei residenti intervistati 18-69enni riferisce un eccesso ponderale, mentre i veri e propri obesi sono il 13% della popolazione. L'eccesso ponderale è più frequente col crescere dell'età (61% tra i 50 ed i 69 anni), nel sesso maschile (58% contro 35% nelle donne) e nelle persone con livelli più bassi di istruzione. Il peso eccessivo si associa anche a una non corretta percezione del proprio stato nutrizionale: solo il 56% delle persone in sovrappeso e il 93% delle persone con obesità ne è consapevole. (Fig. 1.4.3)

Fig. 1.4.3 - Caratteristiche ponderali della popolazione modenese totale, uomini, donne.

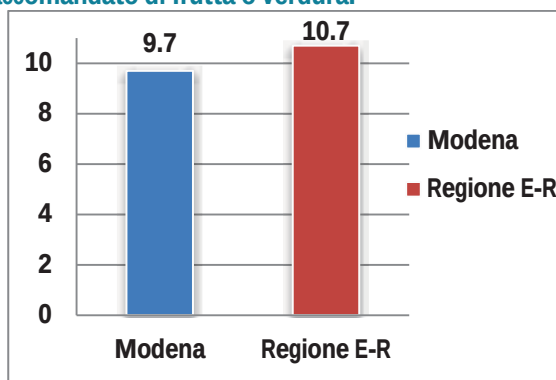


Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

Alimentazione

Il consumo di frutta e verdura risulta abbastanza diffuso: il 34% ne mangia 3-4 porzioni al giorno, ma solo il 10% aderisce alle raccomandazioni internazionali delle cinque porzioni al giorno; in modo particolare il rispetto di questa indicazione è scarso negli uomini (8% rispetto all'11% delle donne) e nei giovani (4% contro il 12% dei 50-69enni). (Fig.1.4.4)

Fig. 1.4.4 - Consumo giornaliero raccomandato di frutta o verdura.

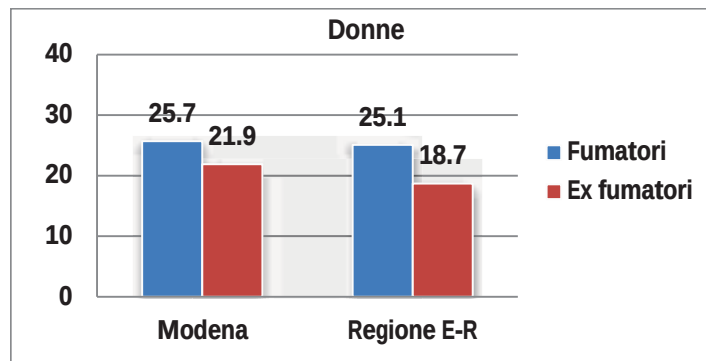
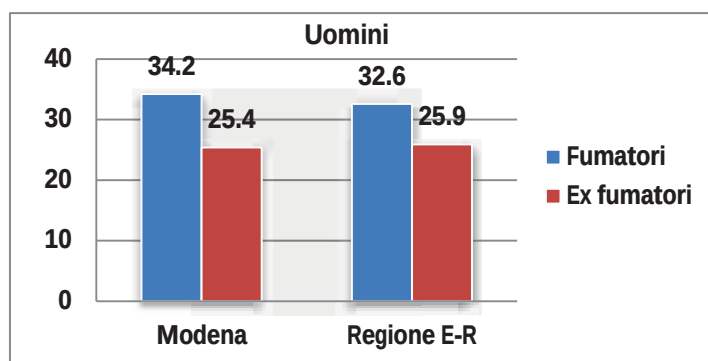
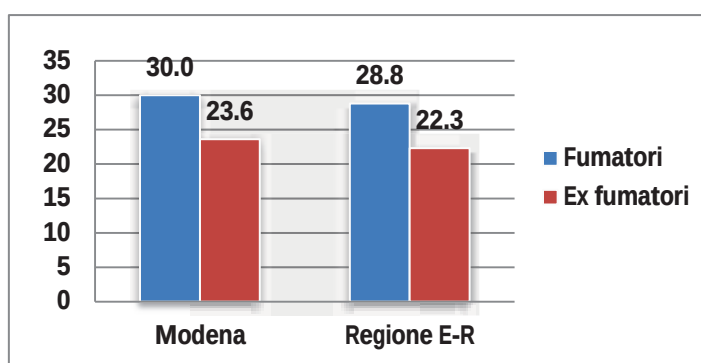


Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

Fumo

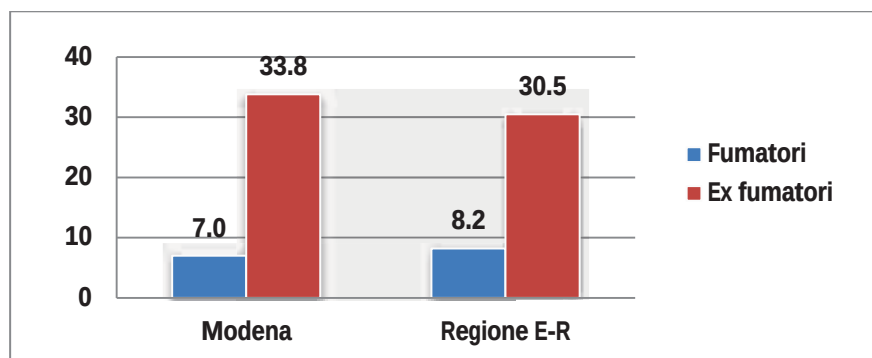
Il 30% dei residenti in provincia di Modena tra 18 e 69 anni si dichiara fumatore; fumano maggiormente gli uomini (34% contro il 26% donne), quelli con una bassa scolarità e quelli con molte difficoltà economiche riferite (Fig. 1.4.5). Fumano meno le persone oltre i 50 anni (24% tra 50 e 69 anni). Il consumo medio è di 13 sigarette al giorno, ma circa il 29% ne fuma un pacchetto o più. Al 55% dei fumatori è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. L'abitudine tabagica si riduce ma non si annulla anche con l'avanzare dell'età, come attestato da PASSI d'Argento: complessivamente fuma il 7% delle persone con 70 anni e più (10% uomini, 5% donne), valori simili a quelli regionali. (Fig.1.4.5bis)

Fig. 1.4.5 - Abitudine al fumo 18-69 anni totale, uomini, donne.



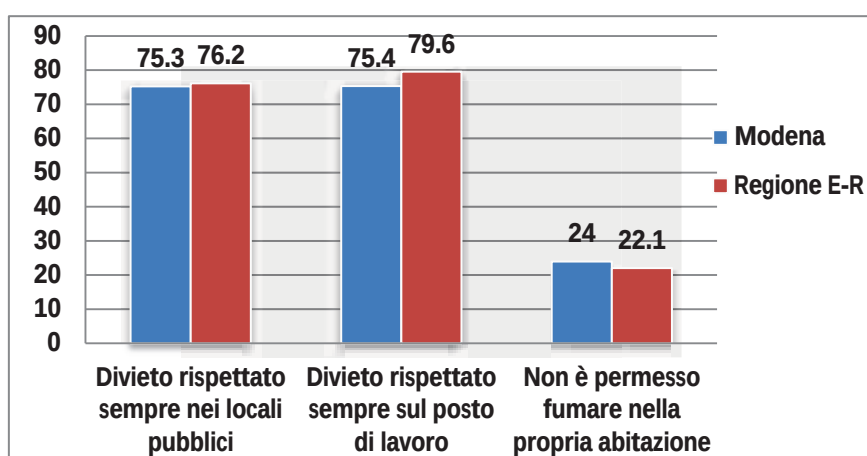
Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

Fig. 1.4.5bis - Abitudine al fumo 70 anni e più.



Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

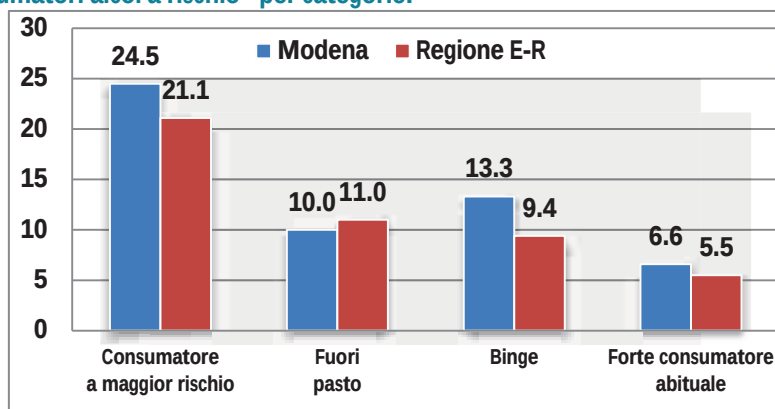
Fig. 1.4.6 - Rispetto del divieto di fumo.



Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

Il rispetto della normativa antifumo è in media coi valori regionali: il 75% degli intervistati dalla sorveglianza PASSI riferisce che il divieto di fumare nei locali pubblici viene rispettato sempre mentre il 18% quasi sempre; il 75% dichiara sempre rispettato tale divieto sui luoghi di lavoro mentre il 14% quasi sempre; il 76% dichiara inoltre che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare in alcun locale. (Fig. 1.4.6)

Fig. 1.4.7- Consumatori alcol a rischio* per categorie.



*I consumatori a maggior rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (consumatore fuori pasto, binge, forte consumatore abituale)

Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

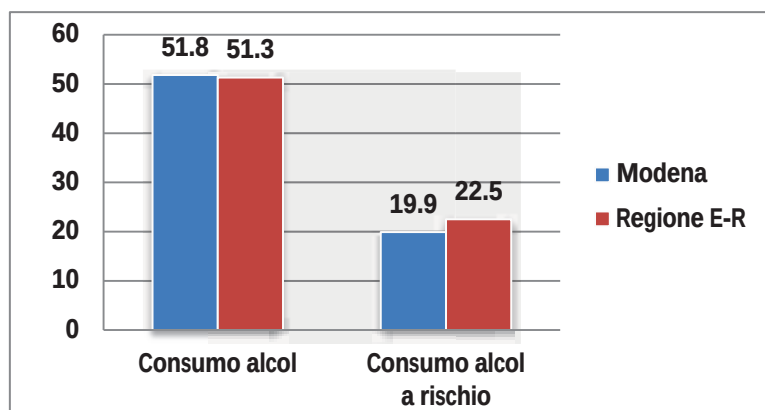
Alcol

Tra la popolazione modenese 18-69enne, il 73% consuma alcol, anche occasionalmente, e il 24% in modo potenzialmente a rischio per la salute in quanto consuma alcol: prevalentemente o solo fuori pasto (10%), smoderatamente (13%), seppure in modo saltuario (binge drinking, secondo la definizione anglosassone), oppure abitualmente in grandi quantità (7%) che a lungo termine possono risultare nocive.

In particolare, il binge drinking è diffuso tra gli uomini (19% rispetto all'8% delle donne) e tra i più giovani (23% tra i 18 e i 24 anni). Se complessivamente la percentuale di donne che consumano alcol a maggior rischio è inferiore rispetto agli uomini (31% vs 18%), questa differenza si riduce molto tra le giovani donne, ad esempio tra i 18 e 24 anni quelle che bevono in modalità binge è del 15% contro il 30% dei coetanei maschi. (Fig.1.4.7)

Considerando le persone con 70 anni e più, PASSI d'Argento informa che il 52% consuma alcol e, in particolare, il 20 % ne consuma più di un'unità alcolica al giorno che, per quell'età, può essere considerata quantità dannosa per la salute (37% uomini e 8% donne), valori simili a quelli regionali (Fig. 1.4.7bis).

Fig. 1.4.7bis- Consumo di alcol e consumo di alcol a rischio*.



*I consumatori a maggior rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (consumatore fuori pasto, binge, forte consumatore abituale)

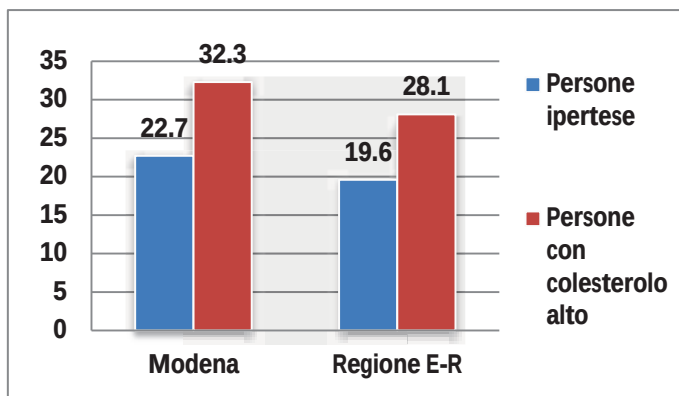
Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento 2012-2013

Ipertensione e ipercolesterolemia

Per quanto riguarda la prevenzione cardiovascolare, il 90% delle persone con 35-69 anni ha misurato la pressione negli ultimi due anni. Globalmente il 23% delle persone tra 18 e 69 anni riferisce ipertensione, con valori crescenti all'aumentare dell'età (16% tra 35 e 49 anni e 42% tra i 50-69enni). L'ipertensione riferita è più alta nelle persone con livello di istruzione molto basso e in quelle in eccesso ponderale. Non si manifestano differenze statisticamente significative per genere (25% tra gli uomini vs 21% tra le donne). La prevalenza dell'ipertensione raggiunge il 59% nelle persone con 70 anni e più (53% negli uomini, 64% nelle donne), valori simili a quelli regionali.

La rilevazione della colesterolemia è stata effettuata negli ultimi due anni dall'85% dei residenti in provincia di Modena di età 35-69 anni. Riferisce ipercolesterolemia circa il 32% della popolazione tra 18 e 69 anni, percentuale che aumenta al crescere dell'età (28% tra 35 e 49 anni e 48% tra i 50-69enni) ed è maggiore nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con eccesso ponderale. Si non si manifestano differenze statisticamente significative per genere (34% tra gli uomini contro 31% tra le donne). (Fig. 1.4.8)

Fig. 1.4.8 - Ipertensione e colesterolemia.

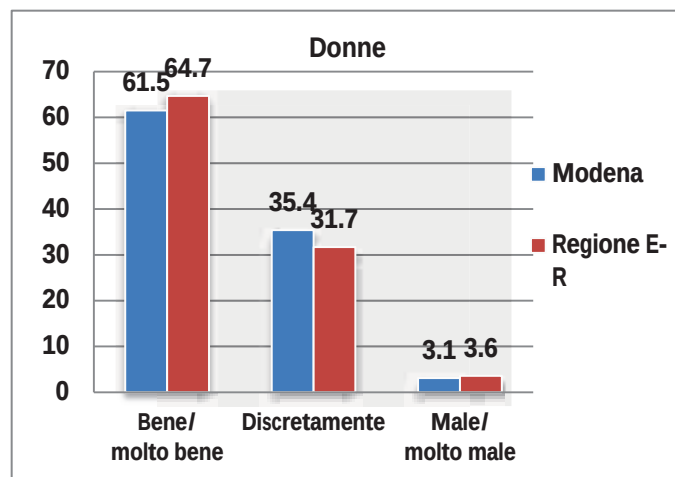
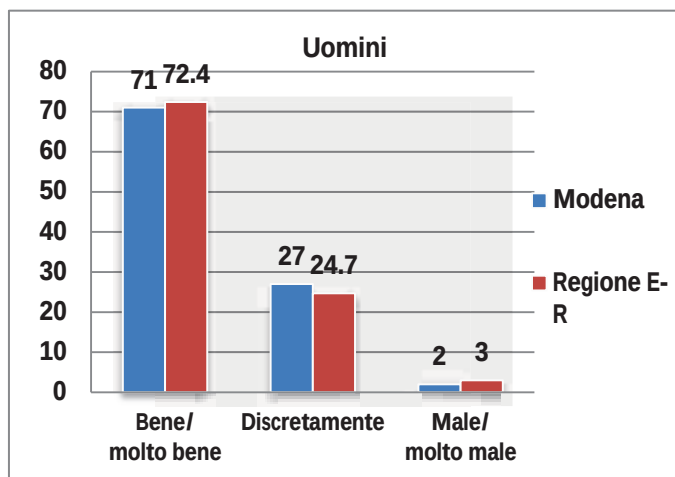
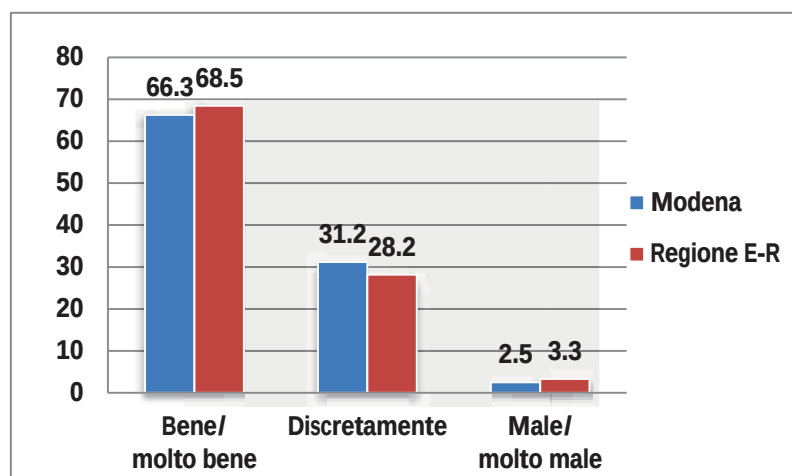


1.5 Lo stato di salute

La salute percepita

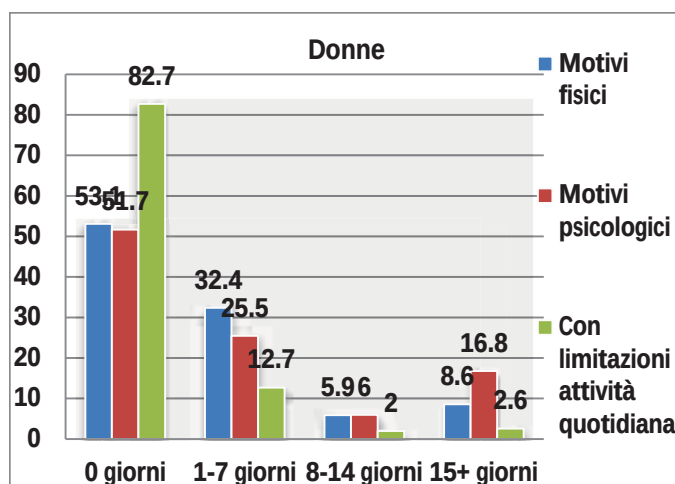
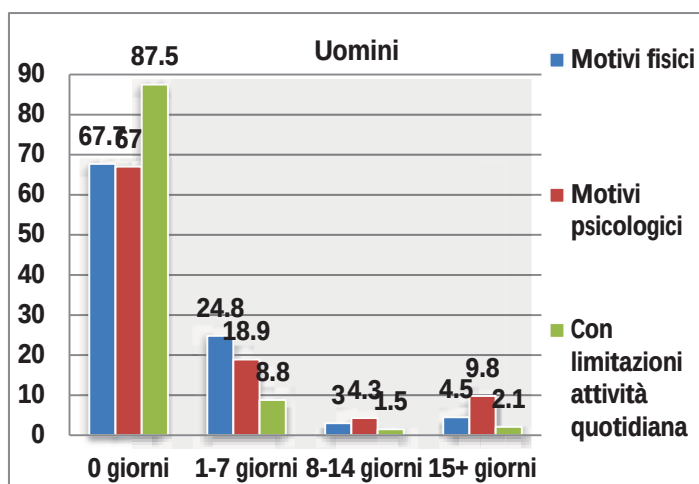
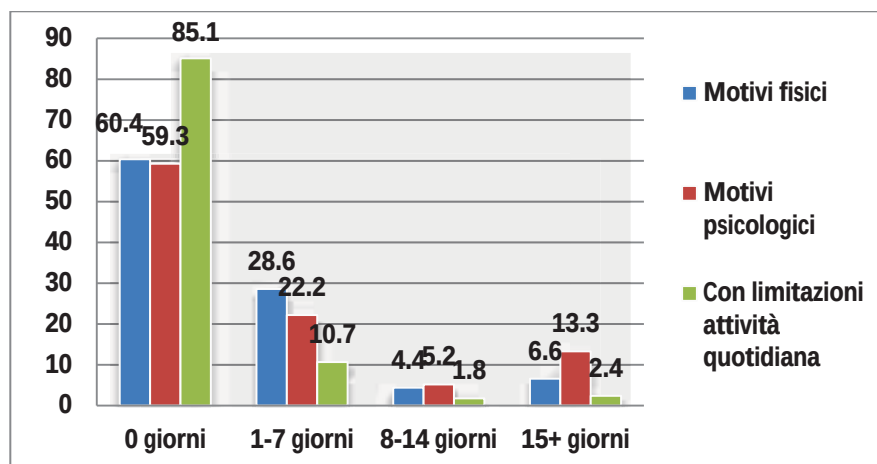
L'analisi della salute percepita, mostra che i residenti di provincia di Modena hanno una percezione positiva del proprio stato di salute: il 66% dei modenesi dichiara di sentirsi bene o molto bene (maggiormente gli uomini rispetto alle donne, rispettivamente 71% contro 62%), il 31% discretamente e il 3% male o molto male; valori simili a quelli regionali. Il 7% dei modenesi riferisce più di due settimane in cattiva salute nel mese precedente per motivi fisici, il 13% per motivi psicologici e il 2% che riferisce limitazioni nelle attività quotidiane, valori simili a quelli della regione Emilia-Romagna. (Fig. 1.5.1 e 1.5.2)

Fig.1.5.1 - Salute percepita dalla popolazione totale, uomini, donne.



Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

Fig.1.5.2 – Giornate percepite in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e giornate con limitazioni delle attività abituali a causa dei problemi di salute, popolazione totale, uomini, donne.



Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

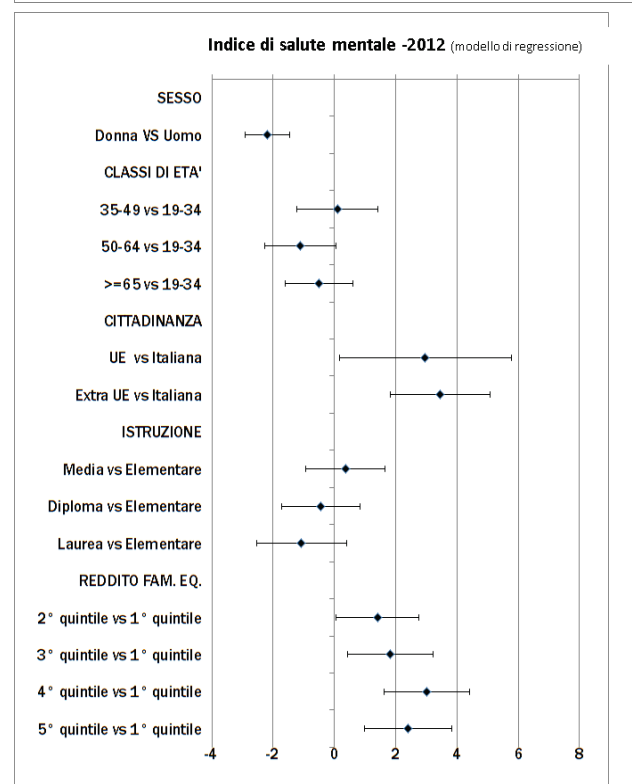
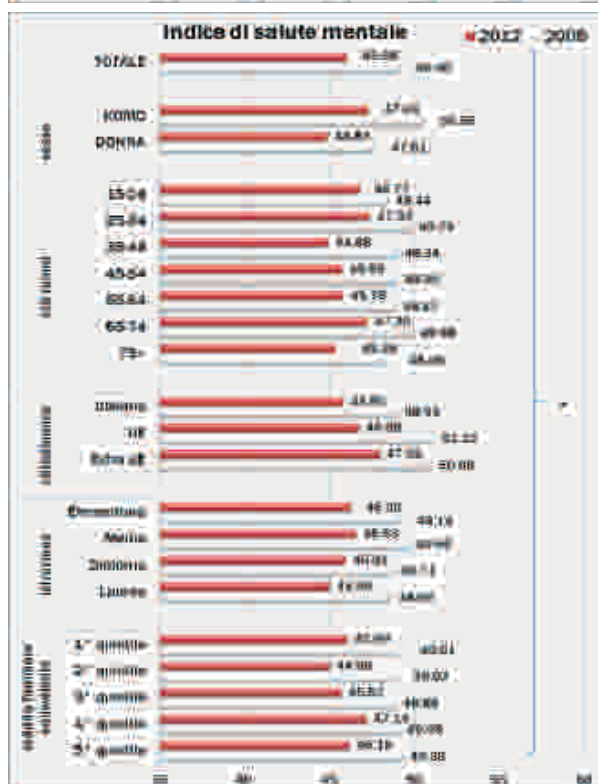
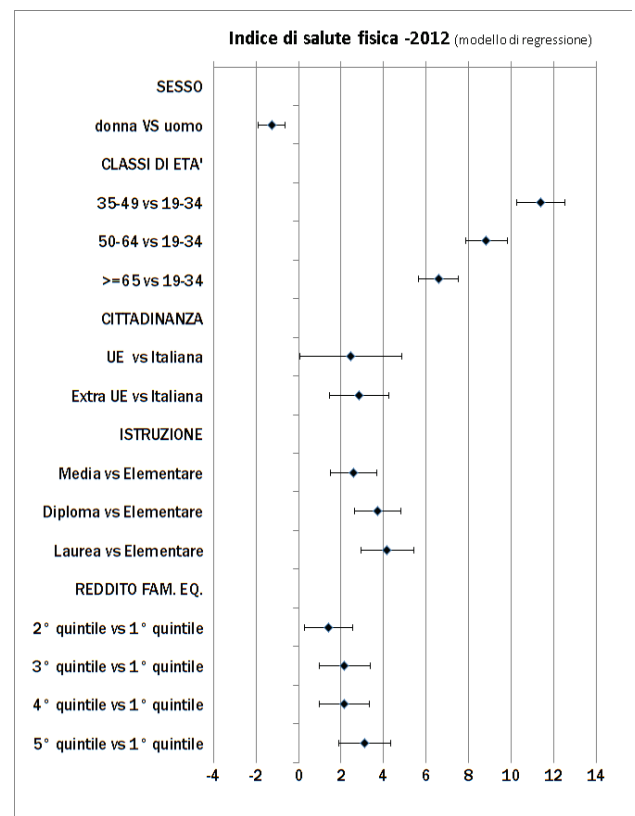
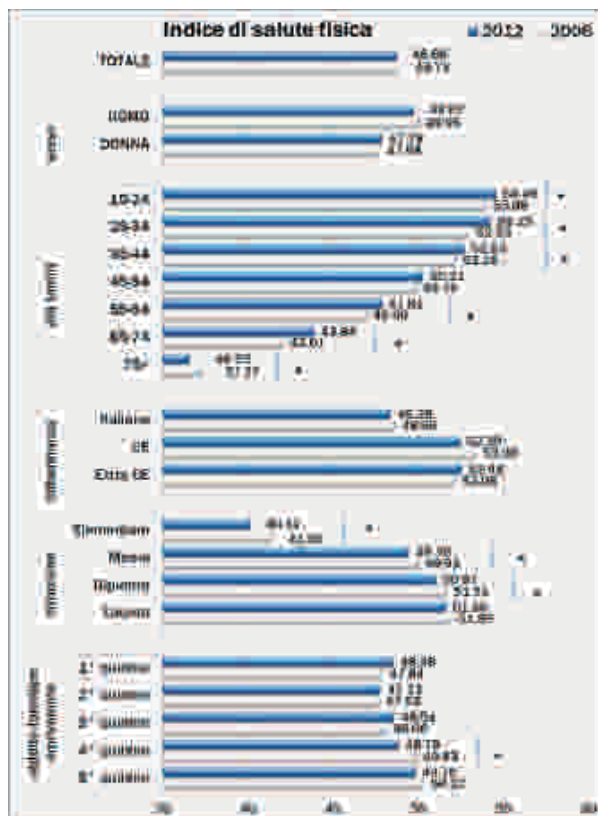
La salute fisica dei modenesi misurata nell'indagine ICESMO attraverso il questionario di qualità della vita SF12 è rimasta in media sostanzialmente stabile (48.7). Si evidenzia un miglioramento in tutte le fasce di età particolarmente significativo tra i 55-64enni (+1.1 punti) e tra i 65-74enni (+1.8 punti) e un peggioramento per gli over 75 (-0.8 punti). È peggiorata la condizione fisica di coloro che possiedono titoli di studio più bassi in particolare le elementari (-1.2 punti).

Vengono confermate relazioni già evidenziate nell'indagine precedente in particolar modo le differenze e disuguaglianze a discapito della salute delle donne rispetto a quella degli uomini, un miglioramento della condizione fisica all'aumentare del titolo di studio e del benessere economico indagato attraverso il reddito disponibile familiare equivalente.

Si evidenzia un peggioramento della salute mentale rilevante (-3 punti) per tutte le categorie di analisi considerate: genere, classe di età, cittadinanza, livello di istruzione e benessere economico. Le donne confermano uno svantaggio marcato rispetto agli uomini anche se la differenza fra i generi è diminuita in termini assoluti a causa di un peggioramento più marcato dell'indice per gli uomini tra le due indagini. In controtendenza rispetto ai trend registrati in letteratura, cambia l'ordinamento degli indici di salute mentale tra le fasce di età, specchio probabilmente di squilibri della società "anomali" evidenziati nel nostro Paese dovute in larga parte a "mancanze" di interventi attivi ed efficaci da parte delle politiche di welfare, del lavoro. In particolar modo il valore più basso e preoccupante è quello dei 35-44 anni, di 2.5 punti inferiore rispetto ai 65-74 anni. Questi ultimi registrano valori equiparabili alla fascia 25-34 anni. I risultati vengono confermati anche dalle analisi con modelli multivariati controllando quindi in particolar modo per età (fig.1.5.4).

I cittadini dei comuni terremotati intervistati dopo l'evento mostrano mediamente valori di salute mentale inferiori rispetto al resto della popolazione modenese (-2 punti).

Fig.1.5.3, 1.5.4– Indice di salute fisica e mentale analisi descrittiva (fig.1.5.3, 1.5.4), modello di regressione (fig. 1.5.3a, 1.5.4a)



* differenze statisticamente significative tra Icesmo 2 e Icesmo3 (test differenze media due campioni)

Fonte: Indagine sulle Condizioni socio-economiche delle famiglie modenesi (2012-2013) CAPP, "La salute dei modenesi tra le due Indagini ICESmo 2006-2012" Chiarolanza, Brunetti (2013).

Principali patologie

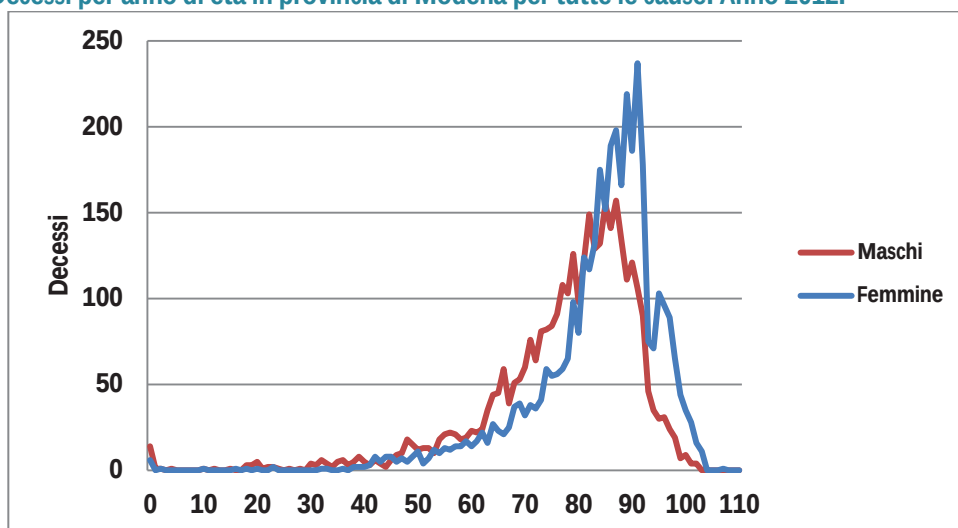
Di seguito sono riportate le prime stime del numero di alcune patologie ricavate dall'analisi delle banche dati sanitarie (schede di dimissione ospedaliera, farmaceutica, esenzioni ticket), del Registro Tumori e del Registro provinciale di Cause di Morte. Quest'ultimo indica che nel territorio modenese, così come nella regione Emilia-Romagna, le principali cause di morte nel 2012 sono state: le malattie cardiovascolari (2.669), i tumori (2.001), le patologie dell'apparato respiratorio, i disturbi psichici (categoria che contiene una buona parte delle demenze e delle altre malattie degenerative senili) e le malattie del sistema nervoso. Più in particolare nel periodo 2008-2012, distinguendo per classi di età:

- sotto i 45 anni le prime cause di morte sono: i traumatismi ed avvelenamenti, con il 28,2% (soprattutto gli incidenti da traffico e da trasporto, da soli responsabili del 5,3% della mortalità in quella fascia di età), i tumori (26,8%), alcune condizioni morbose perinatali (10,1%) e le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (9,9%);

- fra i 45 e i 74 anni si registrano invece: i tumori (52,4%), le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (22,9%) ed i traumatismi e gli avvelenamenti (4,9%);

- nella classe di età più anziana infine prevalgono i decessi per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (42,4%), tumori (23,1%) e malattie dell'apparato respiratorio (8,2%). (Fig. 1.5.5)

Fig.1.5.5 – Decessi per anno di età in provincia di Modena per tutte le cause. Anno 2012.



Fonte: Archivio provinciale di mortalità

Nel 2012 in provincia di Modena le malattie dell'apparato circolatorio, come in Italia e nella regione Emilia-Romagna, rappresentano la principale causa di morte (totale 37%, 34,2% maschi, 39,6% femmine). Tra il 1998 ed il 2012 si osserva una forte riduzione della mortalità dell'apparato circolatorio in termini di tassi standardizzati. L'analisi delle banche dati sanitarie stima per l'anno 2010 in circa 1.200 i nuovi casi di infarto acuto del miocardio (pari a circa 170 casi per 100.000 abitanti) e in 24.000 persone affette da cardiopatie ischemiche (rispettivamente pari a 3,4 per 100 abitanti).

In provincia di Modena si ammalano di tumore maligno oltre 4.400 persone all'anno. I dati del Registro Tumori, indicano un generale aumento dal 1988 del numero di nuovi casi (incidenza), andamento che sembra interrompersi a partire dal 2009 per le donne e in controtendenza dal 2007 per gli uomini sia come frequenza assoluta che come tasso standardizzato.

Complessivamente il 66% delle donne e il 60% degli uomini sopravvivono a cinque anni dalla diagnosi di tumore, con una tendenza all'aumento fra il periodo 1993-2002 e il 2007-2011: fra le sedi più frequenti i tumori a maggior sopravvivenza sono quelli della prostata e vescica per l'uomo, mammella e corpo dell'utero per le donne; i tumori del fegato e del polmone sono invece quelli a prognosi peggiore in entrambi i sessi, con sopravvivenze a 5 anni che non raggiungono il 20% (Fig.1.5.6).

Fig. 1.5.6 - Percentuale di sopravvivenza a 5 anni dei principali tumori dei residenti nella provincia di Modena. Anni 1993-2002 e 2007-2011.



Fonte: Registro Tumori di Modena

A Modena, come in Italia e nella regione Emilia-Romagna, i tumori sono la seconda causa di morte dopo le malattie dell'apparato circolatorio. La loro frequenza assoluta è lievemente aumentata negli ultimi anni raggiungendo nel 2012 il 27,7% di tutti i decessi. Correggendo per la diversa composizione per età della popolazione di riferimento, la tendenza temporale è in riduzione, più marcata fra gli uomini. L'aumento dell'incidenza registrato fino a qualche anno fa che della sopravvivenza comporta il progressivo aumento di persone che hanno una neoplasia (prevalenza) o che ne sono guarite.

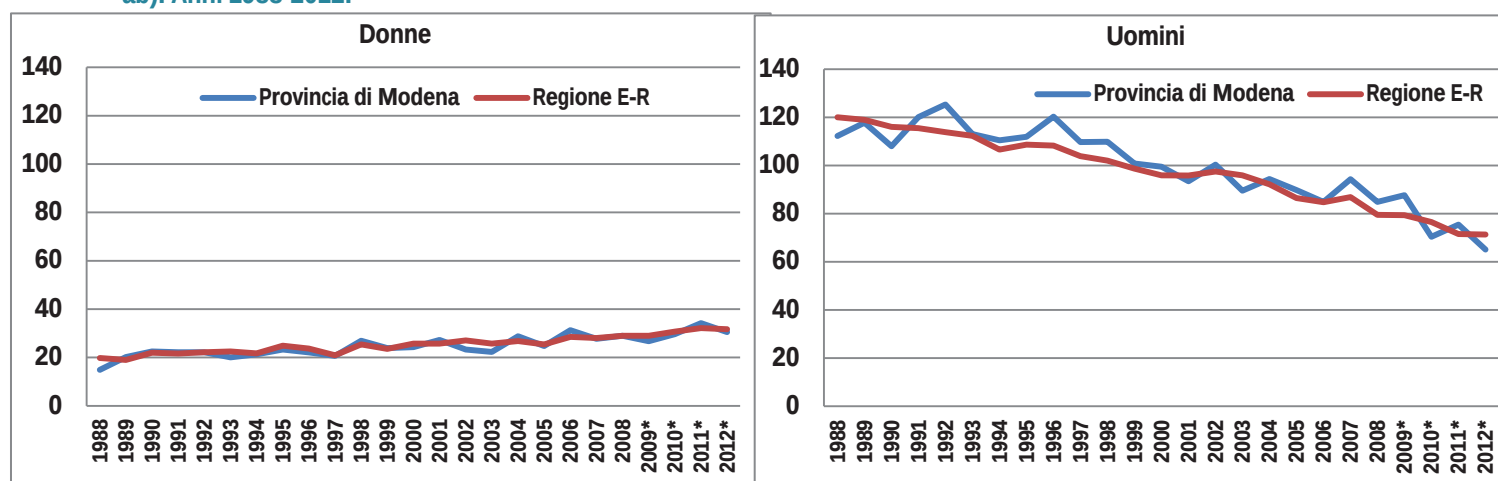
Nel 2011 si sono ammalate (incidenza) 637 donne di tumore mammario pari al 29,8% dei casi di tumore maligno femminili; i trend temporali dei tassi standardizzati sono stati in aumento nella seconda metà degli anni '90, anche per effetto dell'attivazione dello screening di popolazione, a partire dal 1999-2000 si è assistito ad una sostanziale stabilità. La sopravvivenza a cinque anni per il periodo 2007-2011 è stimata al 91%, era all'89% negli anni 1993-2002.

A 35 donne è stato riscontrato un tumore del collo dell'utero pari all'1,6% dei casi di tumore maligno femminili; i trend dei tassi standardizzati di incidenza sono in calo nel lungo periodo. La sopravvivenza a cinque anni per il periodo 2007-2011 è stimata al 72%, era 69% negli anni 1993-2002.

Nel 2011 si sono ammalate 519 persone di tumore del colon-retto pari al 11,7% dei casi di tumore maligno; i trend temporali dei tassi standardizzati di incidenza di quelli del colon sono stati in aumento fino al 2006, più marcatamente per gli uomini che per le donne, a cui ha fatto seguito una riduzione in entrambi i generi probabilmente per effetto dell'attivazione dello screening; quello del retto mostra trend meno evidenti. La sopravvivenza a cinque anni per il periodo 2007-2011 è circa del 66% ed è simile in entrambi i sessi.

A 465 persone è stato diagnosticato un tumore del polmone (10,5% dei tumori maligni), con un rapporto tra i due sessi sfavorevole per gli uomini (319 contro 146); i trend temporali dei tassi standardizzati di incidenza sono in diminuzione nel lungo periodo per quanto riguarda gli uomini e in aumento per le donne. Questi diversi andamenti nei due generi sono legati alla riduzione del fumo di sigaretta nei primi e nel contemporaneo aumento nelle seconde, che spiega anche la forte riduzione di mortalità maschile per questa neoplasia a fronte di un aumento consistente di quella femminile. La sopravvivenza a cinque anni per il periodo 2007-2011 è leggermente migliore per le donne: 17% contro il 11% degli uomini. (Fig.1.5.6 Uomini e donne)

Fig.1.5.7 Maschi e Femmine - Mortalità per tumore al polmone- Femmine: trend dei tassi standardizzati* (x 100.000 ab). Anni 1988-2012.



Fonte: Archivi Regionale e Provinciale di Mortalità

* Fino al 2008 compreso i dati di mortalità sono codificati in ICD-9, dal 2009 in ICD-10

Le malattie respiratorie costituiscono la terza causa di morte in provincia di Modena (6,8% dei decessi complessivi), in Emilia-Romagna ed in Italia: nel 2012 sono morte nella nostra provincia 493 persone per questo gruppo di patologie, che hanno interessato gli uomini in maniera leggermente superiore (52,5%). Il trend delle frequenze assolute negli anni 1988-2012 è lievemente in aumento per entrambi i sessi pur se con andamenti molto oscillanti sia per gli uomini che per le donne. Per i tassi standardizzati si rileva invece una riduzione dal 1998 in entrambi i sessi con maggiori oscillazioni nelle donne; i valori sono sostanzialmente vicini a quelli regionali. Le stime per il 2007 ottenute analizzando le banche dati sanitarie indicano in oltre 50.000 il numero complessivo di persone affette da malattia polmonare cronica ostruttiva (MPCO), pari a 7,6 per 100 abitanti, mentre sono poco più di 8.000 (1,9 per 100 abitanti) gli ultratrentacinquenni e circa 20.800 (8,5 per 100 abitanti) i giovani al di sotto di tale età con asma bronchiale. Valori in linea con quelli mostrati dalle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento che indicano rispettivamente una prevalenza di queste patologie del 6,9% per la fascia d'età 18-69 anni negli anni 2010-2013 e del 22% oltre i 69 anni nel biennio 2012-2013.

Le malattie degenerative senili nel 2012 hanno provocato 650 decessi, in prevalenza donne (68%), con un trend in aumento dal 1988, più spiccato per le femmine, sia come numeri assoluti che come tassi standardizzati.

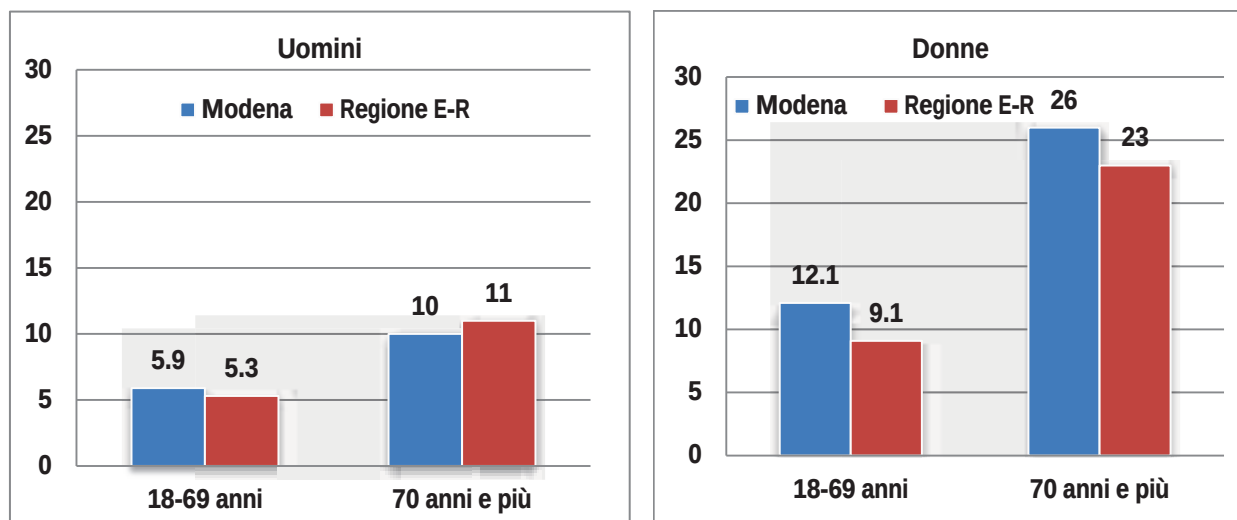
Per malattie dell'apparato digerente nell'anno 2012 sono decedute in provincia di Modena 207 persone, che costituiscono il 2,9% dei decessi per tutte le cause, con un andamento in netto calo per gli uomini e più oscillante per le donne. Analizzando i tassi standardizzati si ottiene la conferma del trend in decrescita per entrambi i sessi pur con oscillazioni annuali.

In provincia di Modena nel 2012 sono decedute 300 persone per traumatismi ed avvelenamenti, di cui 198 uomini e 102 donne), il 4,2% di tutti i decessi. Le frequenze assolute per il periodo 1988-2012 mostrano una diminuzione in entrambi i sessi, ancora più evidente per i tassi standardizzati, andamento simile a quello osservato a livello regionale. In provincia di Modena si registrano valori sempre inferiori al dato regionale in entrambi i generi, tranne per gli uomini che nel 2012 che hanno risentito degli effetti del sisma (17 decessi, di cui 13 in ambito lavorativo a seguito dei crolli di fabbricati industriali).

Il diabete appare in aumento sia a livello provinciale che regionale, come mostrano anche i trend delle esenzioni ticket. Dalle stime di prevalenza effettuate analizzando in maniera integrata le banche dati per il biennio 2010-2011 risulta una prevalenza di circa 44.000 persone, pari a circa il 6,2% della popolazione modenese.

Secondo la sorveglianza PASSI, nel triennio 2011-2013, il 9% delle persone tra 18-69 anni nella provincia di Modena riferisce di aver avuto sintomi di depressione, per almeno due settimane consecutive nell'arco degli ultimi 12 mesi (6% uomini e 12% donne, differenza statisticamente significativa), percentuale che sale al 19% negli intervistati ultra 69enni secondo quanto riportato dall'indagine PASSI d'Argento 2012-2013, con differenze statisticamente significative tra i generi (10% uomini, 26% donne). I valori sono vicini a quelli della regione Emilia-Romagna: rispettivamente 7% e 18%. (Fig. 1.5.8 Maschi e Femmine).

Fig. 1.5.8 - Sintomi di depressione – Uomini, donne



Fonte: sorveglianze PASSI 2011-2013 e PASSI d'Argento 2012-2013

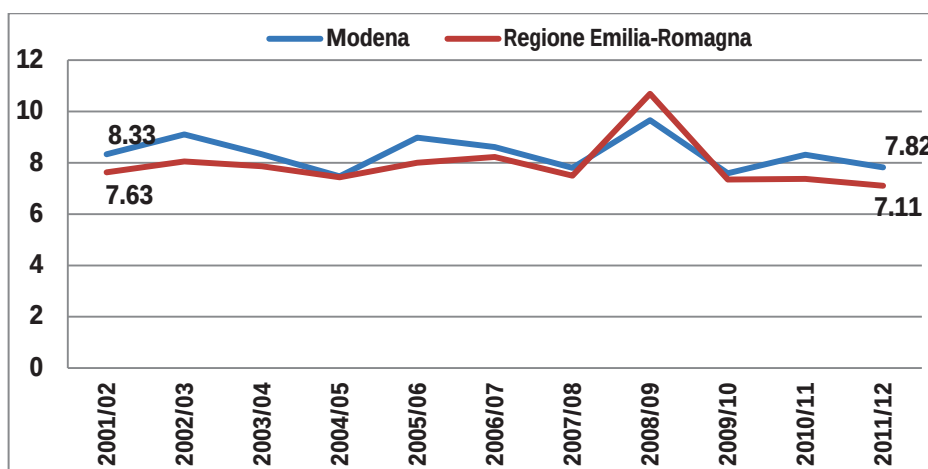
Malattie infettive

La tubercolosi polmonare ha un tasso di incidenza ($7,8 \times 100.000$ ab. nel 2012) che tende ad assumere valori leggermente superiori a quelli regionali ($7,1 \times 100.000$ ab.); questo indicatore è tra i dati di contesto collegabili anche alle condizioni socio-demografiche della popolazione incluso i fenomeni migratori.

Nel 2012 sono stati notificati all'Osservatorio provinciale 42 nuovi casi di infezione da HIV in adulti residenti in provincia di Modena, di cui 31 uomini e 11 donne. L'incidenza sembra quindi essersi stabilizzata a poco meno di 55 nuovi casi all'anno, dopo la forte riduzione a cui si è assistito dalla metà degli anni '80 e tutti gli anni '90.

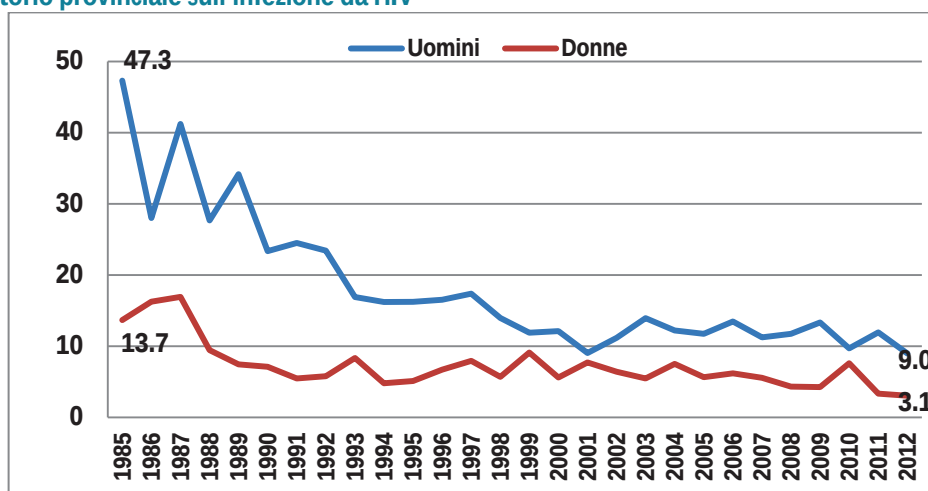
Dal 1985 al 2012 sono stati diagnosticati 743 casi di AIDS tra i residenti in provincia di Modena, di cui 2 nel 2012. Analogamente anche il numero di decessi dal 1996 si è andato riducendo di molto, riguardando 5 soggetti nel 2012 (erano 70 nel 1994). Già da diversi anni la trasmissione dell'infezione avviene prevalentemente tramite contatto sessuale (Fig. 1.5.9 - 1.5.10).

Fig. 1.5.9 - TBC polmonare: tassi medi annuali di incidenza per 100.000 ab. in provincia di Modena. Bienni dal 2001 al 2012.



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Fig. 1.5.10 - HIV: tasso grezzo di incidenza (nuove infezioni) per sesso in provincia di Modena. Anni 1985-2012.
Fonte: Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV

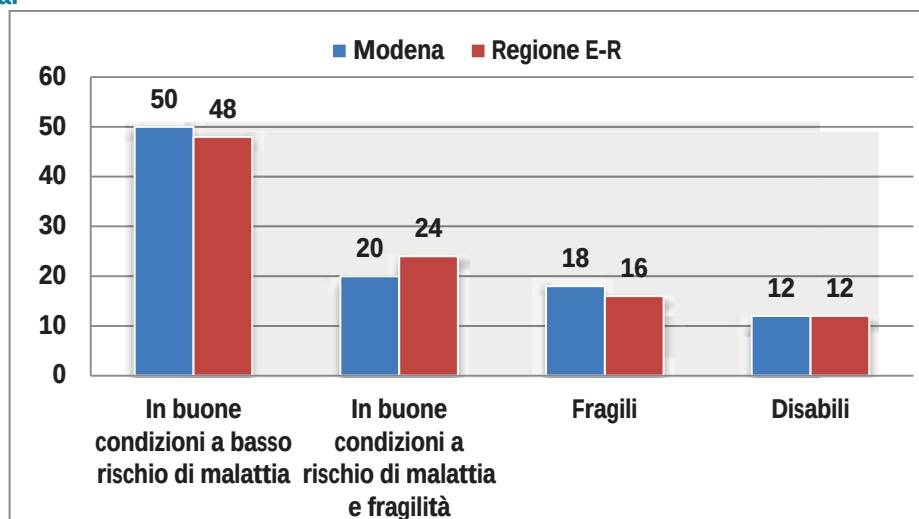


Fonte: Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV

Condizione di salute

L'indagine PASSI d'Argento è stata realizzata in Emilia-Romagna nel biennio 2012-13 per rilevare comportamenti e bisogni di salute degli ultra 64enni sia nel loro complesso che per sottogruppi di popolazione. (Fig 1.5.11)

Fig.1.5.11 - Sottogruppi di popolazione ultra64enne per condizioni di salute in Provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna.



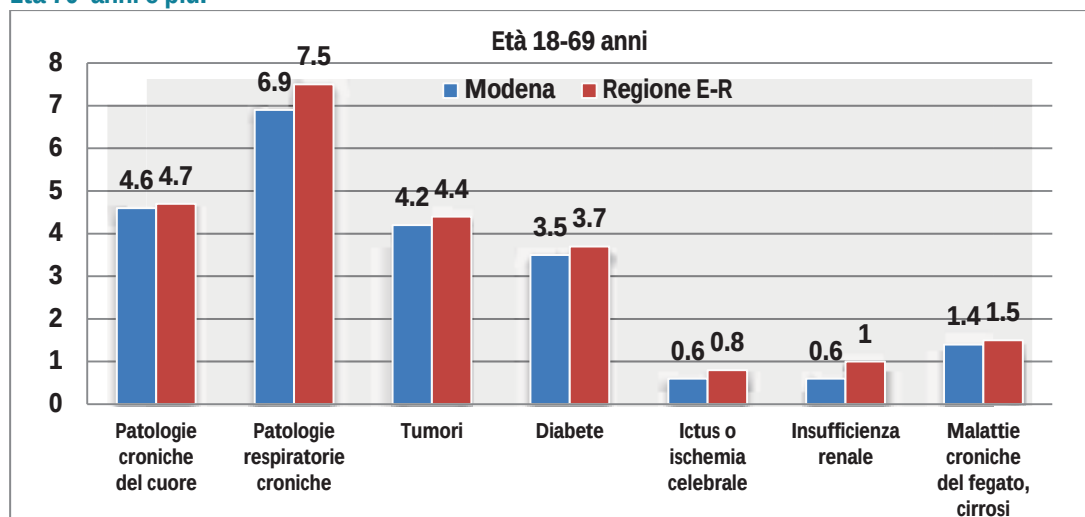
Fonte: PASSI d'Argento 2012-2013

In provincia di Modena si stima che il 18% della popolazione ultra64enne sia a rischio di disabilità e il 12% abbia disabilità. Il 7% delle persone intervistate ha problemi di vista (7% anche in Emilia-Romagna): di queste il 52% non porta gli occhiali; il 9% ha problemi di udito e il 96% di loro non porta la protesi acustica; il 10% ha problemi di masticazione, di essi il 41% non usa la protesi dentaria e il 68% non è andato dal dentista negli ultimi 12 mesi, prevalentemente perché pensa di non averne bisogno o perché ha difficoltà nei movimenti o costa troppo. Le persone intervistate a rischio di isolamento sociale sono risultate il 14% (17% in Emilia-Romagna).

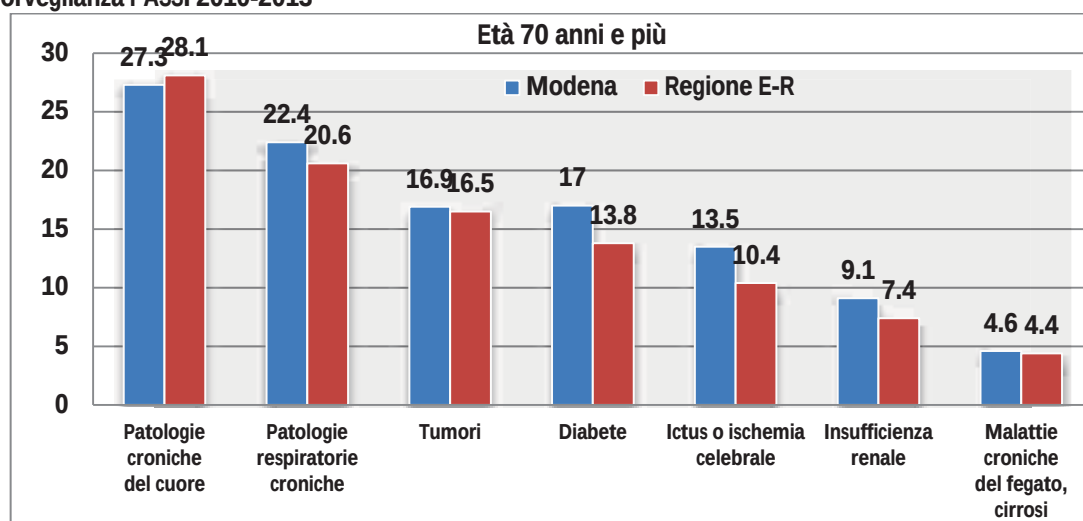
In provincia di Modena, come in Italia e nella gran parte dei Paesi occidentali, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della speranza di vita registrata nei decenni scorsi (circa 2,5 anni di vita guadagnata ogni 10 anni di

calendario) hanno fatto emergere come priorità sanitarie le patologie cronicodegenerative (quali malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, epatopatie croniche, insufficienza renale), molte delle quali associate naturalmente all'invecchiamento e a stili di vita non corretti. I dati delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento indicano che tra i 18-69enni complessivamente il 18% della popolazione intervistata modenese riferisce che un medico gli ha diagnosticato una patologia cronica tra quelle sopra riportate, percentuale che sale al 61% nelle persone con 70 anni e più; entrambi i valori sono simili a quelli regionali (rispettivamente 19% e 60%). (Fig. 1.5.12 - 1.5.12bis)

Fig. 1.5.12 – Patologie croniche in provincia di Modena e regione Emilia-Romagna età 18-69 anni, Fig. 1.5.12bis – Età 70 anni e più.



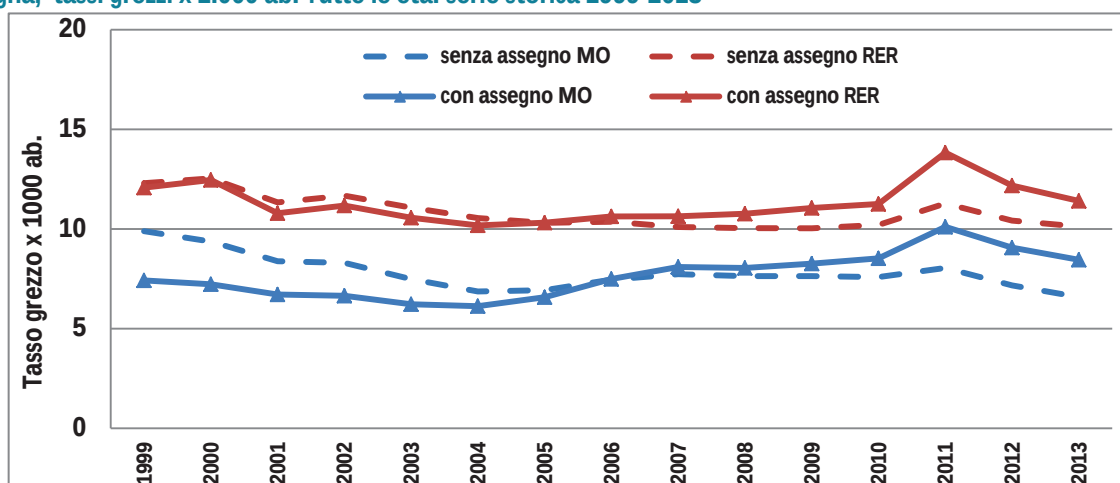
Fonte: sorveglianza PASSI 2010-2013



Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento 2012-2013

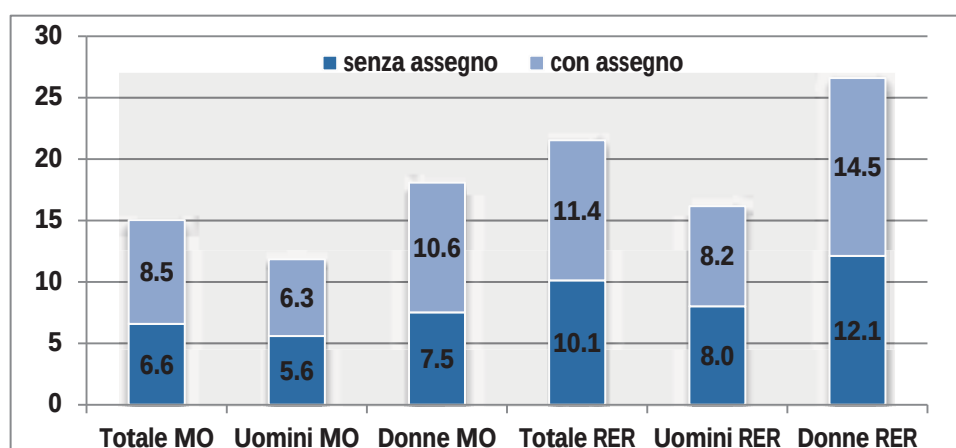
Il numero di persone con una invalidità riconosciuta in provincia di Modena a fine 2013 era 27.074, di cui 10.622 con invalidità civile al 100%. I tassi grezzi per le invalidità civili al 100%, sia con assegno di accompagnamento che senza, sono inferiori per la provincia di Modena rispetto a quelli regionali (Fig. 1.5.13 e 1.5.13bis)

Fig. 1.5.13 - Invalidità civile al 100% con e senza accompagnamento in Provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna, tassi grezzi x 1.000 ab. Tutte le età. serie storica 1999-2013



Fonte: Regione Emilia-Romagna

Fig. 1.5.13bis - Invalidità civile al 100% con e senza accompagnamento per uomini e donne in Provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna, tassi grezzi x 1.000 ab. Tutte le età. serie storica 1999-2013

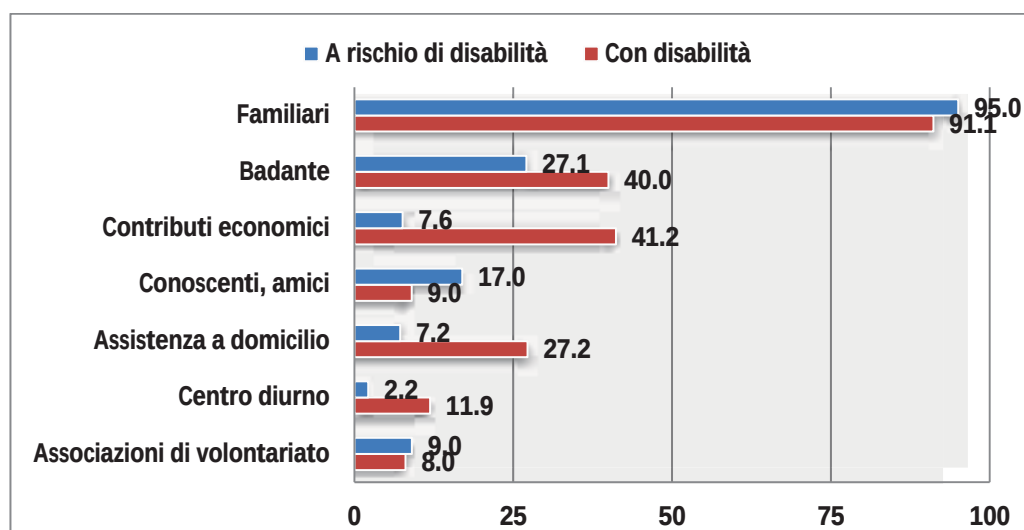


Fonte: Regione Emilia-Romagna

L'indagine PASSI d'Argento 2012-2013 fornisce alcune utili informazioni sull'aiuto alle persone ultra 64enni a rischio e con disabilità, stimate in provincia di Modena rispettivamente in 26.600 e 18.700 persone. Quasi tutte riferiscono di riceverlo nelle attività che non riescono a svolgere autonomamente, aiuto principalmente fornito dalla famiglia (93%), da persone a pagamento (32%), come la badante, e dalle diverse forme di assistenza domiciliare (16%), valori simili a quelli regionali (rispettivamente del 90%, 36% e 11%); il 22% riferisce di ricevere contributi economici (19% in Emilia-Romagna). Mentre l'aiuto dei familiari è molto simile tra le persone a rischio di disabilità e quelle con disabilità, l'aiuto di personale a pagamento, del contributo economico pubblico e dell'assistenza domiciliare è molto più forte nelle persone con disabilità conclamata. (Fig 1.5.14)

Rispetto all'aiuto globalmente ricevuto da entrambi questi gruppi di persone, il 72% degli intervistati lo riferisce di buona qualità e il 28% sufficiente, valori non significativamente diversi da quelli regionali rispettivamente del 73% e 23%.

Fig.1.5.14 – Da chi ricevono aiuto le persone a rischio e con disabilità della provincia di Modena



Fonte: sorveglianza PASSI d'Argento 2012-2013

1.6•Sicurezza•

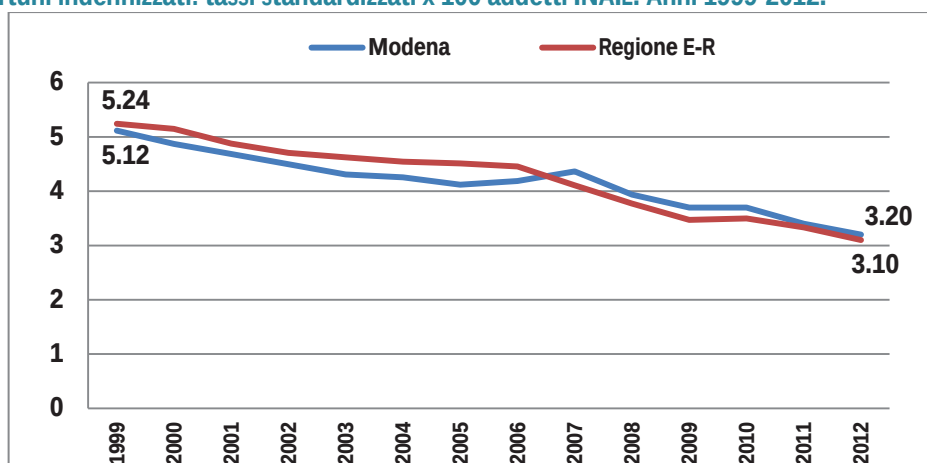
Infortunì sul lavoro•

L'andamento degli infortuni sul lavoro nell'Industria e Servizi in provincia di Modena, fotografato dalle denunce all'INAIL, appare in costante riduzione: si passa infatti dai 20.824 eventi del 2008 ai 14.576 del 2012, pari a -30%, riduzione più consistente di quella regionale e nazionale (-26%). A tale diminuzione corrisponde anche un calo del numero di eventi indennizzati: dai 12.567 eventi indennizzati del 2008 ai 9.102 del 2012 (-27%). Anche in Agricoltura la riduzione, nel quinquennio considerato, è stata consistente, registrando un - 20% sia per gli eventi denunciati che per quelli indennizzati.

Per meglio inquadrare il fenomeno degli infortuni lavorativi occorre rapportarlo al numero di addetti: sia i tassi grezzi che quelli standardizzati degli infortuni indennizzati, provinciali e regionali, sono molto simili e decrescenti (Fig. 1.6.1). Riguardo le modalità di infortunio, i dati INAIL indicano che una elevata percentuale di infortuni mortali e gravi è avvenuta alla guida di veicoli (infortuni stradali o in itinere). I settori produttivi a maggior frequenza infortunistica sono il minerario-ceramico, le lavorazioni del legno, l'edilizia, le lavorazioni agricole industriali e i trasporti.

Gli eventi mortali, a Modena, nei 5 anni considerati (2008-2012) sono stati 82, di cui più della metà (48) dovuti a infortuni in itinere e stradali. I rimanenti 34 sono avvenuti in 13 casi a causa dei crolli di capannoni dovuti al terremoto del 2012 e i restanti 21 soprattutto in agricoltura e in edilizia. Nel 2013 i 5 infortuni mortali oggetto di inchieste da parte dei SPSAL (quindi non stradali) sono avvenuti 1 nel settore metalmeccanico, 2 in edilizia, 1 in agricoltura e 1 nel settore dei servizi (facchinaggio).

Fig. 1.6.1 - Infortuni indennizzati: tassi standardizzati x 100 addetti INAIL. Anni 1999-2012.



Fonte: Regione Emilia-Romagna

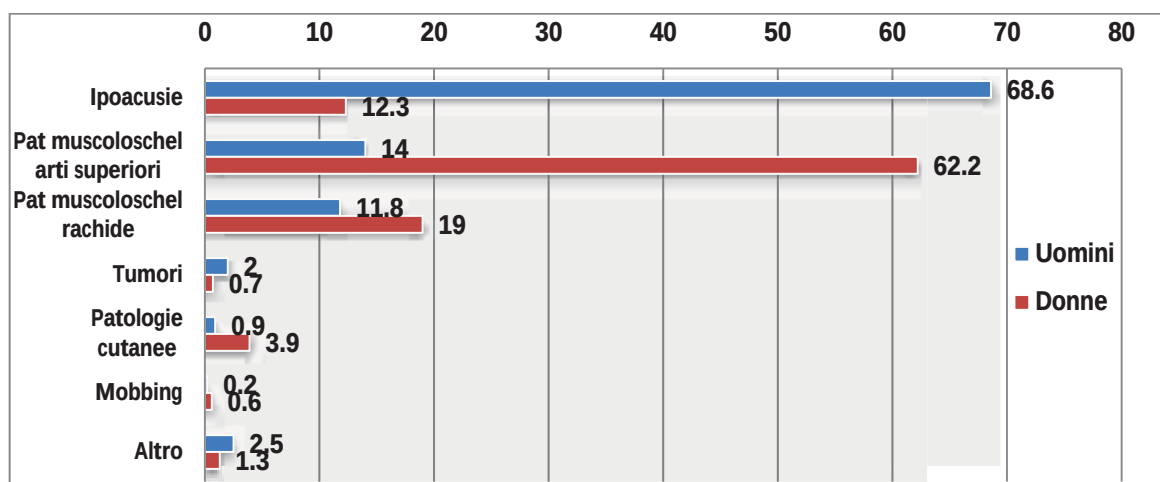
Malattie professionali•

Le malattie professionali denunciate all'Azienda USL a fini epidemiologici e preventivi sono state 922 nel 2013 contro le 1043 del 2012 e le 1177 del 2011. L'ipoacusia rappresenta da sola quasi la metà dei casi (48,26%), seguita dalle patologie muscolo-scheletriche che nell'insieme raggiungono il 45,55% dei casi (rachide 17,4% e arto superiore 28,2%). Queste tre gruppi di patologie rappresentano il 93,81% di tutte le patologie segnalate nel 2013.

Le segnalazioni di ipoacusia da rumore sono diminuite ulteriormente anche nel 2013 confermando la tendenza osservata negli ultimi anni. Per le patologie da sovraccarico degli arti e del rachide si osserva invece un aumento progressivo dei casi segnalati, maggiore per le patologie da sovraccarico dell'arto superiore nelle lavoratrici, più marcato per le patologie del rachide nei lavoratori.

Si conferma la maggiore incidenza di patologie della cute nelle lavoratrici mentre quasi la totalità delle patologie tumorali segnalate sono a carico dei lavoratori (10 su 11). Di questi troviamo 1 caso di tumore del polmone e 6 casi di mesotelioma pleurico, confermando il trend di casi dovuti alle esposizioni ad amianto degli anni '70-'80. (Fig. 1.6.2)

Fig. 1.6.2 - Malattie professionali denunciate all'AUSL in provincia di Modena, uomini e donne. Anni 2011-2013.



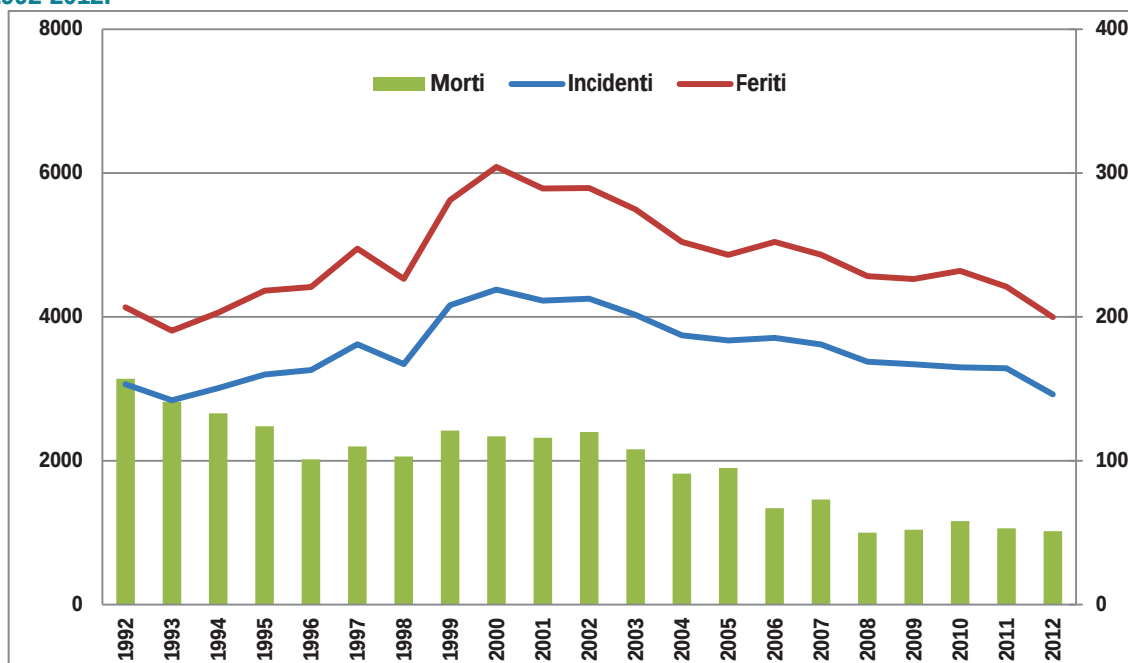
Fonte: Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro AUSL Modena

Sicurezza stradale

Per quanto riguarda gli incidenti stradali dopo un picco registrato nel 2000, si è registrato un progressivo calo del fenomeno: nel 2012 si sono registrati 2.924 incidenti stradali (4.379 nel 2000). In calo anche il numero dei feriti e dei decessi (rispettivamente 3.998 e 51 nel 2012) (Fig. 1.6.3).

Il rapporto di mortalità (n° morti/n° incidenti), negli anni 1998-2012, si è ridotto restando sempre al di sotto dei valori regionali; stesso andamento evidenzia il rapporto di pericolosità, (n° morti/n° feriti), con valori simili a quelli regionali. Il rapporto di lesività invece, cioè i feriti rispetto agli incidenti, analizzato sempre per lo stesso periodo di tempo, mostra un trend altalenante anche se generalmente inferiore rispetto a quello regionale.

Fig.1.6.3 - Incidenti stradali: numero di morti, incidenti e feriti dei presenti sulle strade della provincia di Modena. Anni 1992-2012.



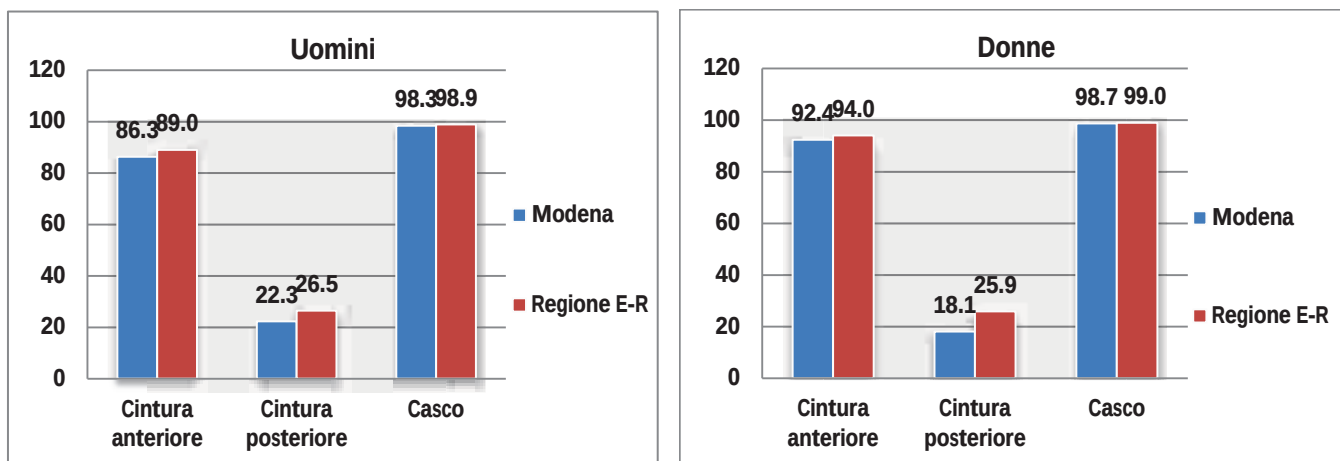
Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena

L'analisi della sicurezza stradale si completa con quella dei comportamenti. Un'indicazione proviene dalla sorveglianza PASSI la quale informa che il 5,7% degli intervistati modenesi tra i 18 e 69 anni dichiara di aver guidato almeno una volta sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine, valore equivalente a quello regionale (5,6%); percentuali più elevate si registrano tra i giovani e gli uomini (9,5% rispetto al 1,9% delle donne). Inoltre il 7,1% riferisce di essere stato trasportato da un conducente che aveva bevuto in quantità superiore ai limiti di legge, valore

vicino a quello regionale (6,9%).

Molto buono è l'utilizzo riferito del casco, che dichiara di usare sempre il 99% degli intervistati PASSI senza distinzione di genere; buono anche il dato dell'utilizzo delle cinture anteriori, che l'89% riferisce di allacciare sempre (92.4% donne, 86.3% uomini). Entrambi gli indicatori mostrano valori simili a quelli regionali. L'uso della cintura posteriore è ancora diffuso in maniera decisamente insufficiente (20% complessivamente, 18% donne, 22% uomini) a Modena, in Regione E-R come in tutto il Paese. (Fig. 1.6.4).

Fig. 1.6.4 – Uso delle cinture di sicurezza e del casco, uomini e donne. Anni 2011-2013



Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

Infortuni domestici

Gli infortuni domestici, fenomeno sottostimato a causa della difficoltà nella raccolta del dato, mostrano come in provincia di Modena si sono verificati mediamente circa 85 decessi all'anno nell'ultimo quinquennio in seguito a cadute in casa che, il più delle volte, hanno provocato traumi cranici e soprattutto fratture del femore, (oltre 300 all'anno, prevalentemente in donne di età avanzata).

Il 3,8% degli intervistati dalla sorveglianza PASSI, tra i 18 e i 69 anni, hanno riferito nel triennio 2010-12 un infortunio domestico negli ultimi dodici mesi che ha comportato il ricorso a cure mediche, pari a circa 18.000 infortunati. Il fenomeno infortunistico è in parte spiegato dalla bassa percezione del rischio: il 93% dei cittadini tra 18 e 69 anni lo considera assente o basso (valore pressoché identico a quello regionale).

Secondo l'indagine PASSI d'Argento 2012-13, in provincia di Modena nel mese precedente all'intervista complessivamente è caduto il 9% degli ultra64enni (10% in Emilia-Romagna). Più in specifico, riportano con maggior frequenza cadute le persone a rischio di disabilità o con disabilità (17% in entrambi) e gli ultra74enni (12%). Tra gli ultra 64enni caduti nell'ultimo mese quasi la metà (48%) dichiara di essere caduto in casa (stessa percentuale in Emilia-Romagna) e il 2% dei caduti è stato ricoverato in ospedale (6% in Emilia-Romagna).

Capitolo 2 – I profili aziendali

In questa sezione del documento si vogliono tratteggiare alcuni caratteri e specificità che contraddistinguono le aziende sanitarie modenesi all'interno del sistema regionale.

L'obiettivo è quello di fornire una sorta di carta d'identità delle Aziende, che consenta di delinearne alcuni tratti morfologici e di fornire elementi utili alla conoscenza e all'interpretazione delle specifiche situazioni aziendali.

In tal senso questa sezione offre una serie di informazioni sul passato e sul presente delle Aziende. Tali informazioni sintetizzano l'effetto indotto dalle decisioni del passato e vogliono far cogliere le tendenze evolutive, anche in funzione dei contenuti della terza sezione e delle scelte strategiche che stanno incidendo/incideranno sul futuro dell'Azienda stessa.

A tale scopo sono stati selezionati i seguenti aspetti:

- la sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
- l'impatto sul contesto territoriale
- i livelli essenziali di assistenza

2.1 La sostenibilità economica, patrimoniale e finanziaria

In questa sezione vengono presentati i dati di tipo economico-patrimoniale e finanziario delle due aziende sanitarie presenti nella Provincia di Modena: Azienda Usl e Azienda Ospedaliero-Universitaria. I dati derivano dai loro bilanci di esercizio. Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 118/2011 la struttura del bilancio di esercizio degli enti pubblici, tra cui le aziende sanitarie, cambia al fine di aderire ai principi di armonizzazione della contabilità pubblica e garantire maggiore chiarezza e trasparenza nella rendicontazione. Il bilancio consolidato dal 2012 è coerente con le risultanze dei modelli ministeriali di Conto Economico e Situazione Patrimoniale ma differisce in alcune voci dai bilanci precedenti.

2.1.1 La sostenibilità economica

Gli indicatori individuati per l'analisi della sostenibilità economica sono finalizzati ad esplicitare le cause gestionali che hanno portato al risultato economico esposto in bilancio. Essi hanno inoltre l'obiettivo di valutare il grado di assorbimento delle risorse disponibili da parte dei principali fattori produttivi nonché di investigare la composizione dei corrispondenti costi. Il modello di Conto Economico derivante dal D.lgs. 118 mira a garantire confrontabilità immediata tra entrate e spese.

Tab. 2.1.1 - Risultato netto di esercizio (in migliaia di euro)

	2010	2011	2012	2013
AUSL	-12437	-7796	33	41
incidenza AUSL su provincia	56%	48%	100%	89%
AOSP	-9813	-8539	0	5
incidenza AOSP su provincia	44%	52%	0%	11%
PROVINCIA	-22250	-16335	33	46
REGIONE	-119422	-101576	243	706
incidenza provincia su regione	19%	16%	14%	7%

Nota: il valore regionale è stato calcolato come la sommatoria del risultato d'esercizio delle Aziende Usl, Aziende Ospedaliere/Ospedaliero Universitarie e IRCCS

Fonte dati: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

Complessivamente, la percentuale di incidenza del risultato economico provinciale, dopo il picco registrato nel 2010, si stabilizza al 7% coerentemente con il coefficiente di assorbimento provinciale del FSR per livelli di assistenza.

Tab. 2.1.2 - Conto Economico Ausl Modena - Conto economico 2011-2013 (in migliaia di euro)

Anno	2011	2012	2013	incremento % 2013 vs 2012
Totale valore della produzione	1287172	1298122	1297218	0%
di cui rettifiche ai contributi c/esercizio per investimenti	-	-2873	-5708	99%
di cui ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	78595	74459	77840	5%
Totale costi della produzione	1265539	1276769	1276889	0%
Differenza valore e costi della produzione	21633	21354	20329	-5%
Totale proventi e oneri finanziari, rettifiche di valore di attività finanziarie, proventi e oneri straordinari	-8883	-958	536	-156%
Risultato ante imposte	12750	20395	20865	2%
Imposte e tasse	-20546	20363	20823	2%
Risultato netto d'esercizio	-7796	33	41	24%

Fonte: Bilancio d'esercizio consuntivo AUSL Modena

Tab. 2.1.3- Conto Economico AOU Policlinico - Conto economico 2011/2013 (in migliaia di euro)

Anno	2011	2012	2013	incremento % 2013 vs 2012
Totale valore della produzione	275940	266899	-264136	-1%
di cui rettifiche ai contributi c/esercizio per investimenti	-	-2200	-3088	38%
di cui ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	221629	205689	206472	0%
Totale costi della produzione	273066	256734	255403	0%
Differenza valore e costi della produzione	2873	10164	8733	-14%
Totale proventi e oneri finanziari, rettifiche di valore di attività finanziarie, proventi e oneri straordinari	-3453	-2428	-1065	-55%
Risultato ante imposte	-580	7736	7668	-1%
Imposte e tasse	-7959	-7736	7663	-1%
Risultato netto d'esercizio	-8539	-	5	100%

Fonte: Bilancio d'esercizio consuntivo AOU Policlinico

Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto

L'indicatore mira a cogliere il contributo della gestione caratteristica e della non caratteristica alla formazione del risultato economico finale dell'esercizio, intendendosi per gestione caratteristica l'attività di produzione sanitaria e per gestione non caratteristica i componenti di reddito finanziari, straordinari e le imposte dell'esercizio.

Tab. 2.1.4 – Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto

2013	AUSL	AOSP	PROVINCIA
Risultato netto di esercizio	41	5	46
Risultato esercizio al netto delle quote di ammortamento	6297	7101	13398
Incidenza della gestione caratteristica sul risultato netto	-2430%	-29614%	5254%
Incidenza della gestione non caratteristica sul risultato netto	2330%	29514%	5154%
Risultato Gestione Caratteristica	1001	1416	2417
Risultato Gestione Non Caratteristica	960	1411	2371

Fonte dati: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

Per entrambe le Aziende il risultato positivo della gestione caratteristica viene controbilanciato dal risultato negativo della gestione non caratteristica.

La gestione caratteristica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria nel 2011 aveva registrato un risultato negativo di circa 4 milioni di euro mentre dal 2012 ha raggiunto un valore positivo, quella dell'Azienda Usl di Modena si è mantenuta positiva.

Di seguito si analizzano nel dettaglio i costi di esercizio e il loro grado di assorbimento di ricavi disponibili nel 2013.

Costi d'esercizio e ricavi disponibili

Per ricavi disponibili si intendono quei ricavi che non sono destinati alla copertura di specifiche tipologie di servizi erogati da terzi, come ad esempio la mobilità sanitaria passiva (generata in corso d'anno dai residenti della provincia di Modena che usufruiscono di servizi sanitari fuori provincia di Modena o fuori Regione) o ai servizi sanitari da privato, il cui budget è definito di anno in anno in base al contributo che si richiede al privato accreditato per la copertura del fabbisogno sanitario provinciale.

La tabella seguente rappresenta le variazioni nel triennio 2010-2013 secondo le macro-aggregazioni dei fattori produttivi individuate dalla Regione.

Per entrambe le Aziende si evidenzia un andamento sostanzialmente omogeneo nel periodo. Rispetto all'esercizio precedente per l'AOU si rileva una riduzione dell'incidenza dei Servizi sanitari, per l'AUSL un incremento dei beni di consumo derivante dalla acquisizione della gestione della somministrazione farmaci in precedenza gestita dal Policlinico.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria evidenzia un progressivo aumento della percentuale di assorbimento da parte del Costo del Lavoro a scapito dei Beni di consumo, mentre le variazioni dei Beni Strumentali e dei Servizi sono reciprocamente collegate e derivanti dal mutato criterio di contabilizzazione dei costi di "Service".

Tab. 2.1.5 - Incidenza dei principali fattori produttivi (beni di consumo e costo del lavoro) sui ricavi disponibili – AUSL e AOU Policlinico, anni 2010-2013

Beni di consumo/Ricavi disponibili	2010	2011	2012	2013
AOSP	26%	26%	20%	21%
RER AOSP	23%	22%	21%	22%
AUSL	14%	14%	15%	16%
RER AUSL	12%	11%	12%	12%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	2010	2011	2012	2013
AOSP	48%	49%	50%	50%
RER AOSP	52%	52%	50%	50%
AUSL	35%	36%	36%	36%
RER AUSL	36%	36%	36%	36%

Fonte dati: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

L'andamento dei beni di consumo, dopo la stabilità manifestata nel biennio 2010-2011, evidenzia nel 2012 un mutamento dovuto all'assunzione, da parte dell'Azienda Usl di Modena, della distribuzione diretta dei farmaci prima effettuata dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria per conto dell'Azienda.

Il costo del personale rappresenta uno dei fattori produttivi a maggior assorbimento di risorse per tutte le aziende sanitarie della Regione. Entrambe le aziende risultano nel 2012 allineate alle rispettive medie regionali.

La distribuzione percentuale dei costi di esercizio

Di seguito la composizione percentuale dei costi delle due aziende sanitarie.

Tab. 2.1.6 - Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali Ausl e AOU Policlinico- Anno 2013

Valore % su totale costi	AOSP	TOT AOSP RER	AUSL	TOT AUSL RER
Consumo beni acquistati	21%	21%	16%	12%
Servizi sanitari	3%	5%	36%	39%
Servizi non sanitari	11%	12%	7%	7%
Beni strumentali	6%	4%	2%	2%
Manutenzioni	4%	4%	2%	2%
Costi amministrativi e generali	2%	2%	1%	1%
Accantonamenti	2%	2%	1%	1%
Costo del lavoro	51%	50%	36%	36%

Fonte dati: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

Il confronto dei dati delle due aziende sanitarie evidenzia la loro diversa natura: esclusivamente di produzione di servizi ospedalieri per il Policlinico di Modena, il cui 72% dei costi risulta essere distribuito tra personale e beni di consumo; di erogazione di servizi diversi al territorio per l'Azienda USL, la cui analoga percentuale di costi risulta invece essere suddivisa tra personale e servizi sanitari (medici in convenzione, farmaceutica...).

2.1.2-La sostenibilità finanziaria

La sostenibilità della gestione da un punto di vista finanziario è una componente fondamentale dell'equilibrio del sistema sanitario. Gli strumenti utilizzati per l'analisi sono rappresentati dall'aggregazione delle entrate e delle uscite dei mezzi monetari nel periodo di riferimento e la durata media (tempi medi di pagamento) dell'esposizione debitoria verso i fornitori.

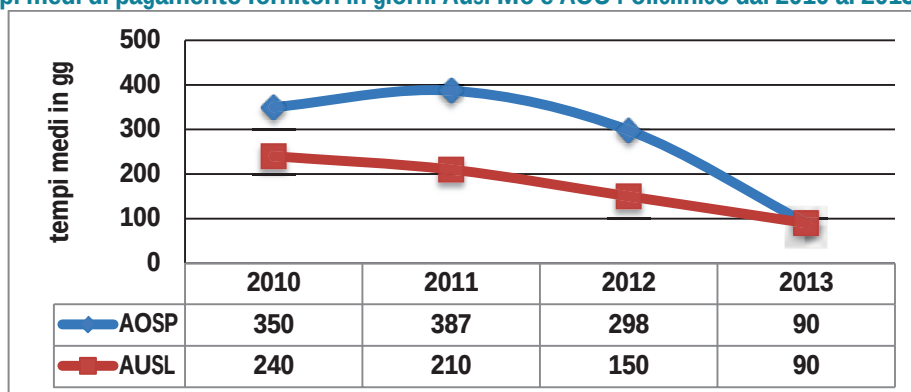
Tab. 2.1.7 – Rendiconto finanziario di liquidità Ausl e AOU Policlinico anno 2013. Importi in migliaia di euro.

	AUSL	AOSP
TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE	-35211	-50952
ATTIVITÀ DI INVESTIMENTO	-49077	-21290
ATTIVITÀ DI FINANZIAMENTO	84341	72262
VARIAZIONE DI CASSA	52	20

I dati relativi agli investimenti effettuati nel corso dell'esercizio risentono significativamente degli interventi di ripristino degli immobili e di sostituzione delle attrezzature a seguito degli eventi sismici che hanno interessato nel 2012 la Provincia di Modena.

In seguito ai trasferimenti ricevuti nel 2013 in base alle disposizioni del Decreto legge 35/2013, ed in virtù dei positivi risultati di bilancio conseguiti negli esercizi 2012 e 2013, le due Aziende hanno proseguito il trend di miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori che si sono assestati, nell'ultima parte dell'anno, a 90 giorni dalla data di ricevimento delle fatture.

Fig. 2.1.1 – Tempi medi di pagamento fornitori in giorni Ausl Mo e AOU Policlinico dal 2010 al 2013



Fonte: Report regionali

2.1.3 La sostenibilità patrimoniale

La presente sezione mira a evidenziare come l'Azienda si rapporta ai vincoli di sostenibilità patrimoniale che si pongono al suo agire istituzionale. L'analisi procede attraverso le due seguenti dimensioni: analisi della struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali e analisi delle dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti, al grado di obsolescenza degli stessi, alle forme innovative di investimento, agli investimenti di tipo finanziario.

La struttura patrimoniale

Per quanto riguarda l'Azienda Usl, nel 2013 le immobilizzazioni hanno trovato copertura Pari al 70% nei finanziamenti a lungo termine (mutui) e nel patrimonio netto. La variazione di circa 23 punti percentuali rispetto al 2012 è riconducibile principalmente ai trasferimenti ex D.L. 35/2013, che sono stati contabilizzati nel patrimonio netto a copertura di quota parte delle perdite pregresse, che hanno di fatto prodotto una "ricapitalizzazione" dell'Azienda.

Altrettanto significativo è l'andamento delle passività a breve termine che fanno registrare una variazione nell'incidenza percentuale sul totale del passivo pari a 15 punti percentuali.

Considerazione simili valgono per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, che, registra nel 2013 un grado di copertura delle immobilizzazioni con finanziamenti a lungo termine e patrimonio netto pari al 62% (era il 47% nel 2012).

Si riportano di seguito le serie storiche 2010-2013 degli stati patrimoniali riclassificati in chiave finanziaria.

Sul versante del passivo patrimoniale, per l'Azienda Sanitaria Provinciale il contributo delle passività a breve termine (debiti) evidenzia un decremento percentuale di 25 punti rispetto al 2012.

Una variazione simile si registra anche per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria che vede i debiti a breve termine registrare diminuzione di 28 punti percentuali rispetto al 2012.

Per entrambe le Aziende la riduzione delle passività a breve è conseguente alla riduzione dei tempi di pagamento ai fornitori, reso possibile dai già citati finanziamenti straordinari.

Tab. 2.1.8 - Composizione Stato Patrimoniale AUSL

ATTIVO	2010	2011	2012	2013
Attivo circolante	39%	42%	47%	43%
Immobilizzazioni	61%	58%	53%	57%
TOTALE	100%	100%	100%	100%
PASSIVO	2010	2011	2012	2013
Debiti a breve termine	69%	72%	75%	60%
Debiti a lungo termine	10%	9%	10%	8%
Patrimonio netto	21%	18%	15%	32%
TOTALE	100%	100%	100%	100%

Fonte dati: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

Tab. 2.1.9 – Composizione Stato Patrimoniale AOSP

ATTIVO	2010	2011	2012	2013
Attivo circolante	23%	26%	28%	24%
Immobilizzazioni	77%	74%	72%	76%
TOTALE	100%	100%	100%	100%
PASSIVO	2010	2011	2012	2013
Debiti a breve termine	75%	78%	76%	48%
Debiti a lungo termine	17%	17%	18%	18%
Patrimonio netto	8%	5%	6%	34%
TOTALE	100%	100%	100%	100%

Fonte dati: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

Le dinamiche di investimento in atto

L'acquisizione delle immobilizzazioni materiali ed immateriali, strumentali all'erogazione dei servizi sanitari, può essere finanziata mediante risorse aziendali (in tale tipologia rientrano i mutui e l'utilizzo delle quote di ammortamento) o mediante contributi pubblici (contributi in c/capitale ai quali, per similitudine contabile, vengono associate anche le donazioni finalizzate).

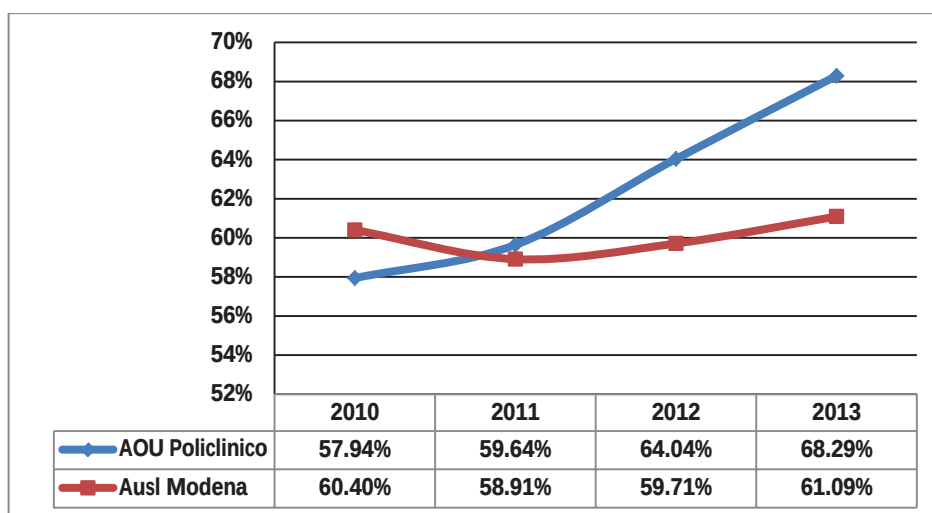
A. Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici

Il grafico successivo - copertura degli investimenti – mostra, nel quadriennio in esame, il rapporto fra la consistenza dei contributi in c/capitale ed il valore degli investimenti netti, cioè del valore residuo dei beni.

Il positivo andamento dell'indicatore è riconducibile in primis ai finanziamenti ricevuti dalle Aziende a copertura dei costi per i ripristini dei fabbricati e delle attrezzature danneggiati dagli eventi sismici.

In secondo luogo, il miglioramento dell'indicatore deriva dall'applicazione, a partire dall'esercizio 2012, del D. Lgs. 118/2011, che prescrive per gli investimenti privi di fonti di finanziamento (contributi in c/capitale e mutui), la copertura con contributi in c/esercizio.

Fig. 2.1.2 – Grado di copertura investimenti con contributi pubblici Ausl Modena, AOU Policlinico, anni 2010-2013



Fonte: Bilancio aziendale della AOU e della AUSL Modena

B. Tipologia dei nuovi investimenti

Nella tabella successiva è riportato il dettaglio dei nuovi investimenti del triennio suddivisi per tipologia.

Tab. 2.1.10 – Dettaglio dei nuovi investimenti per esercizio (in migliaia di euro) AUSL Modena

	2010	2011	2012	2013
Immobilizzazioni immateriali comprese quelle in corso	546	678	865	988
Migliorie su beni di terzi	135	244	89	176
Opere edili ed impiantistiche	2262	2335	4947	24702
Attrezzature sanitarie	5889	5572	3550	6579
Mobili e Arredi	1492	189	140	424
Immobilizzazioni materiali in corso	16218	7055	18835	13169

Fonte: Bilancio d'esercizio consuntivo AUSL Modena

Nel 2012 e nel 2013 si registra un notevole incremento delle opere edili e delle attrezzature sanitarie a causa degli improcrastinabili investimenti resi necessari in conseguenza degli eventi sismici che hanno interessato prevalentemente la provincia di Modena.

Tab. 2.1.11– Dettaglio dei nuovi investimenti per esercizio(in migliaia di euro)- AOU Policlinico

	2010	2011	2012	2013
Immobilizzazioni immateriali	442	382	249	57
Migliorie su beni di terzi	0	0	0	0
Opere edili ed impiantistiche	5210	5675	5448	8846
Attrezzature sanitarie	2483	3341	1645	1565
Mobili e Arredi	385	292	155	291
Immobilizzazioni in corso	7001	3713	0	0
TOTALE	18278	15521	7497	10760

Fonte: Bilancio aziendale AOU Policlinico

Anche per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel 2013 registra un significativo incremento delle opere edili ed impiantistiche, dovuto ai ripristini post-sisma. Costanti invece, rispetto al 2012, gli investimenti in attrezzature. In significativo contenimento le altre voci.

Le partecipazioni societarie

Nel 2010 il Policlinico acquisisce una partecipazione al Consorzio Programma Energia, già posseduta dall'Azienda Usi dal 2008.

Nel 2011 entrambe le aziende entrano in Lepida Spa, a seguito di un processo avviato all'inizio degli anni 2000 e mirante alla progettazione e realizzazione di una rete a banda larga (la rete Lepida), in grado di collegare in fibra ottica le sedi della Pubblica Amministrazione in regione.

Nel 2012 l'Azienda Usi di Modena partecipa la Quasco Srl, che cura la realizzazione e gestione di sistemi informativi e osservatori nei settori: dei lavori pubblici, dei servizi e delle forniture; della sicurezza sul lavoro; delle politiche abitative e della qualità edilizia; dell'ambiente, ivi compresa la gestione dei servizi idrici e di smaltimento rifiuti.

Non si registrano nuove acquisizioni nel 2013.

Tab. 2.1.12 Acquisizione partecipazioni azionarie AUSL E AOU Policlinico

	2010	2011	2012	2013
Nuove partecipazioni azionarie Ausl Modena	-	1000	500	-
Nuove partecipazioni azionarie AOU Policlinico	800	1000	-	-

Fonte: Bilancio aziendale della AUSL Modena e AOU Policlinico

2.1.4 I rapporti di fornitura delle Aziende sanitarie modenesi

I rapporti di fornitura tra le due Aziende sanitarie modenesi

L'Azienda USL stipula annualmente con l'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico un contratto di fornitura a favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale della Provincia di Modena per prestazioni di:

- assistenza ospedaliera;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza farmaceutica.

L'accordo di fornitura, previsto dal DLgs 502/92 e ss.mm. e ii. e dalla L.R. 29/2004 e normato dalla DGR 426/2000, definisce volumi e tipologie di prestazioni, i corrispettivi preventivati e le modalità del rispetto dei limiti di remunerazione, i requisiti di qualità e accessibilità delle prestazioni.

L'accordo viene proposto dall'Azienda USL committente tramite il confronto e la contrattazione che deve avvenire nel rispetto delle indicazioni regionali.

Di seguito si riporta il trend dei volumi economici, in migliaia di Euro, di attività erogati dall'Azienda ospedaliera a confronto con il budget concordato con l'Azienda USL, per ogni anno di riferimento.

Tab. 2.1.13–Rapporto di fornitura fra le due aziende - Trend dei volumi economici, in migliaia di Euro, di attività erogati dall'Azienda ospedaliera a confronto con il budget concordato con l'Azienda USL per ogni anno di riferimento (2011-2013).

	ATTIVITA' 2011			ATTIVITA' 2012			ATTIVITA' 2013		
	Valore Produzione	Importi Concordati	Diff. %	Valore Produzione	Importi Concordati	Diff. %	Valore Produzione	Importi Concordati	Diff. %
Degenza	103313	107500	-4%	99524	107500	-7%	100462	99815	0.7%
Contributo qualificazione				6796	6796	0%	4262	4262	0%
Ambulatoriale	31196	27000	16%	33308	27000	23%	34230	34230	0%
Farmaci	19099	19099	0%	7426	6700	11%	7357	7357	0%
Dare/Avere	n.a.	n.a.	-	562	-	-	-	-	
TOTALE	153608	153599	0%	147616	147996	0%	146311	145664	0.5%

Fonte: Ufficio Controllo di gestione AOU Modena

A partire dal 2012 è stato riconosciuto all'Azienda Ospedaliera un contributo economico per la qualificazione dei processi assistenziali, secondo le indicazioni regionali già attuate in tutte le realtà provinciali ove insistono Aziende Ospedaliere, da considerarsi aggiuntivo rispetto alla remunerazione prevista dal tariffario regionale per le prestazioni sanitarie erogate.

Sempre a partire dal 2012, è stata modificata l'afferenza fra le due aziende relativamente ai farmaci a distribuzione diretta, la cui gestione è passata in capo all'azienda AUSL, con conseguente significativa riduzione della voce Farmaci a rimborso. Inoltre si è provveduto a normare altri scambi economici riguardanti consulenze sanitarie e non, e altre prestazioni (riga in tabella "Dare/Avere").

Si sottolinea poi che le voci dell'accordo di fornitura relative ad attività in regime di degenza e in regime ambulatoriale sono da considerarsi permeabili, anche per tener conto in modo idoneo e non penalizzante della corretta tendenza al trasferimento di attività, dal regime di degenza al regime ambulatoriale.

Rapporti di fornitura dell'Ausl con le altre strutture provinciali

Ospedale di Sassuolo S.P.A.

Il rapporto con il Nuovo Ospedale di Sassuolo è regolato da contratto di fornitura

Di seguito si riportano i volumi economici concordati con l'Azienda USL per gli anni 2012 e 2013, in migliaia di Euro.

Tab. 2.1.14 – Accordo di fornitura fra Azienda USL di Modena e Ospedale di Sassuolo s.p.a.. Volumi economici concordati , (in euro), 2012-2013.

Importo concordato (€)	2012	2013
DEGENZA	35058937	35458937
Ambulatoriale (compreso Pronto Soccorso e O.B.I.) *	8900000	9300000
CONTRIBUTO PROCESSI QUALIFICAZIONE	4250000	3450000
TOTALE	48208937	48208937

* Al lordo del ticket

Fonte: Servizio Committenza Ausl Modena

Ospedali·privati·provinciali·accreditati

Con gli Ospedali Privati Provinciali l'Azienda USL stipula annualmente dei contratti di fornitura per attività di ricovero di bassa specialità e di specialistica ambulatoriale entro le regole definite negli Accordi quadro fra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Italiana della Ospedalità Privata.

Di seguito si riporta l'ammontare dei contratti con i diversi Ospedali per l'anno 2013. Nella tabella sono riportati i budget complessivi per struttura. I contratti prevedono una articolazione per tipologia di ricovero.

Tab. 2.1.15 - Rapporti dell'Ausl di Modena gli ospedali della provincia di Modena (in euro)

Ospedali Privati Provinciali	Importi complessivi concordati (€)	
	Ricoveri di bassa specialità	Specialistica Ambulatoriale
Prof. Fogliani	3505681	618247
Hesperia Hospital Modena SPA (esclusa alta specialità)	2014340	841331
Villa Pineta di Gaiato	4721871	487045
Villa Rosa	3796666	983086
Villa Igea	13152290	325879
TOTALE	27190848	3255588

Fonte: Servizio Committenza Ausl Modena

Per le attività di ricovero di alta specialità (ad esempio gli interventi di cardiologia emodinamica e cardiocirurgici che vengono eseguiti presso l'Hesperia Hospital Modena SPA), la Regione contratta direttamente con gli Ospedali Privati regionali. A partire dal 2013, tuttavia, è stata prevista la possibilità per le Aziende USL di contrattare una parte di budget direttamente con le strutture private sia a livello di Area Vasta che a livello locale. Allo stato attuale tali accordi sono ancora in fase di negoziazione.

Nel tetto massimo di spesa della specialistica ambulatoriale è compreso il budget dedicato al percorso "in garanzia" diretto ad assicurare al cittadino che ne faccia richiesta l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi previsti dalla normativa regionale (30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale).

Le prestazioni individuate per i percorsi in garanzia sono le seguenti: dermatologia, cardiologia, oculistica, neurologia, ecografie addominali e risonanze magnetiche cerebrali.

Centri·Privati·Ambulatoriali·accreditati

I rapporti con le strutture ambulatoriali private accreditate della provincia di Modena sono regolati da un contratto annuale di fornitura sulla base di un accordo quadro fra Regione Emilia-Romagna e l'Associazione Nazionale delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private (ANISAP).

Di seguito si evidenziano i tetti massimi di spesa previsti per il 2013. Come per gli ospedali privati, nella tabella sono riportati i budget complessivi. I contratti prevedono una articolazione per tipologia di prestazione.

Nel tetto massimo di spesa della specialistica ambulatoriale è compreso il budget dedicato al percorso "in garanzia" diretto ad assicurare al cittadino che ne faccia richiesta l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi previsti dalla normativa regionale (30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale).

Le prestazioni individuate per i percorsi in garanzia sono le seguenti: dermatologia, cardiologia, oculistica, neurologia, ecografie addominali e risonanze magnetiche cerebrali.

Sono stati stipulati, inoltre, contratti per l'esecuzione "in service" di prelievi ematici (e di altri campioni biologici) e di prestazioni di genetica medica.

Tab. 2.1.16 - Rapporti dell'Ausl di Modena con le strutture ambulatoriali private accreditate della provincia di Modena (in euro)

Distretti	Strutture	Budget (€)
Carpi	Poliambulatorio Privato Città di Carpi (MO)	122378
	Hesperia Hospital Modena SPA, unità locale "Hesperia Diagnostic Center Carpi	411183
	Poliambulatorio privato Losam - Alliance Medical Diagnostic srl - di Carpi (MO);	422019
	Poliambulatorio specialistico San Nicolò – Alliance Medical Diagnostic srl - di Carpi;	515149
Mirandola	Aesculapio SRL – Servizi Medici e Diagnostici San Felice di San Felice sul Panaro (MO);	1651790
Modena	Poliambulatorio C.A.F. di Modena	389289
	Centro Alfa di Onesti Irene & C. sas Modena;	268295
	Poliambulatorio Check-Up Center - Alliance Medical Diagnostic srl - di Modena	388172
	Poliambulatorio Coliseum Center Srl di Modena	31231
	Laboratorio TEST srl di Modena;	55348
	Poliambulatorio Modena Medica Srl di Modena	258581
Sassuolo	Ambulatorio B.C.P.di Maranello srl (MO) ;	169215
	BIOS centro ambulatoriale di fisiokinesiterapia srl di Formigine (MO);	150965
	Centro Medico San Giorgio Srl di Sassuolo (MO);	143358
	Fisio-Medical srl	204754
	Centro Medico fisioterapico Kos s.n.c. di Sassuolo (MO);	10513
	Terme della Salvarola S.p.A di Sassuolo (MO);	25475
Vignola	Poliambulatorio C.F.T. Città' di Vignola srl di Vignola (MO);	33448
	Centro di Fisioterapia Zocca sas di Zocca (MO);	57339
	Poliambulatorio Neofisik	246238
Castelfranco E.	C.F.R srl di Castelfranco Emilia (MO)	120344
	Poliambulatorio Castello di diagnostica srl di Castelfranco Emilia (MO)	72965
Totale complessivo		6654050

Fonte: Servizio Committenza Ausl Modena

I rapporti di fornitura dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico con le altre aziende territoriali della regione

La deliberazione di Giunta Regionale n. 199/2013 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2013" prevede il sistema degli accordi di fornitura come lo strumento normativamente previsto per orientare la produzione dei fornitori alle esigenze sanitarie la cui determinazione in forma di committenza è responsabilità delle Aziende Sanitarie. Per tali accordi possono essere utilizzate le linee guida proposte nel 2012 dalle Aziende ospedaliere, ovvero convenire di adottare altre modalità di regolazione, controllo e compensazione derivanti dalla negoziazione.

In caso di mancato accordo, il riconoscimento della produzione non potrà superare il valore economico dell'anno 2011, ad eccezione delle prestazioni di alta specialità e di bassa diffusione, per le quali non c'è evidentemente tetto economico.

L'azienda ospedaliero-universitaria Policlinico ha stipulato accordi con le aziende territoriali della regione che hanno effettuato una proposta di rapporto di fornitura, stabilendo di regola quale tetto di produzione del 2013, il valore economico dell'anno 2011, salvo le prestazioni di alta specialità e di bassa diffusione, che non sono sottoposte a tetto economico. Fa eccezione soltanto l'accordo con l'azienda territoriale di Ferrara, che prevede, ai fini della determinazione del tetto di produzione, l'applicazione delle soprarichiamate linee guida, alla produzione 2013.

Il valore economico dell'attività erogata nel 2013 a favore di assistiti con residenza in Emilia-Romagna, esclusi i modenesi, ammonta a 11.889.021, di questi vengono iscritti in bilancio 11.780.352, con una perdita di valore

economico, conseguente agli accordi stipulati, di 108.669 (perdita riferita alla attività per assistiti di Ferrara e Ravenna).

La parte relativa al fondo nazionale e regionale per la non autosufficienza è presente nel capitolo 7 Integrazione socio-sanitaria.

2.2. Impatto sul contesto territoriale

Consideriamo in questa sezione l'impatto che la presenza di due aziende sanitarie porta sul territorio su cui operano. Si tratta di esternalità negative o positive di diversa natura economica, sociale, culturale e ambientale, non direttamente legate alle finalità istituzionali delle aziende stesse.

Gli Enti pubblici generalmente incidono sul tessuto socio-economico di una comunità in modo rilevante questo poiché impiegano:

- una consistente presenza di risorse umane all'interno delle strutture aziendali impegnate nell'erogazione diretta di prestazioni sanitarie o nelle attività di supporto ad esse,; relativamente a questo tema, si rinvia al capitolo 4, che traccia la "carta di identità" del personale;
- elevati volumi di beni durevoli o consumabili e servizi acquisiti da fornitori esterni, destinati ad essere immessi nei processi produttivi delle aziende al fine di fornire assistenza sanitaria agli utenti compreso l'acquisto quindi prestazioni sanitarie "finite" da produttori pubblici e privati (altre Aziende Sanitarie, Ospedali e Centri privati, RSA, Comunità terapeutiche, Farmacie pubbliche e private, Sanitarie, ecc.), a completamento dei servizi direttamente erogati.

Le aziende si trovano ad interagire con il tessuto economico e sociale del territorio sul quale insistono, e sovente la cosiddetta "società civile" si fa promotrice di azioni volte al miglioramento dei servizi sanitari erogati, mettendo a disposizione delle Aziende attraverso donazioni denaro, beni materiali, know how ed altre utilità anche di tipo immateriale

Gli Enti pubblici, infine, hanno spesso alle spalle una lunga storia, talvolta addirittura plurisecolare, nel corso della quale hanno ricevuto da benefattori lasciti e donazioni tali da determinare un patrimonio di opere d'arte, sia mobiliare che immobiliare, di notevole importanza.

2.2.1. Impatto economico e sociale

Parlando di impatto economico e sociale in un dato territorio delle due aziende risulta parziale tenere questi aspetti disgiunti viste le reciproche influenze e sovrapposizioni, emblematiche in questo senso sono le riflessioni possibili sul personale impiegato.

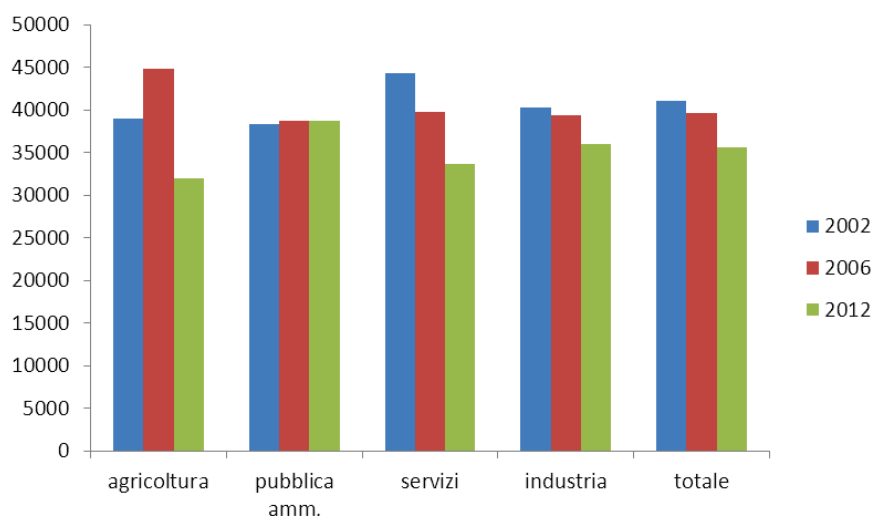
Risorse umane⁵

I dipendenti delle due aziende (Ausl Modena e AOU Policlinico) circa 8695, il 2.8% degli occupati nella Provincia di Modena, rappresentano sicuramente una risorsa per il servizio professionale svolto a beneficio degli utenti del servizio sanitario nazionale, un costo dal punto di vista della spesa pubblica (rispettivamente rappresentano il 36% e il 51% dei costi di esercizio annuali di ciascuna azienda) e concorrono a definire con il loro livello reddituale oltre che di scolarizzazione il benessere economico della Provincia.

I dati della terza Indagine sulle condizioni socio-economiche delle famiglie modenesi mostrano come i dipendenti della pubblica amministrazione (non solo quelli impiegati in sanità) hanno risentito meno delle altre categorie professionali della crisi questo evidentemente dovuto all'assenza di licenziamenti e al livello fisso dei redditi (Fig.2.2.1)

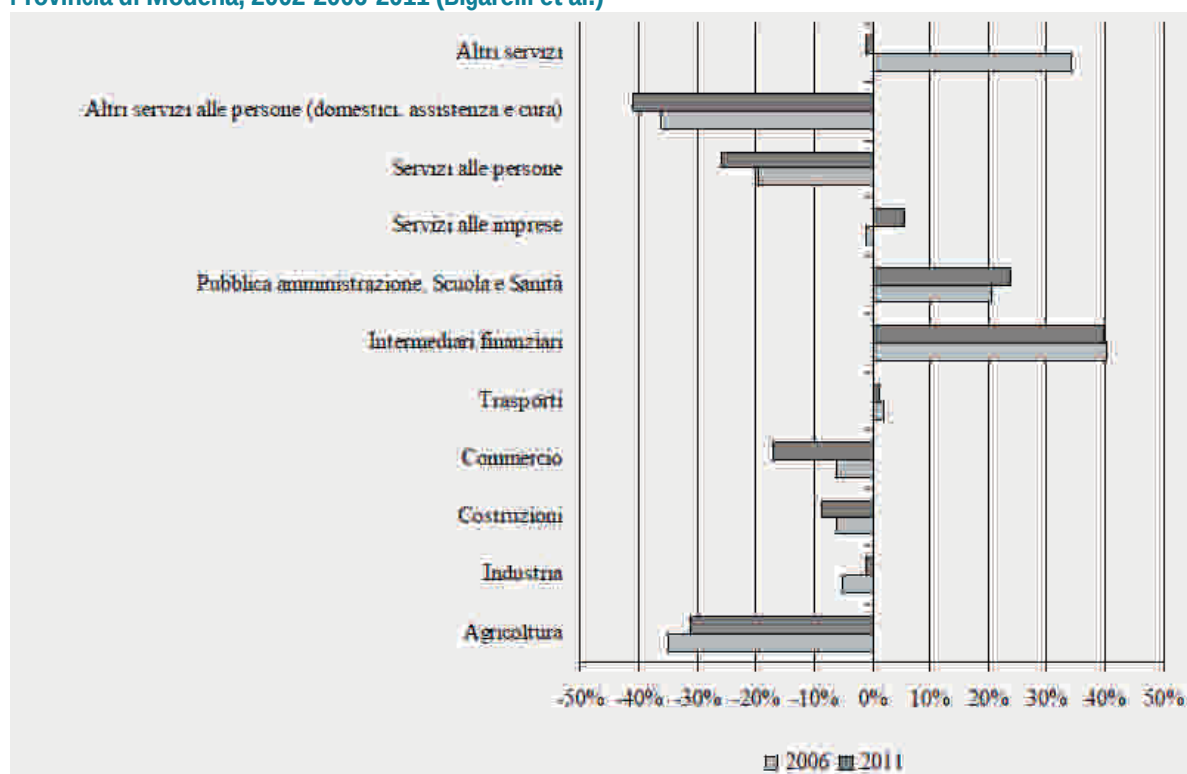
⁵ Per approfondimenti relativi alle risorse umane si rimanda al capitolo 4 paragrafo "La carta d'identità del personale"

Fig.2.2.1 - Reddito monetario medio delle famiglie per settore di attività del capofamiglia, a valori costanti 2011(solo famiglie con capofamiglia occupato) (media sulle famiglie)



Fonte: Baldini, Silvestri La disuguaglianza, 2013 <http://www.capp.unimore.it/strumenti/ICESMO3.html>

2.2.2 – Scarto percentuale dalla media del reddito orario per settore di attività, 15-69 anni, tutti gli occupati, Provincia di Modena, 2002-2006-2011 (Bigarelli et al.)



Fonte: I redditi da lavoro, Baracchi e Bigarelli 2013 <http://www.capp.unimore.it/strumenti/ICESMO3.html>

Le forniture di beni e servizi⁶

Le Aziende Sanitarie, per raggiungere i propri fini istituzionali, oltre alle diverse tipologie di risorse umane di cui si è trattato e di cui si tratterà ulteriormente nel capitolo 4 del presente lavoro, acquisiscono un'ingente quantità di beni e servizi. I primi vengono immessi nel ciclo produttivo e sono determinanti per l'erogazione diretta delle attività sanitarie: possono essere sia beni di consumo (specialità medicinali, reagenti di laboratorio, lastre radiografiche, garze, siringhe, materiale impiegato in sala operatoria, carta per fotocopie, stampati, ecc.) sia beni durevoli (attrezzature biomediche, attrezzature informatiche, ecc.).

I servizi, invece, possono essere suddivisi in servizi di supporto alla produzione diretta (lavaggio e stiratura biancheria, produzione e somministrazione pasti ai degenti, sterilizzazione ferri chirurgici, pulizia locali, ecc.) ed in prestazioni sanitarie acquisite all'esterno ed erogate agli assistiti (degenze e prestazioni ambulatoriali presso altri soggetti pubblici e privati, ospitalità anziani presso centri residenziali e semiresidenziali, ecc.).

I fornitori esterni dell'Ausl di Modena sono 2844 nel 2013 di cui il 69% "altri fornitori di beni e servizi", il 9% farmacie private e comunali, il 7% fornitori di presidi protesici e riabilitativi (Tab.2.2.1). Il valore delle forniture esterne in senso stretto dell'Ausl di Modena è pari a 835 milioni di euro, di cui il 29% "altri fornitori di beni e servizi", il 28% Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere, il 19% Ospedali privati accreditati, 11% Farmacie private e comunali. L'AOU Policlinico risulta fornitore nell'aggregato "Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere". Per approfondimenti riguardanti il contratto di fornitura tra le due aziende sanitarie si rimanda al paragrafo 2.1.4. Nella tabella 2.2.3 riguardante la residenza dei fornitori sono compresi i valori delle forniture in senso stretto evidenziati nella tabella precedente 2.2.2 e tutte le voci riguardanti le trattenute erariali, previdenziali, svolte come sostituto d'imposta effettuate dall'Ausl verso i dipendenti e collaboratori diretti (medici, specialisti, ecc.), bolli, rapporti finanziari con la banca intermediaria⁷.

Tab. 2.2.1 - Numero fornitori esterni Ausl di Modena – 2011-2013

Fornitori esterni	2011	2012	2013	% su totale
Farmacie private e comunali	235	253	244	9%
Ambulatori privati accreditati	61	62	67	2%
Ospedali privati	44	53	55	2%
Istituti termali	23	25	24	1%
Fornitori di presidi protesici e riabilitativi	204	180	194	7%
Fornitori di beni per l'assistenza integrativa	23	25	24	1%
Enti senza scopo di lucro	174	187	205	7%
Altri fornitori di beni e servizi	1951	1543	1955	69%
Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere	58	74	76	3%
Totale	2773	2402	2844	100%

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Informativo Aziendale

⁶ Le forniture intercorrenti fra l'AOU e l'Ausl sono trattate nel paragrafo 2.1 La sostenibilità economica e patrimoniale

⁷ Le voci rientranti nelle due classificazioni derivano da una revisione interna delle indicazioni presenti nel dossier regionale numero 107.

Tab. 2.2.2 - Valore forniture esterne Ausl di Modena (importi in migliaia di euro) - 2011-2013

Fornitori esterni	2011	2012	2013	2013 % su totale
Farmacie private e comunali	107939	94546	90939	11%
Fornitori di servizi socio sanitari privati	21086	20898	15512	2%
Fornitori di servizi socio sanitari pubblici	41647	44388	32573	4%
Altri soggetti accreditati	6291	7317	7505	1%
Ospedali privati accreditati	142356	76789	154644	19%
Enti senza scopo di lucro	47257	53001	61018	7%
Altri fornitori di beni e servizi	300259	236015	242109	29%
Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere	234621	379902	231023	28%
Totale	901456	912856	835323	100%

* comprensivi dell'Ospedale Sassuolo S.p.A.

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Informativo Aziendale

La maggioranza delle forniture richieste ad ogni titolo dall'Ausl di Modena , è stata fatta a soggetti sia pubblici che privati con sede principalmente nella Provincia di Modena (63%); la restante parte in Regione Emilia-Romagna (14%) ed altre Regioni italiane (23%) (Tab.2.2.3).

Tab. 2.2.3 - Forniture esterne divise per residenza del fornitore (importi migliaia di euro) -2011-2013

Residenza del fornitore	2011	%	2012	%	2013	%
Provincia di Modena	77518	55.12	917557	58	893743	63
Regione Emilia Romagna	307188	21.84	353231	22	196452	14
Attre Regioni	323947	23.04	319578	20	31893	23
Totale	1406315	100	1590365	100	1409125	100

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Informativo Aziendale

Donazioni e contributi ricevuti dall'Azienda

L'Azienda ha rapporti con la cosiddetta "società civile" in diversi modi, sia fornendo contributi che esulano dal proprio obiettivo istituzionale (come verrà meglio esposto nel prosieguo della presente trattazione) che ricevendo essa stessa rilevanti contributi, sia economici che di tipo diverso e talvolta estremamente rilevanti per l'ottimale svolgimento delle proprie attività.

Uno dei principali momenti di interazione lo si riscontra nella relazione con diversi soggetti che a vario titolo offrono contributi liberali a favore dell'Azienda. I contributi talvolta sono di modesta entità ma di grande significato simbolico, in quanto erogati da famiglie che hanno vissuto il dramma di un congiunto colpito da una malattia invalidante e costretto ad una continua dipendenza dai servizi forniti dalle strutture aziendali; è il caso, ad esempio, delle decine di liberalità ricevute ogni anno a titolo di riconoscenza per la notevole qualità dei servizi svolti nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Il complesso di queste donazioni consente l'acquisizione di importanti strumenti per migliorare ulteriormente il livello dei servizi offerti in questi delicati settori (nuove automobili, pacchetti formativi innovativi, strumentazione informatica più performante, ecc.).

In altri ambiti, invece, i contributi risultano meno numerosi ma di valore unitario molto superiore e vengono pertanto destinati in via immediata o all'acquisto di innovative e costosissime tecnologie (es. TAC o altre apparecchiature biomediche) o alla ristrutturazione di intere porzioni di edifici, al fine di migliorare la funzionalità delle strutture aziendali. Appartengono a queste categorie di donatori le Fondazioni bancarie, da sempre molto sensibili in provincia di Modena al tema del miglioramento dei servizi sanitari, gli Enti di volontariato, che mettono a disposizione dell'Azienda la propria capacità di coinvolgimento delle comunità nelle quali sono radicati, raccogliendo fondi destinati per lo più all'acquisto di nuove tecnologie biomediche nonché gli Enti con scopo di lucro, che talvolta si attivano al fine di contribuire al miglioramento dei servizi offerti dall'Azienda, mettendo a disposizione notevoli somme di denaro o beni durevoli di notevole valore.

Le donazioni possono essere classificate in due macrocategorie: "generiche" prive di uno specifico titolo di

destinazione, che per lo più si identificano con quelle effettuate da singoli cittadini o da famiglie, e “vincolate” contenenti cioè un vincolo di destinazione, di norma rappresentate da liberalità effettuate da Enti istituzionali, da Associazioni di volontariato o da Aziende.

Le donazioni⁸ all'Ausl di Modena ammontano in totale a 4.7 milioni di euro nel 2013, un importo medio per donatore pari a 24449 euro, in aumento dello 0.2% rispetto al 2012, pari allo 0.36% del valore della produzione nel 2013 (Tab.2.2.4). Le donazioni generiche sono circa 2 milioni nel 2013, quelle vincolate 2.7 milioni. Le donazioni generiche come importo sono quasi raddoppiate rispetto al 2012 (88%), mentre quelle vincolate sono diminuite del 25%.

Le donazioni ricevute dall'AOU Policlinico sono nel 2013 circa 650 mila euro, pari allo 0.25% del valore della produzione, di cui 522 mila da donazioni e 132 mila da erogazioni liberi in denaro (Tab.2.2.5). Il 53% degli importi totali derivano da banche, il 24% da ditte, il 22% da associazioni.

Tab. 2.2.4 - - Donazioni suddivise per numeri ed importi (in euro) - 2002-2013 - Ausl di Modena

	Donazioni Generiche		Donazioni Vincolate		Totale			
	numero	importo (euro)	numero	importo (euro)	numero	importo (euro)	diff.% anno t vs t-1	importo medio
2002	77	55236	60	1042625	137	1097861		8014
2003	111	253679	54	2108837	165	2362516	54%	14318
2004	133	333082	77	1439097	210	1772179	-33%	8439
2005	121	19154	33	2544798	154	2563952	31%	16649
2006	133	552399	46	1260592	179	1812991	-41%	10128
2007	131	882002	18	1752999	149	2635001	31%	17685
2008	121	350003	49	477374	170	827377	-218%	4867
2009	127	755197	37	2415006	164	3170203	74%	19331
2010	100	864483	47	1957077	147	2821560	-12%	19194
2011	177	595181	48	2501387	225	3096568	9%	13763
2012	136	1054523	45	3654655	181	4709178	34%	26018
2013	100	1988245	93	2730500	193	4718745	0.2%	24449

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Economico Finanziario

Tab. 2.2.5 - Donazioni ed erogazioni liberali 2013 (in euro) – Azienda Ospedaliero – Universitaria

Donatori	Donazioni*	Erogazioni liberali in denaro	Totale	% su totale
Ditte	92963	61750	154713	24%
Associazioni	81033	60374	141407	22%
Comitati (Coni)	0	120	120	0%
Cittadini	3584	9475	13059	2%
Dipartimenti	0	0	0	0%
Banche (BPER)	344934	0	344934	53%
Totale	522514	131719	654233	100%

*Donazioni (di apparecchiature, strumentazioni, arredi,volumi, abbonamenti a riviste)

Fonte: Servizio Affari Generali AUO Modena

Altre forme d'interazione sociale con il territorio

Sussistono anche altri ambiti d'interazione con le diverse realtà ubicate nel territorio provinciale, in quanto l'Azienda nel suo complesso è in grado di essere da una parte veicolo per promuovere, migliorare o consolidare l'immagine di

⁸ Per un elenco dei donatori si rimanda ai materiali di approfondimento

altri soggetti, siano essi Enti istituzionali o con scopo di lucro, dall'altra di promuovere la salute in senso ampio anche mediante l'organizzazione di eventi scientifici o culturali e la collaborazione con diverse entità per l'addestramento di personale non proprio.

Si segnalano qui le principali interazioni con la comunità, in ordine alle quali ci si riserva un maggior approfondimento anche in altre sezioni del documento:

- sinergie con partner privati per la realizzazione di iniziative di promozione della salute;
- sponsorizzazioni;
- pubblicità negli spazi aziendali;
- corsi ed eventi formativi rivolti a professionisti interni ed esterni all'Azienda;
- collaborazioni con università per l'addestramento di specializzandi, laureandi, tirocinanti e frequentatori;
- progetti attuati in collaborazione con le organizzazioni di volontariato al fine di promuovere la cooperazione con i paesi in via di sviluppo;
- organizzazione di convegni, fiere tematiche ed altri eventi;
- produzione e vendita di pubblicazioni e pieghevoli.

Per l'elenco completo delle associazioni volontarie con le quali l'AUSL ha rapporti di collaborazione si rimanda ai materiali di approfondimento.

2.2.2·Impatto culturale·

L'attività, la storia e l'evoluzione dell'Azienda hanno un impatto anche di tipo culturale sul territorio.

I riflessi si ritrovano non solo nel mondo della salute ma spesso assumono forme dai contorni originali e permettono di dare vita ad intrecci virtuosi con la comunità locale.

Rientrano nella prima fattispecie le seguenti attività:

INTERAZIONI CON LA STAMPA SPECIALIZZATA E NON: anche quest'anno sono stati innumerevoli i contributi offerti da professionisti che svolgono la propria attività in Azienda e che pubblicano articoli, interviste o in generale offrono contributi alla redazione delle riviste medesime;

RAPPRESENTAZIONI TEATRALI MESSE IN SCENA IN COLLABORAZIONE CON IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, che vedono coinvolti, in prima persona e nella veste di attori, cittadini assistiti dai servizi aziendali. Queste iniziative rappresentano un momento di grande partecipazione, di grande sfida e comunque di grande gratificazione per gli assistiti, i quali nonostante le loro disabilità svolgono un ruolo da protagonisti su un palcoscenico teatrale alla presenza di centinaia di spettatori.

Rientrano invece nella seconda fattispecie tutte le attività che l'Azienda pone in campo in quanto titolare di un patrimonio mobiliare ed immobiliare di interesse storico artistico. Nel caso dell'Azienda USL di Modena questo patrimonio risulta essere non particolarmente numeroso, se confrontato con quello posseduto da altre Aziende Sanitarie, ma non mancano opere di grande pregio, soprattutto con riferimento agli immobili. Basti ad esempio pensare alle strutture ospedaliere delle città di Modena e Sassuolo, tutte con secoli di storia ed oggetto di vincoli architettonici da parte della Soprintendenza ai beni artistici e culturali.

Patrimonio artistico aziendale·

Il patrimonio di beni artistici dell'Azienda USL di Modena pur non ricchissimo di testimonianze, permette di percorrere la lunga storia dell'assistenza e della cura nella nostra provincia.

Una sintesi della storia del patrimonio culturale, storico ed artistico dell'assistenza a Modena lo si può trovare nei due volumi editi dall'Azienda USL "E venne il grande ospedale" di Andrea Giuntini e Giuliano Muzzioli (2005) e "I luoghi della Cura" (2005), rassegna fotografica di luoghi e oggetti della sanità modenese. Per quanto riguarda Sassuolo si segnala il volume molto documentato "Dalla carità alla sanità" (2005) di Tullio Sorrentino.

Gran parte del Patrimonio Aziendale è visibile nel sito della Soprintendenza ai Beni culturali della Regione, frutto di un lavoro di catalogazione e inquadramento delle singole opere iniziato nell'anno 2000 con il coordinamento della

Regione Emilia-Romagna.

Già a partire dal 2009 si è proceduto ad una revisione della catalogazione dei beni della nostra Azienda e della loro collocazione, dopo i vari traslochi che hanno interessato sia gli ospedali che i distretti.

Si sono messe in sicurezza due importanti opere che erano presso il vecchio ospedale di Sassuolo: una grande tela del '600 raffigurante la Crocefissione di Gesù ed ora esposta al Palazzo Ducale di Sassuolo e la statua di San Camillo de Lellis, opera del noto scultore sassolese dell'800 Ciro Zironi.

È proseguito lo spostamento degli arredi di pregio dall'ex Ospedale Estense in altri punti dell'Azienda ed in parte verranno messi in comune con il Palazzo dei Musei per arrivare ad una mostra permanente della storia della sanità a Modena.

Si sono staccate e restaurate, con il decisivo contributo dell'Opera Pia Casa di riposo, le tre pale in ceramica che erano nell'entrata su via Sant'Agostino del cosiddetto "ricovero di mendicizia" divenuto poi negli anni '70 l'Ospedale Estense: si tratta di grandi pale ceramiche policrome di estrema finezza, che potranno essere una delle parti più belle della mostra che si allestirà sulla sanità modenese.

Una grande tela del seicento, raffigurante il transito di San Giuseppe, è stata riposizionata nella Cappella del Nuovo Ospedale di Baggiovara dopo un lungo periodo di "sparizione", probabilmente collocata in qualche sede diversa dalla propria.

Questo episodio a "buon fine" ed altri meno brillanti mettono in evidenza la difficoltà di poter custodire in modo adeguato il patrimonio artistico da parte di una struttura che ovviamente ha una mission diversa da quella dei beni culturali.

Il patrimonio artistico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, consistente in beni architettonici, artistici, documentari e librari, strumentali, è catalogato in schede fotografiche e descrittive raccolte dal Servizio Affari Generali. Tali schede, revisionate ed aggiornate annualmente (ad eccezione dell'anno 2012 dove, a causa del sisma, i beni sono stati provvisoriamente collocati presso altri locali), sono state compilate dal momento della partecipazione della nostra Azienda al Progetto regionale "Gestione e valorizzazione del patrimonio culturale delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna", organizzato dalla Regione Emilia-Romagna e tenutosi nell'anno 2003-2004.

Nell'anno 2009 è stata depositata presso la Regione Emilia-Romagna la catalogazione sopra menzionata (materiale fotografico e schede descrittive).

Mostre ed altre iniziative

Nel corso del 2013 è stata allestita una mostra, presso il Museo Civico, a seguito del restauro delle pale in ceramica di cui si diceva poc'anzi, che ha dato forte risalto a queste opere: a cura del museo è stato preparato un pieghevole che illustra la metodica ed il contesto in cui sono nate queste pale. La mostra è stata oggetto di un notevole numero di visitatori.

Raccontarsi: il rapporto con le riviste specializzate e con i Mass Media

Anche quest'anno sono stati innumerevoli i contributi offerti da professionisti che svolgono la propria attività in Azienda e che pubblicano articoli, interviste, o in generale offrono contributi alle redazioni di riviste specializzate.

In una logica di trasparenza e collaborazione si è inoltre consolidato il rapporto con i Mass Media, aumentando i momenti di dialogo anche con modalità diverse da quelle istituzionali.

2.2.3 Impatto ambientale

La Regione Emilia-Romagna ha dato indicazioni in materia di uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale attraverso la Delibera Regionale n.199/2013 (che fissa gli obiettivi 2013).

"Le Aziende sanitarie dovranno attivare tutte le azioni possibili (comprese quelle di natura finanziaria e fiscale, quali ad esempio detrazioni e titoli di efficienza energetica) e comunque in modo cogente quelle indicate dal competente Servizio regionale, per un uso più razionale dell'energia e corretta gestione delle politiche ambientali anche in una logica di soluzioni efficienti ed economiche omogeneamente applicate a livello regionale."

Il Servizio Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie della Regione ha avviato, attraverso il Gruppo Regionale energia di cui fanno parte gli Energy Manager di tutte le Aziende Sanitarie regionali, un "Piano energetico della Sanità in Regione (P.EN.SA.RE.) che contiene l'insieme degli interventi previsti dalle Aziende nel corso del 2013 dando particolare risalto, visto il particolare periodo di ristrettezze economiche a disposizione, a tutte le iniziative che consentono di realizzare riduzione dei consumi energetici a costo quasi zero. Nel suddetto piano l'AUSL ha presentato gli interventi riportati di seguito che in questa sede vengono descritti più nel dettaglio

Programma "Shutdown" per lo spegnimento remoto dei PC aziendali nelle ore notturne e nei giorni festivi

E' stato attivato il progetto ed un gruppo di lavoro interdisciplinare composto dall'Energy Manager, dal Servizio Ingegneria Clinica e dal Servizio Informativo.

Nel corso del 2013, si è proceduto per fasi successive:

nella prima fase del progetto è stata prevista la sola azione informativa - e ripetuta per un congruo periodo di tempo - con messaggi mirati ai PC che rimangono accesi in orario notturno e festivo, monitorando il loro decremento;

a seguito di una valutazione positiva dei risultati ottenuti sono state avviate le fasi successive che hanno previsto:

- identificazione dell'uso di tutti i PC in un edificio ospedaliero campione;
- messaggi di avvertimento agli utenti e successivo spegnimento automatico dei PC;
- estensione del progetto agli altri edifici.

Il progetto si è quindi positivamente concluso e la procedura è attualmente pienamente operativa. E' stata calcolata una riduzione dei costi energetici pari a circa € 70.000/anno.

Controllo automatizzato-temporizzato dell'illuminazione

Il progetto ha individuato le situazioni di illuminazione nelle quali è possibile intervenire attraverso una attenuazione/spegnimento programmato dell'illuminazione mediante inserimento di opportuni dispositivi programmabili, il tutto senza creare pregiudizio al rispetto della normativa vigente ed alla sicurezza degli operatori ed utenti. Vista la ridotta incidenza dell'illuminazione rispetto ai consumi elettrici generali, si è posta maggiore attenzione alle strutture ospedaliere ed in particolare al Nuovo Ospedale di Baggiovara.

Il progetto è stato attuato e si è calcolata una riduzione dei costi energetici pari ad € 20.000/anno.

E' stata inoltre esperita la gara di appalto per la sostituzione, sempre presso l'Ospedale NOCSAE di Baggiovara, di lampade al neon con lampade a LED. L'esecuzione dell'intervento è previsto per il 2014 ed il risparmio energetico previsto è pari a circa € 45.000 euro/anno (a fronte di un costo di investimento di € 75.000, rientro in 1,6 anni).

Sono inoltre proseguite, nel corso del 2013, le altre iniziative già avviate negli anni scorsi di seguito elencate.

Realizzazione di impianto di cogenerazione presso l'Ospedale NOCSAE

Negli ultimi mesi del 2013 è stato realizzato l'avvio operativo della centrale di cogenerazione presso l'Ospedale di Baggiovara, acquisita tramite leasing finanziario. Il progetto prevede un impianto della potenza complessiva di 2 GWe costituito da due motori endotermici alimentati a gas naturale per la produzione combinata di energia elettrica ed acqua calda a servizio dell'ospedale. Per quanto riguarda le fasi attuative di competenza della nostra Azienda (la procedura di gara è stata realizzata in sinergia con l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena), per il RUP e la Direzione Lavori sono stati individuati professionisti interni dell'Amministrazione.

Sono attesi da una parte una significativa riduzione dei costi energetici per circa € 1.000.000,00 annui, soprattutto per una rilevante quota di defiscalizzazione dei costi energetici e per il venir meno dei costi di trasporto dell'energia, e dall'altra un importante contributo all'efficienza energetica della struttura. Per completezza di informazione, occorre segnalare che l'Azienda rileverà anche costi sorgenti relativi al canone di leasing ed alla manutenzione della nuova struttura, per un valore complessivo di circa € 800.000 annui (già detratti dalla cifra sopra indicata di riduzione dei costi energetici annui previsti).

L'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna ha istituito un gruppo di lavoro per favorire, nelle varie Aziende regionali, l'installazione di impianti di cogenerazione e trigenerazione. L'Energy Manager aziendale fa parte del citato gruppo.

Gestione dell'energia

E' proseguita anche nel 2013 l'attenta azione di controllo sul corretto uso dell'energia da parte dell'ufficio dell'Energy Manager, in particolare rivolta al:

controllo delle bollette energetiche al fine di verificare il rispetto delle condizioni contrattuali di fornitura e, nel caso di fornitura di energia elettrica, delle eventuali penali sull'energia reattiva;

controllo mensile di tutti i consumi energetici ed acqua per rilevarne immediatamente gli scostamenti anomali rispetto agli storici, o immotivati (guasti o perdite per l'acqua, consumi nulli, ecc.) attivando prontamente azioni di verifica;

controllo accensioni e spegnimenti degli impianti di riscaldamento e di condizionamento rispetto all'andamento stagionale.

Incrementare se possibile, in collaborazione con Intercent-ER, gli "acquisti verdi"

L'adesione dell'Azienda al Consorzio "Idroenergia" e la conseguente fornitura di energia elettrica da fonte rinnovabile ha consentito all'Azienda USL, anche per l'anno 2013, di fregiarsi dell'impiego di energia 100% idroelettrica, pulita e rinnovabile, proveniente da impianti situati in Valle d'Aosta.

Anche nel corso del 2013, l'Azienda USL di Modena aderirà alla Convenzione Intercent-ER per le utenze elettriche di salvaguardia, ovvero le utenze minori che non acquistavano l'energia "verde" attraverso il Consorzio Idroenergia. Per quanto riguarda invece l'acquisto di gas naturale, questo è avvenuto (nel 2013 come nel 2012) per tutte le utenze aziendali tramite la convenzione Intercent-ER.

Nell'ambito del rapporto di collaborazione in atto con la Regione Emilia-Romagna, i tecnici dell'ufficio dell'Energy Manager dell'Azienda USL di Modena sono stati inseriti nel gruppo di lavoro che ha collaborato alla definizione del bando per la fornitura di energia elettrica per l'anno 2014.

Garantire il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia

E' stato garantito, come sempre, il flusso informativo regionale relativo ai consumi elettrici e termici e per ogni altro aspetto inerente l'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia, nei tempi e nei modi indicati dalla Regione stessa, anche attraverso l'utilizzo dell'applicativo di CUP2000, sviluppato appositamente per il "Gruppo Energia".

Gestione dei rifiuti sanitari

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena, sensibile alle tematiche di tutela ambientale, persegue politiche di gestione dei rifiuti in particolare riduzione dell'impatto della produzione dei rifiuti attraverso iniziative di sensibilizzazione e formazione del personale alla raccolta differenziata e di controllo delle conformità della gestione di tutti i rifiuti, anche in relazione alla sicurezza degli operatori. Ha attivato fin dal 2006 il progetto "Il Policlinico di Differenzia" con lo scopo di contenere la produzione dei rifiuti e raggiungere standard ottimali di preselezione degli stessi.

L'impatto della formazione sul campo degli anni passati ha avuto oggettivi riscontri positivi in quanto anche nell'ultimo anno è stato registrato un aumento della quantità di rifiuti raccolti in forma differenziata (preselezione più accurata delle diverse frazioni) con la contestuale riduzione della quantità rifiuti pericolosi prodotti oltre ad un uso più appropriato degli specifici contenitori.

La raccolta differenziata è progressivamente andata aumentando nel corso degli anni con un risultato particolarmente soddisfacente proprio nel 2013, dove è stata raggiunta la percentuale di oltre il 49% rispetto al totale dei rifiuti prodotti.

L'AOU di Modena è l'unica azienda sanitaria regionale ad avvalersi di un sistema affidabile (95%) di rendicontazione della produzione rifiuti per Centro di Costo produttore e che la disponibilità di questi dati sta sostenendo un'analisi svolta in collaborazione con il gruppo di coordinamento regionale sul tema dei rifiuti sanitari.

Questo lavoro permetterà la definizione di indicatori più specifici sul monitoraggio della produzione dei rifiuti in correlazione all'attività svolta, che consentiranno confronti affidabili tra le performance delle 17 Aziende sanitarie regionali.

Circa i rifiuti speciali e urbani, contaminati da sostanze radioattive, dal 2012 l'azienda (medicina nucleare, Fisica Sanitaria, Igiene Ospedaliera) collabora con: l'AUSL (igiene pubblica, Dir. DSP.) , Provincia di Modena (area territorio ambiente), HERA (qualità ambiente, responsabile inceneritore), GEOVEST (qualità ambiente, per territorio Modena nord-est) per il controllo dei rifiuti speciali e urbani, contaminati da sostanze radioattive. A seguito di indicazioni aziendali, il numero di colli segnalati come sospetta contaminazione è stato nel 2013 di 563 colli (infettivi ed urbani) che sono stati controllati evitando così l'immissione degli eventuali colli contaminati nel normale ciclo dei rifiuti.

Per informazioni sulle politiche ambientali dell'AOU si rimanda in aggiunta al capitolo 3.

2.3.1 Livelli Essenziali di Assistenza

2.3.1.1 Costi per i Livelli Essenziali di Assistenza

Note metodologiche: I dati 2011 risultano diversi da quelli pubblicati nel Bilancio di Missione dello scorso anno in quanto - a partire dall'elaborazione del costo pro-capite 2012 i dati 2011 e 2012 sono stati integrati con quelli relativi alla funzione emergenza pari rispettivamente a 22,457 e a 23,700 mln di euro. L'attribuzione è stata effettuata sulla base della popolazione pesata ed ammonta a circa 5 euro pro-capite per azienda.

I dati utilizzati comprendono le quote relative al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Inoltre, a partire dall'anno 2011, i costi per mobilità passiva verso le Aziende Ospedaliere sono stati integrati della differenza tra il valore economico riconosciuto dalle Aziende Usl ed il loro effettivo costo di produzione.

Al momento della pubblicazione del bilancio di missione 2013 non erano disponibili i dati relativi ai costi dei livelli essenziali di assistenza aggiornati al 2013.

I costi totali per i livelli essenziali di assistenza sanitaria ammontano nel 2013 a 1,236,273,000 euro (Tab.2.3.1).

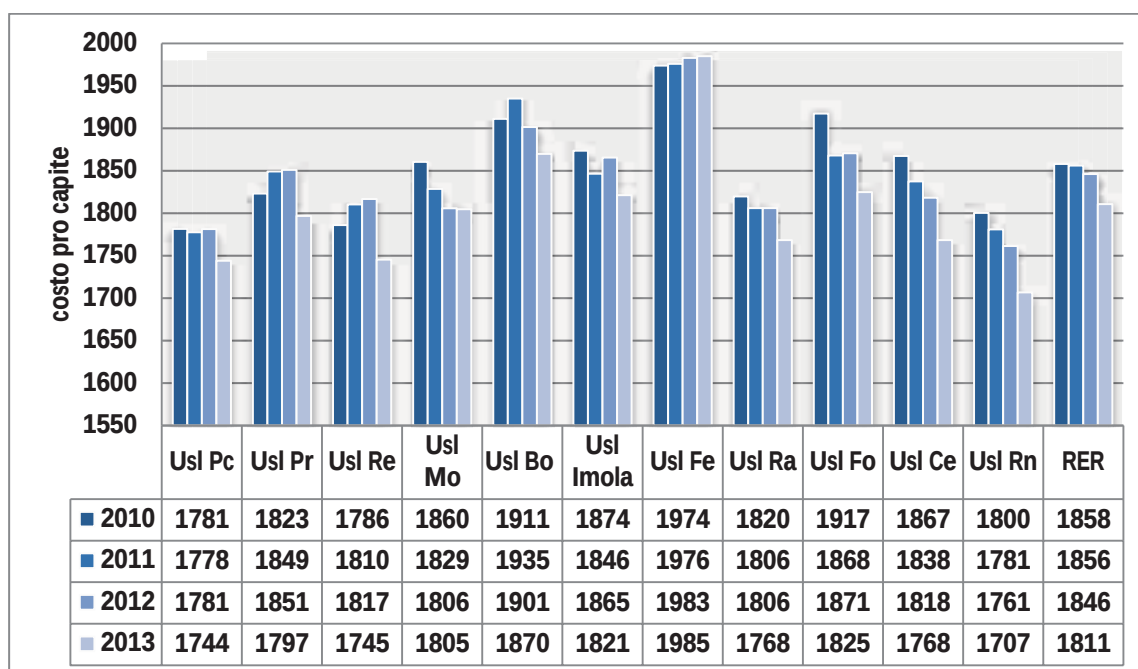
I costi pro capite per i livelli essenziali di assistenza dell'AUSL di Modena sono pari a 1805 euro nel 2013, sono diminuiti del 0.1% rispetto al 2012, inferiori rispetto alla media regionale pari a 1811 (Tab.2.3.1 e Fig.2.3.1).

Tab.2.3.1 – Costo (in migliaia di euro), popolazione nelle Ausl della Regione Emilia-Romagna - Anni 2010-2013

Azienda	Costi 2010	Popolazione 2010	Costi 2011	Popolazione 2011	Costi 2012	Popolazione 2012	Costi 2013	Popolazione 2013
Usl Pc	532179	298738	534009	300404	537843	301930	526541	301911
Usl Pr	807018	442666	824660	445964	830277	448566	808347	449888
Usl Re	895888	501607	915282	505571	925219	509296	891733	510903
Usl Mo	1254194	674168	1242941	679710	1233415	683059	1236273	685001
Usl Bo	1669383	873542	1701991	879556	1679099	883067	1653464	884239
Usl Imola	245263	130898	243735	131999	248131	133012	243339	133613
Usl Fe	752408	381200	754874	382030	759840	383217	758854	382306
Usl Ra	716552	393754	720449	398940	724734	401300	712723	403053
Usl Fo	366558	191188	358927	192149	361575	193296	353386	193654
Usl Ce	370955	198657	370234	201487	369038	202960	359633	203368
Usl Rn	556621	309188	560335	314629	562860	319545	551589	323167
RER	8167018	4395606	8227437	4432439	8232032	4459246	8095883	4471104

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

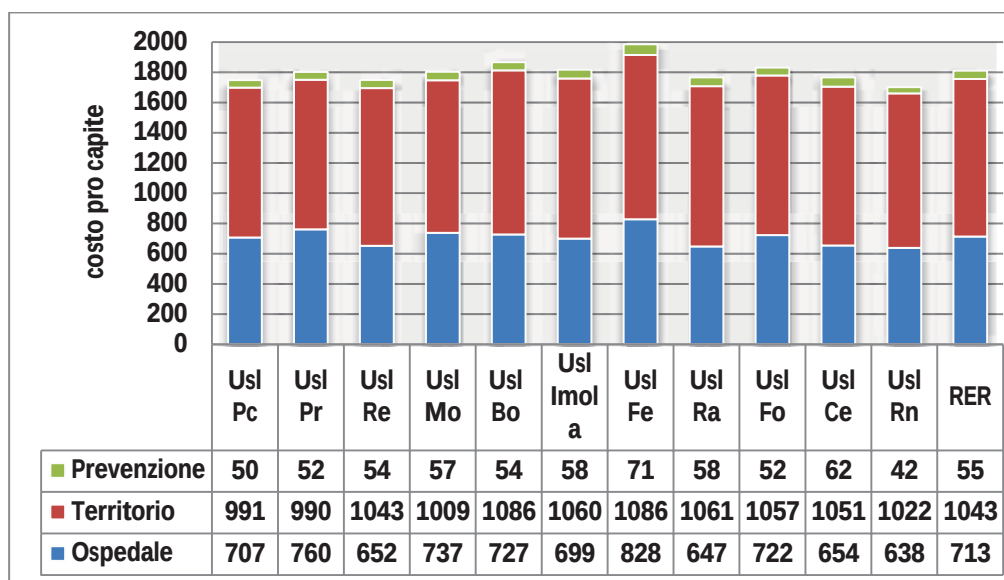
Fig.2.3.1 - Costo pro-capite nelle Ausl della Regione Emilia-Romagna (in euro) - Anni 2010-2013



Fonte dati: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

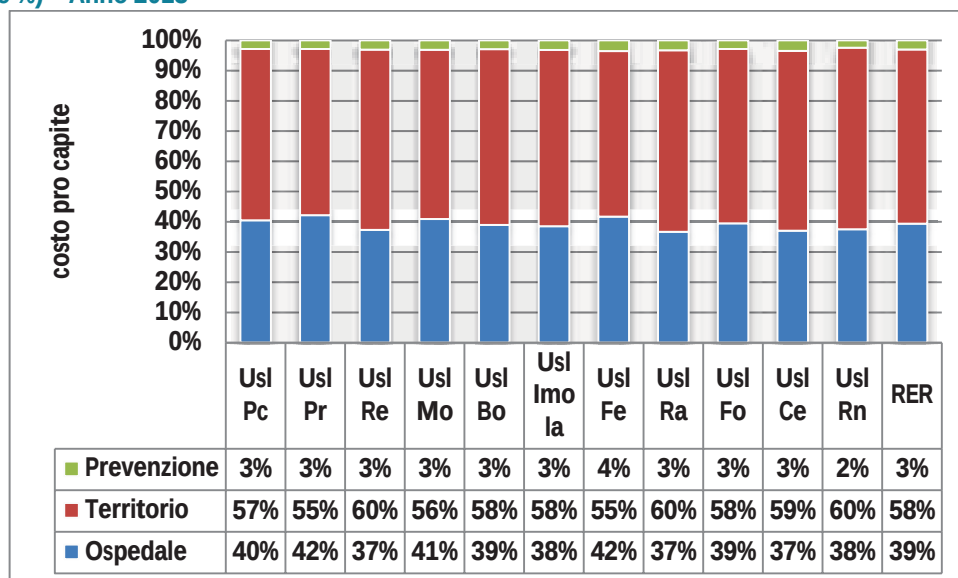
Il costo pro capite è destinato per il 56% al territorio, 41% all'ospedale e 3% alla prevenzione (Fig.2.3.2 e 2.3.3). Rispetto al 2012 il costo pro capite per l'assistenza ospedaliera si è ridotto del 2% e del 3% quello per la sanità pubblica, in aumento del 1% il costo per l'assistenza distrettuale.

Fig.2.3.2 - Costo pro capite 2013 per livello essenziale di assistenza aziende sanitarie Emilia Romagna (Valori assoluti) – Anno 2013



Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

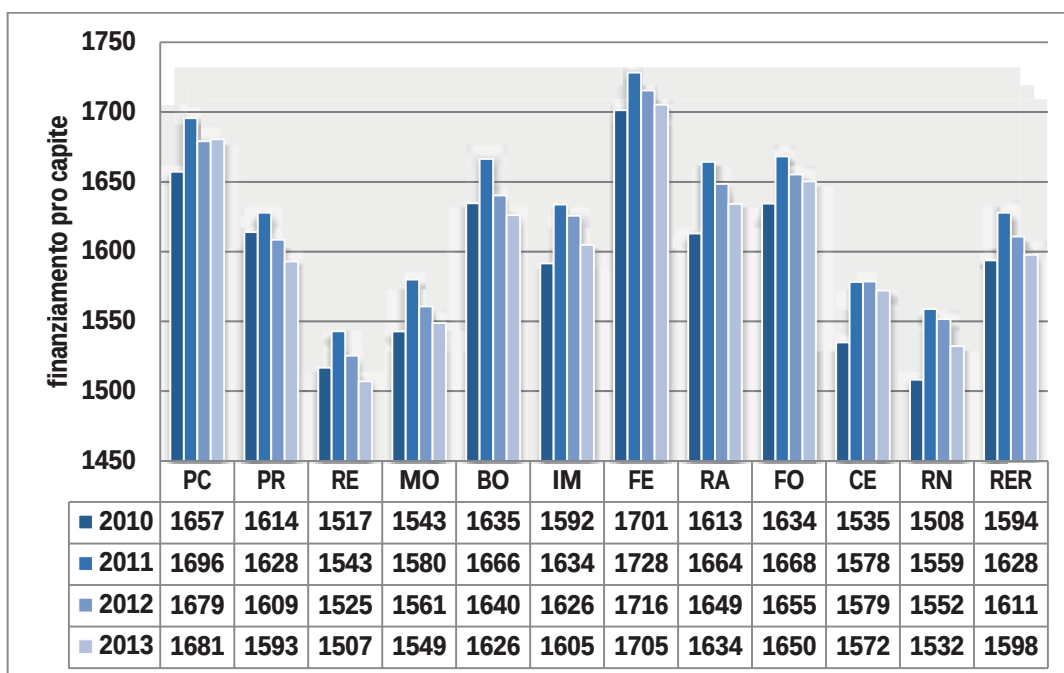
Fig.2.3.3 - Costo pro capite 2013 per livello essenziale di assistenza aziende sanitarie Emilia Romagna (composizione %) – Anno 2013



Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

Il finanziamento pro capite stabilito per il 2013 per l'Ausl di Modena ammonta a 1549 euro, quota in costante diminuzione dal 2011, ed inferiore a quella media regionale pari a 1598 euro (Fig.2.3.4).

Fig.2.3.4 - Finanziamento pro capite per livello essenziale di assistenza (in euro) – Anni 2010-2013



Nota: Il finanziamento comprende: Quota capitaria, Adeguamento popolazione, Liste d'attesa e Fondo Regionale non Autosufficienza

Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013

2.3.2--Assistenza collettiva di vita e di lavoro

L'analisi dei livelli essenziali di assistenza relativi all'Assistenza collettiva di vita e di lavoro sarà condotta analizzando:

Gli screening

Controllo e prevenzione delle malattie infettive

I controlli negli ambienti di lavoro

I controlli sugli allevamenti e sulle industrie alimentari

2.3.2.1--Screening

Partecipazione agli screening

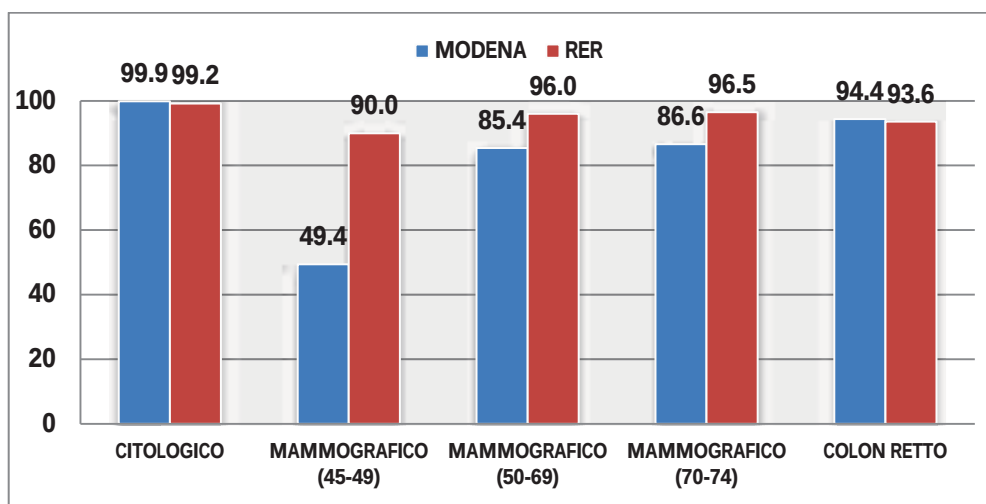
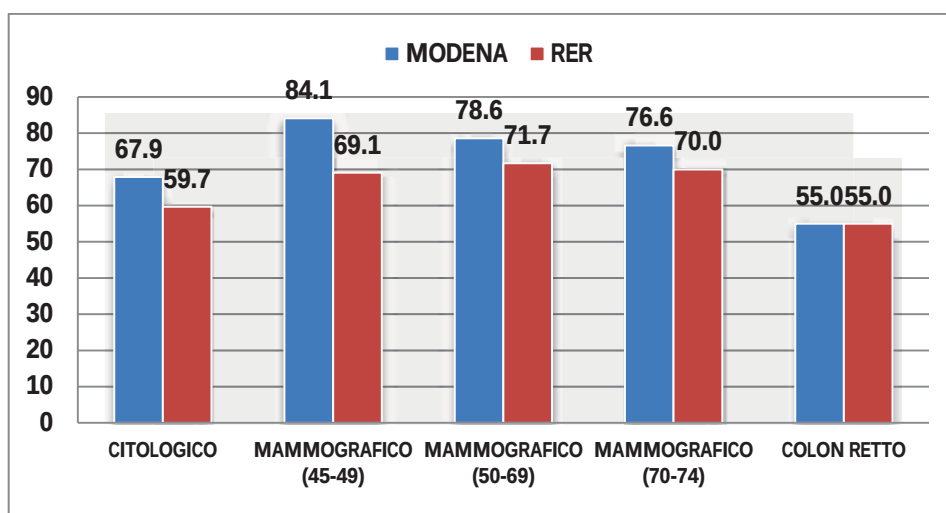
Nell'ambito dei programmi aziendali di screening, a fine 2013 :

circa 125000 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni hanno effettuato un PAP test nel triennio precedente,

87000 donne tra i 45 e i 74 anni si sono sottoposte a mammografia nel biennio precedente

73000,uomini e donne tra i 50-69anni, hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e circa 3200 (risultati positivi) una colonscopia nel biennio precedente .Sempre nello stesso biennio più di 2450 colonscopie sono state effettuate in un percorso di follow-up, avviato negli anni precedenti.

Fig.2.3.5 e fig. 2.3.6 - Adesione all'invito e allineamento al programma screening aziendali, anno 2013

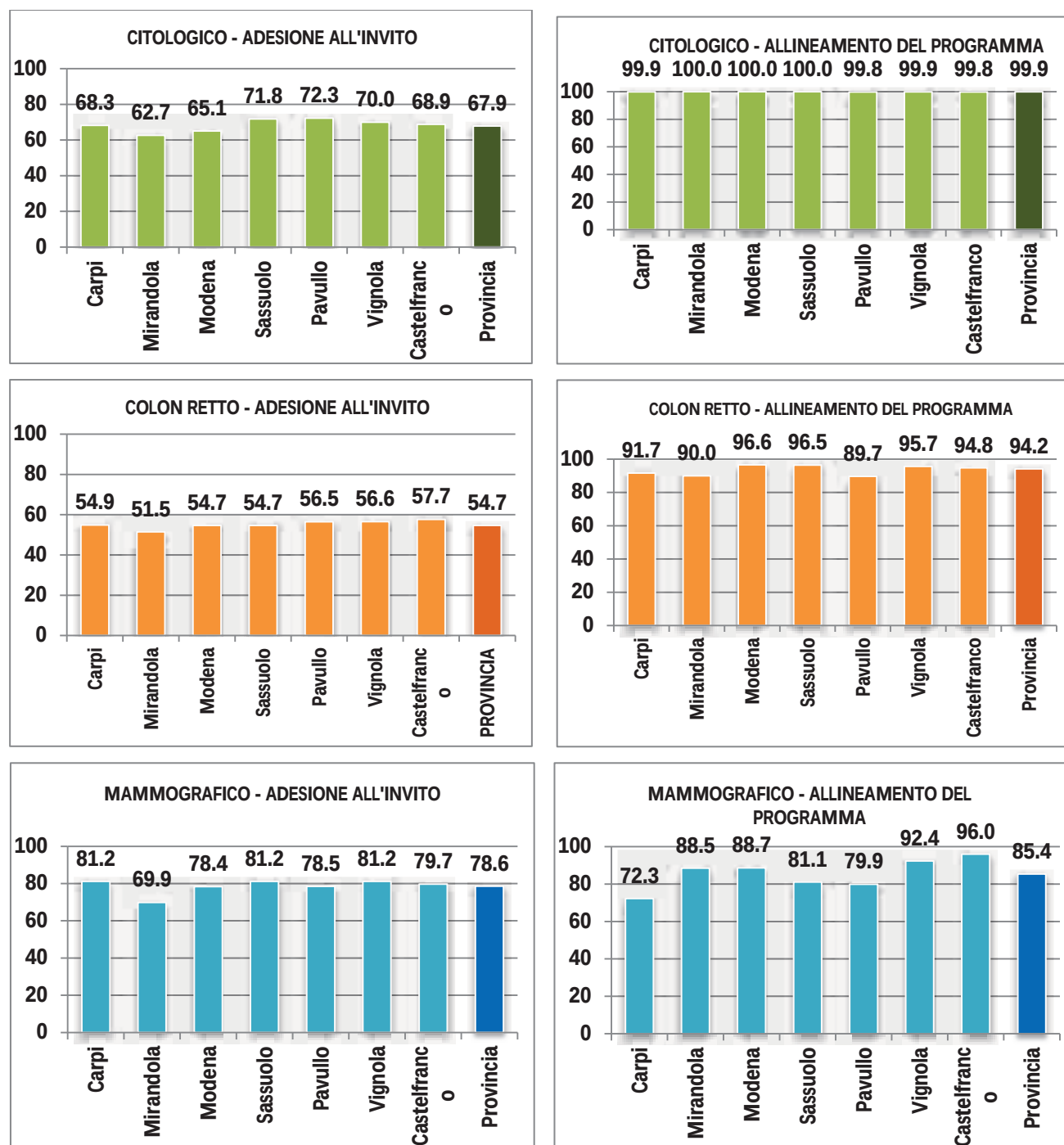


Dall'ultima "rilevazione regionale puntuale" sulla popolazione interessata si evidenzia come a livello aziendale modenese

la valutazione degli indicatori estensione e adesione rappresenti un quadro complessivamente in linea con il livello medio regionale mentre è tuttora in fase di completamento l'intervento rivolto alle donne in fascia di età 45-49 anni con l'offerta annuale della mammografia .La valutazione degli stessi indicatori declinata a livello distrettuale per il programma di Screening colon retto e del collo dell'utero dimostra una situazione sostanzialmente omogenea e che non ha richiesto specifici interventi correttivi.

Nel caso dello Screening dei tumori della mammella persiste una certa disomogeneità legata ad un percorso di aggiornamento tecnologico non ancora completato .

Fig.2.3.7 fino a fig.2.3.12 –Allineamento del programma e adesione all'invito screening citologico, colon retto, mammografico



Ai fini di una visione d'insieme più esaustiva segnaliamo quanto emerso dall'indagine Passi sulla realtà modenese :

Screening del tumore del collo dell'utero

Il 92% delle donne 25-64enni intervistate ha eseguito un Paptest o un HPV test preventivo negli ultimi 3 anni come raccomandato. Tuttavia il 21% di queste ha riferito di averlo effettuato al di fuori del programma organizzato di screening, pagando il ticket o l'intero costo.

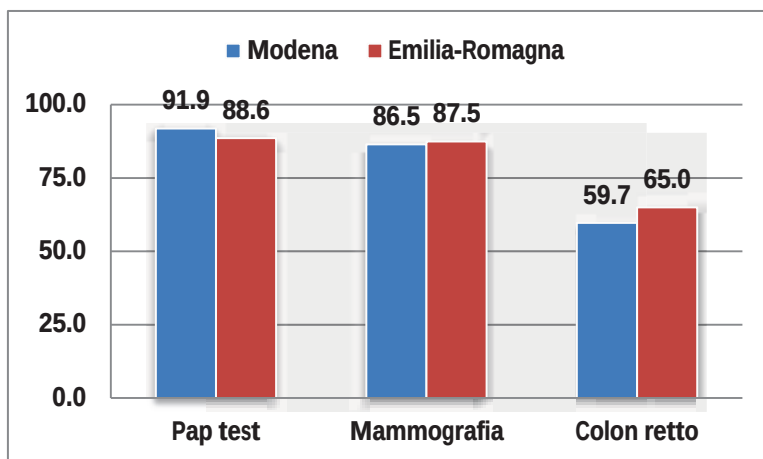
Screening del tumore della mammella

L'87% delle donne 50-69enni intervistate ha eseguito una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni come raccomandato. Il 14% ha riferito di averla effettuata al di fuori del programma organizzato di screening, pagando il ticket o l'intero costo.

Screening del tumore del colon-retto

Il 60% delle persone tra i 50 e 69 anni ha eseguito, a scopo preventivo, un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni. Soltanto l'1% dei casi lo ha eseguito privatamente.

Fig.2.3.13 - Copertura delle tre campagne di screening in provincia di Modena e in Regione Emilia-Romagna.



* pap test: donne 25-64 anni, mammografia: donne 50-69 anni, colon: 50-69 anni, per il colon si considera chi ha fatto una ricerca del sangue occulto

Fonte: sorveglianza PASSI 2011-2013

2.3.2.2. Controllo e prevenzione delle malattie infettive⁹

Dati attività sorveglianza malattie infettive nelle comunità scolastiche

Quando la segnalazione di malattia infettiva interessa una comunità scolastica (fascia 0 – 18 anni), la Pediatria di Comunità interviene effettuando incontri con la dirigenza scolastica e/o gli insegnanti e/o i genitori e/o diffondendo materiale informativo e/o controllando i minori- contatti a seconda del tipo di malattia. Gli interventi effettuati nel 2013 sono 236 (-34% rispetto al 2012), i minori controllati 2418 (+77% rispetto al 2012).

Coperture vaccinali nei bambini

Nel 2013 le coperture vaccinali nei bambini restano superiori al 95% per tutte le vaccinazioni obbligatorie del 12° mese e del 24° mese. Occorre rilevare come sia sempre in progressivo aumento, soprattutto nel capoluogo, il numero dei minori non vaccinati per obiezione dei genitori alla pratica vaccinale. Un altro elemento che influisce negativamente sulle coperture vaccinali è dovuto alla presenza all'interno della popolazione anagraficamente residente di un cospicuo numero di minori che abitano all'estero per periodi spesso lunghi o che sono irreperibili, in quanto trasferiti in altra sede, ma che mantengono formalmente la residenza e spesso anche l'assistenza sanitaria nell'ambito del nostro territorio provinciale.

⁹ Per approfondimenti vedi Capitolo 8 – Cure primarie

Nel grafico e nella tabella seguenti è illustrato l'andamento dei livelli di copertura delle vaccinazioni contro polio, pertosse, morbillo, rosolia, haemophilus influenzae e meningococco nel quinquennio 2008-2012.

Tab. 2.3.2 - Coperture vaccinali nella coorte dei bambini di 12 mesi (residenti nati nel 2012) - anno 2013

Tipo di vaccino	2010	2011	2012	2013
Polio	97.2%	97.1%	96.9%	95.9%
Tetano	97.3%	97.3%	97.0%	96.1%
Epatite B	97.2%	96.9%	96.7%	95.8%
Totale obbligatorie	97.2%	96.9%	96.7%	95.8%
Pertosse	97.1%	96.9%	96.7%	95.8%
Emofilo Hib	96.9%	96.8%	96.6%	95.7%
Pneumococco	96.2%	96.1%	96.2%	95.1%

Fonte: Dipartimento Cure Primarie, Ausl Modena

Tab. 2.3.3 - Coperture vaccinali nella coorte dei bambini di 24 mesi (residenti nati nel 2011) - anno 2013

Tipo di vaccino	2010	2011	2012	2013
Polio	96.9%	96.4%	96.1%	95.9%
Tetano	97.0%	96.6%	96.3%	96.0%
Epatite B	96.8%	96.3%	96.0%	95.7%
Totale obbligatorie	96.8%	96.3%	96.0%	95.6%
Pertosse	96.8%	96.2%	95.9%	95.6%
Emofilo Hib	96.5%	96.0%	96.1%	95.4%
MPR	94.3%	93.9%	93.7%	92.1%
Morbillo	94.5%	94.2%	93.9%	92.4%
Meningococco C	95.0%	94.0%	93.6%	92.6%

Fonte: Dipartimento Cure Primarie, Ausl Modena

Nello specifico, per l'anno 2013, si sono registrate le seguenti coperture:

- Copertura vaccinazioni obbligatorie a 12 mesi: 95,8%
- Copertura vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi: 95,6%
- Copertura per morbillo a 24 mesi: 92,4%
- Copertura per vaccinazione antipneumococcica al 12° mese: 95,1%
- Copertura per vaccinazione antimeningococcica a 15 anni: 89,9%
- Copertura per Morbillo a 15 anni: 96,6%
- Copertura per Rosolia a 15 anni: 95,9%

Tab. 2.3.4 - Copertura immunitaria nella coorte delle bambine di 11 anni - anno 2013

Papillomavirus	Anno 2012	Anno 2013
coorte 1997	80.3%	81.7%
coorte 1998	79.5%	81.4%
coorte 1999	79.4%	81.2%
coorte 2000	75.2%	79.8%
coorte 2001	0.0%	74.7%

Nota.: nella tabella sono riportati i dati relativi alle ragazze che hanno completato il ciclo di vaccinazione per il Papillomavirus (3 dosi)

Rispetto alla vaccinazione contro il Papillomavirus si evidenzia l'effetto di trascinamento che caratterizza questo tipo di vaccinazione, fino ad ora collegato strettamente alla prevenzione del tumore del collo dell'utero e all'attività

sessuale della donna, con adesione all'offerta vaccinale per un periodo di tempo prolungato, anche diversi anni, dalla chiamata ordinaria al compimento degli 11 anni

Oltre all'attività di promozione ed esecuzione delle vaccinazioni nelle età previste dal calendario regionale per la fascia 0 – 18 anni la Pediatria di Comunità promuove:

la vaccinazione anti-varicella per gli adolescenti che non abbiano già contratto la malattia in età infantile (eseguite nel 2013 n. 996 di vaccino antivariella)

la vaccinazione antinfluenzale ai minori con patologia cronica (eseguite nel 2013 n.1.948 dosi)

la vaccinazione antiepatite A ai minori che si recano in zone a rischio, offerta gratuita fino ai 6 anni di età (effettuate nel 2013 n. 3.656 dosi)

il recupero dei minori non immuni alla vaccinazione MPR, in ottemperanza al Piano di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (effettuate nel 2013 n. 1.320 dosi di vaccino MPR in minori esterni alle coorti di chiamata ordinaria)

la gestione dei neonati da madre HbsAg positiva: n.88 minori nel 2013

la valutazione e la gestione dei minori a aumentato rischio anafilattico postvaccinale (effettuate nel 2013 n. 114 valutazioni e n. 66 vaccinazioni in ambiente protetto ospedaliero)

la vaccinazione dei forti prematuri (sotto le 28 settimane di età gestazionale) durante la degenza in neonatologia (vaccinati nel 2013 n. 13 forti prematuri in Neonatologia)

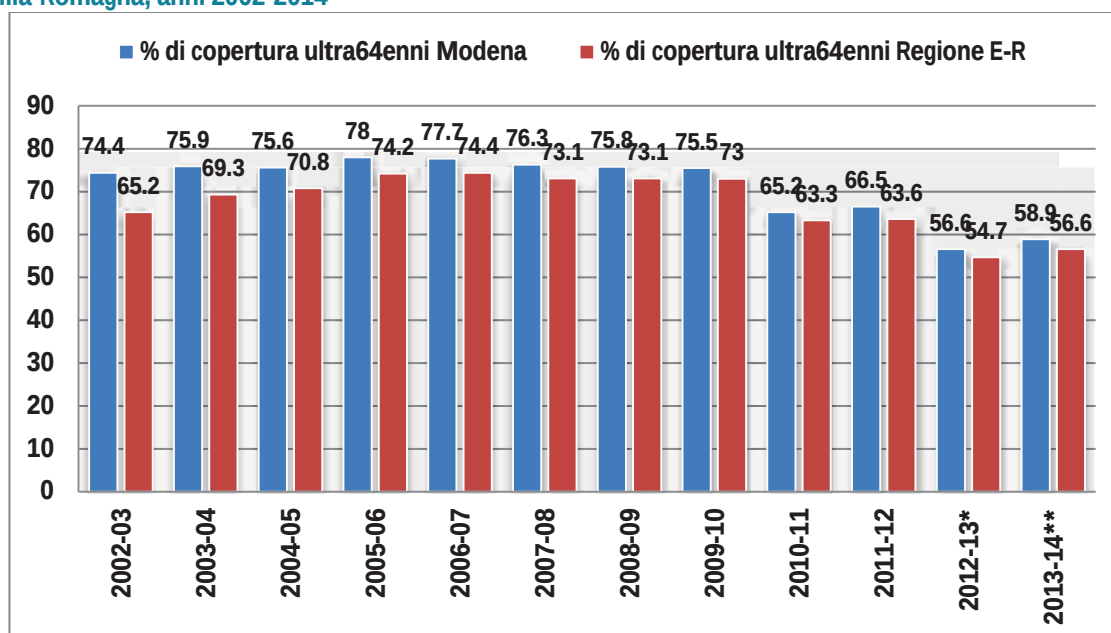
la gestione dell'obiezione vaccinale (effettuati nel 2013 n.279 colloqui con genitori obiettori all'esecuzione delle vaccinazioni)

Copertura vaccinale nella popolazione anziana

Riguardo alla vaccinazione antinfluenzale stagionale, nel corso degli anni si è assistito ad un progressivo incremento della copertura vaccinale degli anziani ultrasessantatrenni fino alla campagna vaccinale 2005-2006, raggiungendo e superando ampiamente il target nazionale e regionale del 75%; successivamente la copertura si è assestata, fino al 2009-2010 su valori inferiori anche se ancora sopra al livello target; nelle ultime tre campagne vaccinali il dato si è notevolmente ridotto, in linea con l'andamento generale a livello regionale, rimanendo comunque sempre superiore alla media regionale. La campagna 2013-2014 vede una copertura verso questo target di popolazione pari al 58,9%, il dato è ricavato dal portale SOLE ed è riferito alla popolazione ultrasessantatrenne residente in provincia di Modena al 01/01/2013, pertanto risulta non ancora consolidato.

Nella campagna antinfluenzale 2013-2014 in provincia di Modena sono state vaccinate 115.637 persone (dato ricavato dal Portale SOLE e suscettibile a variazioni) rientranti nelle categorie indicate dalla Regione Emilia-Romagna: soggetti con età superiore a 65 anni, con fattori di rischio sanitario specifico, che svolgono mansioni lavorative di pubblico interesse (anche per queste ultime due categorie nell'ultima campagna vaccinale si è registrato un aumento delle vaccinazioni somministrate). (Fig. 2.3.14)

Fig.2.3.14 - Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione anziana in provincia di Modena e in Regione Emilia-Romagna, anni 2002-2014



Fonte: Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna

* dato consolidato (rif. circ. regionale del 10.10.2013, n. 17)

**dato provvisorio non ancora consolidato dalla Regione Emilia-Romagna

Nel 2013 sono inoltre proseguiti i programmi vaccinali nei confronti delle categorie a rischio con particolare riferimento alla prevenzione delle malattie infettive batteriche in particolare è stato attivato un protocollo interaziendale con l'A.O.U. di Modena - Policlinico che prevede un percorso vaccinale dedicato ai soggetti con infezione da HIV secondo quanto previsto dalle linee guida nazionali per la gestione dei soggetti HIV positivi (aggiornate al 2013) e dalle indicazioni regionali.

2.3.2.3--Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro

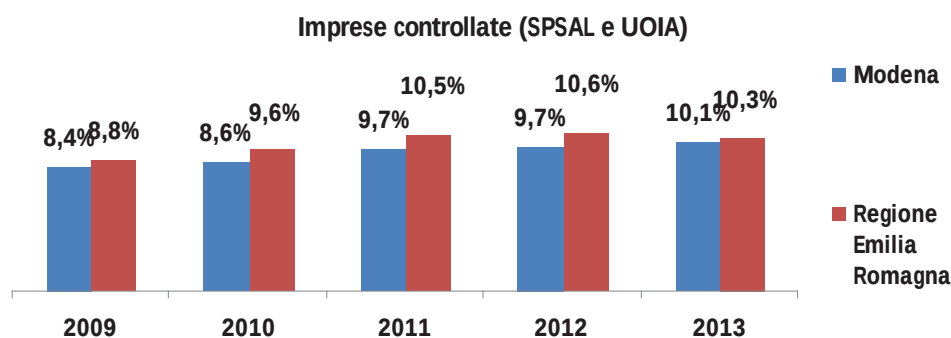
Attività di vigilanza e controllo

Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL) controlla il rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

L'attività viene svolta mediante sopralluoghi nelle aziende, perseguendo, quando possibile, il coinvolgimento del RLS. In caso di riscontro di irregolarità il SPSAL assume provvedimenti (prescrizione, sanzione amministrativa, disposizione) per imporre le misure di prevenzione mancanti e ne verifica l'ottemperanza entro i termini fissati dalla legge. Nel complesso, le Imprese controllate dai SPSAL in provincia di Modena sono passate dalle 1.661 del 2003 alle 3.321 del 2013; all'aumento del numero assoluto di controlli corrisponde un aumento ancor più marcato della percentuale di imprese controllate sul totale delle imprese con almeno un dipendente censite, in ragione della riduzione di queste ultime per effetto della crisi economica (dalle 39.306 censite da Banca dati INAIL nel 2009 alle 34.106 del 2012).

Sommando, come da indicazioni regionali, le imprese controllate dai SPSAL nell'ambito dei diversi piani programmati alle imprese edili oggetto di verifica da parte del Servizio Impiantistico Antinfortunistico (SIA), la percentuale delle aziende controllate sulle esistenti, nel 2013, è stata del 10,1%, superiore al 9% corrispondente all'obiettivo fissato dalla Regione Emilia Romagna a fronte di un obiettivo nazionale LEA del 5% (Fig.2.3.15).

Fig.2.3.15 – Imprese controllate dallo SPSAL e UOIA in provincia di Modena e in Regione Emilia-Romagna



Fonte: Servizio Sanità Pubblica, Regione Emilia-Romagna

Come mostra 2.3.5, circa il 45-50% dell'attività di vigilanza si concentra nel settore delle Costruzioni Edili, che è anche tra i settori a maggior frequenza infortunistica e di riscontro di irregolarità e, quindi, di contravvenzioni.

Il forte incremento del numero di cantieri controllati nel 2012 e nel 2013 rispetto agli anni precedenti è frutto della riprogrammazione delle attività SPSAL effettuata a seguito dell'evento sismico: in circa un terzo della provincia di Modena, infatti, sono state sospese (nel 2012) e ridotte (nel 2013) le attività di vigilanza precedentemente programmate dirottando la maggior parte delle risorse disponibili nella vigilanza sui cantieri di demolizione/ricostruzione. I dati delle tabelle successive mostrano infatti che i cantieri edili controllati nell'area Nord passano dai 292 del 2011 ai 628 del 2013 (+215%).

Tab.2.3.5 - Attività di vigilanza per macro settori e per distretti; anni 2011, 2012 e 2013

2011									
Macro settori produttivi	Cantieri/stabilimenti per distretto								Imprese
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	totale	totali
Cantieri Edili	128	164	232	97	67	121	62	871	1763
Agricoltura	29	19	16	21	19	25	22	151	152
Altri settori	200	169	234	238	65	106	112	1124	1158
TOTALE	357	352	482	356	151	252	196	2146	3073

2012									
Macro settori produttivi	Cantieri/stabilimenti per distretto								Imprese
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	totale	totali
Cantieri Edili	183	331	226	119	78	109	43	1089	2008
Agricoltura	20	14	18	13	13	19	29	126	127
Altri settori	144	122	274	198	80	89	117	1024	1078
TOTALE	347	467	518	330	171	217	189	2239	3213

2013									
Macro settori produttivi	Cantieri/stabilimenti per distretto								Imprese
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	totale	totali
Cantieri Edili	253	375	206	64	76	93	60	1127	2057
Agricoltura	26	20	27	22	21	26	33	175	175
Altri settori	155	149	243	206	89	102	129	1073	1089
TOTALE	434	544	476	292	186	221	222	2375	3321

Il maggior numero di atti sanzionatori (vedi tab. 2.3.6) viene elevato a seguito della vigilanza nel macrosettore “altro”, seguito da edilizia e da agricoltura.

Tab2.3.6 - Irregolarità per macrocomparto e per distretto, anni 2011-2013

2011									
Macro Settori Produttivi	CANTIERI EDILI IRREGOLARI								
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	TOT.	n. atti
Cantieri Edili	21	33	34	18	29	20	12	167	227
IMPRESE IRREGOLARI									
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	TOT.	n. atti
Imprese edili	26	37	51	30	36	26	15	221	227
Imprese agricole	4	4	4	2	5	3	4	26	28
Imprese altri settori	53	59	75	46	7	38	32	310	339
TOTALE	83	100	130	78	48	67	51	557	594

2012									
Macro Settori Produttivi	CANTIERI EDILI IRREGOLARI								
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	TOT.	n. atti
Cantieri Edili	21	42	23	29	30	33	3	181	249
IMPRESE IRREGOLARI									
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	TOT.	n. atti
Imprese edili	28	53	33	43	35	41	8	241	249
Imprese agricole	3	1	0	6	5	6	0	21	23
Imprese altri settori	58	24	83	53	22	23	26	289	308
TOTALE	89	78	116	102	62	70	34	551	580

2013									
Macro Settori Produttivi	CANTIERI EDILI IRREGOLARI								
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	TOT.	n. atti
Cantieri Edili	35	41	25	23	20	12	9	165	233
IMPRESE IRREGOLARI									
	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfr.	TOT.	n. atti
Imprese edili	46	64	30	33	19	15	14	221	233
Imprese agricole	10	1	3	4	3	2	2	25	25
Imprese altri settori	44	25	65	45	14	19	37	249	268
TOTALE	100	90	98	82	36	36	53	495	526

Le percentuali di ottemperanza alle prescrizioni conseguenti al riscontro di irregolarità sono di norma elevate: pari al 94-95% nel macrosettore Edilizia ma sensibilmente inferiore negli altri comparti. Infatti, in questi ultimi, su 363 violazioni verificate nel 2013, ne risultano ottemperate "solo" 316, pari all'87%. Il dato trova spiegazione negli esiti del piano di vigilanza sulle imprese con titolare straniero che ha visto, a fronte di un numero elevato di verbali di prescrizione (33 imprese irregolari sulle 68 controllate) una elevata percentuale di non ottemperanza (31%), preferendo dette imprese la "cessazione formale dell'attività" alla regolarizzazione con successivo pagamento delle sanzioni.

Attività di controllo sul rischio amianto

Il controllo viene esercitato anche sul rischio connesso alla rimozione di materiali contenenti amianto, verificando la congruenza del "Piano di Rimozione" che l'impresa esecutrice dei lavori deve presentare preventivamente e controllando sul campo gli interventi più significativi. Anche su questa attività ha influito il sisma: si è infatti dovuto far fronte ad un forte incremento del numero di piani di rimozione e di notifiche pervenute (Tab.2.3.7)) la cui valutazione, per effetto delle norme emergenziali adottate per i comuni del c.d. cratere, si è dovuta effettuare entro 24 ore dal ricevimento anziché nei 30 giorni previsti dalla normativa nazionale.

Tab. 2.3.7 -Attività di controllo sulla rimozione di amianto, anni 2011-2013

	2011		2012		2013	
	notifiche	piani	notifiche	piani	notifiche	piani
Carpi	45	190	59	242	42	245
Mirandola	124	141	179	357	126	389
Modena e Castelfranco	68	279	58	267	57	276
Sassuolo	53	212	36	164	65	154
Pavullo	7	79	20	76	12	57
Vignola	51	164	46	220	59	169
TOTALE	348	1065	398	1326	361	1290

Nel triennio a livello provinciale, sommando ai piani le notifiche presentate ai servizi, si evidenzia un incremento nel 2012 e nel 2013 dovuto alla bonifica effettuata nelle zone terremotate (soprattutto nel Distretto di Mirandola) dove molti degli edifici crollati avevano in copertura lastre di cemento amianto e dove la ricostruzione di quelli lesionati comporta comunque la rimozione e la sostituzione delle coperture.

Secondo i dati raccolti in provincia di Modena sono state smaltite nel 2011 oltre 11.300 tonnellate, nel 2012 oltre 16.000 e nel 2013 circa 10.000 (diminuita rispetto al biennio precedente ma aumentata del 23% in più rispetto al 2009 e ben il 60% in più rispetto al 2008).

Controllo della sicurezza degli impianti e degli apparecchi

Il Servizio Impiantistico Antinfortunistico effettua, sul territorio provinciale, verifiche periodiche di apparecchi e impianti in attuazione della vigente legislazione allo scopo di accertarne l'adeguatezza all'uso sicuro attraverso il controllo dello stato di manutenzione e conservazione, del mantenimento delle condizioni di sicurezza previste in origine e dell'efficienza dei dispositivi di sicurezza. Sono soggette a verifiche definite attrezzature ed impianti installati in luoghi di lavoro e per alcune tipologie anche in ambienti di vita.

Nei luoghi di lavoro vengono sottoposte a verifiche: apparecchi di sollevamento, apparecchi a pressione, impianti elettrici di messa a terra, impianti elettrici installati in luoghi con pericolo di esplosione e dispositivi contro le scariche atmosferiche.

In ambienti di vita: ascensori e montacarichi in servizio privato, impianti di riscaldamento.

Complessivamente l'attività del servizio riguarda oltre 15.000 aziende con circa 21.000 impianti ed apparecchi soggetti a verifica. Nella programmazione il servizio opera sulla base di criteri di priorità di rischio e di valenza di prevenzione. Detti criteri tengono conto delle caratteristiche specifiche dell'apparecchio o impianto, del ciclo produttivo o ambiente in cui sono inseriti e delle caratteristiche e numero degli utilizzatori.

Pertanto l'attività è rivolta prioritariamente agli impianti e apparecchi operanti nei cantieri edili, aziende agricole, ospedali ed ambienti medici; istituti scolastici, locali pubblici ad elevato affollamento ed aziende a rischio di incidente rilevante.

Con le modifiche legislative introdotte dal "decreto del fare" l'attività, che prima era quasi tutta in esclusiva e pertanto autoprogrammabile, è passata a libero mercato per circa il 70% e le prestazioni sono eseguibili previa richiesta dell'utenza.

Nel corso dell'anno 2013 il servizio ha evaso tutte le richieste pervenute.

Tab. 2.3.8 - : Controllo della sicurezza degli impianti e degli apparecchi

Tipologia degli apparecchi ed impianti verificati	N° apparecchi attivi	N° apparecchi in scadenza	N° verifiche eseguite anno 2010	N° verifiche eseguite anno 2011	N° verifiche eseguite anno 2012	N° verifiche eseguite anno 2013
Apparecchi di sollevamento	9160	6115	4085	4472	4660	4820
Impianti contro le scariche atmosferiche	141	68	42	34	30	26
Impianti di messa a terra	1769	551	587	489	497	712
Impianti elettrici antideflagranti	231	123	107	100	116	122
Apparecchi a pressione	5694	4105	2445	2423	2797	2405
Impianti di riscaldamento	2441	695	272	411	394	387
Ascensori e montacarichi	1181	595	709	470	666	499
TOTALE	20617	12252	8247	8399	9160	8971

Attività istituzionali e di assistenza, informazione e formazione

Oltre alla vigilanza il SPSAL persegue l'obiettivo della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro anche attraverso altri strumenti.

Attività a domanda istituzionale:

visite mediche individuali e collegiali (rispettivamente 410 e 1771 nel 2013)

inchieste infortuni e malattie professionali per conto dell'Autorità Giudiziaria (187 nel 2013)

pareri su pratiche di nuovi insediamenti produttivi (685 nel 2013).

Informazione, formazione, assistenza:

Sono stati organizzati eventi formativi per le diverse figure aziendali della prevenzione (18 nel 2013) ed effettuati interventi di promozione della cultura della prevenzione rivolti alle scuole (9 eventi nel 2013). Fornite risposte a 76 quesiti formulati nell'ambito della rubrica "gli esperti rispondono" del sito Prevenzionet, condiviso con Camera di Commercio e Associazioni Imprenditoriali. Effettuati 550 incontri programmati su richiesta di assistenza da parte delle figure aziendali della prevenzione.

2.3.2.4--Salute, Benessere animale e sicurezza alimentare

Sicurezza alimentare

I controlli finalizzati alla sicurezza degli alimenti sono realizzati dal Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e dal Servizio Veterinario. I Servizi anche attraverso piani di attività integrata realizzano il controllo di tutta la filiera alimentare dal campo alla tavola.

L'attività è finalizzata ad assicurare la salubrità degli alimenti, comprese le acque potabili, per prevenire le malattie trasmesse da alimenti all'uomo. Tale obiettivo viene perseguito in particolare attraverso l'attività di controllo e attraverso l'attività di formazione/informazione nei confronti degli operatori alimentari, primi responsabili della sicurezza alimentare.

L'attività dei Servizi (numero e frequenza dei controlli) è stata effettuata tenendo conto del protocollo tecnico regionale per la categorizzazione del rischio degli Operatori del Settore alimentare per le diverse tipologie di strutture sottoposte a controllo. Le frequenze di controllo previste sono state rispettate.

Sono stati realizzati 275 corsi di formazione per gli operatori alimentari delle aziende del territorio e 6 rivolti agli operatori che somministrano pasti privi di glutine. Sono stati rilasciati 10.815 attestati di formazione.

Nell'ambito del sistema di "allerta" previsto dalla normativa europea, sono pervenute 107 allerta in entrata e sono state attivate 2 allerta in uscita.

L'attività di controllo prevede inoltre l'attuazione di piani di campionamento: sono stati effettuati n. 3.997 campioni, di cui n. 34 positivi pari al 0,85%. (Tabella 2.3. 9)

Tab. 2.3.9 – Campionamenti per tipologia, anno 2013

Piano	n°	Non conformità
Pnr	1459	8
Pnaa	217	6
Aflatossine	487	15
Microbiologico e chimico	1652	5
Fitosanitari	120	0
Micotossine-Ogm	62	0
Campioni totali	3997	34

Controllo sugli alimenti di origine non animale

Nel 2013 sono state controllate 2939 aziende che rappresentano il 34.5% delle aziende complessive, in 670 delle quali sono state riscontrate non conformità.

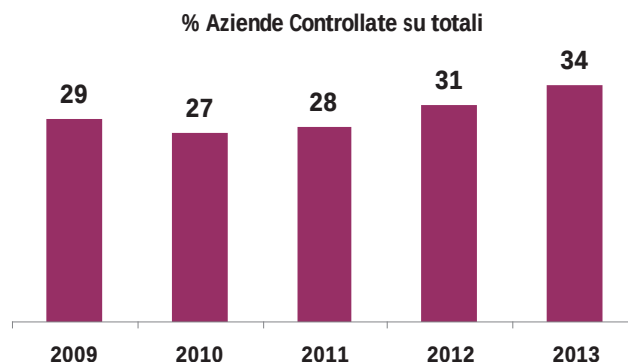
Le irregolarità riscontrate più frequentemente sono relative alla lotta agli infestanti ,la formazione del personale, al piano di autocontrollo e a struttura e attrezzature.

I provvedimenti relativi sono stati: n.5 notizie di reato, n. 28 sanzioni amministrative,n. 2241 prescrizioni,n.9 sequestri di merci e n. 8 sospensioni di attività.

Tab. 2.3.10 – Numero aziende esistenti, numero aziende controllate e numero aziende con non conformità per comparto

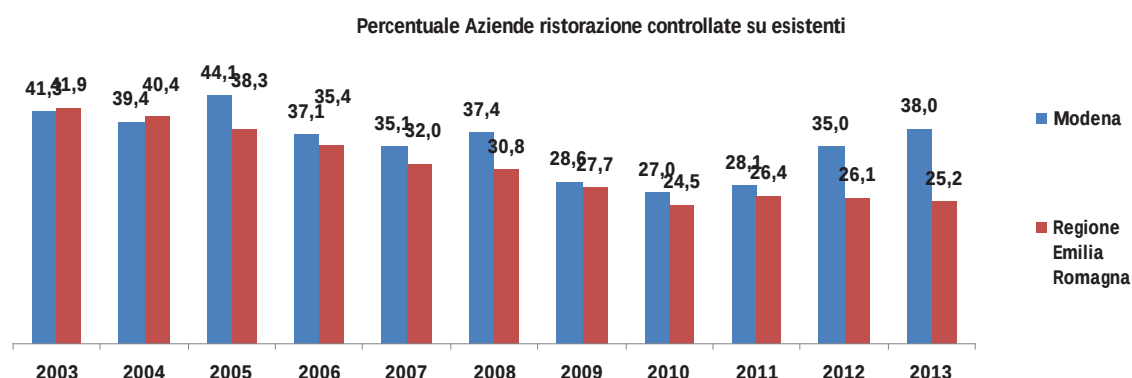
	N°aziende presenti	N° aziende controllate	N° aziende con non conformità
Produzione primaria	49	49	3
Trasformazione	1794	633	167
Ristorazione	4201	1596	409
Commercio	2309	629	89
Trasporti	151	32	2
Totale	8504	2939	670

Fig. 2.3.16 – Andamento dei controlli nelle Aziende di produzione alimenti di origine non animale



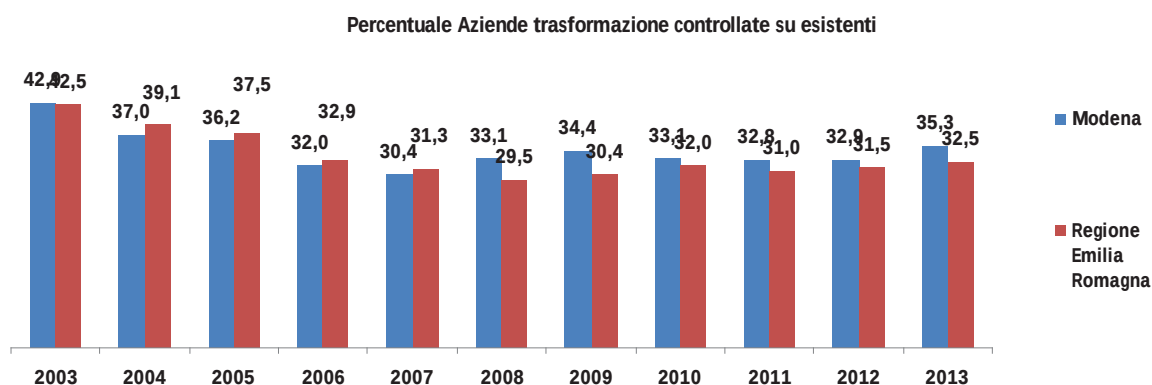
Nell'ambito del comparto Ristorazione viene garantito annualmente il controllo di tutte le Aziende che producono e somministrano pasti per utenze sensibili, che ammontano a 247. Nello stesso ambito è garantito il controllo per la verifica dei requisiti strutturali e gestionali per la produzione di pasti per soggetti celiaci ed inoltre la valutazione della qualità nutrizionale sui menù, in particolare di quelli scolastici, per favorire il consumo equilibrato di alimenti e nutrienti. (n. menù valutati 214). La percentuale di controllo negli ambiti trasformazione e ristorazione è in linea con la media regionale.

Fig. 2.3.17 – Percentuale Aziende ristorazione controllate su esistenti, anni 2003-2013



Fonte: SIAN_5

Fig. 2.3.18 – Percentuale Aziende trasformazione controllate su esistenti, anni 2003-2013



Fonte: SIAN_5

La percentuale aziende controllate/aziende con infrazioni nel 2013 nel comparto trasformazione è pari al 26% (media regionale 26%), nel comparto ristorazione è pari al 26% (media regionale 26%).

Acque potabili

L'attività di controllo sulle acque potabili ha comportato l'effettuazione di 1736 campioni di cui 33 irregolari per problemi di natura microbiologica che hanno comportato richiesta di provvedimenti amministrativi ai Sindaci e di interventi tecnici da parte dei gestori.

Vigilanza e controllo sulla produzione, lavorazione, commercializzazione dei prodotti di origine animale

L'attività di controllo si attua sulla produzione, lavorazione e commercializzazione degli alimenti presso tutti gli impianti di macellazione, lavorazione e trasformazione nonché sui relativi depositi e sulle strutture di distribuzione.

L'attività di controllo si attua anche attraverso il rilascio di certificazioni per l'esportazione di prodotti verso Paesi Terzi e verso prodotti di importazione. Complessivamente sono stati emessi 26.488 certificati per export, ispezionate e campionate 66 partite di alimenti in importazione.

Sono state emesse n. 127 sanzioni amministrative e n. 9 informative alla Procura.

Tutti gli animali avviati alla macellazione sono sottoposti a controllo veterinario, sul territorio aziendale sono attuate 31 diverse tipologie di macellazione suddivise in 22 strutture. Nel corso dell'anno 2013 sono stati macellati 5.187.406 capi, 11.747 dei quali sono stati sequestrati nell'ispezione ante o post mortem.

Complessivamente sono state effettuate 34.244 attività di controllo, nel 4,1% dei casi sono state rilevate delle non conformità. Le tipologie di attività con il maggior numero di non conformità sono state: macellerie, stabilimenti di prodotti a base di carne, sezionamenti di carni fresche, riconfezionamenti e mercati fissi e ambulanti. Le non conformità sono state rilevate principalmente in merito ai requisiti strutturali e alle attrezzature.

Attività di controllo presso impianti di sezionamento carni fresche, lavorazione di carni, latte, prodotti ittici, altri prodotti di origine animale, deposito e commercializzazione prodotti di origine animale (riconosciuti e registrati) – anno 2013

Tab. 2.3.11 – Aziende riconosciute e Aziende Registrate

Attività controllate	N° impianti presenti	N° impianti controllati	N° impianti con non conformità	% non conformità
Aziende riconosciute	454	452	294	65
Aziende registrate	700	420	205	49
TOTALE	1.154	872	499	57

Fonte: ATT2_SISVETMO

Tab. 2.3.12 – Andamento dei controlli

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aziende complessive	1202	1225	1194	1313	1112	1154
Aziende controllate	1202	1225	981	905	952	872
% controlli	100	100	82	70	85	75

Fonte: ATT2_SISVETMO

Vigilanza e controllo sulle malattie infettive e diffuse degli animali in allevamento

L'attività è volta all'eradicazione o alla sorveglianza e al controllo di diverse malattie infettive diffuse del bestiame che hanno causato, negli anni passati, ingenti danni alla zootecnia o che sono trasmissibili dagli animali all'uomo.

Il controllo di tali malattie infettive è inoltre indispensabile per il mantenimento delle transazioni commerciali degli animali vivi e dei prodotti derivati (carni, salumi, latticini, ecc.) con gli altri stati comunitari e con i paesi terzi.

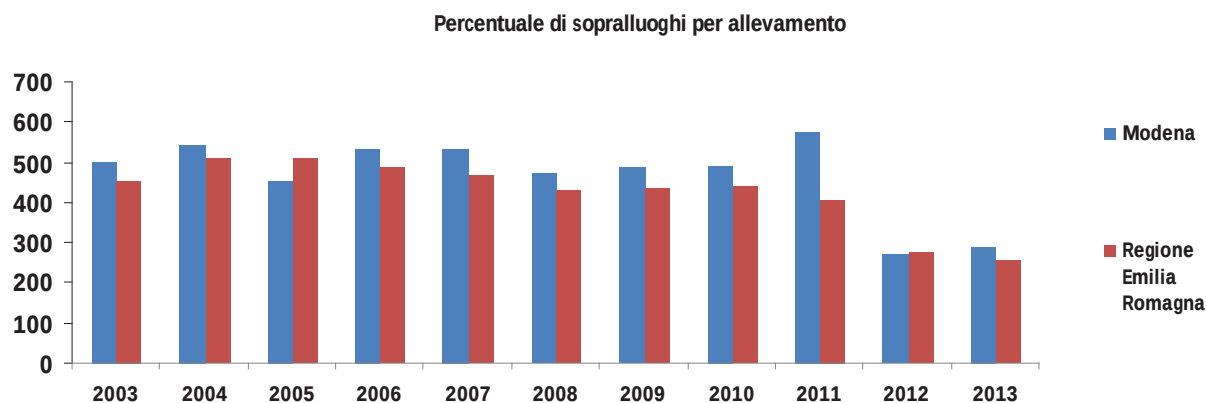
Attività di controllo generali sugli allevamenti

Nel territorio provinciale sono presenti complessivamente 5.026 allevamenti (sono esclusi gli allevamenti di animali destinati all'autoconsumo familiare, gli avicoli da voliera e i piccioni), comprendenti diverse specie animali; ne sono stati controllati 2.513, pari al 50%. L'attività di controllo è stata attuata nel rispetto delle frequenze previste dai piani di eradicazione e sorveglianza delle malattie infettive e diffuse per le singole specie animali. L'attività di controllo complessiva sugli allevamenti ha comportato n. 88.663 atti, di cui: n. 51.607 campionamenti, n. 31.627 prestazioni, n. 5.418 controlli su malattie e n. 11 audit.

Nel territorio provinciale la salute delle popolazioni animali di interesse zootecnico è nel complesso buona. Il territorio è ufficialmente indenne da tubercolosi bovina, brucellosi bovina, leucosi bovina enzootica, brucellosi ovicaprina e risulta accreditato per quanto riguarda la malattia vescicolare dei suini.

Le denunce di malattie infettive del bestiame hanno riguardato n. 11 focolai di cui: n. 2 di Influenza Aviaria a bassa patogenicità in allevamenti rurali, n. 1 West Nile Disease, n. 4 di Mixomatosi, n. 2 di Scrapie, n. 3 di Peste Americana nelle api.

Fig. 2.3.19– Percentuale di sopralluoghi per allevamento – andamento 2003 – 2013



Fonte: ATT1_SIVETMO

Vigilanza e controllo sui rischi legati alla presenza di animali in ambienti di vita

L'attività, volta ad assicurare un corretto rapporto tra l'uomo, l'animale e l'ambiente, si svolge attraverso il controllo dei canili pubblici e privati, il controllo delle colonie feline e la sterilizzazione dei gatti in esse presenti, il controllo degli animali sinantropi (piccioni, topi, ecc.), il controllo sulla commercializzazione e movimentazione degli animali esotici, comprese le specie protette, il controllo sulle attività di terapia assistita con animali (pet therapy), l'attuazione nelle scuole di programmi di educazione sanitaria rivolti principalmente alla convivenza uomo-animale.

I Servizi Veterinari territoriali forniscono inoltre alle Amministrazioni locali il supporto tecnico nella gestione delle situazioni di maggior rischio sanitario della fauna sinantropica e selvatica, allo scopo di individuare e prevenire gli inconvenienti sanitari nei confronti della popolazione.

Sono stati effettuati nelle 91 strutture esistenti n. 1.862 interventi riscontrando n.11 non conformità. Complessivamente sono stati sterilizzati 365 cani e 1531 gatti. Sono stati gestiti 749 esposti che hanno comportato n. 421 esami comportamentali per cani pericolosi. I circhi controllati sono stati n. 6.

Igiene degli allevamenti, delle produzioni zootecniche e benessere animale

L'attività è finalizzata ad assicurare la salubrità degli alimenti ottenuti dagli animali mediante controlli eseguiti nelle diverse fasi della produzione primaria e in fasi successive. Il controllo riguarda:

le produzioni zootecniche

il controllo sull'alimentazione animale, sull'uso di medicinali veterinari e sulla somministrazione di sostanze vietate

la produzione e trasformazione di sottoprodotti di origine animale

il benessere animale

l'igiene degli allevamenti e delle strutture di produzioni zootecniche

L'attività di controllo complessiva ha comportato n. 30.826 atti di cui: n. 29.519 verifiche, n. 27 audit, n. 7 supervisioni e n. 1.273 certificati.

Le principali irregolarità riscontrate nell'anno 2013 riguardano le caratteristiche igienico-sanitarie delle produzioni zootecniche, il mancato rispetto delle condizioni di benessere in allevamento e durante il trasporto, il rilievo di carenze nella tenuta dei registri e delle registrazioni obbligatorie in ambito di farmacovigilanza.

Controllate 1.945 ricette, pari al 10% delle ricette di medicinali e di mangimi medicati emesse; non sono state rilevate non conformità. Sono stati eseguiti 6.511 controlli presso allevamenti, grossisti di farmaci, farmacie e parafarmacie, ambulatori veterinari: rilevate 10 strutture con non conformità e sono state elevate n. 3 sanzioni.

Per il benessere animale, in collaborazione con la Polizia Stradale, sono stati eseguiti 415 interventi ed elevate 17 sanzioni. In allevamento sono stati eseguiti 3.853 controlli e rilevati n. 58 strutture con irregolarità e sono state elevate due sanzioni. (Tabella 2.3.13)

Tab. 2.3.13 – Attività di controllo sulle strutture zootecniche – anno 2013

Ambito di attività	Strutture presenti	Non conformità rilevate
Mangimifici, depositi, rivendite mangimi e controlli in allevamento	167	82
Sottoprodotti di origine animale: produzione, trasformazione, deposito	50	0
Riproduzione e sperimentazione animale	5	0
TOTALE	222	82

2.3.3.1 – L'assistenza territoriale

Con assistenza sanitaria territoriale si intende l'insieme delle prestazioni mediche, infermieristiche, palliative, riabilitative e sociali a favore degli assistiti del territorio della nostra provincia che vengono erogate al di fuori delle strutture ospedaliere. L'assistenza territoriale viene fornita attraverso il sistema delle Cure Primarie (cap.8), la Salute mentale e dipendenze patologiche (cap.9), l'assistenza farmaceutica (cap.2.3.3.1), l'assistenza specialistica ambulatoriale (cap.2.3.3.5) e alcune delle attività del Dipartimento di Sanità Pubblica (vaccini, screening vedi paragrafi 3.3.2.1).

2.3.3.1--L'assistenza farmaceutica

Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

Nel 2013 la spesa netta per l'assistenza farmaceutica convenzionata nella Regione Emilia-Romagna è stata di € 560.567.262, con un decremento del -5,04% sull'anno precedente. Il contenimento della spesa si è realizzato principalmente a seguito di nuove scadenze di brevetto e conseguente riduzione del prezzo dei farmaci.

La spesa territoriale (convenzionata + erogazione diretta fascia A, senza ossigeno) è stata di € 787.725.012 con un decremento del -3,48%.

La spesa ospedaliera (ossigeno escluso) nel 2013 è stata di € 436.302.398, comprensiva di farmaci ex H-OSP2 erogati direttamente, con un incremento del 5,5% sull'anno 2012.

Il Servizio Politica del Farmaco regionale ha riconfermato "una matrice delle responsabilità per la gestione delle risorse farmaceutiche" attraverso la quale sono stati assegnati ai dipartimenti e alle unità operative obiettivi specifici di appropriatezza, di uso razionale di farmaci potenzialmente innovativi, di sicurezza ed economicità nell'uso dei farmaci.

Alla fine di dicembre 2012 le due Aziende Sanitarie modenesi hanno deliberato la costituzione del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico al quale sono stati assegnati gli obiettivi relativi al governo della risorsa farmaco sia in ambito territoriale che ospedaliero, all'adozione del modello di logistica centralizzata dei beni sanitari, al governo dell'impiego dei dispositivi medici, alla realizzazione di una rete oncologica provinciale di farmacisti per l'allestimento centralizzato delle terapie oncologiche ed il loro monitoraggio.

Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

Governance ed appropriatezza d'uso dei farmaci

Per favorire appropriatezza e sicurezza nell'uso dei farmaci le aziende sanitarie modenesi utilizzano come strumento vincolante per tutte le unità operative il Prontuario Terapeutico di Area Vasta, redatto in linea con il PTR regionale, strumento fondamentale di governo clinico.

La scelta dei farmaci introdotti è basata su evidenze scientifiche, sicurezza di uso e sostenibilità economica per garantire qualità di cura sia in regime di ricovero che nei percorsi di continuità assistenziale.

Costo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera

La spesa ospedaliera (vedi tabella sotto riportata) della provincia di Modena di Modena è aumentata del 4,8% contro un incremento regionale del 5,5%. La spesa per farmaci H ex Osp2, altamente specialistici e di costo generalmente elevato, è aumentata del 11,2% vs un +7,5% della regione. La spesa per i consumi "interni", relativa a tutti i servizi ospedalieri e territoriali, ha fatto registrare un aumento del 1,5% vs un 4,3% della regione.

Tab. 2.3.14 – Spesa ospedaliera

Aziende	Spesa ospedaliera - ossigeno escluso			Diretta ex OSP2		Consumi interni (compresi H OSP)	
	anno 2013	var. 13/12		anno 2013	var. 13/12	anno 2013	var. 13/12
AUSL Modena	49.400.540	6,4%	di cui:	26.499.920	11,2%	22.900.621	1,3%
AOSP Modena	24.294.165	1,7%		5.084		24.289.080	1,7%
Area Modena	73.694.705	4,8%		26.505.004	11,3%	47.189.701	1,5%
EMILIA-ROMAGNA	436.302.398	5,5%		166.419.421	7,5%	269.882.977	4,3%

Fonte dati flusso RER

Appropriatezza d'uso di farmaci specialistici da parte dei centri autorizzati e monitoraggio.

Il monitoraggio dei dati di consumo è stato lo strumento di lavoro per l'attivazione di gruppi di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva.

Le classi terapeutiche oggetto di valutazione in quanto comprendenti farmaci innovativi, ancora sottoposti a monitoraggio per il loro profilo di sicurezza sono state:

Chemioantibiotici sistemici

Antineoplastici

Biologici in reumatologia ed in dermatologia

Chemioantibiotici sistemici: le commissioni aziendali hanno iniziato un percorso di condivisione dei protocolli sul buon uso degli antibiotici per il contenimento della diffusione delle resistenze batteriche; sono stati revisionati i protocolli di profilassi chirurgica in ambito otorino, urologico e dermatologico.

Antineoplastici e farmaci biologici: nel corso del 2013 è stato costante l'impegno del Dipartimento Farmaceutico interaziendale per l'implementazione ed il monitoraggio alle Linee guida terapeutiche e alle Raccomandazioni regionali nelle aree specialistiche: onco-ematologia, reumatologia (artrite reumatoide e artrite psoriasica), oculistica (trattamento della DMLE), dermatologia (psoriasi a placche e artrite psoriasica), epatologia (antivirali nell'epatite B, nuovi farmaci per l'epatite C), neurologia (sclerosi multipla), pediatria/endocrinologia (ormone della crescita), nuovi farmaci della coagulazione.

In particolare sono stati effettuati incontri con i singoli centri prescrittori, in collaborazione tra le Direzioni delle due Aziende sanitarie e il Dipartimento Farmaceutico, per predisporre e condividere gli indicatori da monitorare almeno trimestralmente.

Particolare attenzione è stata posta all'inserimento ed all'aggiornamento delle schede online dei farmaci che prevedono l'accesso a "registri AIFA" sia come vincolo all'erogazione dei farmaci stessi, sia per il recupero dei rimborsi dovuti dalle Aziende farmaceutiche a fronte dell'eventuale inefficacia terapeutica dei medicinali.

Uso razionale e sicuro dei farmaci

In tutta la provincia è operativa la procedura regionale per la gestione clinica del farmaco e la Raccomandazione riguardante la ricognizione come premessa alla prescrizione.

Nell'ambito della sicurezza si colloca il Progetto prescrizione informatizzata e di dose unitaria attivo nelle unità operative del COM e di Malattie Infettive, esteso, in via sperimentale, alla Distribuzione Diretta relativamente a 3 molecole ad alto costo con l'obiettivo di verificare gli outcomes di sicurezza e di contenere le risorse.

Attività di Farmacovigilanza attiva e passiva

L'attività di sensibilizzazione è stata effettuata in particolare attraverso l'adesione delle Aziende sanitarie modenesi a 4 progetti regionali e, grazie alla collaborazione dei clinici coinvolti, ha portato ad un notevole incremento del numero delle segnalazioni.

I progetti di farmacovigilanza attiva che hanno coinvolto le Aziende sono:

Farmaci in area pediatrica: raccomandazioni per un uso più sicuro e sensibilizzazione alle segnalazioni ADR

uso appropriato e sicuro dei medicinali nei pazienti anziani ospiti nelle residenze sanitarie assistite e nelle case protette, di cui l'Az. USL di Modena è anche responsabile regionale di progetto, interazioni clinicamente rilevanti nel paziente anziano pluritrattato, a livello territoriale; monitoraggio epidemiologico di reazioni ed eventi avversi da farmaci in pronto soccorso.

Si riportano in tabella i dati di attività:

Tab. 2.3.15 – Attività di Farmacovigilanza, anni 2012-2013

descrizione attività	2013	2012
Segnalazione ADR	604	326
Ritiri ministeriali	157	167
Segnalazioni a MS difettosità	5	2

Rete delle farmacie oncologiche

La costituzione di una rete oncologica provinciale di farmacisti rappresenta un modello organizzativo utile a potenziare e mettere in comune competenze, risorse e per prevedere suddivisione/specializzazione di attività.

Nel corso dell'anno i farmacisti hanno partecipato all'attività del gruppo regionale dei Referenti delle Centrali antiblastiche e all'attività della Commissione Oncologica provinciale.

E' stato definito il progetto di costruzione della Centrale per l'allestimento delle Terapie antiblastiche presso l'Ospedale di Carpi ed è stato adottato il programma informatizzato per l'allestimento delle terapie oncologiche idoneo a realizzare il monitoraggio dell'uso dei protocolli di trattamento e ad attivare il sistema di controllo e validazione delle preparazioni da parte del farmacista.

Nell'Azienda ospedaliera è continuata l'attività di allestimento centralizzato di tutte le terapie oncologiche con conseguente sicurezza e qualità del prodotto allestito e razionalizzazione delle risorse destinate alle terapie antitumorali e riduzione degli scarti di lavorazione grazie al drug day.

Centralizzazione Magazzini Farmaceutici ed economici

Il progetto di logistica centralizzata sul magazzino di Area Vasta prevedeva l'ingresso scaglionato delle Aziende.

Le previsioni sono state rispettate:

completata la centralizzazione logistica per tutte le unità operative ed i servizi dell'azienda territoriale entro il mese di ottobre 2013,

completate per l'azienda ospedaliera tutte le attività propedeutiche previste per consentire la centralizzazione logistica da gennaio 2014.

Assistenza farmaceutica territoriale (convenzionata + erogazione diretta fascia A)

La spesa farmaceutica territoriale è costituita dalla spesa farmaceutica convenzionata e dalla spesa per l'erogazione diretta dei farmaci di fascia A.

La spesa farmaceutica convenzionata nell'Azienda USL di Modena è diminuita del 5,02% rispetto all'anno 2012 e la spesa netta pro capite pesata si è attestata a 126,65 € con uno scarto del +1,01% rispetto al dato regionale.

Tab. 2.3.16 – Spesa farmaceutica convenzionata 2013 vs 2012 nell'Azienda Usl di Modena e nella Regione Emilia-Romagna

	n. ricette	var % 13/12	importo netto	var % 13/12	spesa netta p.c. pesata	spesa lorda per ricetta	n. ricette pro capite
AUSL di Modena	6.578.796	2,61%	85.922.139,36	-5,02%	126,65	15,54	9,31
Regione Emilia Romagna	42.532.620	1,29%	560.567.261,67	-5,04%	125,38	15,74	9,51

La spesa farmaceutica territoriale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena ha chiuso l'anno 2013 con un decremento del 4,28% rispetto al 2012, a fronte di un dato regionale del -3,48%. Anche la spesa territoriale pro capite pesata ha fatto registrare un calo superiore a quello medio regionale e la differenza si è ridotta da 5,05€ a 3.43€.

Tab. 2.3.17 – Spesa per l'erogazione diretta dei farmaci di fascia A e Spesa Territoriale complessiva nel 2013 vs 2012

	Spesa erogazione diretta fascia A	var % 13/12	Spesa Farmaceutica Territoriale	var % 13/12	SFT p.c. pesata	var % 13/12
AUSL di Modena	35.912.554	-2,51%	121.834.693	-	-	-
Azienda ospedaliera di Modena	19.828	-	19.828	-	-	-
Area Modena	35.932.382	-2,46%	121.854.521	-4,28%	179,61	-4,49%
Regione Emilia Romagna	227.157.750	0,60%	787.725.012	-3,48%	176,18	-3,73%

Al raggiungimento di questi risultati hanno contribuito:

1. l'attività di distribuzione diretta, comprensiva della distribuzione per conto, che ha riguardato:
farmaci forniti alla dimissione dopo ricovero ospedaliero o dopo visita specialistica;
farmaci soggetti a piano terapeutico redatti da centri specialistici;

farmaci utilizzati per particolari patologie croniche e gravi;
farmaci a cittadini in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
farmaci ad assistiti affetti da patologie rare;

- interventi sull'appropriatezza prescrittiva che si sono esplicitati nella realizzazione di incontri tra professionisti Ospedale-Territorio, compreso il privato accreditato, in cui sono state riportate e discusse le analisi effettuate sulla prescrizione di determinate categorie di farmaci (apparato urologico, cardiovascolare e antibiotici). Con la collaborazione degli specialisti ospedalieri e dei medici di medicina generale i professionisti sono inoltre stati prodotti documenti condivisi sull'uso dei farmaci equivalenti, dei farmaci del sistema renina angiotensina e degli antidepressivi SSRI;
- l'attività di formazione rivolta ai farmacisti sui nuovi farmaci; l'attività di informazione ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, realizzata in periodici incontri con i Nuclei di Cure Primarie per l'analisi dei dati di consumo e spesa rilevabili da appositi report. Nel 2013 sono stati affrontati diversi temi tra i quali: l'uso dei farmaci equivalenti, i farmaci inibitori di pompa protonica, i farmaci del sistema renina angiotensina, i farmaci ipolipemizzanti, i farmaci per il trattamento del dolore, i farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna e gli antidepressivi SSRI;
- l'attività di informazione, anche attraverso il sito intranet e internet aziendale, sulle disposizioni normative connesse alla prescrizione farmaceutica e al corretto utilizzo dei farmaci (liste di trasparenza, note informative-dear doctor letter, etc).

Farmaci d'interesse per obiettivi di farmaceutica territoriale

La Regione Emilia-Romagna ha posto tra gli obiettivi strategici per il governo della spesa farmaceutica territoriale la promozione all'uso dei farmaci con brevetto scaduto che costituiscono un importante strumento alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale.

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

Alla fine del 2013 nella provincia di Modena si registra una percentuale di prescrizione (n° DDD) di farmaci a brevetto scaduto (lista di trasparenza) leggermente inferiore al valore medio regionale.

Tab. 2.3.18 – Percentuale di prescrizione (n° DDD) di farmaci a brevetto scaduto

	Parm a	Rimi ni	Ferrar a	Ravenn a	Reggi o Emilia	Forlì	RER	Moden a	Bologn a	Imol a	Piacenz a	Cesen a
Lista di trasparenza	77.8 %	77.7 %	77.2%	76.3%	76.2 %	75.9 %	75.9 %	75.4%	75.4%	74.8 %	73.8%	72.6%
Generico puro	17.3 %	35.7 %	29.6%	30.8%	31.3 %	30.1 %	31.2 %	35.1%	30.5%	36.6 %	27.6%	29.2%

Consumi 2013 nella farmaceutica convenzionata di importanti categorie di farmaci

Nel 2013 si è registrato un consumo espresso in DDD/1.000 abitanti pesati die inferiore al livello regionale, ma in aumento rispetto al dato registrato nel 2012.

Tab. 2.3.19 – Inibitori di pompa protonica consumo espresso in DDD/1.000 abitanti pesati die

convenzionata	anno 2012	anno 2013	incremento % vs anno 2012
Modena	58,02	58,59	1
RER	58,98	58,79	-0,3

Nell'anno 2013 si conferma per Modena un utilizzo di statine a brevetto scaduto maggiore della media regionale.

Tab. 2.3.20 – Statine - consumo espresso in DDD/1.000 abitanti pesati die

convenzionata	% anno 2012	% anno 2013
Modena	82,8	85,77
RER	78,5	80,97

La percentuale di utilizzo degli ACE-inibitori sul totale delle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina rispetto al corrispondente periodo del 2012 a Modena rimane inferiore alla % media regionale.

Tab. 2.3.21 – Ace inibitori % di consumo sul totale dei farmaci del sistema renina-angiotensina

convenzionata	% anno 2012	% anno 2013
Modena	59,2	59,75
RER	61,8	62,66

A Modena il consumo in DDD per 1.000 ab.pesati/die nella farmaceutica convenzionata era a fine 2012 inferiore a quello medio regionale, nel corso del 2013 è diventato superiore alla media regionale, favorito anche dalla importante diminuzione di spesa dei sartani, dovuta alla perdita del brevetto di molecole ampiamente prescritte.

Tab. 2.3.22– Sartani - consumo espresso in DDD/1.000 abitanti pesati die

convenzionata	anno 2012	Anno 2013
Modena	82,3	83,49
RER	83,5	82,97

Il consumo di SSRI nell'Azienda USL di Modena in DDD per 1.000 ab.pesati/die nella farmaceutica convenzionata è superiore a quello medio regionale, ed aumenta mentre cala leggermente a livello medio regionale.

Tab. 2.3.23 – Antidepressivi SSRI - consumo espresso in DDD/1.000 abitanti pesati die

convenzionata	anno 2012	anno 2013	incremento % vs anno 2012
Modena	35,32	35,36	0,1
RER	32,48	32,24	-0,7

Governo dei dispositivi medici

In linea con gli indirizzi regionali, le Aziende sanitarie modenesi hanno praticato un sistema di controllo e governo dei D.M. riconducendo tutte le richieste di nuova introduzione alla valutazione delle CADM, previa istruttoria dei costi e benefici della nuova tecnologia richiesta

Nel 2013 si sono tenute 11 sedute CADM per azienda: sono state valutate 254 istruttorie di cui 153 di competenza farmaceutica.

Il Dipartimento farmaceutico interaziendale ha partecipato attivamente ai lavori del Gruppo Regionale dei D.M. ed ha continuato ad applicare la modalità regionale di costruzione dell'anagrafica per tutti i prodotti di nuova introduzione con completezza dei dati relativi a Repertorio e CND al fine di una corretta trasmissione del flusso DIME.

I documenti predisposti dalla CRDM sono stati recepiti dalle CADM aziendali sia tramite presentazione nel corso delle sedute mensili, sia tramite distribuzione ai settori di competenza.

Nell'ambito della Dispositivo Vigilanza è continuata la sensibilizzazione agli operatori e l'impegno costante in questo settore è evidenziato dal numero di segnalazioni di incidente/mancato incidente e reclami dell'anno nonché dalla gestione quotidiana degli avvisi di sicurezza ed alert pubblicati sul sito Ministeriale.

Tab. 2.3.24 – numero di segnalazioni di incidente/mancato incidente e reclami , avvisi di sicurezza ed alert pubblicati sul sito Ministeriale, anni 2012-2013.

Descrizione	2013	2012
Segnalazione incidenti/reclami D.M.	63	49
Ritiri e alert D.M.	447	460

Sulla base delle disposizioni nazionali e regionali in materia, sono state adottate specifiche procedure operative, condivise a livello provinciale, per garantire la registrazione informatizzata dei dati relativi ai campioni gratuiti in prova. Tale registrazione è relativa ai Dispositivi Medici in prova non oggetto di sperimentazione clinica.

Le Farmacie Ospedaliere della provincia hanno registrato nell'anno 2013 481 campioni nell'Azienda ospedaliera e 240 campioni nell'azienda territoriale.

2.3.3.2--Le Cure Primarie

Dalla presente edizione alle cure primarie è dedicato un capitolo a sé stante capitolo 8 Le Cure primarie.

2.3.3.3--L'assistenza Specialistica Ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta sempre di più una modalità di evoluzione dei sistemi sanitari, espressione della ormai consolidata tendenza di offrire prestazioni via via più complesse in forme di assistenza diverse dal ricovero ospedaliero. Questa tendenza sta progressivamente determinando lo spostamento di risorse dalle strutture di ricovero verso le attività ambulatoriali.

A fronte di questo fenomeno l'analisi dell'utilizzo delle risorse di specialistica ambulatoriale è generalmente condotta valutando gli indici di consumo della popolazione in relazione alle diverse tipologie di prestazioni e l'analisi dei tempi attesa di raggruppamenti di prestazioni, quali visite ambulatoriali, prestazioni di diagnostica, terapeutiche e riabilitative e di laboratorio.

Tab.2.3.25 -Indici di consumo e percentuale di fuga extra-aziendale. Anni 2007-2013.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Visite ambulatoriali							
Indice di consumo	1335	1333	1296	1302	1348	1264	1246
% di fuga fuori Azienda	6.0	6.3	6.6	6.4	6.7	7.3	7.4
Diagnostica							
Indice di consumo	1440	1448	1496	1501	1477	1452	1459
% di fuga fuori Azienda	8.6	8.1	7.8	7.9	8.1	8.5	8.1
Prestazioni terapeutiche							
Indice di consumo	449	448	511	426	409	424	432
% di fuga fuori Azienda	6.8	6.8	6.2	7.3	8.4	8.7	8.7
Riabilitazione							
Indice di consumo	271	295	308	326	315	332	342
% di fuga fuori Azienda	4.3	4.0	4.0	4.0	3.9	4.1	3.4
Laboratorio							
Indice di consumo	10958	12181	12125	12377	12010	11647	11177
% di fuga fuori Azienda	3.6	3.7	3.3	3.2	3.3	4.3	3.7

Indici di consumo standardizzati per età per 1.000 abitanti e % fuga extra-aziendale (escluso PS e OBI) dei cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL di Modena.

Fonte Reportistica predefinita ASA (Regione Emilia-Romagna), ultimo aggiornamento dati: 6 agosto 2014.

Nella tabella sono riportati i principali valori, riferiti agli ultimi sette anni, degli indici di consumo e delle percentuali di fuga extra-aziendale dei cittadini residenti nel territorio dell'Azienda USL di Modena. Nell'analisi occorre tenere presente che i dati riferiti al 2012 potrebbero risentire degli effetti del sima e della conseguente riorganizzazione dell'attività.

Le prestazioni valutate come visita ambulatoriale si compongono di due tipologie, le "Prime Visite" ed i "Controlli". Si nota, per i residenti della provincia di Modena, un leggero incremento degli indici di consumo e un lieve aumento della fuga fuori azienda, legato molto probabilmente a tempi critici di alcune prestazioni.

Le prestazioni di diagnostica si compongono di prestazioni che utilizzano radiazioni, prestazioni senza radiazioni, biopsie e altre prestazioni diagnostiche non definite. Dall'analisi della tabella, si nota che il consumo complessivo dal 2010 è in lieve calo; analogamente si rileva anche una riduzione della percentuale di fuga, dovuta alla definizione di accordi contrattuali e protocolli specifici su alcune prestazioni.

Appartengono al gruppo delle prestazioni terapeutiche: la radioterapia, la dialisi, l'odontoiatria, le trasfusioni, la chirurgia ambulatoriale e l'insieme delle altre prestazioni terapeutiche non definite. Dalla tabella si evidenzia un

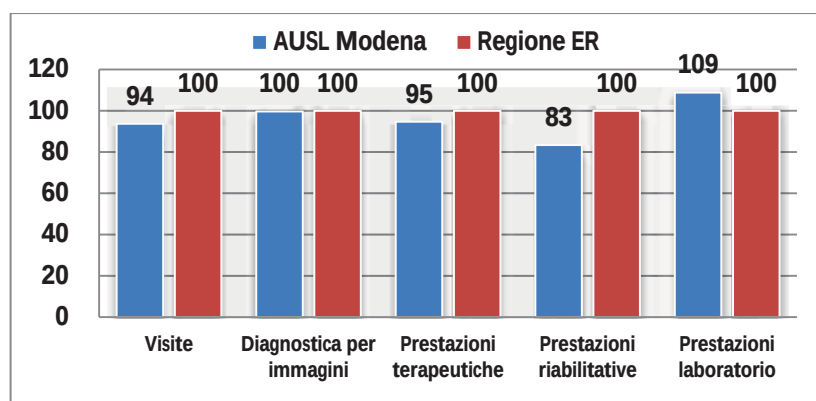
andamento in lieve aumento nel 2009 e un ritorno a valori più bassi negli anni successivi. La percentuale di fuga extra-aziendale è in lieve incremento.

Fra le prestazioni riabilitative rientrano prestazioni di diagnostica in ambito riabilitativo, recupero e riabilitazione funzionale, terapia fisica e altra riabilitazione. Dalla tabella si evince che nel periodo 2007-2013 è aumentato il consumo di prestazioni riabilitative, mentre la percentuale di fuga fuori azienda è pressoché stabile.

Le prestazioni di laboratorio sono estremamente variegata e comprendono le seguenti tipologie: prelievi, chimica clinica, ematologia/coagulazione, immunoematologia e trasfusionale, microbiologia/virologia, anatomia ed istologia patologica e da ultimo genetica/citogenetica. Per quanto attiene al consumo di queste prestazioni di laboratorio da parte dei residenti della Provincia di Modena, il dato si è stabilizzato nel 2009-2011 per poi tendere a calare negli anni successivi.

Il confronto regionale e la variabilità territoriale

Fig. 2.3.20 – Confronto indici consumo standardizzati per età popolazione residente per 1.000 abitanti (esclusi pronto soccorso ed OBI) - Numeri indice: REGIONE EMILIA-ROMAGNA = 100. Anno 2013



Fonte Elaborazioni su dati Reportistica predefinita ASA (Regione Emilia-Romagna).

Il fenomeno della variabilità territoriale è presente in tutti i sistemi sanitari e può essere legato a fenomeni di sovrautilizzo o sottoutilizzo delle diverse risorse e dei diversi servizi dislocati sul territorio.

L'AUSL di Modena analizza costantemente tali fenomeni nell'ottica di un miglioramento continuo dell'appropriatezza delle prestazioni.

Dalla figura è possibile osservare come per i raggruppamenti di prestazioni indagati il consumo di risorse da parte dei cittadini modenesi sia pressoché in linea rispetto ai cittadini della Regione, tranne che per il laboratorio di analisi (con un consumo più elevato) e per le prestazioni riabilitative (con un consumo decisamente più basso).

Nella tabella successiva vengono presentati i dati per singolo distretto sanitario di residenza.

Tab.2.3.26 -Confronto indici consumo standardizzati per età popolazione residente per 1.000 abit. Per azienda e distretto di residenza (esclusi pronto soccorso ed OBI) - Numeri indice: REGIONE EMILIA-ROMAGNA = 100. Anno 2013

Azienda e distretto di residenza	visite ambulatoriali	diagnostica	prestazioni terapeutiche	prestazioni di laboratorio	prestazioni riabilitative
CARPI	85	103	81	103	62
MIRANDOLA	89	108	83	118	61
MODENA	99	97	100	107	96
SASSUOLO	96	101	105	109	82
PAVULLO NEL FRIGNANO	86	95	72	116	73
VIGNOLA	95	94	101	107	91
CASTELFRANCO EMILIA	93	99	106	109	110
Azienda USL	94	100	95	109	83
Regione ER	100	100	100	100	100

Fonte Elaborazioni su dati Reportistica predefinita ASA (Regione Emilia-Romagna).

Tempi di attesa

Le performance, intese come il rispetto dei tempi in relazione alle prestazioni erogate, sono buone rispetto alle prestazioni di laboratorio e terapeutiche, meno positive quelle riabilitative, di diagnostica e per le visite ambulatoriali, che rappresentano le maggiori criticità di risposta delle Aziende Sanitarie modenesi rispetto all'andamento regionale.

Tab.2.3.27 - Tempi di attesa per tipologia di prestazioni: percentuale di prestazioni erogate per giorni di attesa (in classi). Confronto AUSL di Modena e AOU Policlinico di Modena – Regione Emilia-Romagna. Anno 2013.

	Entro 30 gg	Entro 45 gg	Entro 60 gg	Entro 75 gg	Entro 90 gg	Oltre 90 gg
DIAGNOSTICA						
AUSL e AOU Policlinico Modena	48.2	57.1	64.3	72.6	80.5	19.5
Regione ER	52.2	62.7	70.9	76.9	81.5	18.5
LABORATORIO						
AUSL e AOU Policlinico Modena	93.2	96.6	97.8	98.6	99.1	0.9
Regione ER	88.2	93.0	94.9	96.1	97.0	3.0
RIABILITAZIONE						
AUSL e AOU Policlinico Modena	56.7	65.4	72.1	78.3	84.4	15.6
Regione ER	74.6	82.1	86.1	88.9	91.3	8.7
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE						
AUSL e AOU Policlinico Modena	68.9	83.1	87.0	90.0	92.4	7.6
Regione ER	56.3	70.4	78.9	84.6	88.4	11.6
VISITE						
AUSL e AOU Policlinico Modena	43.1	53.6	61.9	70.7	78.4	21.6
Regione ER	46.6	58.2	66.4	72.4	77.0	23.0

Obiettivo di miglioramento: ridurre i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di visite ambulatoriali. Obiettivo di mantenimento: mantenere i tempi di attesa per le prestazioni terapeutiche e di laboratorio.

Fonte Elaborazioni su dati Reportistica dinamica ASA (Regione Emilia-Romagna).

2.3.3.4- La Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche

Dalla presente edizione alla Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è dedicato un capitolo a sé stante capitolo 9 La salute mentale e le dipendenze patologiche.

2.3.4- L'Assistenza ospedaliera

L'Azienda USL di Modena è un'azienda sanitaria territoriale con una duplice funzione: la gestione diretta di strutture ospedaliere e la garanzia dell'assistenza per i cittadini della provincia anche mediante altri ospedali autonomi, pubblici (l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena) e privati (Ospedali Privati Accreditati).

Il sisma del maggio 2012 ha fortemente influenzato e i bisogni della popolazione e modificato in modo rilevante l'offerta sanitaria modenese. In particolare la struttura di Finale Emilia è stata definitivamente trasformata in Casa della salute.

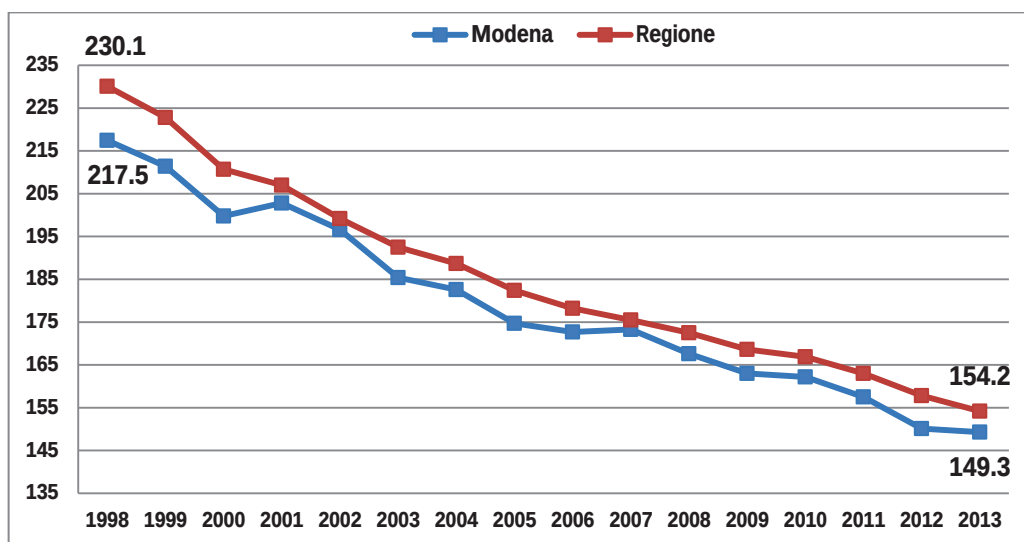
Oggi gli ospedali gestiti direttamente dall'Azienda USL di Modena, come Presidio unico provinciale, sono sei, ovvero Mirandola, Carpi, Baggiovara, Castelfranco Emilia, Vignola, Pavullo nel Frignano.

L'Ospedale di Sassuolo è gestito dalla società pubblico-privata a missione pubblica "Nuovo Ospedale di Sassuolo S.p.A."

Quanto veniamo ricoverati?

Nel 2013 il numero dei ricoveri di modenesi si è ridotto ulteriormente rispetto al 2012, passando da 107.035 a 106.666, un dato che in proporzione è più basso rispetto al resto della regione di circa 5 ricoveri ogni 1.000 abitanti. Questa differenza rispetto alla Regione è ormai consolidata dall'anno 2001 in poi. Questa costante diminuzione dei ricoveri è legata ad un aumento dell'appropriatezza nel ricorso ai vari regimi assistenziali, con riduzione dell'ospedalizzazione e aumento delle cure ambulatoriali e domiciliari o dell'assistenza nelle residenze sanitarie e nelle strutture protette.

Fig. 2.3.21 – Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 1000 abitanti

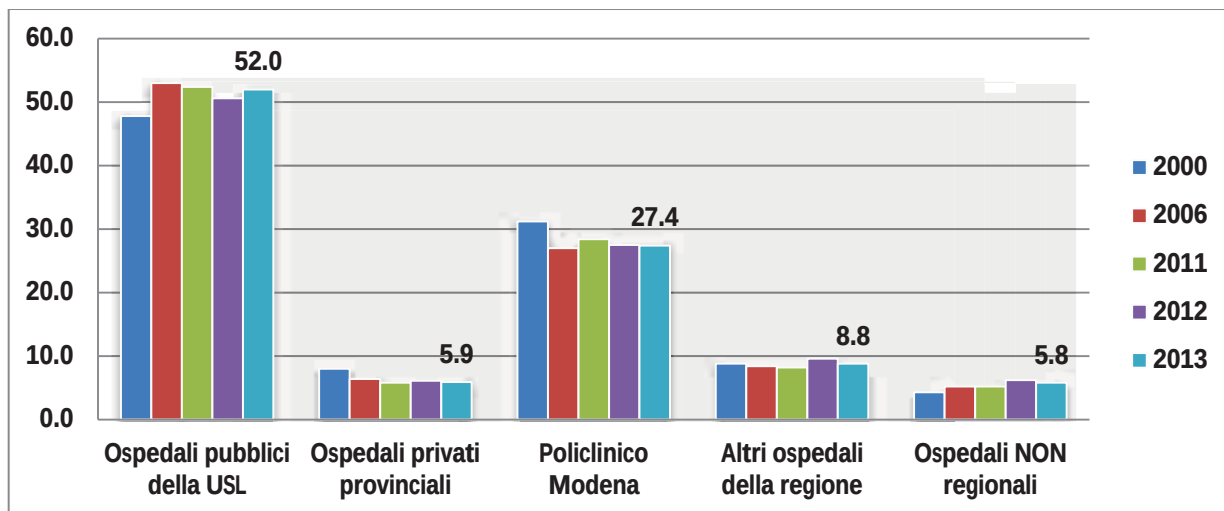


Fonte: Reportistica Regione Emilia-Romagna, agg. al 30/7/2014

Dove vengono ricoverati i modenesi?

Nel 2013 in 85 casi su 100 il ricovero dei modenesi si è svolto in provincia, mentre nel 2011 87 ricoveri su 100 erano avvenuti in provincia. Il dato rappresenta un recupero, ancorchè non completo, rispetto al 2012, quando il dato era sceso a 84 su 100, in gran parte a causa del sisma. Nonostante ciò Modena rimane terza in Regione dopo l'area metropolitana bolognese e la provincia di Parma, anche se con un valore molto prossimo alla media regionale (83 casi su 100).

Fig. 2.3.22 – Indice di dipendenza dei modenesi dalle strutture ospedaliere (ordinari e DH)



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale

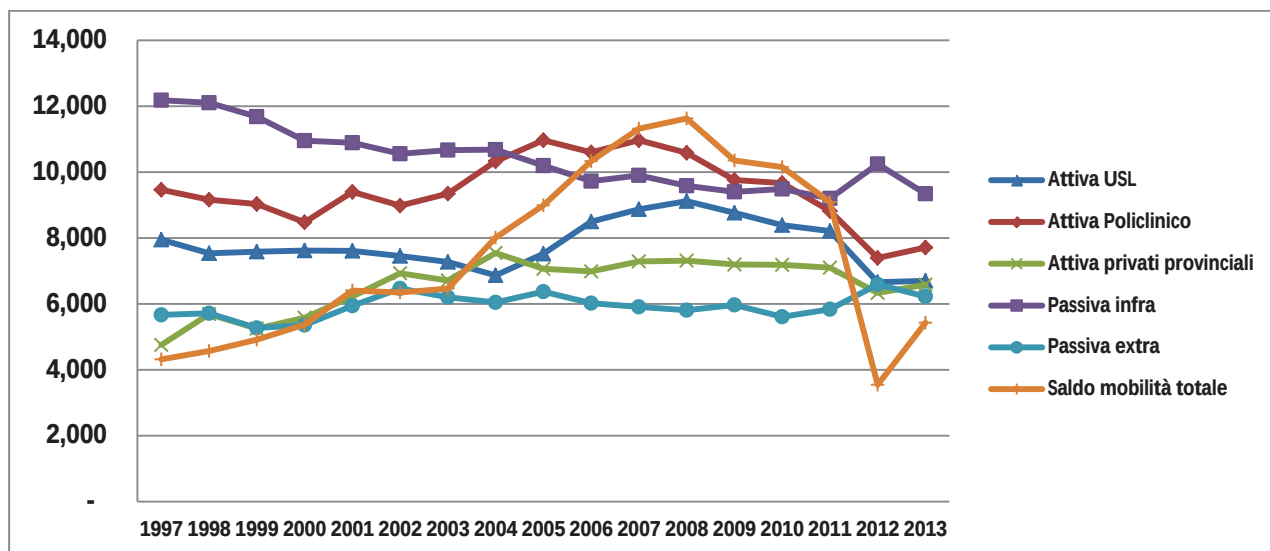
Nota: Sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

Nota: Sono comprese le schede di mobilità passiva extraregionale 2012 in contestazione.

Quanto si spostano i pazienti?

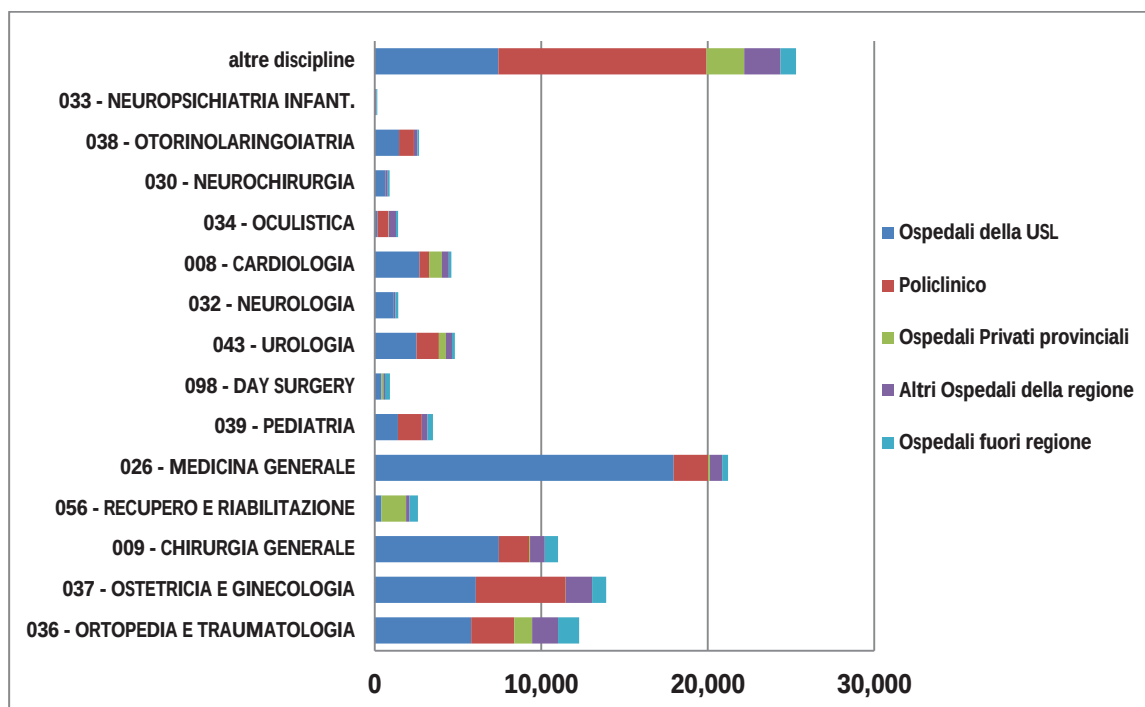
Dal 1997 ad oggi il saldo provinciale della mobilità è positivo, a testimonianza del buon livello non solo di autosufficienza della provincia, ma anche di capacità attrattiva. Dopo il 2008, quando il saldo raggiunse il valore massimo +11.692, si è avuto un calo non trascurabile, che parrebbe da attribuire essenzialmente a una riduzione di attrattiva degli ospedali pubblici della provincia (Policlinico, Presidio Ospedaliero, Sassuolo). Dopo l'ulteriore e repentino calo registrato nel 2012, da attribuire al sisma, il 2013 vede una risalita di quasi 2.000 ricoveri, dovuta sia ad aumento dell'attrazione delle nostre strutture (soprattutto il Policlinico), sia a un calo del numero di residenti che si ricoverano fuori dal territorio provinciale.

Fig. 2.3.23 – Saldo di mobilità, numero ricoveri



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale

Fig. 2.3.24 – Discipline di ammissione dei ricoveri per residenti (struttura della ospedalizzazione) (numero ricoveri) - Discipline di ammissione con la più alta mobilità passiva extraprovinciale (numeri di ricoveri)



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale

Rispetto al 2011 e al 2012, nel 2013 si restringe la gamma di discipline che maggiormente rappresentano la mobilità passiva (emigrazione) extraprovinciale: rimangono Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia e Chirurgia generale (che assommano da sole il 58% della mobilità totale), mentre scompaiono Medicina generale e Recupero e riabilitazione.

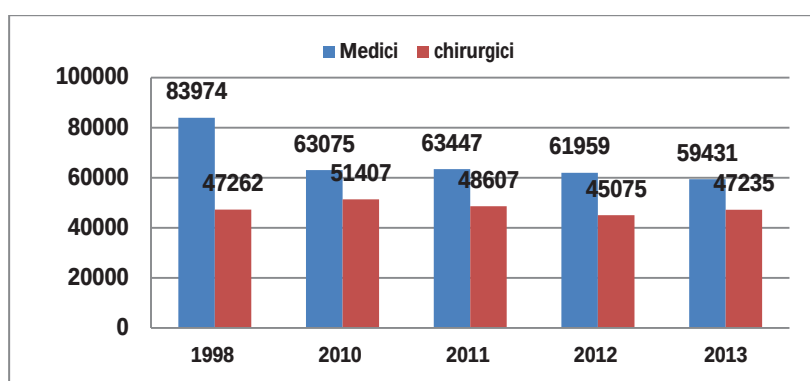
Un'analisi dell'ultimo quadriennio rivela dei trend costanti di fuga in aumento per Ortopedia verso altre regioni (da 881 ricoveri nel 2010 a 1275 nel 2013) e per Urologia verso Reggio Emilia (da 99 casi nel 2010 a 158 nel 2013).

Aumenti rilevanti di fuga nel 2013 vs. 2012 (superiori al 20%) si registrano soltanto per Pediatria verso l'Azienda Ospedaliera di Bologna (da 66 a 161 casi, +144%).

Si è notevolmente ridotta invece la fuga per Medicina Generale e Ostetricia/Ginecologia verso Reggio, Bologna e Ferrara, fuga che nel 2012 era dovuta essenzialmente al sisma. Ridotti anche i ricoveri di Chirurgia Generale e Oculistica verso Bologna.

Quanto veniamo operati?

Fig. 2.3.25 – Tasso di ospedalizzazione per ricoveri medici e chirurgici



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna, al 4/8/2014

Residenti in provincia di Modena

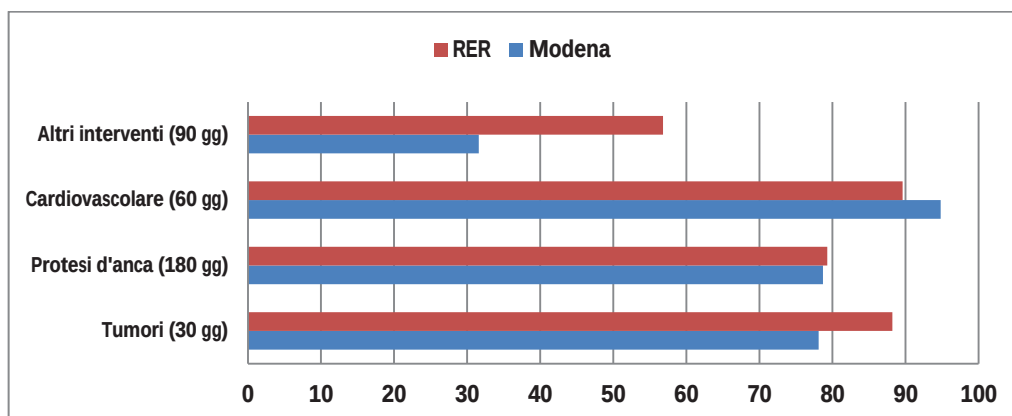
Prosegue il calo dei ricoveri medici, la cui quota negli anni è diminuita in modo consistente. I ricoveri chirurgici, invece, dopo l'anno del sisma, sono risaliti di 2.160 casi. Non si è raggiunta la quota del 2011, d'altronde proprio dal 2011 vi è una chiara tendenza al calo dei ricoveri chirurgici, legata in gran parte al passaggio in regime ambulatoriale, per decisione regionale, di alcuni piccoli interventi chirurgici.

Per gli interventi programmabili, i tempi di attesa nel 2013 sono riportati nel grafico.

Rispetto al 2012 i tempi di attesa degli interventi per tumori, malattie cardiovascolari e protesi d'anca non si sono modificati in modo significativo. Vi è stato invece un peggioramento notevole per gli "altri interventi", in particolare per: tonsillectomia in regime ordinario, emorroidectomia in Day Hospital e, riparazione di ernia inguinale in Day Hospital.

Rispetto al dato regionale, il dato della nostra provincia rimane peggiore per i tumori e gli altri interventi, migliore per cardiovascolare e in media per la protesi d'anca.

Fig. 2.3.26 – Pazienti operati entro il tempo indicato (%)



Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna, al 4/8/2014

L'emergenza e urgenza

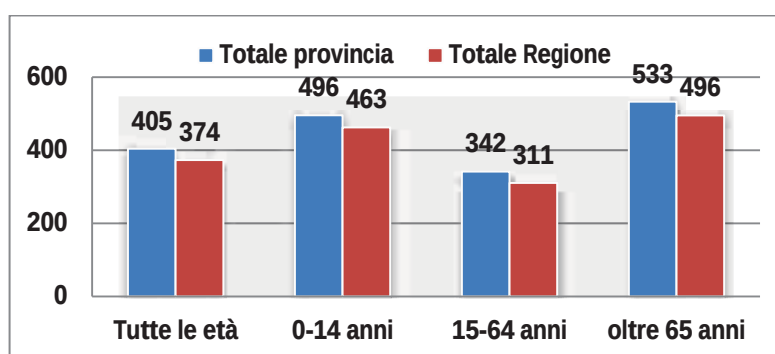
In tutte le strutture di Pronto Soccorso provinciali il numero degli accessi si è ridotto di circa 3.800 (-1,2%), passando da 309.082 nel 2012 a 305.304 nel 2013. Il dato regionale si è mantenuto sostanzialmente stabile (-0,1%).

Su 100 pazienti che si rivolgono ai Pronti Soccorso 13,7 vengono poi ricoverati. Questo dato è lievemente ridotto rispetto al 2012 (14,1 su 100). Il dato provinciale è migliore di quello regionale, stabile negli ultimi due anni a 15,2 su 100.

Come già registrato nel 2011 e nel 2012, i cittadini della nostra provincia ricorrono al Pronto Soccorso più del resto della regione, dai bambini fino ai più anziani, come si può vedere dal grafico qui riportato.

Nota Bene: i dati sono diversi rispetto a quelli del bilancio di Missione 2012, per un cambio dei metodi di calcolo da parte della Regione.

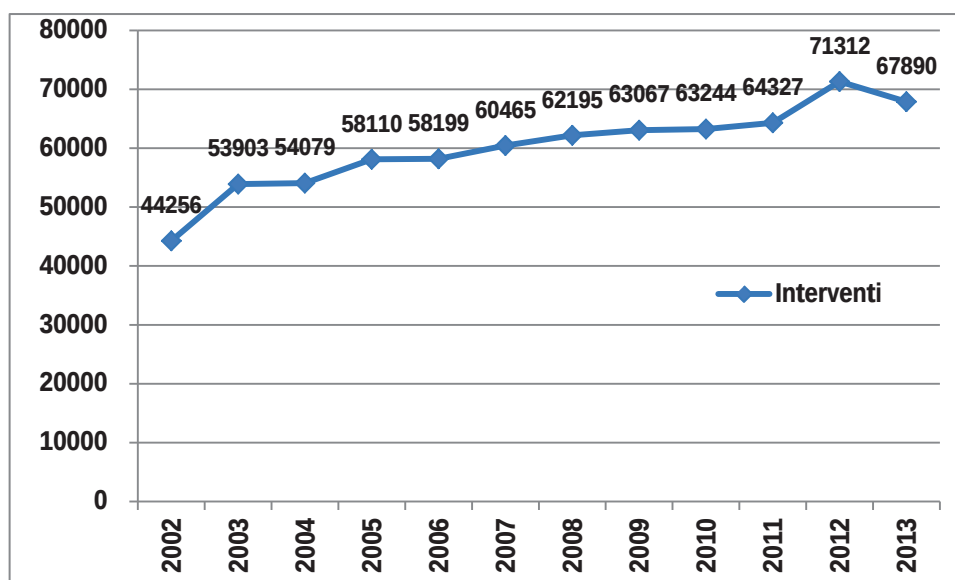
Fig. 2.3.27 – Accessi Pronto Soccorso per 1000 abitanti



Fonte: Banca dati Regione Emilia-Romagna, anno 2013. Reportistica predefinita regionale, al 4/8/2014

La Centrale Operativa 118 Modena Soccorso è il Servizio che gestisce tutte le chiamate di soccorso sanitario dal territorio, attribuendo un codice di gravità presunto sulla base dell'intervista telefonica, inviando i mezzi più idonei e allertando le strutture ospedaliere ritenute necessarie, soprattutto in caso di pazienti critici.

Fig. 2.3.28 – Interventi effettuati dalla Centrale Operativa 118 Modena Soccorso (valori assoluti)



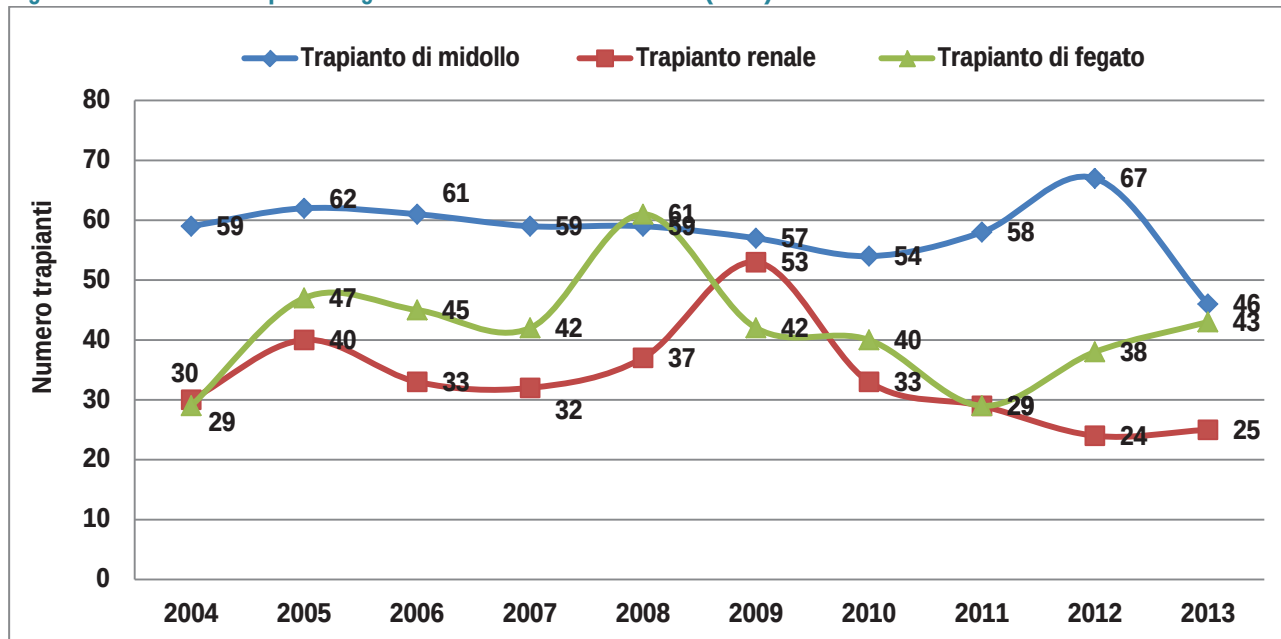
Fonte: servizio Emergenza territoriale Ausl Modena 2002-2013

Gli interventi effettuati dalla Centrale Operativa 118 nel 2013 mostrano una flessione del -5% circa rispetto al 2012, anno in cui il dato era fortemente influenzato dal sisma che ha interessato l'Area Nord della Provincia, con un aumento delle richieste e della mobilità inter-ospedaliera in emergenza-urgenza. Rispetto al 2011 l'incremento è del 6%.

Attività trapiantologica

Il grafico sotto riportato relativo all'attività trapiantologica evidenzia l'andamento negli anni dal 2004 al 2013 nella Provincia di Modena

Fig. 2.3.29 – Attività trapiantologica nella Provincia di Modena (AOU)*



*A questi dati si aggiungono nel 2013 2 trapianti di midollo al Nocsae nel 2012 1 trapianto di midollo al Nocsae, 1 al Ramazzini Carpi.

Fonte: Banca dati SDO Regione Emilia-Romagna, anno 2013

Per quanto attiene all'attività di Trapianto di organo solido, i Centri Trapianto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria mantengono il proprio ruolo nella rete regionale e nazionale Trapianti, infatti:

-sono stati effettuati 43 Trapianti di Fegato, in netto incremento (+ 13%) rispetto alle performance complessive dell'anno 2012. Dei 43 trapianti effettuati, mentre si mantiene sostanzialmente stabile il dato sui pazienti modenesi (11 verso i 12 dell'anno precedente), appare pressoché duplicata l'attività in favore dei pazienti di provenienza regionale (17 verso i 9 dell'anno precedente), a fronte di un minimo calo di trapianti in favore dei pazienti extraRER (15 verso i 17 dell'anno 2012).

Ulteriore elemento da sottolineare, è che dei 43 trapianti di fegato 2 sono stati Trapianti combinati Fegato-Rene.

- l'attività Trapiantologica di Rene si mantiene sostanzialmente stabile con una performance complessiva di 25 Trapianti, oltre ai già sopra citati Trapianti combinati di Fegato-Rene (2); i Trapianti in favore dei pazienti modenesi sono stati 9 contro i 6 del 2012, a fronte di un calo dei trapianti per pazienti di provenienza extraRegionale (12 contro i 16 dell'anno precedente). Un incremento relativo si registra per i pazienti di provenienza Regionale (4 contro i 2 dell'anno 2012). Dei 25 Trapianti complessivamente effettuati, 2 sono stati Trapianti da donatore vivente. Un elemento significativo è rappresentato dal fatto che l'anno 2013 vede il Centro Trapianti di Modena avvicinarsi al traguardo dei 500 Trapianti di Rene dall'apertura del Centro stesso (1998)

In merito all'attività di Trapianto di Midollo nell'anno 2013 sono stati effettuati 47 Trapianti a fronte dei 67 dell'anno precedente, registrandosi così un calo di circa il 30%, a carico sostanzialmente dei trapianti autologhi. Tale calo rientra nelle oscillazioni periodiche delle performance ed è da ascrivere all'incidenza della patologia ma soprattutto alla molteplicità e crescente differenziazione delle terapie disponibili presso la UO di Ematologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, fra le quali in ambito trapiantologico il trapianto da donatore non consanguineo e da donatore aploidentico.

Piano Sanguine

Il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) è una struttura complessa che ottempera per la provincia di Modena ai compiti specifici previsti dalla legge sangue 219/ 05, nei termini di raccolta delle donazioni e di distribuzione dei prodotti trasfusionali a tutte le strutture di ricovero della provincia e nei termini più specifici delle prestazioni di medicina trasfusionale a supporto delle attività oncoematologiche e delle prestazioni immunoematologiche prenatali finalizzate alla prevenzione della malattia emolitica del neonato.

Banca del sangue

Le attività della banca del sangue rispondono alla programmazione regionale pianificata dal Piano Sangue e Plasma regionale 2012- 2015 ed i dati di attività della banca sangue nell'anno 2013, rapportati al 2012, sono i seguenti :

Tab.2.3.28 - Monitoraggio attività Banca Sangue

Monitoraggio attività Banca Sangue	2012	2013	Variazioni
Raccolta sangue intero	35579	35374	-0.6%
Consumo globuli rossi (Trasfuso + eliminato)	31112	32748	5.2%
Raccolta plasma da aferesi	16218	17283	6.0%
Produzione plasma B	19080	23536	23.0%
Raccolta Multicomponent	1615	1736	7.0%
Plasmaferesi inviate al frazionamento	12940	14460	12.0%
Plasma da scomposizione inviato al frazionamento	34040	33776	-1.0%

Fonte: Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

Come si evince dalla tabella, nell'anno 2013 si è verificato un aumento del consumo delle unità di globuli rossi, un aumento della raccolta delle unità di plasma da aferesi ed un aumento della produzione di plasma B .

L'aumento del consumo delle unità di globuli rossi è in controtendenza con i dati delle altre province in regione, ed è dovuto soprattutto ad un aumento dei consumi a carico dell'ASL.

L'appropriatezza della terapia trasfusionale, intesa come percentuale di unità trasfuse sul totale delle unità richieste , oscilla dal 98% delle piastrine al 95% del plasma.

L'indice di trasfusione dei globuli rossi oscilla dal 90% dei reparti medici del Policlinico al 79 % dei reparti medici dell'AUSL.

Per quanto riguarda i reparti chirurgici, si è registrata la stessa % di utilizzo al Policlinico ed all'ASL pari al 51% . L'ospedale di Baggiovara si attesta sul 56%.

Rispetto alla % di richieste urgenti (eritrociti), questa oscilla dal 47% del Policlinico al 62% dell'ASL. Dall'analisi dei dati è emersa la necessità di svolgere un'attività di rinforzo e sostegno sul concetto di richiesta programmata o differibile.

Attività di medicina trasfusionale

Il Servizio di Medicina Trasfusionale svolge una importante attività ambulatoriale rivolta sia ai pazienti ricoverati nei reparti di degenza dell'ospedale Policlinico e degli ospedali della provincia sia ai pazienti in regime ambulatoriale (terapia trasfusionale, salassoterapia, plasmatrattamento selettivo e non selettivo, eritro-exchange, leucaferesi, piastrinoferesi e fotochemioterapia extracorporea). Inoltre collabora con l'Ematologia, l'Oncologia e la Pediatria Onco-ematologica del Policlinico per la raccolta di cellule staminali da sangue periferico per auto ed allotrapianto.

L'attività di raccolta è supportata dal personale del settore criobiologia che esegue la processazione del sangue midollare; il congelamento cellule staminali da sangue periferico (PBSC) e midollare e loro crioconservazione in azoto liquido.

Nel corso del 2013 si è avuto un aumento sia dell'attività trasfusionale (pazienti esterni +18%) che dell'attività aferetica (pazienti interni +26% , pazienti esterni +50%).

Cospicuo è l'aumento dell'attività di crioconservazione delle cellule staminali periferiche.

Tab.2.3.29 -Attività medicina trasfusionale

Medicina Trasfusionale	2012		2013	
	Interni	Esterni	Interni	Esterni
Prestazioni trasfusionali	53	1305	58	1550
Prestazioni aferetiche	283	274	357	412
Crioconservazione cellule staminali periferiche	17		44	
Salassi terapeutici		370		384
Predepositi (prelievo autologo)		1120		2053
Prelievo sangue venoso		2682		2053

Fonte: Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

La trasfusione domiciliare, con standard di sicurezza ospedalieri, rivolta ai pazienti oncoematologici a garanzia della continuità assistenziale ospedale territorio, si è consolidata nel corso del 2013.

L'attivazione del protocollo AMO (Associazione malati Oncologici), rivolto ai pazienti dei comuni area nord della provincia, ha portato ad un aumento delle unità richieste del 55% (unità richieste anno 2012: 219 , unità richieste anno 2013: 340).

L'attività trasfusionale a domicilio per i pazienti ematologici di Modena - già avviata e regolata da procedura specifica concordata con AIL (Associazione Italiana contro Leucemie – Linfomi-Mieloma) , ha avuto nel corso dell'anno 2013 un aumento del 22% (unità richieste anno 2012: 453 , unità richieste anno 2013: 554).

Il SIMT svolge attività ambulatoriale per la prevenzione della Malattia Emolitica del Neonato (MEN); l'ambulatorio gestisce più di 400 accessi all'anno.

Nella provincia di Modena si è rilevato un progressivo aumento dell'incidenza di MEN negli ultimi 5 anni soprattutto correlata alla crescente immigrazione di persone appartenenti a gruppi etnici differenti, con comparsa di MEN a specificità anticorpale in precedenza molto rare o addirittura sconosciute.

In applicazione del DGR 1704/2012 è stata attivata a fine 2013 l'attività ambulatoriale di consulenza ed eventuale somministrazione della immunoprofilassi alle gravide RhD negative, alla 28ª settimana, in ambito provinciale.

Il DGR 1704/2012 prevede inoltre l'offerta di screening per l'emoglobinopatie congenite a tutte le donne in gravidanza entro la 12ª settimana.

Il SIMT si è attivato per l'attività di diagnosi precoce delle emoglobinopatie in gravidanza e nel neonato e svolge consulenza ambulatoriale in caso di positività allo screening.

Nel corso dell'anno 2013 si è molto lavorato in preparazione della visita di accreditamento (programmata per giugno 2014). La visita comprende l'applicazione dei requisiti specifici, in recepimento della normativa europea, sia al SIMT sia alle Unità di Raccolta gestite dall'Associazione di volontariato che, per conto del SIMT , svolgono l'attività di chiamata alla donazione e raccolta sangue e plasma.

2.3.4.1. La qualità dell'assistenza

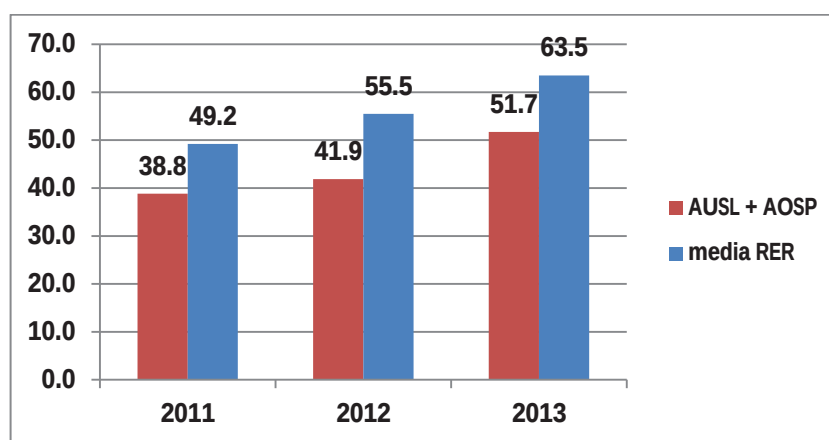
L'utilizzo di indicatori di processo e di esito è un elemento fondamentale per garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza. I flussi informativi sanitari della Regione Emilia Romagna consentono il confronto di un sempre maggior numero di indicatori tra le diverse aziende sanitarie al fine di stimolare l'analisi e l'allineamento con le performance migliori.

L'Azienda Usl di Modena e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico integrano il monitoraggio degli indicatori di qualità nei sistemi di programmazione e valutazione delle performance aziendali e nel sistema di gestione della qualità previsto dall'accreditamento istituzionale.

Di seguito sono riportati alcuni indicatori selezionati dalla regione, mostrando il dato aggregato a livello provinciale.

Interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero

Fig. 2.3.30 - Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.



* I dati fanno riferimento ai ricoveri di pazienti di età superiore ai 18 anni, con diagnosi di frattura del collo del femore ed intervento chirurgico, negli ospedali pubblici della provincia di Modena (incluso l'Ospedale di Sassuolo).

Fonte: Flusso SDO, Regione Emilia Romagna

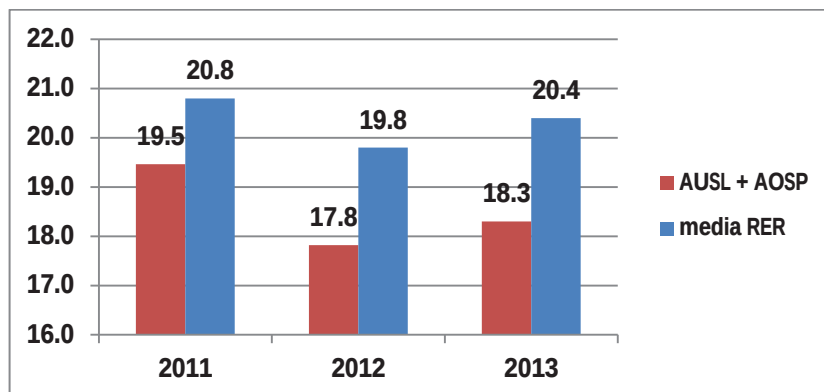
Questo indicatore valuta la proporzione di pazienti con frattura di femore che sono stati operati il giorno stesso o il giorno successivo al loro ingresso in ospedale e rappresenta quindi una misura dell'accessibilità ai trattamenti sanitari. È un indicatore rilevante poiché è dimostrato che, soprattutto nella popolazione anziana in cui peraltro, la frattura di femore è più frequente, un ritardo nell'intervento può peggiorare le possibilità di recupero e di sopravvivenza. Il tempo di attesa può essere legato oltre che alle condizioni generali del paziente (co-morbidità, terapie specifiche come quelle anticoagulanti, ecc.) anche ad aspetti organizzativi ed alla disponibilità di risorse come le sale operatorie o il personale.

Nell'ultimo anno le aziende hanno lavorato per ridurre i ritardi negli interventi sia ridefinendo i percorsi clinico-organizzativi che ripristinando le strutture non pienamente utilizzabili nell'anno precedente a causa del sisma.

Le strutture ospedaliere della provincia nel 2013 hanno quindi potuto garantire l'intervento entro 2 giorni a circa il 52% dei pazienti con un significativo miglioramento nel triennio 2011 - 2013. Il dato, che si mantiene comunque al di sotto della media regionale, continuerà ad essere oggetto di monitoraggio da parte dei dipartimenti ospedalieri coinvolti al fine di introdurre gli ulteriori miglioramenti necessari.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Fig. 2.3.31 - Proporzione di parti con taglio cesareo primario.



I dati fanno riferimento ai parti avvenuti nei punti nascita dell'azienda Usl di Modena (Carpi, Mirandola, Pavullo e Sassuolo) e dell'Azienda Ospedaliera Policlinico. Fonte: SDO

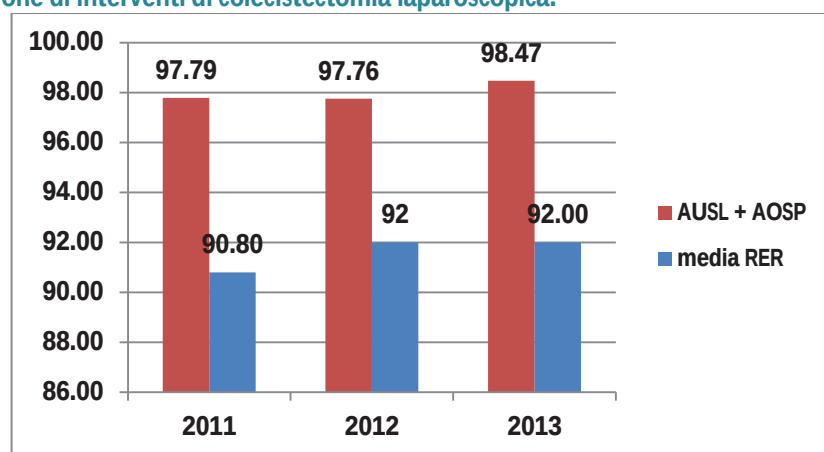
Un numero elevato di parti cesarei è considerato inappropriato. Tale pratica, se non indicata, espone la donna a rischi maggiori rispetto a quelli associati ad un parto naturale.

Questo indicatore in particolare valuta la proporzione di cesarei effettuati in donne al primo parto o che precedentemente hanno sempre partorito per via naturale. L'esecuzione di un primo cesareo, infatti, condiziona fortemente l'andamento dei parti successivi (nei centri modenensi circa l'80% delle donne che hanno già avuto un cesareo lo ripetono nel parto successivo).

I valori registrati complessivamente nei punti nascita della Provincia di Modena si sono confermati per tutto il triennio migliori della media regionale pur con alcune differenze dovute alla complessità dei casi gestiti nei diversi punti nascita.

Interventi di colecistectomia laparoscopica

Fig. 2.3.32 - Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica.



* I dati fanno riferimento ai pazienti dimessi dagli ospedali dell'azienda Usl di Modena (incluso l'Ospedale di Sassuolo) e dall'azienda ospedaliera Policlinico. Fonte: SDO

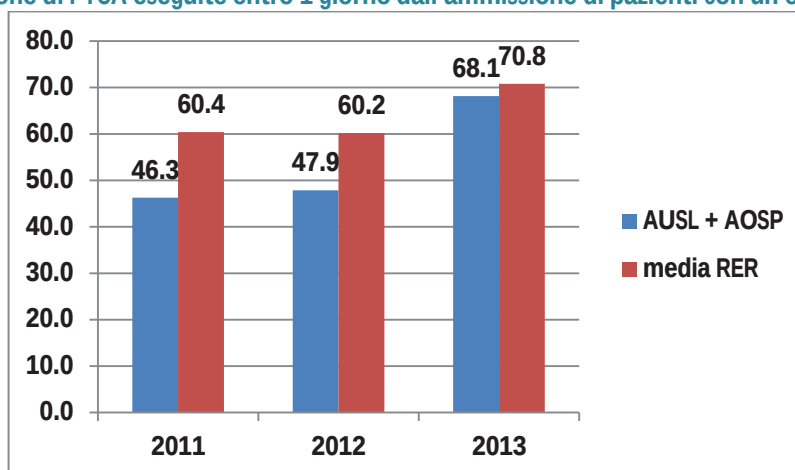
La colecistectomia per via laparoscopica è attualmente considerata l'intervento di scelta nella calcolosi della colecisti. L'approccio minimamente invasivo di tale tecnica chirurgica comporta minori rischi per il paziente, una riduzione del dolore postoperatorio ed in generale una degenza più breve (fino alla possibilità di eseguire l'intervento in regime diurno).

Questo indicatore misura in che proporzione l'approccio laparoscopico è utilizzato rispetto alle tecniche chirurgiche più invasive.

Da diversi anni le Unità Operative chirurgiche della provincia hanno sviluppato competenze avanzate in tema di chirurgia mini-invasiva che attualmente è utilizzata in tutti i casi di colecistectomia (sono esclusi solo i casi con controindicazioni specifiche) ed in diverse altre condizioni; ciò è confermato da questo dato che è stabilmente il migliore a livello regionale.

PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI

Fig. 2.3.33 - Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI.



* I dati fanno riferimento ai pazienti dimessi dagli ospedali dell'azienda Usl di Modena (incluso l'Ospedale di Sassuolo) e dall'azienda ospedaliera Policlinico.

Fonte: SDO

Nei pazienti con una specifica forma di infarto miocardico acuto definita "con ST sopra-slivellato" o STEMI, il trattamento con angioplastica coronarica (PTCA) è considerato l'opzione migliore soprattutto se è possibile effettuarlo nelle prime ore dall'infarto stesso.

Il risultato dell'indicatore si discosta in negativo dalla media regionale presa come riferimento.

Il dato può essere influenzato da numerosi fattori che condizionano la possibilità di trattamento con PTCA (età avanzata, comorbidità gravi, ritardo nel riconoscimento dei sintomi da parte del paziente, ecc.). Al fine di valutare questi aspetti nel 2012 si è concluso un audit clinico che ha visto coinvolte sia le unità operative di cardiologia che il dipartimento di emergenza urgenza.

A seguito della verifica sono stati intrapresi i correttivi necessari anche rispetto ad una migliore raccolta del dato e nel 2013 si è potuto osservare un miglioramento dell'indicatore che ad oggi è sostanzialmente in linea con la media regionale.

In riferimento alla qualità dell'assistenza nei pazienti con infarto miocardico acuto, fare riferimento anche all'indicatore 10.

Scompenso cardiaco congestizio

Lo scompenso cardiaco rappresenta oggi una delle patologie croniche di maggiore rilevanza clinica ed economica in considerazione del crescente numero di pazienti affetti, della loro elevata morbidità, necessità di frequenti riospedalizzazioni e mortalità.

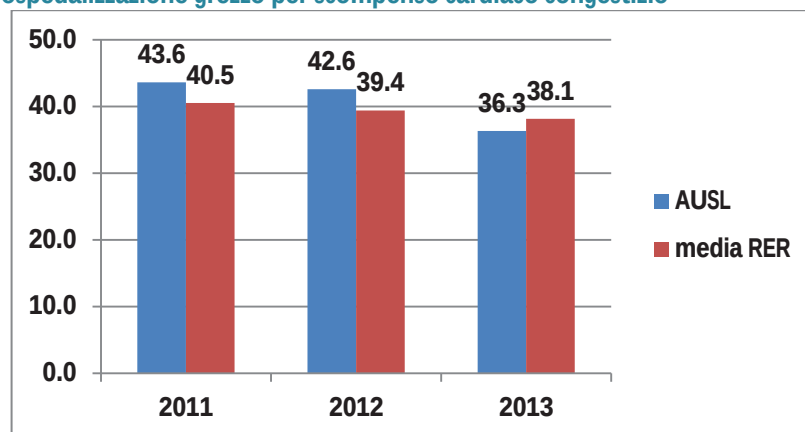
I modelli attuali di gestione dello scompenso si basano su una presa in carico integrata del paziente con un ruolo sempre più determinante dei professionisti sanitari del territorio (Medico di Medicina Generale ed infermiere). Tali modelli hanno evidenziato vantaggi relativamente a stato funzionale e della qualità della vita, adesione e capacità di autogestione della terapia da parte del paziente, individuazione precoce dei casi a rischio di instabilità, controllo della progressione della malattia, riduzione delle riospedalizzazioni.

Un eccessivo numero di ricoveri può indicare una non adeguata presa in carico integrata tra MMG e specialista, di questi pazienti.

L'azienda Usl di Modena è impegnata in una revisione della propria rete assistenziale mediante diversi progetti. In particolare nel corso del biennio 2012-2013 è stato portato a termine un tavolo di lavoro che ha definito i percorsi interni all'ospedale ed i criteri per un appropriata gestione a livello territoriale.

Il dato del 2013 mostra un significativo miglioramento, portando il tasso di ricovero della popolazione modenese a livelli inferiori rispetto alla media regionale.

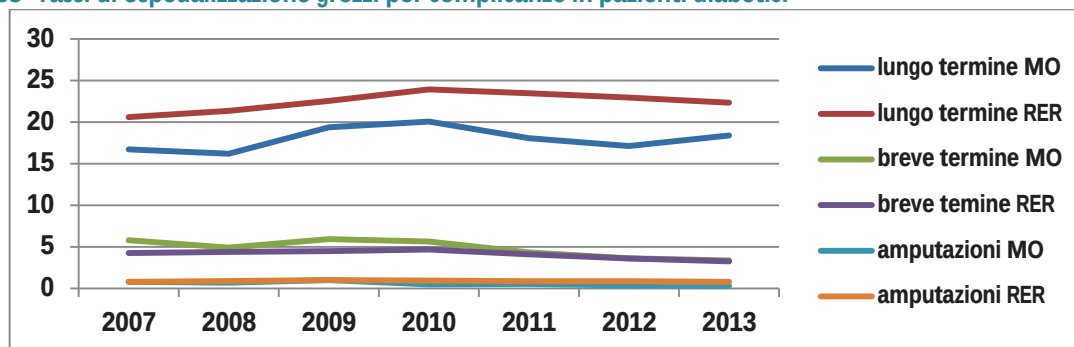
Fig. 2.3.34 - Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio



*L'indicatore fa riferimento ai ricoveri (in qualsiasi ospedale) di pazienti residenti in Provincia di Modena per scompenso cardiaco. I tassi sono calcolati per 10.000 residenti.

Complicanze in pazienti diabetici

Fig. 2.3.35 - Tassi di ospedalizzazione grezzi per complicanze in pazienti diabetici



*Gli indicatori fanno riferimento ai ricoveri (in qualsiasi ospedale) di pazienti residenti in Provincia di Modena causati da complicanze del diabete nell'anno 2012. I tassi sono calcolati per 10.000 residenti.

Complessivamente questi tre indicatori fanno riferimento all'efficacia ed all'appropriatezza del percorso clinico-assistenziale offerto ai pazienti diabetici residenti in provincia di Modena.

Le complicanze a breve termine del diabete sono legate all'equilibrio tra somministrazione di insulina e livello di glicemia. Le cause possono essere le cure non adeguate, l'errato dosaggio dell'insulina o la dieta non seguita e possono manifestarsi con quadri anche gravi. Le complicanze a lungo termine costituiscono un carico rilevante del peso della disabilità dovuto al diabete, in particolare, le amputazioni agli arti inferiori sono una delle più temibili conseguenze della malattia cui vanno incontro questi pazienti nel corso della loro vita.

In generale le complicanze sono legate al funzionamento dell'insieme della rete di cura del paziente che nella nostra provincia è costituita dai MMG e dai centri diabetologici. Le complicanze misurano anche l'efficacia della rete nel promuovere l'autocontrollo della malattia da parte dei pazienti stessi.

I dati della provincia di Modena sono migliori rispetto alla media regionale sia per quanto riguarda le complicanze a lungo termine che per il tasso di amputazione degli arti inferiori. Il dato relativo alle complicanze a breve termine che negli anni scorsi risultava critico è progressivamente migliorato, allineandosi al dato regionale.

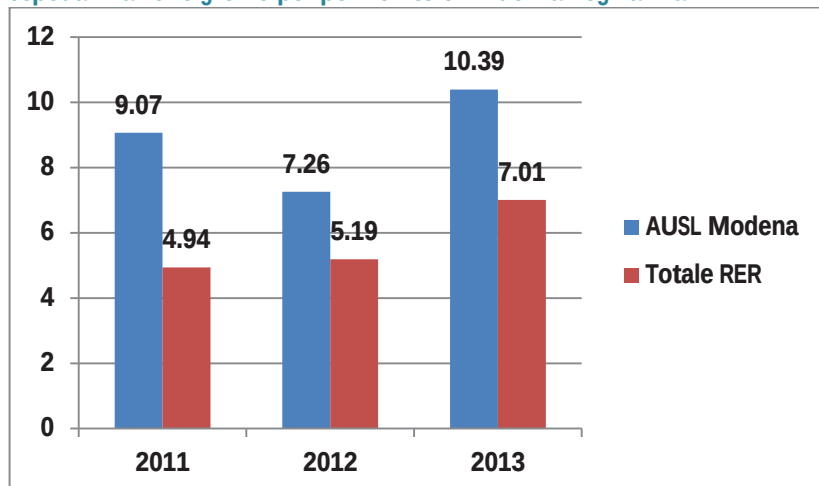
Polmonite e influenza negli anziani

Questo indicatore misura il numero di ricoveri per polmonite (pneumococcica) o per influenza nei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni, residenti in provincia di Modena.

Alti tassi di ospedalizzazione per polmoniti e influenza tra la popolazione anziana possono rivelare una bassa adesione alla vaccinazione, oltre che un inappropriato ricorso al ricovero ospedaliero per patologie che potrebbero essere trattate a livello di cure primarie.

Il dato provinciale risulta significativamente superiore a quello regionale che comunque mostra un costante aumento negli anni. Tra le cause di tale andamento può esserci un calo nella copertura vaccinale nella popolazione ultra-sessantacinquenne a livello regionale ed in particolare nella provincia di Modena. Si tratta comunque di numeri assoluti relativamente piccoli che sarà necessario approfondire con valutazioni relative sia ad aspetti clinici che socio-sanitari.

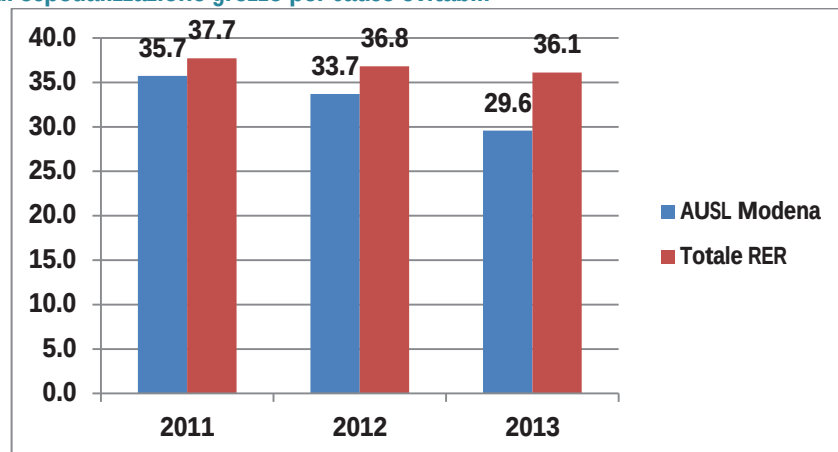
Fig. 2.3.36 - Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani



*L'indicatore riferimento ai ricoveri (in qualsiasi ospedale) per polmonite o influenza di pazienti residenti in Provincia di Modena.

Ospedalizzazione grezza per cause evitabili

Fig. 2.3.37 - Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili



L'indicatore fa riferimento ai ricoveri (in qualsiasi ospedale) di pazienti residenti in Provincia di Modena con diagnosi principale di diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, malattie polmonari croniche. I tassi sono calcolati per 10.000 residenti.

L'appropriatezza nell'utilizzo dei posti letto ospedalieri rappresenta un tema sempre più rilevante per il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria.

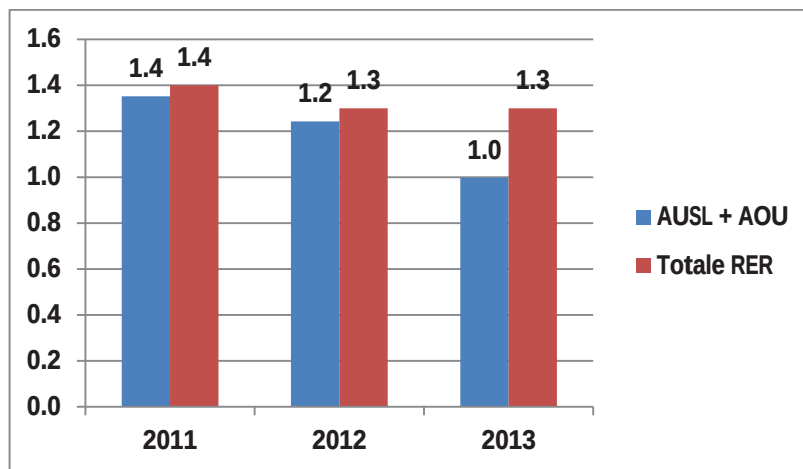
Questo indicatore monitora il numero di ricoveri per patologie che in massima parte sono trattabili a livello territoriale: diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, malattie polmonari croniche. Una corretta gestione a livello di cure primarie consente infatti di prevenire o di risolvere le riacutizzazioni di queste patologie ricorrendo solo in casi particolarmente severi al ricovero in ospedale.

Un tasso di ospedalizzazione evitabile relativamente basso è indice di un buon funzionamento della rete dei servizi sanitari in termini di continuità assistenziale.

Il dato modenese si è confermato migliore della media regionale per tutto il triennio 2011-2013 con una significativa riduzione dei ricoveri evitabili soprattutto nell'ultimo anno.

Ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione

Fig. 2.3.38 - Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione



*L'indicatore fa riferimento ai ricoveri di pazienti residenti in Regione, avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione del ricovero indice con proposta di ricovero "urgente", attribuiti alla stessa patologia principale del ricovero indice e nella stessa struttura (AUSL/AOSP). La proporzione è calcolata sul numero totale dei ricoveri di pazienti residenti in Regione nelle strutture ospedaliere della provincia di Modena.

Il fenomeno dei ricoveri ripetuti è legato a diversi aspetti della qualità dell'assistenza. Nel caso di questo indicatore si tratta di pazienti riammessi in un ospedale della provincia di Modena entro 15 giorni dalla dimissione da un altro ricovero avvenuto per lo stesso motivo.

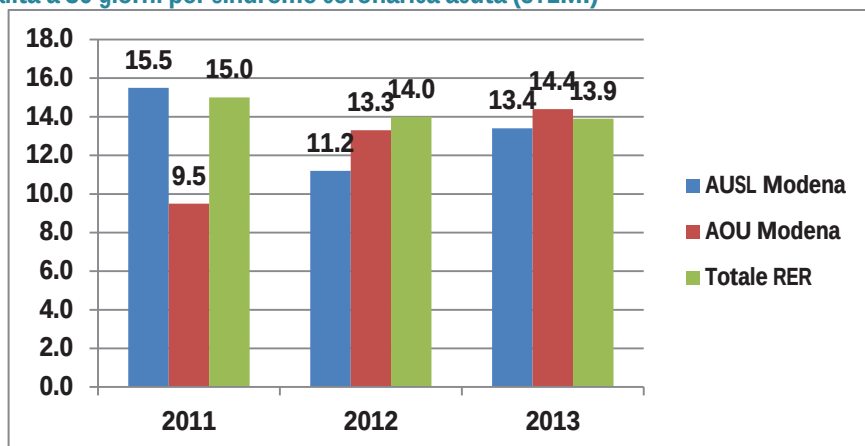
Questi casi si verificano generalmente per pazienti affetti da patologie croniche o per pazienti fragili sia per motivi medici che socio-sanitari. Il ricovero generalmente si ripete a causa di una dimissione in condizioni di non completa stabilità o per un non adeguato controllo della patologia dopo la dimissione. È quindi un indicatore che valuta la qualità della presa in carico sia ospedaliera che territoriale.

Il dato della provincia di Modena è sempre stato in linea con la media regionale ed è ulteriormente migliorato nell'ultimo anno, confermando il buon livello di integrazione della rete ospedale-territorio.

Mortalità a 30 giorni per sindrome coronarica acuta (STEMI e NSTEMI)

Gli indicatori fanno riferimento alla proporzione di decessi avvenuti nei 30 giorni successivi ad un ricovero per un episodio di ischemia cardiaca.

Fig. 2.3.39 - Mortalità a 30 giorni per sindrome coronarica acuta (STEMI)



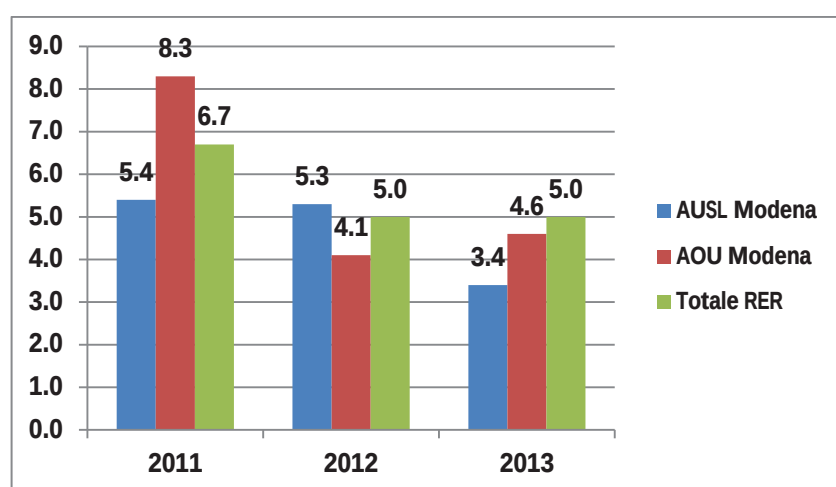
I dati sono presentati separatamente per gli episodi di infarto miocardico con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI) ed episodi senza sopraslivellamento (NSTEMI). La definizione dipende dalle manifestazioni all'elettrocardiogramma di questi quadri clinici; si tratta comunque di situazioni con un diverso profilo di rischio di mortalità a breve termine e che richiedono diverse modalità di trattamento. È quindi opportuno analizzarli separatamente.

Per quanto riguarda gli eventi STEMI la mortalità è maggiore nell'immediatezza dell'evento e può essere ridotta mediante un adeguato sistema di emergenza che si basi sulla diagnosi preospedaliera, sul trasporto veloce alla struttura sanitaria più appropriata, sulla precoce ri-perfusione (PTCA).

I risultati della rete provinciale modenese nel triennio sono complessivamente in linea con la media regionale.

L'indicatore fa riferimento agli episodi di STEMI, in cui il paziente risulta deceduto entro 30 giorni dalla data di ricovero presso uno degli ospedali pubblici della provincia. I dati del 2012 e 2013 sono standardizzati per genere, età e comorbidità. Fonte: SDO + Anagrafe Assistiti Regionale Elaborazione: Agenzia sanitaria e sociale regionale (luglio 2014)

Fig. 2.3.40 – Mortalità a 30 giorni per sindrome coronarica acuta Non Stemi



Per quanto riguarda gli eventi NSTEMI il rischio di morte nelle settimane successive è variabile in relazione ad una serie di fattori. È quindi un elemento chiave la corretta stratificazione del rischio per ciascun paziente e l'adeguamento conseguente della terapia (interventistica e/o farmacologica).

In questo caso il tasso di mortalità tra i pazienti ricoverati presso gli ospedali modenesi risulta inferiore alla media regionale.

L'indicatore fa riferimento agli episodi di NSTEMI, in cui il paziente risulta deceduto entro 30 giorni dalla data di ricovero presso uno degli ospedali pubblici della provincia. I dati del 2012 e 2013 sono standardizzati per genere, età e comorbidità. Fonte: SDO + Anagrafe Assistiti Regionale Elaborazione: Agenzia sanitaria e sociale regionale (luglio 2014)

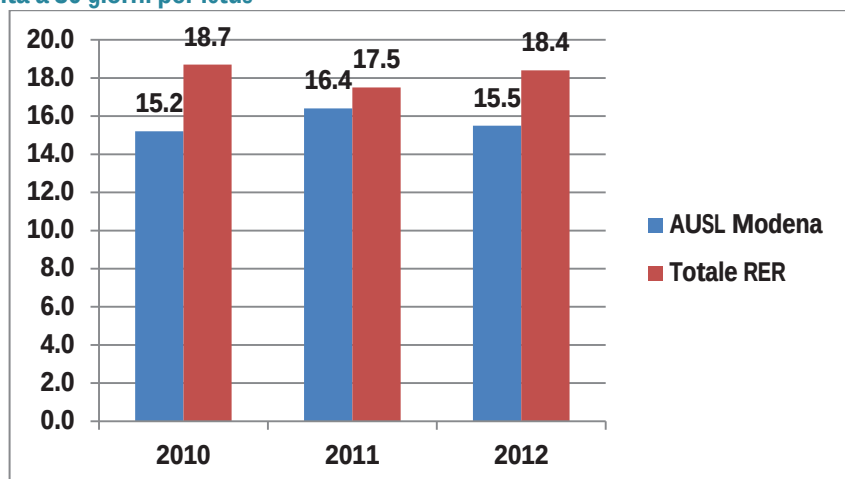
Mortalità a 30 giorni per ictus

La mortalità a breve termine dei pazienti colpiti da ictus è influenzata dall'appropriatezza di diversi interventi terapeutici. In particolare sono rilevanti il ricovero in ambiente dedicato con personale esperto nella gestione di questi pazienti (Stroke Unit o Stroke Care) e la possibilità di accedere rapidamente, per i pazienti per cui sia indicato, al trattamento trombolitico.

Buoni esiti in questi pazienti sono collegati al corretto funzionamento di una rete composta da diversi servizi: 118, pronto soccorso, degenze ospedaliere (in particolare neurologie e stroke unit) e servizi di riabilitazione.

La mortalità in provincia di Modena è da diversi anni tra le più basse della regione confermandosi nel 2012 il basso in assoluto. Non sono ad oggi disponibili i dati 2013.

Fig. 2.3.41 - Mortalità a 30 giorni per ictus



*L'indicatore fa riferimento ai pazienti, di età maggiore o uguale a 18 anni, deceduti entro 30 giorni da un ricovero in urgenza per stroke, residenti in provincia di Modena. La proporzione è calcolata sul numero di pazienti modenesi ricoverati (in qualsiasi ospedale) per stroke.

In conclusione tutti gli indicatori di qualità monitorati hanno avuto un miglioramento nel triennio. Gli sforzi tesi ad introdurre strumenti di monitoraggio e miglioramento si sono rivelati utili anche se il lavoro dovrà proseguire per allineare tutte le performance ai migliori riferimenti regionali e nazionali.

2.3.4.2. L'accreditamento

Il sistema di accreditamento rappresenta uno strumento di garanzia della qualità delle prestazioni sanitarie, che prevede un processo di valutazione sistematico e periodico dell'adesione a predeterminati requisiti correlati alla qualità dell'assistenza, svolto da un organismo esterno.

Il sistema presente in regione Emilia Romagna prevede periodiche verifiche da parte di team di professionisti esperti individuati dall'Agenzia sociale e sanitaria regionale, presso tutte le tipologie di strutture (ospedali, ambulatori, strutture di riabilitazione, ecc.). Ciascuna struttura viene di norma verificata ogni 4 anni secondo un calendario definito dall'agenzia stessa in relazione alle priorità regionali.

In accordo con la programmazione dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, nel corso del 2013 sono state effettuate le verifiche regionali ai fini dell'accreditamento istituzionale (DGR 327/2004) per le seguenti strutture:

Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza

Strutture di soccorso e trasporto infermi (AUSL)

Dipartimento di medicina interna e riabilitazione (AUSL)

Dipartimento di Chirurgia Specialistica Testa-Collo (Policlinico)

La preparazione alle visite regionali ha previsto, come di consueto, lo sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità nei dipartimenti e nelle varie strutture afferenti, al fine di rileggere e orientare i cambiamenti organizzativi in un'ottica di implementazione della qualità e di adeguamento ai requisiti qualitativi regionali.

In merito alle esperienze condotte nell'anno si vogliono sottolineare alcuni aspetti.

L'accreditamento di strutture interaziendali

L'integrazione di strutture clinico-gestionali appartenenti ad aziende diverse è un processo complesso con un rilevante impatto sulla "vita" delle organizzazioni stesse. La finalità dell'integrazione, che mira alla razionalizzazione delle risorse ma soprattutto, al miglioramento dell'equità rispetto ai trattamenti erogati indipendentemente dalla sede di accesso, al miglioramento dell'efficacia dei percorsi a valenza provinciale, alla diffusione delle migliori pratiche cliniche in tutti i punti della rete, obbliga l'organizzazione alla rilettura e talvolta alla ridefinizione dei propri processi sia organizzativi che assistenziali.

Particolarmente significativo, in merito all'Accreditamento del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza (primo dipartimento sanitario interaziendale sottoposto a procedimento di accreditamento), si è mostrato il lavoro di allineamento e di integrazione con il Servizio Qualità dell'AUSL e del Policlinico. Aspetto questo che ha contribuito

positivamente sia al buon esito della verifica che soprattutto allo sviluppo del sistema di gestione per la qualità in seno al dipartimento stesso.

La visione sistemica proposta dal modello di accreditamento ha contribuito a facilitare questa azione nel Dipartimento interaziendale di emergenza-urgenza consentendo tra l'altro

- la ri-definizione di percorsi condivisi di centralizzazione e trattamento delle patologie tempo-dipendenti (STEMI, ICTUS, TRAUMA)

- l'adozione di strumenti condivisi di valutazione delle performance delle strutture (Audit clinici e indicatori di performance)

- la condivisione di standard di competenza clinica omogenei (mappe delle competenze dipartimentali, piano di formazione interaziendale)

- la promozione di progetti innovativi orientati all'equità (progetto di modernizzazione 2013-2014)

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali nei processi di Accreditamento

Il rinnovo dell'Accreditamento del Dipartimento di Chirurgia Specialistica Testa-Collo ha rappresentato l'occasione per allargare il punto visuale della verifica regionale anche al modello organizzativo per Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

In particolare è stato sottoposto a verifica il PDTA per il trattamento delle neoplasie della regione testa-collo e sono state poste all'attenzione del team di verifica le iniziative messe in campo attraverso attività di audit clinico per la valutazione delle performance del percorso di presa in carico e trattamento dei pazienti.

In linea generale il tema dei processi di cura e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali è stato un tema rilevante su cui la Direzione Aziendale ha profuso impegno, anche partecipando attivamente al gruppo di lavoro regionale, promosso e coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale, per la definizione dei criteri e dei requisiti di accreditamento applicabili ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, che ha condotto alla stesura di una "Guida per i valutatori alla verifica dei percorsi diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA) nell'ambito delle visite di accreditamento", emessa nel mese di ottobre 2013.

L'equità come "criterio" di qualità

L'equità e il rispetto delle differenze sono principi fondanti del sistema sanitario regionale. Attraverso i requisiti generali dell'accREDITamento - in quanto strumento di lettura di una gestione sistemica - è possibile esplorare l'implementazione del principio di equità in un contesto organizzativo/operativo. Il processo di accREDITamento istituzionale può stimolare il riconoscimento e il rispetto delle differenze (di età, etnia, genere, abilità, ...) come criterio di qualità al pari di efficacia, appropriatezza e sicurezza.

Nel 2013 questo strumento è stato sperimentato con un'intervista in occasione delle visite di verifica per l'accREDITamento.

Le reti

L'accREDITamento nel corso dello stesso anno del dipartimento interaziendale di emergenza e dei soggetti del volontariato attivi nel soccorso e trasporto infermi, ha consentito di applicare un unico sistema di gestione della qualità alle strutture appartenenti all'intera rete di servizi a prescindere dall'afferenza gestionale delle stesse. L'esperienza pluriennale di lavoro condiviso tra la centrale operativa 118 e le associazioni di volontariato, con particolare riferimento ai coordinamenti provinciali ANPAS e CRI ed il supporto diretto da parte dello staff aziendale hanno consentito, pur con le criticità e le incertezze determinate dai processi di riorganizzazione in atto, di formalizzare e rendere evidente ai valutatori regionali un sistema che si è dimostrato efficace, sicuro ed efficiente. Il periodo di preparazione all'accREDITamento ha consentito inoltre di mettere a punto alcuni aspetti che hanno ulteriormente qualificato la rete: la formalizzazione di protocolli condivisi, la revisione della scheda paziente, la ridefinizione dei requisiti formativi, ecc.

Anche l'accREDITamento del dipartimento di medicina ha consentito di applicare il modello ad una delle articolazioni aziendali più complesse ed estese della realtà provinciale. Il dipartimento include infatti 14 strutture complesse e 9 strutture semplici oltre a diverse sedi di erogazione dell'attività distribuite in tutti gli stabilimenti ospedalieri della rete.

Nell'ambito del dipartimento si è quindi cercato di costruire un sistema di gestione della qualità che rispondesse sia a criteri di omogeneità disciplinare che di "percorso" trasversale a più discipline. Il disegno è quello della rete di servizi in cui il tema delle "interfacce" ossia dei passaggi del paziente da un punto all'altro del sistema, diventa lo snodo cruciale di un'adeguata presa in carico. La preparazione all'accREDITamento ha consentito quindi di mettere in luce gli aspetti di comunicazione interna al dipartimento e con il paziente, ed i percorsi organizzativi attivati (rete delle endoscopie digestive, rete ambulatori TAO, ecc).

L'intensità di cura

Un' ultima riflessione avviata e che ancora necessita di approfondimento anche insieme al livello regionale è quello dell'applicazione dei criteri di qualità previsti dall'accreditamento ai nuovi modelli organizzativi ospedalieri come quello delle aree omogenee e dell'intensità di cura.

Nel corso dell'accreditamento del dipartimento di medicina, il modello regionale ha consentito di avviare una rilettura dei processi clinici ed organizzativi nell'ottica della qualità dell'assistenza definendo standard assistenziali condivisi all'interno delle aree omogenee organizzate per intensità di cura. Il percorso non può però dirsi concluso e dovrà svilupparsi di pari passo con una più chiara definizione dei modelli organizzativi ridefinendo aspetti quali le competenze clinico-assistenziali, i criteri di accesso e passaggio tra livelli di assistenza, il ruolo delle figure specialistiche, ecc.

Capitolo 3 Obiettivi strategici aziendali

3.1 Azienda USL Modena

La riorganizzazione dei servizi sanitari a seguito del sisma

Anche il 2013 è stato caratterizzato in modo importante dalla ripresa e riattivazione delle attività e strutture territoriali e ospedaliere danneggiate dal sisma del maggio 2012.

La ripresa delle attività nei tre Distretti interessati dagli eventi sismici (Carpi, Mirandola e Castelfranco Emilia, per un totale di 18 Comuni) non è avvenuta come semplice riproposizione dell'offerta antecedente il sisma, ma seguendo i nuovi modelli di erogazione dell'assistenza già previsti dalla programmazione (chronic care model, medicina proattiva di iniziativa, ospedali per intensità di cura, hub & spoke ed integrazione Ospedale-Territorio). Questi si sono infatti tradotti nella concreta attivazione di ospedali/unità operative per intensità di cura, Case della salute, ambulatori infermieristici e per la gestione integrata e proattiva delle patologie croniche.

Per un resoconto puntuale su queste attività si veda il capitolo 10 sul sisma.

Promozione della salute, prevenzione delle malattie e del disagio

Nel corso del 2013 sono proseguite azioni e progetti di area vasta, sia per rafforzare l'uniformità su ambiti territoriali più ampi, mediante condivisione di protocolli, strumenti e iniziative di formazione, sia per razionalizzare le risorse. Sono proseguiti i seguenti piani coordinati di area vasta: il piano di controllo delle strutture sanitarie, il piano di prevenzione della legionellosi, il progetto interaziendale disabili e sport, azioni e piani mirati in tema di sicurezza sul lavoro. Si sono inoltre condivise alcuni criteri per la possibile messa in rete dei registri tumori di area vasta.

Sicurezza alimentare, nutrizionale e sanità pubblica veterinaria

Il coordinamento e l'integrazione tra SIAN e Servizio Veterinario sono sufficientemente consolidati, soprattutto in alcuni ambiti (gestione allerta, formazione, controllo in alcune tipologie di OSA, ecc.). Al fine di rafforzare ulteriormente tale coordinamento nell'ambito del programma intra dipartimentale "sicurezza alimentare", i due Servizi hanno rivisto ed attuato un piano di controllo integrato su tipologie di strutture di competenza di entrambe i servizi (70 le strutture controllate congiuntamente);

Categorizzazione del rischio nel settore alimentare e registrazione controlli ufficiali

Il Servizio Veterinario ha realizzato 60 audit in aziende alimentari ed ha pianificato il calendario per gli audit interni di Servizio (biennio 2013-2014). Sono stati pianificati ed attuati tutti i piani di campionamento prelevando complessivamente n. 3.632 campioni di cui 47 hanno dato esito positivo. Complessivamente sono state effettuate 40.183 verifiche (rilevate n. 4.537 non conformità). Il SIAN ha controllato 2.939 aziende e effettuato i campionamenti previsti (621 campioni di alimenti e 1.736 campioni di acque). Sono state controllate tutte le mense collettive rivolte ad utenza sensibile; è stato condotto il piano di controllo sulle mense collettive e sulla ristorazione pubblica e laboratori riguardo alla produzione di alimenti senza glutine. Sono stati eseguiti 11 Audit su OSA e 6 Audit interni.

Sicurezza nutrizionale

Sono stati valutati i menù scolastici secondo richieste rispettando la tempistica (max. 30 giorni); in particolare nel 2013 sono stati valutati 214 menù scolastici con scheda regionale di valutazione compilata e, da febbraio 2013, verifica semi quantitativa. Si è partecipato alla campagna 2013 SINU/WASH per la riduzione del consumo di sale nella popolazione mediante diffusione di informazioni tramite sito web aziendale e specifica newsletter.

Promozione della salute, stili di vita salutari e prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattie

La promozione della salute e di sani stili di vita sono obiettivi perseguiti da tempo che nella programmazione trovano un'importante sottolineatura, rilanciando la sfida dell'integrazione a tutti i livelli, al fine di rafforzare la rete dei soggetti coinvolti. Nel merito le azioni specifiche hanno riguardato:

Partecipazione alla campagna di promozione dell'attività fisica per motivare tutti i cittadini all'uso delle scale (in collaborazione con Enti locali)

Impulso alla divulgazione dell'accordo tra la Regione Emilia-Romagna e CONI, Comitato Italiano Paralimpico ed Enti di promozione sportiva per la promozione e la diffusione dell'attività fisica, soprattutto nei bambini e nei giovani

Realizzazione della fase pilota di "Palestra sicura"

Verifica del rispetto di standard nutrizionali nelle offerte alimentari delle scuole pubbliche primarie e secondarie di primo grado

Monitoraggio degli interventi di promozione degli ambienti liberi dal fumo, rivolti alle donne, ai giovani, nelle scuole e nei luoghi di lavoro del servizio sanitario, compresi gli interventi di disassuefazione al fumo

Prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica

Promozione del benessere nella terza età

Programmi di screening oncologici

Nel 2013 è stato avviato il Programma aziendale di "Coordinamento Screening", finalizzato a promuovere una visione d'insieme dei tre programmi di screening, migliorarne la programmazione ed il governo in un'ottica complessiva, nonché a riorganizzare e razionalizzare attività comuni e trasversali al fine di conseguire una maggiore efficienza.

In particolare si sono condivise e ulteriormente rafforzate:

- azioni di miglioramento del sistema informativo, con implementazione e integrazione dei diversi data base sanitari, in ottica sempre più trasversale tra i tre screening,
- azioni di informazione e comunicazione secondo una politica trasversale,
- integrazione con il Piano Aziendale Equità.

In riferimento ai tre programmi specifici di screening si veda il capitolo specifico.

Promozione della salute e prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

Riguardo alla formazione degli operatori, anche nel 2013 sono state realizzate numerose iniziative mirate a qualificare l'attività e a supportare la realizzazione dei piani di attività e l'integrazione professionale. Le iniziative di formazione rivolte ad operatori SPSAL e UOIA sono state complessivamente 14. Riguardo alla promozione della salute nei luoghi di lavoro sono state realizzate numerose iniziative, spesso condivise con altri soggetti istituzionali. Riguardo alla vigilanza nei luoghi di lavoro sono state controllate 3.321 imprese dallo SPSAL, pari al 9,73% delle PAT esistenti (34.106). Considerando anche le aziende controllate da UOIA (pari a 118) le aziende controllate sono 3.439 pari al 10,08. A seguito dell'attività di vigilanza sono stati emanati 526 provvedimenti. Riguardo all'attività del Servizio Impiantistico Antinfortunistico, sono state effettuate complessivamente 8.971 verifiche di attrezzature ed impianti, con particolare riferimento agli apparecchi ed impianti inseriti in cicli produttivi o ambienti a maggior rischio.

Funzione di sorveglianza epidemiologica e sviluppo del sistema informativo dei Dipartimenti di Sanità Pubblica

Le attività inerenti il sistema di sorveglianza PASSI e l'indagine PASSI d'Argento sono state garantite come previsto assicurando anche, in continuità con gli anni precedenti, un contributo ai loro gruppi tecnici nazionali nonché un'azione di coordinamento regionale. Riguardo al Progetto Okkio, il Report provinciale OKKIO 2012 è stato completato e il report regionale è stato pubblicato sul sito "SALUTER".

Riguardo alle attività di epidemiologia ambientale si è assicurata la partecipazione alle attività programmate in ambito regionale, così come ai percorsi formativi.

Assistenza Ospedaliera

L'attività ospedaliera nel 2013 è stata caratterizzata dal ripristino delle funzioni negli Ospedali di Carpi e Mirandola danneggiati dal sisma del 2012. I ricoveri del 2013 attestano la ripresa dell'attività delle strutture di area nord (Carpi e Mirandola) e la contrazione dell'attività di Baggiovara, con ritorno ai volumi dell'anno 2011, a prova della progressiva cessazione dell'attività delle strutture di area nord temporaneamente trasferite al NOCSAE durante il sisma.

Il confronto 2013/2012 evidenzia come i ricoveri complessivi siano aumentati di oltre il 3% con un sostanziale mantenimento della degenza media e del tasso di occupazione medio che permane oltre l'86% per l'intero Presidio, e registra una punta massima del 91% a Baggiovara e minima del 73% a Pavullo. Relativamente a quest'ultima struttura preme rilevare che nel mese di ottobre 2013 è stata attivata l'area omogenea di Ortopedia e Chirurgia.

Relativamente al day hospital (DH) e day surgery si evidenzia che a ottobre 2013 si è dato corso alla complessiva rideterminazione dei posti letto in regime diurno con riduzione della dotazione complessiva di 36 letti e che ora risultano pari a 110. I numerosi percorsi di Day Service attivati tra la fine del 2013 ed i primi mesi del 2014 porteranno ad un uso più appropriato e funzionale del DH.

Nel 2013 l'Azienda ha promosso un lavoro di riorganizzazione della rete ospedaliera che vede l'introduzione del modello assistenziale per intensità di cura e assistenziale negli ospedali di Pavullo, Mirandola, Carpi e Baggiovara. Per favorire questa importante innovazione è stato messo in piedi un progetto di supporto al cambiamento che prevede l'accompagnamento del personale coinvolto attraverso iniziative informative, formative e partecipative. Il lavoro vede una stretta collaborazione fra clinici, direzione strategica, Direzione Aziendale di Presidio, Direzione Infermieristica e Assistenziale e il coordinamento del Servizio Sviluppo Organizzativo. A fianco dell'intervento è stato predisposto un processo di valutazione multidimensionale. Per favorire la comunicazione interna ed esterna è stata anche creata una pagina web di supporto al progetto www.ausl.mo.it/intensitacura.

Sistema dell'emergenza

Il Sistema di emergenza territoriale agisce da tempo secondo percorsi provinciali condivisi che regolano gli accessi ospedalieri in rapporto alla patologia, alla distanza, alle dotazioni dei presidi, alla tipologia delle équipe di soccorso, perseguendo il fine di inviare il paziente all'ospedale più idoneo, nel minor tempo possibile in prima e seconda istanza, secondo i criteri dell'hub & spoke. I protocolli clinici sono stati rapportati alla potenzialità delle diverse équipe presenti nel sistema, quali équipe mediche, infermieristiche, del volontariato e miste.

Alcuni aspetti di fragilità del sistema e alcune prospettive a breve-medio termine (costituzione delle Centrali Operative di Area Vasta con scomparsa della Centrale di Modena, le cui funzioni 118 sono state trasferite a Bologna) hanno indotto ad identificare alcuni elementi di miglioramento, prevedendo una ottimizzazione delle risorse presenti sul territorio nell'ottica di razionalizzarne l'attività, migliorando l'efficacia e l'efficienza complessiva e conferendo al sistema un maggior grado di appropriatezza e sicurezza.

Il progetto esposto nel documento di programmazione 2012-2014 del Sistema Emergenza territoriale 118, approvato nel gennaio 2013 dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Modena, prevede di consolidare un sistema a 3 livelli che consenta un'adeguata gestione in sicurezza dei pazienti a criticità medio-elevata, affidando i pazienti a bassa criticità alle Associazioni di Volontariato. La rete risulta così costituita da 1) équipe BASE con soccorritori volontari, 2) ambulanze con infermiere e 3) auto-infermieristiche, auto-mediche, elisoccorso.

Nel 2013 si è registrato il potenziamento della rete in alcune aree di particolare rilevanza assistenziale: l'auto medica di Mirandola è ora attiva H24 x 7/7 gg. e la stabilizzazione dell'organico del Pronto Soccorso (PS) di Pavullo consente la possibilità di assicurare l'uscita del medico senza copertura del PS da parte del medico di Emergenza-Urgenza. Si evidenzia inoltre l'intenso lavoro svolto nell'accompagnamento all'accreditamento delle Associazioni di Volontariato sulla base dei requisiti regionali previsti. Il modello prevede un diverso concetto di aggregazione funzionale con la creazione di postazioni operative di area a cui possono concorrere diverse associazioni, svincolandosi dal binomio associazione-sede locale che fino ad oggi ha contraddistinto il sistema con un alto tasso di frammentazione delle presenze e delle postazioni.

Relativamente all'attività di Pronto Soccorso, nel 2013 si è verificata una lieve diminuzione del numero totale degli accessi (-0,7%), e questo in linea con l'andamento degli ultimi anni che ha visto una complessiva riduzione delle attività. Rimane invece invariata la percentuale di ricoveri a seguito di accesso al PS che si mantiene sull'ottimo livello del 13-14%.

Percorso nascita

La rete provinciale prevede Punti Nascita di I livello (Pavullo e Mirandola) che assicurano il parto da gravidanza fisiologica con età gestazionale (EG) superiore alle 37 settimane. Punti nascita di II livello (Carpi e Sassuolo). A Carpi confluiscono, oltre alle gravidanze che necessitano di assistenza di 1° livello, i parti da gravidanza con età gestazionale di 32 settimane e l'assistenza neonatale è di tipo semintensivo, mentre Sassuolo garantisce una sicura stabilizzazione e cura dei nati con età gestazionale di 34 settimane e peso di 2.000 gr.

Punto nascita di 3° livello (Policlinico): qui afferiscono, oltre alle gravidanze che necessitano di assistenza di 1° e 2° livello, tutti i parti da gravidanze patologiche non previsti nei precedenti livelli e comunque quelli da gravidanze con età gestazionale inferiore alle 32 settimane e le cure neonatali di 3° livello, corrispondenti all'assistenza intensiva (punto di riferimento delle gravidanze a rischio e dei nati di peso <2.000 gr).

La rete di collegamento con tutti i Punti Nascita della provincia è stata perfezionata ed il trasporto in utero copre oltre il 95% dei nati di basso peso.

Dal punto di vista dell'organizzazione, nel corso del 2013 è stata confermata l'integrazione funzionale tra le unità operative di Ostetricia-Ginecologia degli ospedali di Sassuolo e Pavullo e sono state poste le basi per analogo percorso

che interesserà la funzione di Pediatria. Da diversi mesi una parte delle attività assistenziali garantite presso l'Ostetricia Ginecologia e la Pediatria di Pavullo sono assicurate dagli operatori di Sassuolo.

Pur non essendo ritornato ai livelli 2011 il numero di parti garantiti in provincia nel corso del 2013, attesta di una importata ripresa dell'attività dei punti nascita di area nord e della corrispondente flessione di Sassuolo che in corso di terremoto aveva vicariato le strutture chiuse. Sulla riduzione complessiva dei parti occorre peraltro considerare anche la riduzione generale della natalità. Netta appare la ripresa a Carpi, meno evidente il recupero di Mirandola (397 parti in totale), le residenti in questo distretto continuano a partorire in strutture extra-provinciali; solo il 72% delle mirandolesi ha partorito a Mirandola e la mobilità fuori regione è aumentata dell'8%. Anche il punto nascita di Pavullo registra una flessione di attività (-51 parti rispetto al 2012), le residenti del frignano che hanno partorito nel 2013 sono state 318, di queste, solo 298 presso il punto nascita di Pavullo.

Per quanto attiene il ricorso al parto cesareo ed in particolare all'indice di cesarizzazione, i valori permangono ottimi in area nord e meritevoli di analisi e governo in area sud.

L'assistenza neonatale è erogata in modo coerente ai livelli dei Punti Nascita così come sopra classificati. L'organizzazione dell'assistenza pediatrico/neonatale si articola su tre livelli con diversi requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e competenze professionali. In particolare sono attive le strutture di assistenza di base di 1° livello (Pavullo e Mirandola) che garantiscono la presenza o pronta disponibilità del pediatra/neonatalogo, l'assistenza al neonato fisiologico, l'osservazione transazionale, e le strutture di assistenza sub-intensiva e di base di 2° livello (Carpi e Sassuolo), che si caratterizzano per la presenza di una guardia attiva 24/24h con funzioni di assistenza di base ed intermedia. Anche in questo caso la struttura di assistenza intensiva, sub intensiva, di base per l'area di Modena, Castelfranco e Vignola, e di 3° livello per l'ambito provinciale è il Policlinico di Modena; presso tale sede è prevista la guardia neonatologica 24/24h ed un servizio di pronta disponibilità con funzioni di 2° livello e di assistenza intensiva ed isolamento.

Rete Oncologica

La rete Oncologica modenese opera da tempo, con la collaborazione dei professionisti in ambito ospedaliero e territoriale provinciale. Le attività sono state orientate a perseguire l'appropriatezza d'uso e l'efficacia delle tecnologie/interventi diagnostico-terapeutici, concentrare la casistica per garantire qualità e coordinamento delle professionalità e dei servizi caratterizzati da maggiore complessità e più elevata tecnologia, garantire la tempestività di accesso ai servizi in ottemperanza agli standard scientifici e ai vincoli regionali e loro massima fruibilità. Nel corso del 2013 è stata adottata la cartella informatizzata, strumento fondamentale per il governo dell'assistenza al paziente affetto da patologie neoplastiche ed è stata definita la progettazione del Laboratorio centralizzato per la produzione di antiblastici presso l'Ospedale di Carpi che servirà tutta l'Area Nord della provincia.

Rete Riabilitativa

In corso d'anno è stata rivista la rete riabilitativa, sia per quanto attiene il livello connesso all'assistenza al grave neuroleso e per il non meno rilevante livello di integrazione con il territorio. In tale ottica sono stati sviluppati dei percorsi di rientro dalle strutture di 3° livello che prevedono un primo step presso la riabilitazione intensiva di Baggiovara e poi l'affidamento del paziente alle altre strutture della provincia e alla riabilitazione domiciliare, che è stata attivata nel corso del 2012 in tutti i distretti. Nel settembre 2013 la cardiologia riabilitativa, prima operante a Castelfranco Emilia e la cui attività era stata interrotta a causa del sisma, è stata trasferita presso Baggiovara ove ha ripreso a pieno regime sia come ricoveri in regime ordinario che di day hospital. Nel novembre 2013 è stata inoltre riorganizzata l'attività della Lungodegenza di Baggiovara attraverso la individuazione di 15 letti dedicati alla riabilitazione estensiva con definizione dei relativi percorsi di accesso. A fine 2013 è stata avviata una riflessione dei percorsi riabilitativi che a partire da quelli ortopedici e neurologici dovrà portare alla revisione complessiva degli stessi e ciò sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Rete Terapia del dolore

Le cure antalgiche sono assicurate a livello territoriale dai medici di medicina generale che rappresentano il primo riferimento dei pazienti con dolore. Al fine di assicurare un primo inquadramento diagnostico ed i relativi provvedimenti terapeutici, sono stati avviati programmi di aggiornamento per la formazione di medici esperti che possano fornire un supporto consulenziale anche attraverso la creazione dei Centri Funzionali di Aggregazione. In un'ottica di rete assistenziale integrata, i medici di medicina generale possono usufruire del supporto specialistico dei Centri di Terapia Antalgica per i casi di maggiore complessità che richiedono approfondimento diagnostico o ricorso a tecniche terapeutiche non attuabili negli ambulatori medici.

I Centri di Terapia Antalgica, collocati nelle strutture ospedaliere, sono organizzati su due livelli, con distribuzione territoriale, in relazione alla complessità delle situazioni cliniche che sono chiamati a trattare e alla specificità dei provvedimenti terapeutici da attuare.

Nell'ambito del Presidio Ospedaliero Provinciale sono attivi un Ambulatorio di Terapia Antalgica presso gli Ospedali di Mirandola, Pavullo, Baggiovara e un Centro di Terapia Antalgica presso l'Ospedale di Castelfranco Emilia.

La tipologia delle prestazioni erogate configura gli ambulatori di Mirandola, Carpi e Pavullo come Centri Spoke.

Il centro di Terapia Antalgica di Castelfranco Emilia ha valenza Dipartimentale e svolge un ruolo di promozione, coordinamento ed indirizzo in merito alle problematiche di natura clinica metodologica ed organizzativa in tema di diagnosi e trattamento del dolore cronico, in particolare per ciò che attiene alle condizioni di maggiore complessità. Degna di nota anche la funzione assunta dal NOCSAE, nel corso dell'ultimo anno, di seconda sede di erogazione delle procedure di impianto dei dispositivi di trattamento del dolore prima garantiti solo a Castelfranco (Hub per la terapia del dolore).

La costituzione del Comitato Ospedale Territorio senza dolore ha consentito di avviare un processo di confronto e coordinamento sulle principali tematiche metodologiche ed organizzative inerenti la gestione dei pazienti con dolore cronico tra ospedale e territorio.

Programma·stroke·care·

L'organizzazione attuale nella provincia di Modena prevede una rete Stroke Care secondo il modello Hub & Spoke, che individua nel Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense di Baggiovara (NOCSAE) il centro Hub. Esso è dotato di Stroke Unit (presso l'Unità Operativa di Neurologia) con guardia neurologica sulle 24 ore e con possibilità di trombolisi endovenosa (EV), trattamenti rescue, trombolisi arteriosa (IA) e meccanica, stenting in urgenza, guardia neuroradiologica sulle 24 ore, e, da ultimo neuroradiologia interventistica, neurochirurgia e chirurgia vascolare. I due centri di II livello sono rappresentati da Carpi e Pavullo e i centri di I livello sono localizzati nei rimanenti presidi ospedalieri. La Stroke Unit del NOCSAE è fra i primi centri in Italia per numero di trombolisi endovenose e per trombolisi intrarteriose: nel 2013 la struttura di Modena ha effettuato nel complesso 199 trombolisi. Anche gli indicatori di esito (tra i migliori in Italia e nel mondo) pongono la neurologia di Baggiovara tra i centri all'avanguardia nel trattamento dell'ictus.

Sistema·delle·cure·in·area·critica·

Rete·cardiologica,·emodinamica·e·revisione·dell'utilizzo·delle·UTIC·

L'attuale organizzazione prevede che il percorso dell'Infarto Miocardico Acuto (IMA) o Sindrome Coronarica Acuta (SCA) sia garantito dalle due strutture dotate di emodinamica dei due poli ospedalieri della Città di Modena. Ad esse sono ricondotti gli infarti STEMI (STsopraslivellato) passibili di angioplastica, secondo un'afferenza geografica che li attribuisce in ugual misura. Non è stato possibile, a seguito degli eventi sismici, attuare la centralizzazione in una unica sede delle emergenze con particolare riferimento al NOCSAE di Baggiovara. In accordo con le indicazioni regionali si è comunque provveduto al mantenimento delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) nelle sedi dotate di emodinamica, mentre relativamente all'Ospedale di Mirandola (sede priva di emodinamica), si è provveduto al superamento dell'UTIC ed alla trasformazione di tali letti in un'area critica a maggiore intensità assistenziale a valenza polispecialistica, comprensiva di quella cardiologica. L'attività di emodinamica ha mantenuto anche nel 2013 i volumi storici: le coronarografie sono state 1973 e le PTCA 932; parimenti immutata l'attività di impianto pace maker e defibrillatori che, all'interno dell'Azienda USL, sono ad oggi garantiti dalle sole Cardiologie di Carpi e Baggiovara.

Emergenza-Urgenza·e·percorsi·del·politrauma·

In considerazione dell'assoluta rilevanza e strategicità di questa funzione, ed al fine di favorire una migliore integrazione tra i due centri Hub dell'emergenza-urgenza della provincia di Modena (e di questi con la rete provinciale) è stato istituito e si è nel tempo consolidato il Dipartimento di Emergenza-Urgenza Interaziendale. Si conferma che il NOCSAE (Baggiovara) è la sede del trattamento dei traumi maggiori e dell'emergenza-urgenza dell'adulto e presso il Policlinico sono garantite le prestazioni in ambito pediatrico ed ostetrico. Al fine di garantire il tempestivo ed appropriato accesso all'area dell'emergenza-urgenza ed ai percorsi in urgenza che hanno nelle strutture di Baggiovara e Policlinico gli Hub di riferimento, è stato dato ulteriore impulso all'opera di implementazione e di governo degli stessi (percorso stroke, infarto del miocardio STEMI, trauma grave, urgenze aritmologiche, emergenze di endoscopia digestiva e pneumologica interventistica, ecc.) e ciò attraverso gli strumenti dell'audit e degli incontri periodici di revisione dei percorsi che devono vedere la partecipazione di tutte le strutture coinvolte. Relativamente alla centralizzazione dei traumi gravi presso il NOCSAE, si riporta di seguito il numero dei casi inseriti nel Registro traumi dal 2007, è evidente come si tratti di volumi di assoluta rilevanza.

Terapia·intensiva·

La funzione di terapia intensiva è prevista in tre ospedali, Policlinico, Baggiovara e Carpi, fatta eccezione per le unità a supporto della funzione cardiocirurgica dell'Hesperia Hospital. A tali strutture sono ricondotti i pazienti critici che necessitano di cure intensive e ciò sulla base di protocolli e percorsi condivisi da tutte le strutture della rete. Sono

condivisi i percorsi di centralizzazione (in gran parte già operativi) mentre si stanno implementando quelli di restituzione ai reparti per acuti dei pazienti che, superata la fase critica, non necessitano più di cure intensive. Nel corso del 2013 è stata avviata la revisione della dotazione di letti di terapia intensiva del NOCSAE che esiterà nel 2014 nella più ampia revisione del numero di letti e nella ridefinizione dei percorsi di gestione dei pazienti a diversa intensità di cura.

Assistenza•Territoriale•

Per una completa trattazione di questo argomento si veda il capitolo 2.3.3.3 Assistenza territoriale cap.8 Cure Primarie

Medici•di•Medicina•Generale•

Nel corso del 2013 è proseguito lo sviluppo dell'Associazionismo dei Medici di Medicina Generale ed in particolare delle Medicine di gruppo. Ad oggi, in provincia di Modena, sono presenti 38 NCP in cui operano 516 MMG: di questi, circa l'86% opera in forma di associazione (medicina in rete e medicina di gruppo). Negli ultimi anni si evidenzia il progressivo passaggio dalla medicina in rete alla medicina di gruppo (dal 21% del 2011 al 36,4% del 2013) e la conseguente riduzione dei medici non associati. Uno dei risultati conseguiti è dunque rappresentato dal progressivo cambiamento della tradizionale forma organizzativa dei MMG, PLS e MCA e dei Nuclei di Cure Primarie, che si è indirizzata verso aggregazioni strutturali e di intensità operativa differenziata. Tali aggregazioni si caratterizzano, infatti, per visibilità, accessibilità e polifunzionalità, assicurate anche dalla presenza di più figure professionali e di adeguate dotazioni strumentali. Nel 2013 è proseguita, inoltre, la riorganizzazione del modello della rete dei punti di continuità assistenziale (CA) con attivazione della funzione ambulatoriale a Castelfranco Emilia, Finale Emilia, Fanano-Sestola-Montecreto, Pievepelago e Vignola. In 4 distretti l'attività di continuità assistenziale diurna ambulatoriale è garantita anche dagli ambulatori codici bianchi dei MMG con il supporto logistico delle 5 cooperative.

Pediatria•di•Libera•Scelta•

Nel 2013 i Pediatri di Libera Scelta (PLS) convenzionati sono stati 104 (l'80% aggregati in forma associativa). Il percorso di trasformazione delle forme associative dei PLS è stato più lento e difficile rispetto all'analoga riorganizzazione in forme associative dei MMG. Alla fine del 2013 è stato sottoscritto l'accordo integrativo con la pediatria avente l'obiettivo di sviluppare maggiormente l'integrazione dei PLS nei NCP.

Sviluppo•dei•processi•di•cura•territoriali•

Le Case della salute rappresentano il luogo fisico e funzionale in cui si concentrano servizi ed attività prima disperse e frammentate sul territorio, nonché il luogo di definizione, erogazione e verifica del percorso di cura. Le strutture attivate nel 2013 sono a Novi-Rovereto, Finale, Valli Dolo-Dragone e Secchia, Alto Frignano, Fanano e Sorbara. E' proseguito il lavoro aziendale interdisciplinare per la definizione dell'organizzazione e dei percorsi di cura con la predisposizione di percorsi di medicina di iniziativa e per la gestione delle patologie croniche secondo il modello del Chronic Care Model (CCM). Nel corso del 2013 sono stati predisposti tre percorsi: diabete, scompenso cardiaco cronico e Leggeri. La gestione integrata del diabete secondo il Chronic Care Model, trova oggi applicazione presso le Case della salute di Bomporto, Pievepelago, presso le Cooperative di Modena e Carpi e si caratterizza anche per interventi e iniziative di supporto all'autocura: valutazione del piede nei pazienti affetti da diabete mellito e Conversation Map.

Assistenza•specialistica•

Il piano di produzione della specialistica 2013 è stato predisposto pianificando l'offerta delle aziende modenesi sulla base dell'analisi del fabbisogno, della committenza espressa dai distretti, della negoziazione con i diversi dipartimenti e degli accordi di fornitura e prevede una più corretta gestione delle agende dando piena attuazione alle direttive regionali. Un obiettivo importante, ma precedentemente non conseguito dall'Azienda USL di Modena, è stato quello di garantire l'apertura sine die delle agende di prenotazione. Alla fine del 2013 è stata completata la programmazione delle agende di prenotazione e la conseguente apertura annuale delle disponibilità, compresa quella relativa ai centri privati accreditati.

In considerazione della criticità che da tempo caratterizza il governo della specialistica in provincia di Modena, importante è stato l'impegno per dare piena attuazione al piano regionale dei tempi di attesa e per conseguire migliori livelli di appropriatezza nell'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, da garantire in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti. Dal 27 maggio 2013 sono stati attivati i percorsi di accesso privilegiati per le urgenze U (urgenze a 24 ore con accesso direttamente ai servizi senza passare preventivamente dal CUP). Nel corso del 2013 sono stati definiti anche i percorsi per le urgenze B: il progetto prevede di rendere disponibili e prenotabili tramite CUP le prestazioni identificate dal gruppo provinciale. I percorsi delle urgenze 7 giorni sono stati oggetto di

ridefinizione anche con riferimento alla committenza. I criteri clinici individuati risultano appropriati in base alle linee-guida basate su prove di efficacia o in funzione di documenti di consenso locale basati su indicazioni di buona pratica clinica sono stati condivisi con gli specialisti ospedalieri e convenzionati interni delle due Aziende sanitarie della provincia e con i Medici di Medicina Generale. L'avvio del percorso Urgenze B è stato formalizzato alla fine di dicembre del 2013, e risulta operativo dal gennaio 2014.

In tema di percorso garanzia, si precisa che sono stati implementati i "percorsi garanzia" per: 1° visita oculistica, 1° visita dermatologica, 1° visita neurologica, 1° visita cardiologica + ECG, ecografia addome e risonanze magnetiche cerebrali. Discorso a parte, per impegno e complessità, merita il riordino della senologia: fra il 2012 ed il 2013 si è proceduto con la riorganizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni. Il riordino ad oggi può considerarsi completamente adottata: l'azzeramento delle liste a CUP che vedevano migliaia di donne in attesa di ottenere una mammografia e la chiarezza dei percorsi di accesso ne sono la testimonianza.

Consultori·familiari·

In accordo con le previsioni della DGR n.533/2008 per l'assistenza ostetrica della gravidanza, è stata promossa l'attivazione del DSA2 a gestione dell'ostetrica. Al tempo stesso si è provveduto all'adeguamento ed aggiornamento della cartella informatizzata. Passando alla diagnostica prenatale, è stata avviata l'offerta del test combinato in integrazione con le Unità Operative ospedaliere. Da ultimo sul progetto diabete e gravidanza sono stati definiti ed implementati i protocolli distrettuali in integrazione coi servizi di diabetologia e con le U.O. ospedaliere ed è stata organizzata la formazione provinciale e si è lavorato sui percorsi integrati per gravidanze multiproblematiche ed in adolescenza (rialutazione e confronto tra esperienze distrettuali).

Pediatria·di·comunità·

In applicazione del Piano regionale della prevenzione, consolidamento degli interventi di prevenzione e promozione della salute nei bambini e adolescenti, le attività 2013 della Pediatria di Comunità sono state:

- mantenimento delle coperture vaccinali raccomandate incrementando la formazione e la collaborazione con i PLS e i MMG;
- offerta della vaccinazione antinfluenzale alle categorie a rischio;
- offerta della vaccinazione antiepatite A ai minori sotto ai 6 anni che si recano in zone endemiche;
- effettuazione vaccinazioni in ambiente protetto per i minori a rischio;
- effettuazione colloqui con i genitori di minori obiettori alle vaccinazioni;
- mantenimento campagna regionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita;
- partecipazione alla progettazione delle attività promosse dai tavoli di lavoro distrettuali;
- effettuazione degli interventi di Educazione alla salute richiesti tramite la guida "Sapere salute";
- implementazione del protocollo provinciale per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico.

Infine, è proseguita la collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena per la vaccinazione da parte del Servizio Igiene Pubblica di soggetti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche, di soggetti in attesa di splenectomia o già splenectomizzati e in cura dagli specialisti ematologi.

Medicina·penitenziaria·

Nel 2013 si è mantenuto il programma della specialistica con incremento di nuove branche specialistiche, odontoiatria in particolare. Il nuovo progetto di presa in carico risponde alle attese, con diminuzione degli accessi in infermeria e diventa essenziale per la gestione del nuovo padiglione. Nel 2013 si è rilevata una presenza molto più significativa del Dipartimento Salute Mentale presso il carcere, con l'attivazione di una équipe multiprofessionale analoga a quella esterna.

Cure·palliative·

Nel corso del 2013 si è dato pieno sviluppo al modello di erogazione diffusa delle Cure Palliative/Fine Vita che ha portato all'individuazione di 18 MMG inter Pares e 33 infermieri inter pares. La rete di cure palliative ha intercettato poco meno del 40% dei pazienti non oncologici con alte necessità assistenziali presi in carico dall'ADI. Circa il 23% del totale dei pazienti ADI deceduti nel corso dell'anno 2013 è entrato nella rete delle cure palliative, questa copertura

dovrebbe aumentare con il consolidarsi del programma. Tutti i progetti di cure palliative e di fine vita hanno come momento iniziale la valutazione congiunta (contemporanea presenza dall'assistito di infermiere e MMG + eventuali altri operatori). I dati ricavabili da ADIWEB attestano che la valutazione congiunta è avvenuta nell'89% dei casi. Nel corso dell'assistenza, poi, la presenza degli infermieri inter pares è stata molto frequente come case manager e in quasi tutti i casi c'è stato il coinvolgimento del collega esperto inter pares.

Assistenza protesica

Si è data applicazione della Delibera Regionale n. 1599 relativa all'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici. Si è attuato il monitoraggio dei risultati conseguiti a seguito dell'applicazione dei protocolli prescrittivi elaborati (Ossigenoterapia, protesi acustiche, prodotti per incontinenza, percorso generale di prescrizione protesica) e la successiva condivisione delle azioni correttive da apportare. E' stata adottata in via esclusiva la modalità informatizzata per la prescrizione di ossigeno liquido a lungo termine ed attuato il 100% delle prescrizioni in modalità informatizzata. Infine è in via di definizione il protocollo sulla ventiloterapia con identica modalità prescrittiva.

Continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno per adolescenti e giovani

Anche nel corso del 2013 i professionisti che svolgono attività di promozione alla salute degli spazi giovani consultoriali, dei SerT e della medicina dello Sport, hanno proseguito l'impegno della diffusione della metodologia della peer education nella maggior parte degli interventi svolti nelle scuole medie superiori con il coinvolgimento e la partecipazione piena degli studenti e degli insegnanti.

Assistenza farmaceutica

Nel 2013 si è lavorato per rendere più incisivi e stringenti gli interventi finalizzati ad eliminare ogni forma di utilizzo inappropriato o non giustificato delle risorse, con particolare riferimento alla risorsa farmaco.

La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva dell'erogazione diretta fascia A, è stata di 121.854.379 euro, con una riduzione del -4,27% (rispetto al -3,44% regionale). La spesa territoriale pro capite pesata dell'Azienda USL di Modena è di 179,61 €, con una riduzione del -4,50% rispetto al 2012, continua comunque ad essere tra le più alte della regione. La spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera è stata nel 2013 di 48.910.234 euro con un aumento del 5,22%.

Le azioni a livello territoriale sono state:

- interventi per favorire la prescrizione di farmaci con brevetto scaduto;
- iniziative di informazione indipendente rivolte ai cittadini;
- interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa;
- verifica della corretta redazione dei Piani Terapeutici;
- azioni per favorire l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici;
- attività di informazione e farmacovigilanza.

Al fine di perseguire una più appropriata prescrizione sono stati inoltre intensificati gli interventi già eseguiti negli anni passati quali:

- incontri con i Nuclei di Cure Primarie per favorire un'analisi delle criticità prescrittive e definire strategie locali di intervento;
- produzione e invio di report di consumo e spesa relativi alla farmaceutica convenzionata;
- maggiore interazione tra ospedale e territorio per quanto riguarda la prescrizione alla dimissione da parte dei medici;
- momenti di formazione comuni tra medici ospedalieri e MMG;
- audit clinici con i Nuclei di Cure Primarie;
- attività con il Dipartimento di Salute Mentale.

A livello ospedaliero le azioni messe in campo ai fini del governo dell'appropriatezza prescrittiva, comprendono:

- analisi dei dati di consumo e confronto con i clinici;
- elaborazione di reportistica per la verifica dell'adesione alle raccomandazioni della Commissione Farmaco AVEN e RER e dell'adesione alle gare;
- elaborazione dei flussi informativi richiesti dalla Regione per il monitoraggio di gruppi di farmaci di particolare rilevanza;

interazione costante e capillare con i clinici, sia per le prescrizioni in ambito ospedaliero/ambulatoriale che per le prescrizioni sul territorio;

monitoraggio e controllo delle richieste motivate personalizzate e richieste off-label.

E' stato inoltre effettuato il monitoraggio dell'adesione alle Linee guida terapeutiche e alle Raccomandazioni correlate al Prontuario Terapeutico Regionale.

Nel corso del 2013 si è provveduto alla stesura definitiva del progetto di costruzione della Centrale per l'allestimento delle Terapie antitumorali presso l'Ospedale di Carpi. Nello stesso progetto è compresa anche la ristrutturazione dei locali nei quali è prevista la collocazione della Farmacia Ospedaliera di Carpi. E' stato inoltre attivato nel Centro Oncologico di Carpi, in fase sperimentale, il programma informatizzato per l'allestimento delle terapie oncologiche.

Nel 2013 è stato richiesto un maggiore impegno per strutturare sia a livello provinciale che di area vasta, le attività connesse al governo dei dispositivi medici.

A luglio 2013 è stato messo in funzione il nuovo magazzino centralizzato di area vasta e da ottobre è iniziato da parte del magazzino centralizzato di area vasta il servizio di forniture di beni sanitari estesa a tutte le strutture e servizi dell'Azienda.

Area Salute Mentale - riequilibrio dell'offerta ospedaliera e residenziale in relazione al fabbisogno

A livello aziendale, è stata condotta una intensa attività di negoziazione con le Case di Cura private, Villa Igea e Villa Rosa, al fine di rimodulare l'offerta di residenzialità ospedaliera nella direzione di una minore intensità assistenziale, tenuto conto del basso tasso di ricoveri in regime di TSO (1,9 x 10.000 abitanti maggiorenni) della nostra provincia: si è passati da 36 posti letto di SPDC dell'anno 2012 a 24 posti letto di SPDC dell'anno 2013, convertendo il SPDC a gestione dell'OPA "Villa Igea" in posti letto SPOI.

Al fine di monitorare l'utilizzo delle residenze sanitarie (Residenza a Trattamento Intensivo - RTI, Residenza a Trattamento Protratto - RTP), prevalentemente in gestione del privato accreditato, per il quale l'Azienda USL di Modena sostiene una spesa significativamente superiore alla media regionale, si è provveduto all'attribuzione dei posti letto alle 3 aree territoriali (Area Centro, Area Nord, Area Sud) della provincia, è stata attivata presso la direzione del DSM-DP un lavoro di monitoraggio giornaliero dei ricoveri, con restituzione dell'informazione a ciascun CSM distrettuale del proprio utilizzo.

E' stata aumentata l'offerta di residenzialità socio-sanitaria, con incremento del numero di percorsi attivati nelle comunità alloggio e gruppi appartamento, intensificando gli interventi di assistenza domiciliare ed altre forme innovative di intervento (abitare supportato, inserimenti etero-familiari supportati, inserimenti lavorativi, di socializzazione, etc.), realizzate all'interno di modalità progettuali previste dalla programmazione regionale (budget di salute). Infatti, anche in relazione alla rimodulazione del fondo ex-OP, il DSM-DP di Modena sta sperimentando e applicando, secondo il modello Budget di Salute, un intervento di residenzialità sociosanitaria che prevede la titolarità da parte dei pazienti dei contratti di locazione e sostiene così un intervento assistenziale al domicilio, riconosciuto come proprio dal paziente.

Indicazioni regionali in materia di integrazione socio-sanitaria

E' stata messa a punto una procedura per l'inserimento degli utenti in residenze socio-sanitarie, garantendo che per ogni utente sia redatto il progetto terapeutico individuale, a seguito di valutazione da parte della competente UVM (Unità di Valutazione Multiprofessionale).

E' stata inoltre prevista, ed in gran parte attuata, la rivalutazione degli utenti in carico, prevedendo una rivalutazione con periodicità semestrale.

E' stato infine realizzato un database condiviso, tra operatori sanitari ed amministrativi, degli inserimenti residenziali, degli inserimenti lavorativi e degli interventi di socializzazione, al fine di monitorarne anche l'impegno economico sostenuto.

Il governo dello sviluppo ICT

Come precedentemente indicato, le direzioni generali delle aziende sanitarie pubbliche delle province di Reggio Emilia e Modena hanno deciso nel corso del 2013 di giungere alla fusione in un unico dipartimento gestionale delle strutture dedicate alle tecnologie informatiche, al fine di conseguire nel medio periodo una condivisione delle principali procedure, con indubbi vantaggi sia a livello economico che organizzativo.

Il biennio 2012 - 2013, più in generale, ha visto il consolidamento dell'intero sistema informativo aziendale, con particolare riferimento all'area ospedaliera, nell'ambito della quale è stato avviato un intenso lavoro di confronto interaziendale che condurrà nelle prime settimane del 2014 l'azienda USL e l'azienda Ospedaliera a condividere

anzitutto gli applicativi di laboratorio ed a partire dai prossimi mesi, in una logica di progressività, anche gli altri applicativi ospedalieri, oltre che un repository comune.

A far tempo dall'anno 2012 i principali sistemi refertanti aziendali (laboratorio, radiologia e specialistica) sono in grado di alimentare, oltre che naturalmente la rete SOLE, funzione per la quale si era già attivi, il Fascicolo Sanitario Elettronico, in ordine al quale sono in corso di esecuzione numerose azioni di promozione a favore dell'intera cittadinanza.

Fra i principali temi che sono stati condotti ricordiamo:

Firma digitale

Ricetta elettronica

Diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito, CUPWEB e Pagonline

Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti – Rete Sole

Avvio del progetto di de materializzazione aziendale.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

La direzione aziendale ha posto in essere una politica degli acquisti finalizzata anzitutto a garantire una maggiore aggregazione della domanda, utilizzando a tale scopo tutti gli strumenti ad oggi disponibili: convenzioni Consip, se valide e convenienti, convenzioni Intercenter, convergenze in Area Vasta, unioni di acquisto in area provinciale. Molto consistente è stata l'adesione alle convenzioni Intercenter, che nel biennio 2012 – 2013 sono state attivate per un valore di oltre € 6.500.000. Con riferimento invece all'attività di Area Vasta, il periodo 2012 – 2013 è stato caratterizzato da una programmazione imponente, che ha condotto al recepimento a livello aziendale di circa 60 procedure per un valore di circa € 78.000.000. Molto significativo è stato il lavoro che ha condotto all'aggiudicazione, nella seconda metà del 2013, della gara per i POCT. Ancora si segnala l'importante condivisione tra le aziende di Reggio Emilia e di Modena della procedura di aggiudicazione del servizio di pulizia e sanificazione, attualmente in corso, e che sarà aggiudicata anch'essa nel corso del 2014.

3.2•Azienda•Ospedaliero-Universitaria•Policlinico•Modena•

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi•

Le linee guida regionali focalizzano gli obiettivi assegnati alle aziende sanitarie, nell'ambito del governo dei processi di acquisto di beni e servizi, sul potenziamento della centralizzazione degli acquisti mediante il ricorso alla centrale regionale Intercenter e al modello organizzativo di Area Vasta. Il potenziamento della centralizzazione degli acquisti, individuato dalla Regione come efficace strumento di razionalizzazione e contenimento della spesa oltreché come mezzo per accedere a forme premiali di finanziamento, ha come effetto immediato una riduzione consistente del ricorso alle gare aziendali (che necessariamente diventa residuale e per motivate ragioni).

Nel corso dell'anno 2013 è calato drasticamente il valore dei contratti stipulati a seguito di gare aziendali, mentre cresce notevolmente il volume di contratti stipulati a seguito di gare centralizzate, con importi che superano il 77% del valore complessivo. Nel dettaglio, si registra un incremento notevole dei contratti AVEN, che passano dal 17 % a oltre il 50%.

Volendo fornire qualche elemento di dettaglio in merito all'attività dell'Area Vasta Emilia Nord, che registra un incremento dell'attività contrattuale di assoluto rilievo si precisa che nel 2013 l'Azienda Ospedaliera di Modena, nel ruolo di capofila, ha portato a termine 14 delle 53 gare aggiudicate dall'Area Vasta.

Nell'ottica di realizzare economie ed efficienze organizzative e procedurali questa azienda ha fatto altresì ampio ricorso al mercato elettronico sia della centrale regionale che della centrale statale, per gli acquisti sottosoglia comunitaria, portando a termine oltre 70 procedure, completamente telematiche.

Pur non collegata ad obiettivi di centralizzazione, è comunque rilevante ricordare che nel corso del 2013 si è proseguito, nell'ambito della "spending review", nel processo di revisione organizzativa finalizzata ad una razionalizzazione dei volumi e della tipologia delle prestazioni oggetto dei contratti di fornitura di beni e servizi.

Politica del farmaco•

Per favorire appropriatezza e sicurezza nell'uso dei farmaci, l'azienda Policlinico ha utilizzato come strumento vincolante per tutte le unità operative il Prontuario Terapeutico di Area Vasta, redatto in linea con il PTR regionale, strumento fondamentale di governo clinico. La scelta dei farmaci introdotti è basata su evidenze scientifiche, sicurezza di uso e sostenibilità economica per garantire qualità di cura sia in regime di ricovero che nei percorsi di continuità assistenziale. Il Prontuario è disponibile in rete ed è completo delle informazioni necessarie per la prescrizione.

L'obiettivo di spesa farmaceutica ospedaliera assegnato per l'anno 2013 alla nostra Azienda era di un incremento massimo del 4,9%. Il dato rileva un aumento dell'1,7% sul 2012.

Il monitoraggio dei dati di consumo è stato lo strumento di lavoro per l'attivazione di gruppi di verifica e controllo dell'appropriatezza prescrittiva. Le classi terapeutiche monitorate in quanto relative a farmaci innovativi e ad alto impatto economico sono:

- chemioantibiotici sistemici

- antineoplastici

- biologici in reumatologia ed in dermatologia

Nell'ambito della sicurezza, si è collocato il Progetto Prescrizione Informatizzata e Dose Unitaria esteso alle unità operative del COM e alla UO di Malattie Infettive. Relativamente a tale modalità distributiva limitata a 100 posti letto di degenza è stato presentato un progetto di estensione nell'ambito della Distribuzione Diretta, iniziato in via sperimentale relativamente a 3 molecole ad alto costo al fine di verificare gli esiti in termini di sicurezza e di recupero di risorse.

E' continuata l'attività di allestimento centralizzato di tutte le terapie oncologiche con conseguente sicurezza e qualità del prodotto allestito e razionalizzazione delle risorse destinate alle terapie antitumorali e riduzione degli scarti di lavorazione grazie all'organizzazione di drug day per i farmaci a maggior costo.

Nel corso del 2013 sono iniziate le attività propedeutiche all'attivazione del progetto di logistica centralizzata.

In linea con gli indirizzi regionali, la Farmacia ha praticato un sistema di controllo e governo dei dispositivi medici riconducendo tutte le richieste di nuova introduzione alla valutazione della Commissione Dispositivi, previa istruttoria dei costi e benefici della nuova tecnologia richiesta. Nel 2013 si sono tenute 11 sedute CADM: sono state valutate 143 istruttorie di cui 85 di DM di competenza farmaceutica.

Politiche ambientali•

In ambito di uso razionale dell'energia nel 2013 sono stati avviati i lavori per la realizzazione di un impianto di Trigenerazione per il Policlinico e la loro conclusione e messa in esercizio è prevista per l'autunno 2014.

Nel corso del 2013 è stata presentata al Gestore dei Servizi Energetici una “Richiesta di verifica e certificazione risparmi” basata su un progetto di efficientamento energetico articolato in una serie di interventi eseguiti presso il Policlinico nel corso degli ultimi 5 anni.

Nell’ambito della mobilità sostenibile il biennio 2011-2012 è stato caratterizzato da una serie di attività, che hanno permesso di ottenere importanti risultati. E’ stato infatti creato un Piano di Spostamento Casa-Lavoro che ha consentito non solo di determinare la distanza puntuale casa-lavoro e il mezzo impiegato da ogni dipendente per gli spostamenti, ma anche di georeferenziare il personale e “raggrupparlo” in fasce chilometriche distinte. L’obiettivo era quello di comprendere le esigenze dei lavoratori ed individuare azioni da promuovere per migliorare la “logistica del traffico” che si genera attorno al Policlinico quotidianamente, con l’intento di ridurlo progressivamente negli anni. Tenuto conto di questa esperienza, unica in regione, nel corso del 2013 il Mobility Manager aziendale ha collaborato attivamente ad un gruppo di lavoro per la definizione del questionario sulla Mobilità casa-lavoro finalizzato ad una rilevazione omogenea sul territorio regionale. Una delle ipotesi al vaglio è la progettazione di un sistema sperimentale, gestito sui social network, per favorire il car pooling per mettere in comunicazione i lavoratori che fanno lo stesso tragitto, casa lavoro, anche di aziende diverse. Sempre in collaborazione con il Comune di Modena è in valutazione il progetto “Bici in Comune” che prevede la presenza di biciclette pubbliche del servizio “Bike Sharing” nei parcheggi scambiatori con un punto di distribuzione tessere anche al Policlinico.

Politiche Ambientali

In ambito di uso razionale dell’energia nel 2013 sono stati avviati i lavori per la realizzazione di un impianto di Trigenerazione per il Policlinico e la loro conclusione e messa in esercizio è prevista per l’autunno 2014.

Nel corso del 2013 è stata presentata al Gestore dei Servizi Energetici una “Richiesta di verifica e certificazione risparmi” basata su un progetto di efficientamento energetico articolato in una serie di interventi eseguiti presso il Policlinico nel corso degli ultimi 5 anni.

Mobility management

L’AOU Policlinico ha attivato politiche ambientali intervenendo nell’ambito della mobilità.

L’attività nel corso del 2013 è stata allargata al ‘fleet management’, cioè alla gestione della flotta autoveicoli aziendale, in base alle indicazioni fornite dai competenti organi regionali. Infatti il Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie si è posto l’obiettivo nel 2013 di svolgere una rilevazione sull’utilizzo degli automezzi aziendali, finalizzata a valutare lo stato del parco mezzi, l’utilizzo in termini chilometrici ed i costi d’uso e manutenzione.

Pur non essendo attività connessa direttamente a quella istituzionale dei Mobility Manager, a livello regionale questi sono stati coinvolti per le competenze acquisite nel campo dell’analisi della mobilità e di fatto di mobility manager sono diventati anche ‘fleet manager’. Per quanto riguarda l’AOU, pur avendo una piccola flotta di autoveicoli ed anche piuttosto datata e comunque a basso utilizzo, vi è stata la partecipazione sia alla definizione del questionario regionale per la raccolta dei dati sull’uso dei mezzi aziendali, sia alla compilazione degli stessi (SW AEM CUP 2000). A seguito di questa convergenza tra fleet manager e mobility manager, si è costituito un piccolo gruppo di tre persone che cura, oltre all’attività aziendale, anche i rapporti ed i flussi dati con la regione, mediante il coinvolgimento a pieno titolo del funzionario del Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali addetto alla manutenzione degli autoveicoli.

Nell’ambito dell’attività di fleet manager, si è provveduto alla analisi della modalità di utilizzo dei mezzi aziendali, dai km percorsi alle fasce orarie di utilizzo, e, anche in base ad una analisi dei rimborsi aziendali per trasferte di lavoro con auto propria, si è deciso di procedere nel 2014 alla ricerca di un sistema SW che, centralizzando la gestione dei veicoli ora assegnati ai singoli servizi, permettesse di ridurre il numero, mantenendo inalterato il livello di servizio attuale ma riducendo il ricorso ai mezzi propri in caso di trasferta, per ragioni di servizio, del personale dipendente.

Nel corso del 2013 la regione Emilia-Romagna ha stanziato 40.000€ per l’acquisto di un software unico per tutte le aziende sanitarie per la rilevazione della mobilità casa-lavoro (PSCL). L’esperienza di AOUMO ed i risultati conseguiti con il SW acquistato nel 2011 ha indotto la regione a scegliere il SW in dotazione ad AOUMO, che è stata anche incaricata di procedere all’acquisto per conto della regione.

Nel corso del 2013 molte sono state le iniziative regionali volte ad introdurre la mobilità elettrica nelle aziende sanitarie che ancora non hanno adottato questo tipo di autoveicoli, ma pur partecipando agli incontri di presentazione, AOUMO non ha stanziato risorse per nuovi acquisti, ritenendo necessario arrivare prima ad una razionalizzazione del parco auto esistente.

Sul fronte strettamente della mobilità sostenibile sono stati valutati alcuni pacchetti SW proposti da aziende del settore per la diffusione del car-pooling (WeCity, Drivebook), ma tali prodotti se da una parte hanno mostrato di essere più orientati al settore privato, dall’altra hanno evidenziato la necessità di avere un forte coordinamento regionale per essere efficacemente introdotti.

Una delle ipotesi al vaglio è la progettazione di un sistema sperimentale, gestito sui social network, per favorire il car pooling per mettere in comunicazione i lavoratori che fanno lo stesso tragitto, casa lavoro, anche di aziende diverse. Sempre in collaborazione con il Comune di Modena è in valutazione il progetto “Bici in Comune” che prevede la presenza di biciclette pubbliche del servizio “Bike Sharing” nei parcheggi scambiatori con un punto di distribuzione.

Gestione dei rifiuti sanitari

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena persegue una politica di riduzione dell'impatto della produzione dei rifiuti attraverso iniziative di sensibilizzazione e formazione del personale alla raccolta differenziata e di controllo delle conformità della gestione di tutti i rifiuti, anche in relazione alla sicurezza degli operatori. Fin dal 2006 è stato attivato il progetto "Il Policlinico si Differenzia" con lo scopo di contenere la produzione dei rifiuti e raggiungere standard ottimali di preselezione degli stessi. Negli anni passati è stato attivato un piano di formazione rivolto a tutti i dipendenti che ha suscitato notevole attenzione; nel 2013 si è curato in particolare modo la cartellonistica personalizzata nelle varie realtà organizzative. L'impatto della formazione sul campo ha avuto oggettivi riscontri positivi in quanto anche nell'ultimo anno è stato registrato un aumento della quantità di rifiuti raccolti in forma differenziata (49% nel 2013) con la contestuale riduzione della quantità rifiuti pericolosi prodotti oltre ad un uso più appropriato degli specifici contenitori.

Nel valutare l'andamento della produzione di rifiuti a rischio infettivo del 2013 possiamo notare che, nonostante siano aumentati di circa 2600 gli interventi chirurgici, c'è stata comunque una riduzione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo, da riferire ad una migliore selezione degli stessi:

In sintesi, si conferma che l'attività di sensibilizzazione e di attenzione continua alla gestione dei rifiuti ha portato a buoni risultati, documentati da una progressiva riduzione nella produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo ed un incremento delle frazioni sottoposte a raccolta differenziata, con significativa riduzione dei costi a carico dell'azienda. Preme poi mettere in evidenza che l'AOU di Modena è una delle poche aziende sanitarie regionali ad avvalersi di un sistema affidabile (95%) di rendicontazione della produzione rifiuti per Centro di Costo produttore.

Azioni di razionalizzazione in ambito ICT

Rispetto alle linee di programmazione 2013 le principali azioni intraprese sono di seguito riassunte:

- promozione del fascicolo sanitario elettronico;
- dematerializzazione ricetta;
- centralizzazione gestione informatizzata delle risorse umane;
- studio preliminare per la omogeneizzazione e centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale;
- adozione di un sistema di monitoraggio e governo dell'appropriatezza in ambito di Analisi di Laboratorio.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Piano Sangue

Nel 2013 è divenuto operativo il "Piano sangue e plasma regionale per il triennio 2013-2015". Esso contempla l'appartenenza del SIMT del Policlinico di Modena all'Area Vasta Emilia Nord; in questo contesto il SIMT del Policlinico di Modena ha partecipato, oltre che alle previste riunioni del Comitato di Programma Sangue Plasma di Area Vasta Emilia Nord, alla stesura del capitolato di gara AVEN per la fornitura di sacche e apparecchiature per la raccolta e lavorazione delle unità di sangue; il suddetto piano prevede altresì l'afferenza degli emocomponenti raccolti dal SIMT di Modena presso il SIMT dell'ASL di Bologna, individuato come polo trasfusionale di lavorazione e qualificazione biologica di Area Vasta Centro.

Accordi di fornitura con le aziende territoriali della regione

La deliberazione di Giunta Regionale n. 199/2013 prevede il sistema degli accordi di fornitura come lo strumento normativamente previsto per orientare la produzione dei fornitori alle esigenze sanitarie la cui determinazione in forma di committenza è responsabilità delle Aziende Sanitarie. Per tali accordi possono essere utilizzate le linee guida proposte lo scorso anno dalle Aziende ospedaliere, ovvero convenire di adottare altre modalità di regolazione, controllo e compensazione derivanti dalla negoziazione. In caso di mancato accordo, il riconoscimento della produzione non potrà superare il valore economico dell'anno 2011, ad eccezione delle prestazioni di alta specialità e di bassa diffusione, per le quali non c'è evidentemente tetto economico. La nostra azienda ha stipulato accordi con le aziende proponenti, stabilendo quale tetto di produzione 2013 il valore economico dell'anno 2011, ad eccezione delle prestazioni di alta specialità e di bassa diffusione. Soltanto l'accordo con l'azienda USL di Ferrara prevede l'applicazione delle soprarichiamate linee guida alla produzione 2013, ai fini della determinazione del tetto di produzione. Il valore economico dell'attività erogata nel 2013 a favore di pazienti emiliano romagnoli ammonta a 11.889.021, di questi vengono iscritti in bilancio 11.780.352, con una perdita di valore, conseguente agli accordi

stipulati, di 108.669 (perdita riferita alla attività per pazienti di Ferrara e Ravenna). Per quanto riguarda il contratto di fornitura con l'Azienda Usl di Modena, esso è stato approvato dall'Azienda Ospedaliera con delibera n. 275 del 23 dicembre 2013. Si rinvia al commento contenuto nel capitolo 2.

Day•Hospital•

Nel corso del 2013 sono state identificate le aree di attività in regime di day hospital potenzialmente trasferibili al livello ambulatoriale. Con i clinici sono stati organizzati incontri per valutare l'effettiva trasferibilità delle singole attività, l'impatto economico del diverso regime assistenziale sul bilancio aziendale e sul livello di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti arrivando alla definizione dei nuovi percorsi di cura. In particolare la Direzione Sanitaria, di concerto con i professionisti ed i direttori delle UU.OO. interessate, ha provveduto ad individuare una strategia che accompagnasse e favorisse il cambiamento. Nello specifico tra settembre e dicembre 2013, sono stati condotti alcuni incontri multidisciplinari che hanno visto protagonisti i medici di direzione sanitaria ed i referenti delle UU.OO. di Nefrologia, Reumatologia, Medicina 1. Ciò si è reso necessario al fine di individuare delle soluzioni che permettessero di giungere alla trasformazione richiesta dalla direttiva, facendo in modo di rispettare e di mantenere inalterati i livelli assistenziali garantiti in regime di DH, ponendo al centro l'interesse ed i bisogni dei pazienti.

Punti•Nascita•

La Commissione Nascita regionale ha completato l'elaborazione dei risultati dell'audit perinatale sui dati 2012 che le Unità Operative dell'Area Perinatale (Ostetricia-Ginecologia, Neonatologia, Pediatria) hanno fornito nel 2013 mediante questionari autosomministrati che avevano lo scopo di fotografare per ogni U.O. le risorse umane e strutturali, le modalità assistenziali, le modalità di informazione e comunicazione all'utenza, il funzionamento del modello Hub & Spoke nel territorio di riferimento. L'AOU policlinico di Modena ha partecipato con i due Centri HUB di Ostetricia-Ginecologia e Neonatologia/TIN. Sulla riorganizzazione dell'assistenza perinatale fornita dalla nostra Azienda, si lavorerà nel 2014 quando, anche sulla base dei risultati dell'audit, arriveranno precise indicazioni dalla Regione e dalle Direzioni Aziendali provinciali. L'AOU Policlinico di Modena sta inoltre lavorando, nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza perinatale provinciale e come richiesto dalla DGR 1603/2013 alla riattivazione entro il 2014 del Servizio di Trasporto d'Emergenza Neonatale provinciale.

Capitolo 4 – Lavoro, personale, organizzazione

4.1 – L'assetto organizzativo delle due aziende

Ausl Modena

Durante il 2013 la struttura organizzativa della Azienda USL di Modena è stata sottoposta ad un importante processo di rimodulazione e cambiamento che ha visto la progressiva integrazione col L'AOU Policlinico di numerose partizioni organizzative¹⁰. Il processo di cambiamento ha visto la partecipazione di tutti gli attori rappresentati (la direzione Strategica Aziendale con il suo staff, i dipartimenti ospedalieri e territoriali e le organizzazioni sindacali). Questo corposo processo di cambiamento ha trovato una prima definizione formale nel manuale organizzativo¹¹¹². Lo scopo di questo documento, che viene aggiornato costantemente, è quello di descrivere le missioni dei diversi servizi aziendali dandone, contestualmente, una rappresentazione grafica sintetica in modo tale che risulti più semplice ed immediato, per gli operatori aziendali e per chi ci osserva dall'esterno, comprendere i processi organizzativi sottesi alla produzione dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati ai cittadini della provincia di Modena.

Nelle pagine che seguono solo in questa edizione del bilancio di missione che rendiconta l'anno 2013 che ha visto la nascita del manuale organizzativo, proponiamo una sintesi di questo documento con lo scopo di introdurre il lettore alla comprensione dei processi organizzativi sottesi alla produzione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Nelle prossime edizioni verranno rendicontati solo le modifiche avvenute nell'anno. Si rimanda al Manuale Organizzativo Aziendale per il dettaglio esaustivo dei diversi servizi e delle finalità strategiche perseguite.

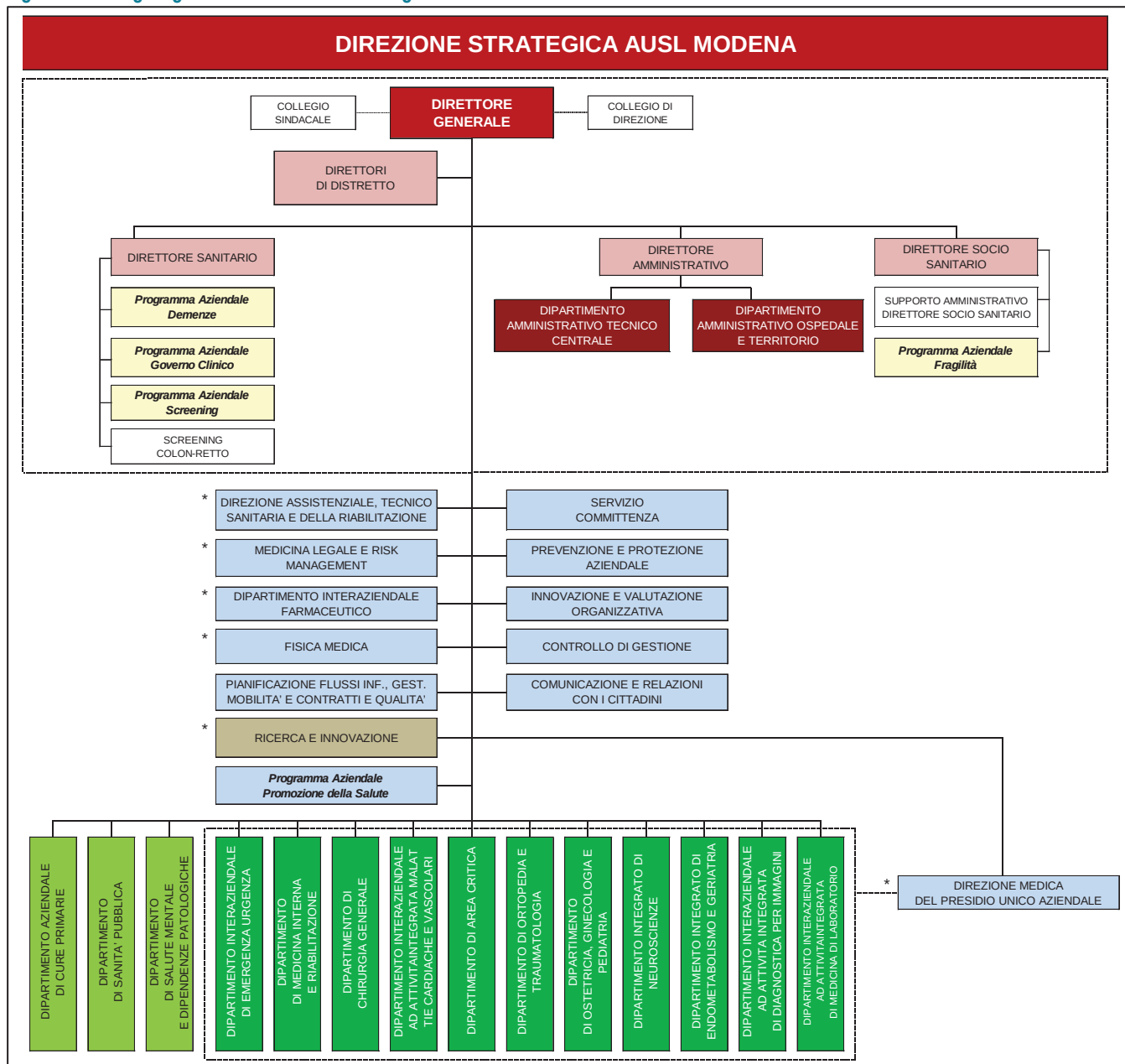
¹⁰ Le partizioni organizzative integrate tra le due aziende, che verranno descritte nel corso del paragrafo, sono:

Gestione e Sviluppo Risorse Umane Interaziendale;
Communication Information Technology Interaziendale;
Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza
Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata Malattie Cardiache e Vascolari
Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Diagnostica per Immagini
Dipartimento Interaziendale ad attività integrata di Medicina di Laboratorio

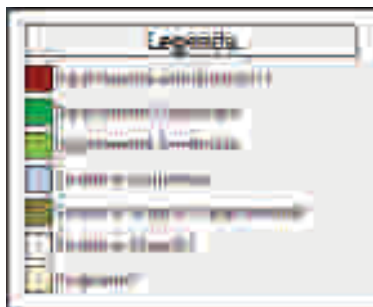
¹¹ La rappresentazione dell'Azienda USL di Modena che proponiamo è quella definita nel manuale organizzativo aziendale formalizzato nel marzo del 2014 (Deliberazione del Direttore Generale N. 042 Del 04/03/2014). Il motivo per il quale abbiamo scelto questa rappresentazione deriva dal fatto che tutta la condivisione e il percorso partecipativo fatto con i dipartimenti ospedalieri e territoriali, gli staff della direzione strategica e le organizzazioni sindacali è avvenuto il larghissima parte nel corso del anno 2013. In questo senso, il fatto che la delibera che sancisce ufficialmente questo assetto organizzativo sia arrivata nel 2014, ci pare meno rilevante rispetto alla sostanza di quanto detto.

¹² Il manuale organizzativo è disponibile alla seguente pagina internet
<http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/104>

Fig. 4.1.1 – Organigramma Direzione strategica Ausl di Modena



* Le strutture organizzative dello staff della direzione strategica contrassegnate con asterisco afferiscono gerarchicamente direttamente al Direttore Sanitario.



Schematicamente, le diverse strutture aziendali possono essere collocate all'interno di due macro-aree organizzative a seconda degli obiettivi strategici che perseguono (mission):

**Direzione Strategica Aziendale (e il relativo staff direzionale);
Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali.**

Direzione Strategica Aziendale

Della Direzione strategica aziendale fanno parte il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, Il Direttore Amministrativo (dal quale dipendono il Dipartimento Amministrativo Tecnico Centrale e il Dipartimento Amministrativo Ospedale e Territorio), il Direttore delle Attività Socio-Sanitarie, i Direttori di Distretto e gli Organi della Direzione (il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione). Inoltre, sempre all'interno della Direzione Strategica, sono collocati una serie di Programmi Aziendali. Nel suo insieme, la sua funzione principale consiste nel pianificare, attuare e valutare il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali. La Direzione strategica è dunque responsabile del governo complessivo dell'azienda ovvero della realizzazione della sua mission. A questo fine, nell'ambito del processo di budget, assegna le risorse umane e strumentali alle macrostrutture aziendali, nel rispetto degli indirizzi strategici e dei vincoli di bilancio stabiliti.

Come detto precedentemente, trovano la loro collocazione all'interno della Direzione Strategica, in dipendenza diretta dal Direttore Amministrativo, il Dipartimento Amministrativo Tecnico Centrale e il Dipartimento Attività Amministrative Ospedale e Territorio. Li descriviamo sinteticamente di seguito.

Il Dipartimento Amministrativo Tecnico Centrale garantisce una funzione di supporto per la Direzione Strategica Aziendale favorendo l'integrazione delle attività amministrative, tecnico-professionali e delle funzioni aziendali di produzione attraverso la direzione e il coordinamento gestionale dei seguenti Servizi:

- Gestione e Sviluppo Risorse Umane Interaziendale;
- Servizio Bilancio;
- Acquisti e Logistica;
- Affari Generali e Legali;
- Gestione Personale Convenzionato, Controllo Ispettivo e Disciplinare;
- Ingegneria Clinica –Biotecnologie;
- Communication Information Technology Interaziendale;
- Coordinamento delle Attività Amministrative Centrali;
- Servizio Tecnico;

Il Dipartimento Attività Amministrative Ospedale e Territorio assicura la direzione e il coordinamento gestionale delle attività amministrative a livello ospedaliero e territoriale. Conseguisce le sue finalità attraverso modalità di lavoro per processi e progetti al fine di rispondere in modo efficace ed efficiente alle sollecitazioni provenienti sia dall'ambiente esterno che interno all'Azienda. Al fine di garantire questi principi si avvale delle seguenti strutture:

- Direzione Amministrativa Presidio Ospedaliero;
- Direzione Amministrativa Dipartimento Aziendale di Cure Primarie;
- Direzione Amministrativa Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;
- Direzione Amministrativa Dipartimento di Sanità Pubblica;
- Coordinamento Attività Amministrative Ospedale e Territorio;

Infine, concludiamo la sezione dedicata alla Direzione Strategica, con la descrizione dei Programmi Aziendali.

I Programmi sono delle articolazioni organizzative dell'azienda che vengono istituiti dal Direttore Generale su specifici percorsi assistenziali o per particolari target di popolazione e hanno come obiettivo principale lo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio. Nel caso specifico della Azienda USL di Modena, i Programmi Aziendali sono collocati all'interno della Direzione Strategica e, per questa ragione, il responsabile del Programma dipende, a seconda delle situazioni specifiche, o dal Direttore Generale (Programma Aziendale Promozione della Salute), o dal Direttore Sanitario (Programma Aziendale Demenze, Programma Aziendale Governo Clinico, Programma Aziendale Screening), o dal Direttore delle Attività Socio-Sanitarie (Programma Aziendale Fragilità). A seguire diamo una sintetica descrizione delle finalità strategiche che i singoli Programmi sopra citati perseguono:

Programma Aziendale Demenze¹³: ha lo scopo di attuare, garantire e monitorare gli obiettivi previsti dal Progetto Regionale Demenze (DGR 2581/99). I suoi principali obiettivi consistono nel garantire una diagnosi adeguata e tempestiva; migliorare la qualità delle cure e della vita degli anziani con demenza e dei loro familiari; favorire il mantenimento a domicilio del paziente; adeguare e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari; dare adeguato sostegno alle famiglie; valorizzare l'apporto delle associazioni presenti sul territorio; qualificare i processi assistenziali interni agli ospedali.

Programma Aziendale Fragilità: ha lo scopo di monitorare e implementare le attività dei dipartimenti aziendali rivolte alle categorie di persone in condizione di fragilità (persone in condizione di non autosufficienza anziane e disabili) sia per motivi di natura sanitaria che per condizione socio-economica, di genere o di appartenenza etnica. Al fine di perseguire questo obiettivo si rapporta in modo sinergico alle varie strutture aziendali favorendo il miglioramento continuo dei percorsi raccordandoli con quelli dei servizi sociali degli Enti Locali.

Programma Aziendale Governo Clinico: ha lo scopo di sviluppare politiche di miglioramento dell'efficacia, appropriatezza ed economicità di prestazioni e percorsi in ambito diagnostico, terapeutico e assistenziale, per la promozione della salute attraverso azioni che coinvolgono professionisti e cittadini avvalendosi di metodi e strumenti della Evidence Based Health Care. Il programma opera per ridurre la variabilità dei comportamenti e per assicurare maggiore equità nell'accesso alle prestazioni, supportando la Direzione Strategica nella definizione delle priorità e nelle scelte di allocazione delle risorse sulla base di criteri trasparenti e condivisi.

Programma Aziendale Promozione della Salute: ha lo scopo di promuovere lo sviluppo di una politica per la promozione della salute in stretta collaborazione con gli altri settori della società civile, favorendo la partecipazione attiva del cittadino nella definizione delle scelte che riguardano la salute. Supporta la direzione Strategica nel favorire l'integrazione fra i diversi soggetti interni ed esterni all'Azienda al fine di rafforzare i rapporti di condivisione e collaborazione con le realtà territoriali, l'Azienda Ospedaliera Policlinico, l'Università degli Studi, il Terzo settore e gli Enti Locali mediante strategie di promozione della salute volte all'empowerment, all'educazione, alla partecipazione e alla riduzione delle disuguaglianze.

Programma Aziendale Screening¹⁴: supporta la direzione aziendale nel governo clinico e nel coordinamento organizzativo degli screening di popolazione della nostra provincia, che si realizzano anche attraverso il coordinamento funzionale delle tre strutture aziendali dedicate ai singoli screening (Screening Mammografico, Screening CA Collo dell'Utero e Screening Colon-Retto). I suoi principali compiti possono essere sintetizzati come segue: favorire il consolidamento del sistema informativo screening; presidiare le implementazioni necessarie alle attivazioni di nuovi percorsi; favorire l'adozione di modalità comuni di monitoraggio delle attività di valutazione degli indicatori di salute; collaborare nell'implementare un sistema di reportistica omogeneo e a misura dei diversi interlocutori.

Staff della Direzione Strategica

Per favorire il coordinamento tra le funzioni di governo aziendale e le strutture preposte alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari, la Direzione Strategica si avvale di specifiche posizioni di Staff. Compongono lo staff della Direzione Strategica i seguenti servizi:

Direzione Assistenziale, Tecnico Sanitaria e della Riabilitazione: assicura la programmazione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali garantite dalle professioni sanitarie, dagli assistenti sociali e dagli operatori di supporto nelle diverse strutture aziendali secondo criteri uniformi modulati sulle diverse esigenze organizzative. La Direzione Assistenziale, concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando efficacia, qualità ed efficienza tecnico-organizzativa al processo assistenziale in fase di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione.

Medicina Legale e Risk Management: supporta ed orienta la direzione strategica aziendale nel processo sistemico e integrato della identificazione, valutazione e trattamento del rischio sanitario con il coinvolgimento attivo e multidisciplinare di tutte le funzioni più strettamente correlate al perseguimento della safety governance aziendale e risk management, che rappresentano il complesso di attività finalizzate alla contestuale gestione del rischio aziendale e del rischio clinico.

Dipartimento Interaziendale Farmaceutico: supporta la direzione dell'azienda USL e dell'AOU Policlinico di Modena nel raggiungimento degli obiettivi regionali di programmazione e attuazione dell'assistenza farmaceutica negli ospedali e nei servizi territoriali della provincia. Nello specifico, assicura: la continuità

¹³ Il programma aziendale demenze viene trattato in modo esteso nei capitoli 8 e 9

¹⁴ Il programma screening aziendale viene trattato in modo esteso nei paragrafi 3.21. screening e 8.4 Pediatria di comunità

assistenziale ospedale-territorio attraverso la distribuzione dei farmaci e di altro materiale sanitario alla dimissione del paziente; l'appropriatezza da parte delle strutture aziendali nell'acquisizione e nell' utilizzo dei prodotti farmaceutici; le attività di farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza; l'attività di monitoraggio e analisi delle prescrizioni di farmaci per l'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

Fisica Medica: svolge attività di progettazione, controllo e gestione connesse all'impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti in campo medico, promuovendo l'introduzione e lo sviluppo a livello aziendale di applicazioni di informatica medica. Nello specifico, garantisce: la sorveglianza fisica dei lavoratori e dei pazienti negli impianti a risonanza magnetica; la progettazione e l'implementazione di un programma di garanzia della qualità in diagnostica per immagini in conformità con quanto previsto dal D.Lgs. 187/00; il necessario supporto al datore di lavoro nella valutazione e nella gestione dei rischi per i lavoratori ed i pazienti derivanti dall'impiego di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

Pianificazione Flussi informativi, Gestione Mobilità e Contratti e Qualità: supporta la direzione strategica nell'attività di pianificazione, valutazione, monitoraggio e progettazione di azioni di miglioramento nei diversi ambiti produttivi, con particolare riferimento alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni assistenziali, all'efficienza gestionale e al buon funzionamento dei processi aziendali. Al fine di supportare i processi decisionali e garantire la qualità della produzione, si occupa di raccogliere i dati dalle strutture organizzative, validarli, elaborarli e diffonderli a tutte le funzioni interessate.

Ricerca e Innovazione: supporta la direzione strategica nel coordinamento delle attività necessarie ad acquisire la capacità di produrre informazioni utili sulle quali basare le scelte cliniche, assistenziali ed organizzative e nella valutazione dell'impatto di tali scelte sui processi organizzativi, sui costi e sulla qualità dell'assistenza. Il Servizio sostiene l'attività di ricerca come una delle forme concrete della realizzazione di collaborazione tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Direzione Medica del Presidio Unico Aziendale: supporta la direzione strategica nel coordinamento delle attività delle direzioni mediche degli stabilimenti ospedalieri, fornendo diretto supporto alla direzione sanitaria aziendale in ordine alle scelte di complessivo orientamento dell'organizzazione e produzione ospedaliera. La direzione del presidio ha come principale obiettivo strategico la concreta attuazione dei valori di riferimento dell'area ospedaliera e, adempie a questa sua fondamentale funzione, facendo in modo che le missioni dei diversi dipartimenti ospedalieri siano coerenti con la programmazione strategica aziendale, provinciale e regionale.

Servizio Committenza: supporta la direzione strategica aziendale nell'analisi dei processi produttivi e nella definizione del fabbisogno di prestazioni di degenza ed ambulatoriali, al fine di valutare e stipulare i contratti di fornitura con i soggetti pubblici e privati. Inoltre, verifica la congruenza tra prestazioni erogate e contenuti degli accordi che dovranno essere in linea con requisiti di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità e sicurezza. Infine, Esegue i controlli di appropriatezza generica e specifica delle prestazioni sanitarie erogate e gestisce i rapporti con gli erogatori nella fase di esecuzione dei contratti per ciò che concerne gli aspetti sanitari e giuridico-amministrativi.

L'Area Aziendale che presidia gli aspetti relativi alla sicurezza dei lavoratori e alla gestione dei rischi per l'ambiente si articola nel Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e nel Servizio Sorveglianza Sanitaria e si avvale delle competenze dell'Esperto qualificato.

- **Prevenzione e Protezione Aziendale:** fra i principali compiti del Servizio vi è quello di individuare i fattori di rischio e le misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, elaborare le misure preventive e protettive e i sistemi di controllo, elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali, proporre e organizzare i programmi di informazione e formazione dei lavoratori, partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro. Nello specifico il Servizio si occupa del coordinamento aziendale, redazione, aggiornamento, informatizzazione e messa in disponibilità ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) della valutazione dei rischi aziendale (VdR) e dei relativi Documenti (DVR) ivi compresi anche i documenti unici di valutazione dei rischi di interferenza (DUVRI).
- **Sorveglianza Sanitaria:** assume, attraverso il medico competente, le responsabilità e gli obblighi del datore di lavoro (al quale resta la responsabilità in vigilando) riguardo al tema della prevenzione sanitaria effettuata sul lavoratore. Inoltre, partecipa, con lo stesso datore di lavoro e con l' RSPP alla valutazione dei rischi e alle attività formative/informative (linea consultiva), e a tutta l'attività sanitaria sul lavoratore (linea operativa). In questo ruolo riveste anche figura di garanzia del lavoratore in quanto tutelante un bene primario (la salute).
- **Esperto Qualificato:** è competente sulla valutazione del rischio associato ad attività che espongono l'operatore al contatto con radiazioni ionizzanti. Verifica il corretto funzionamento dei dispositivi di protezione, fornisce agli operatori le istruzioni e le prescrizioni necessarie a garantire la sorveglianza

fisica della radioprotezione nel rispetto della normativa vigente. Ha il compito di controllare le sorgenti radiogene, sia dal punto di vista fisico, che dosimetrico.

Innovazione e Valutazione Organizzativa: Il servizio è orientato all'innovazione e al miglioramento dell'organizzazione attraverso il supporto alla direzione strategica aziendale nelle attività di valutazione e sviluppo dell'organizzazione e nella gestione e supporto dei cambiamenti organizzativi. Il servizio opera attraverso le unità operative della Salute Organizzativa e della Formazione e attraverso il supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione regionale. In sintesi, presidia: le attività di valutazione (valutazione delle performance aziendali, valutazione degli obiettivi annuali degli staff direzionali dell'area amministrativa, tecnica e di staff, valutazione e analisi della qualità della vita lavorativa percepita, monitoraggio delle competenze); le attività legate al cambiamento e allo sviluppo dell'organizzazione assicurando il coinvolgimento e la partecipazione di tutti gli attori organizzativi coinvolti al fine di ridurre le potenziali resistenze e conflittualità nell'implementazione dei nuovi assetti organizzativi.

Controllo di Gestione: supporta la direzione strategica nei processi di programmazione, controllo direzionale e controllo operativo, garantendo il monitoraggio continuo dei principali indicatori concordati (obiettivi assegnati a livello regionale e nazionale) e sulla base di questi alimenta tempestivamente la reportistica (cruscotto direzionale) funzionale alla programmazione delle attività aziendali. Contribuisce insieme ai servizi tecnici aziendali e al servizio bilancio alle analisi di fattibilità ed economiche degli investimenti in un'ottica di miglioramento e facilitazione dei processi di prevenzione, diagnosi e cura dei pazienti.

Comunicazione e Relazioni con i Cittadini: promuove e fornisce l'informazione e la comunicazione interna ed esterna in coerenza con le strategie e le priorità aziendali. Facilita la relazione tra cittadini e la rete dei servizi sanitari e socio sanitari integrati, al fine di diffondere e facilitare la conoscenza delle attività, dei servizi e delle prestazioni assicurate a livello provinciale, osservando i principi comuni di accessibilità, trasparenza e imparzialità. Opera attraverso un sistema di ascolto e di relazioni con tutti i soggetti coinvolti per meglio focalizzare i bisogni, capire gli effetti e innescare concreti processi di innovazione e partecipazione. Assicura lo sviluppo dei progetti regionali in ambito aziendale per quanto attiene le attività di informazione e comunicazione.

I dipartimenti territoriali ed ospedalieri rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda e hanno l'obiettivo di gestire la produzione garantendo la globalità degli interventi preventivi, assistenziali e riabilitativi e la continuità dell'assistenza. I dipartimenti sono la sede elettiva del governo clinico e sono il luogo della partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionale che influenzano la qualità dei servizi e l'utilizzo delle risorse disponibili.

I dipartimenti hanno estensione aziendale o interaziendale e aggregano una pluralità di unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici con funzioni assistenziali affini, complementari o funzionalmente collegate, secondo principi di non ridondanza e specializzazione. Assicurano la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi tecnicamente appropriati e di elevata qualità tecnica, rispondenti alle necessità assistenziali e alle preferenze della persona. I Dipartimenti perseguono l'ottimizzazione dell'uso delle risorse con particolare riferimento a quelle di uso comune attraverso la definizione di criteri espliciti di accesso e/o di allocazione interna, nonché attraverso la ricerca e la messa in pratica di innovazioni organizzative e tecnologiche al fine di migliorare la qualità dei servizi e la loro sostenibilità economica.

I Dipartimenti Territoriali

Dipartimento di Sanità Pubblica: è la struttura organizzativa, dotata di autonomia tecnico professionale gestionale, preposta all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, con funzioni di analisi, promozione, orientamento, assistenza e vigilanza sui problemi di salute e sui fattori determinanti il benessere della collettività, attraverso interventi che vanno a coinvolgere l'intera società civile. Nell'assolvimento delle proprie funzioni il Dipartimento agisce in stretta collaborazione con l'ARPA, con l'Istituto Zooprofilattico e con altri organismi di controllo, definendo procedure o gruppi di lavoro condivisi tra gli Enti. A livello di Area Vasta, lo strumento di interazione fra i diversi dipartimenti è il Coordinamento dei DSP di Area Vasta Emilia Nord. Tale Coordinamento ha come principale finalità quella di promuovere lo sviluppo di funzioni epidemiologiche complesse e di una serie di altre funzioni per le quali l'ambito sovra provinciale possa risultare più adeguato. Il dipartimento per adempiere alle proprie funzioni di avvale di diverse strutture: igiene pubblica, igiene degli alimenti e della nutrizione, sanità pubblica veterinaria, servizio prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, sicurezza impiantistica antinfortunistica in ambienti di vita e di lavoro, epidemiologia e comunicazione del rischio, medicina dello sport e promozione dell'attività fisica.

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: garantisce l'organizzazione, gestione e produzione delle prestazioni finalizzate alla promozione della salute mentale, alla prevenzione, diagnosi, cura

e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle dipendenze patologiche in ogni fascia d'età, delle disabilità psicofisiche in età evolutiva. Le prestazioni sono erogate garantendo informazione, partecipazione, integrazione comunitaria, empowerment di utenti e familiari, qualità dei trattamenti e la sostenibilità economica, implementando una cultura clinica basata sui temi della ripresa e del recupero possibile, della continuità assistenziale, della valorizzazione delle risorse personali e dell'integrazione delle risorse sociali. Il DSM-DP integra quattro Settori: Settore Salute Mentale Adulti (SMA), Settore Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza (NPIA), Settore Dipendenze Patologiche (DP) e Settore Psicologia Clinica (PC), in un'ottica di processo, di continuità assistenziale, di differenziazione, di specializzazione e di integrazione professionale.

Dipartimento Aziendale di cure Primarie: garantisce a tutti i cittadini le cure primarie, ovvero il sistema di cure erogate vicino ai luoghi di vita delle persone che, nel loro insieme, costituiscono la forma principale di assistenza sanitaria continuativa. Tale forma assistenziale è centrata sui bisogni della persona, ha valenze di promozione e tutela della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, e si giova di una rete territoriale di strutture e professionalità che operano in maniera integrata.

Il dipartimento, sul territorio della provincia di Modena, assicura: la presa in carico territoriale della cronicità assicurando la continuità delle cure; la promozione e lo sviluppo della medicina proattiva quale modello di riferimento per la gestione della cronicità anche aumentando le competenze e le capacità di autocura dei pazienti; una prima risposta ai problemi acuti dei cittadini gestibili nell'ambito delle cure primarie; lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie quali luoghi di esercizio dell'attività clinico assistenziale, delle Case della Salute e della rete degli ospedali di comunità. L'area delle cure primarie raccoglie un insieme di funzioni che vengono presidiate sul territorio della provincia di Modena attraverso un'organizzazione capillare presente nei diversi distretti e comprende: l'assistenza primaria, l'assistenza domiciliare e le cure palliative, l'area fragili e l'assistenza protesica, il centro servizi ambulatoriali, i consultori familiari, la diabetologia, la pediatria di comunità, e l'odontoiatria.

I Dipartimenti Ospedalieri.

Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza¹⁵: ha l'obiettivo di rispondere alle necessità di intervento in emergenza-urgenza per assicurare a tutti i pazienti una assistenza tempestiva ed efficace dal territorio sino alla loro definitiva collocazione. Il Dipartimento integra tutte le unità operative di pronto soccorso, medicina d'urgenza e punti di primo intervento della Azienda USL di Modena e della Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena.

Dipartimento di Medicina Interna e Riabilitazione: Il suo principale obiettivo riguarda la presa in carico, la sorveglianza e il trattamento delle comorbidità di ordine internistico nei pazienti ricoverati. Il dipartimento eroga le sue funzioni secondo il principio del trattamento per intensità di cura ed attraverso percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, individuati, condivisi e diffusi in tutta la rete. Il dipartimento ha fra i suoi obiettivi il coordinamento con il dipartimento aziendale di cure primarie nell'ottica del sempre più corretto utilizzo delle risorse (ospedaliere e territoriali) presenti nella realtà provinciale.

Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica: ha come principale obiettivo quello di garantire l'assistenza di base ai pazienti con patologia chirurgica, in modo diffuso in tutti i punti della rete, garantendo l'erogazione dei trattamenti di maggiore complessità presso sedi di riferimento qualificate che abbiano le necessarie competenze professionali, dotazioni tecnologiche, presenza di servizi accessori. Garantisce, anche in collaborazione con i servizi territoriali, la continuità assistenziale ai pazienti con specifiche necessità, mediante l'attivazione di percorsi dedicati.

Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata Malattie Cardiache e Vascolari: ha come principale obiettivo quello di definire i programmi di prevenzione secondaria, i percorsi clinico-diagnostico-terapeutici e riabilitativi per pazienti con fattori di rischio e/o malattie dell'apparato cardiaco e vascolare, offrendo ai cittadini percorsi cardiologici e vascolari appropriati e omogenee opportunità diagnostico-terapeutiche ed assistenziali in situazione di emergenza-urgenza, acuzie e cronicità.

Dipartimento di Area Critica: comprende le unità operative di Anestesia e di Anestesia-Rianimazione che hanno come missione l'assistenza a malati con patologie critiche, che si avvalgono di trattamenti terapeutici ospedalieri di alta complessità e dell'uso di tecnologie complesse richiedenti una particolare preparazione professionale e tecnologica. Il dipartimento coordina gli anestesisti rianimatori che gestiscono i pazienti nell'intero percorso perioperatorio, i pazienti critici, i traumatizzati, i cerebrovascolari con perdita delle funzioni spontanee vitali.

¹⁵ La rete emergenza-urgenza viene trattata in modo più esteso nel paragrafo ??

Dipartimento di Ortopedia e traumatologia: ha come principale obiettivo quello di organizzare direttamente e assicurare autonomamente le prestazioni sanitarie in urgenza di carattere traumatologico ortopedico e quelle ordinarie e differibili, assegnando a ciascuna unità operativa del dipartimento, in funzione del modello organizzativo Aziendale della rete “hub and spoke”, il proprio ruolo in questo sistema, calibrandone la capacità di risposta sulla base delle esigenze provinciali declinate in funzione della organizzazione locale.

Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria: garantisce una risposta ai problemi di salute della popolazione femminile del territorio in ogni fase del ciclo di vita della donna e della popolazione pediatrica, dall'età neonatale all'adolescenza, impegnandosi a garantire percorsi affidabili e confortevoli. Il dipartimento opera avendo come priorità la collaborazione e la sinergia tra le sue diverse componenti. A questo fine, opera in stretta collaborazione con tutte le Unità Operative ed i Servizi dell'Ospedale ed è punto di riferimento, di supporto e di scambio per i servizi territoriali, per i consultori, per i medici di medicina generale, gli specialisti esterni, i ginecologi libero-professionisti e i pediatri di libera scelta.

Dipartimento Integrato di Neuroscienze: assicura la gestione integrata delle malattie neurologiche e delle patologie di pertinenza otorino-laringoiatrica e oftalmologica per mezzo di percorsi diagnostico-terapeutici che integrano le funzioni territoriali e ospedaliere, utilizzando in modo appropriato i ricoveri per i casi acuti e garantendo la continuità assistenziale nelle patologie croniche. In particolare gestisce, coordinandosi con il dipartimento di emergenza urgenza, i percorsi diagnostico-terapeutici relativi a patologie di rilevante importanza come quelle cerebrovascolari, ischemiche ed emorragiche e quelli delle patologie traumatiche.

Il Dipartimento Integrato di Medicina Interna, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria: assicura la gestione integrata delle malattie metaboliche ed endocrinologiche e delle loro complicanze metaboliche, vascolari e neurologiche nell'età adulta e negli anziani assicurando la continuità delle cure attraverso una stretta interazione con i servizi territoriali e, con il miglioramento della gestione del paziente, la riduzione dei ricoveri ospedalieri particolarmente nei pazienti con polipatologie e anziani. Scopo del Dipartimento è quello di integrare le Unità attive in questo campo e creare una sinergia fra le varie competenze allo scopo di ottimizzare l'attività clinica e formativa e dare ulteriore impulso e finalizzazione alla ricerca.

Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata di Diagnostica per Immagini: garantisce e coordina l'erogazione di prestazioni di Diagnostica per Immagini sul territorio provinciale sulla base delle specifiche esigenze locali con particolare attenzione all'appropriatezza delle prestazioni, promuovendo l'individuazione e la relativa caratterizzazione delle sedi dove possano essere concentrate e privilegiate attività di particolare complessità e peculiarità clinica, valorizzando e favorendo lo sviluppo di specifiche competenze diagnostico-interventistiche.

Dipartimento Interaziendale ad attività integrata di Medicina di Laboratorio: ha la finalità di produrre ed erogare prestazioni analitiche e diagnostiche sia di base che ad elevata complessità, promuovendo la corretta richiesta dei test e favorendo la corretta interpretazione dei referti. Il Dipartimento è orientato ad offrire prestazioni diagnostiche del più elevato contenuto tecnico- scientifico con verifica costante dell'appropriatezza e del governo clinico, orientate a produrre i migliori risultati di salute per i cittadini afferenti anche attraverso l'analisi dell'appropriatezza delle attività diagnostiche condotta attraverso i principi della Evidence Based Laboratory Medicine.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena intende divenire un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretta sinergia con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento, un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche e il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini. L'Azienda vuole utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in équipe), coinvolgendo le diverse espressioni professionali ai processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

Principi ispiratori:

- la promozione della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficienza, dell'efficacia, della valorizzazione delle risorse e della sicurezza costituisce il principio fondante a cui si ispira l'azione di governo aziendale, che, nella sua realizzazione, deve contemplare l'aderenza ai valori di universalità ed equità di accesso alle prestazioni, di rispetto dei principi di dignità della persona, come presupposti per fondare la propria azione sulla centralità del cittadino e del paziente.
- l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale e la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative espresse dal contesto di riferimento costituiscono elementi di supporto e di indirizzo di grande rilevanza per gli orientamenti strategici ed organizzativi aziendali. In particolare la mission si realizzerà anche attraverso il rafforzamento del sistema di cura provinciale, inteso come progetto complessivo di offerta di servizi che origina dalla centralità del cittadino e delle comunità locali, con le quali intessere unitamente all'Azienda U.S.L. positive relazioni;
- la valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo professionale e tecnologico e l'adeguamento delle competenze all'evoluzione scientifica costituiscono obiettivi prioritari per accrescere il ruolo di eccellenza nel panorama sanitario regionale e nazionale per le proprie funzioni di cura, formazione, didattica e ricerca.

I principali impegni che l'Azienda fa propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

- ω competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ω ascolto e coinvolgimento;
- ω motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- ω integrazione e sinergie multidisciplinari e interprofessionali;
- ω alta affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- ω innovazione tecnologica e organizzativa;
- ω integrazione ospedale-università;
- ω consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale e regionale e forte integrazione con l'Azienda Sanitaria territoriale;
- ω coerenza della programmazione e della pianificazione con le indicazioni espresse dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria;
- ω qualità del sistema di governo aziendale;
- ω equilibrio economico finanziario.

Fig. 4.1.2 – Schema generale della organizzazione Aziendale, anno 2013



L'Azienda si caratterizza per partecipazione, decentramento e collegialità nell'assunzione da parte del Direttore Generale delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'Azienda stessa e all'organizzazione dei servizi. In tale contesto, la Direzione Generale è caratterizzata come un organismo che opera in modo collegiale secondo il recepimento degli indirizzi di politica sanitaria della Regione e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla direzione dell'Azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione aziendale.

Il regolamento organizzativo aziendale definisce nel dettaglio le funzioni e le attività di competenza della Direzione Generale.

La Direzione Sanitaria

La Direzione Sanitaria coadiuva nell'esercizio delle proprie funzioni il Direttore Generale, in particolare svolgendo la funzione di integrazione e di raccordo interdipartimentale nell'ambito delle tematiche trattate dal Collegio di Direzione relative al governo clinico, accreditamento, gestione del rischio, analisi dei processi assistenziali, formazione, ricerca.

Individua gli obiettivi generali e specifici di produzione e assicura il monitoraggio e la verifica del volume della qualità assistenziale affiancando le risorse e i livelli di qualità coerenti con la politica e le linee di indirizzo esplicitate dalla Direzione Generale.

Coordina, supporta ed affianca i Direttori di Dipartimento nella loro funzione di programmazione e pianificazione delle attività ed elaborazione dei piani organizzativi assicurando l'applicazione di criteri di gestione omogenei, efficienti ed efficaci, avvalendosi della collaborazione degli uffici di staff aziendale.

Si occupa della gestione dei processi trasversali e dello sviluppo delle reti aziendali e interaziendali, rivalutando un modello di erogazione dell'assistenza incentrato sul percorso del paziente e sull'integrazione tra i settori in questo coinvolti, coordinando e supervisionando unitamente al Servizio Assicurazione Qualità la progettazione organizzativa a matrice, così come successivamente precisato nell'articolo relativo ai Dipartimenti ad attività integrata.

Assicura, nell'ambito del sistema dipartimentale, l'organizzazione, il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità dell'attività assistenziale.

Assicura l'unitarietà, il coordinamento e l'integrazione della globalità del processo produttivo sanitario aziendale, garantendo l'attuazione quale progetto a matrice del sistema aziendale per la gestione del rischio, che realizza la sua operatività a livello dipartimentale, nonché l'esercizio delle funzioni relative alla responsabilità professionale e alla gestione del contenzioso, in collaborazione con: Servizio Medicina Legale, Direzione Infermieristica e Tecnica, Servizio Assicurazione Qualità, Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie ed i servizi della Direzione Amministrativa e raccordandosi strettamente con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, quale Delegato alla sicurezza del Datore di lavoro.

La Direzione Amministrativa

La Direzione Amministrativa concorre al governo dell'Azienda e partecipa al processo di pianificazione strategica. Garantisce il corretto svolgimento delle funzioni di supporto tecnico e amministrativo, con il compito principale di coordinare ed integrare tali funzioni fornendo supporto ed indirizzi tecnico-professionali alla Direzione Generale.

Assicura la completezza, la correttezza e la trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'Azienda.

Orienta il funzionamento dei Servizi Amministrativi con particolare centralità dedicata ai problemi legati alla gestione del personale ed alla funzione di coordinamento delle politiche di acquisto anche con altre Aziende Sanitarie e con l'Area Vasta Emilia Nord.

Assicura la legittimità e la trasparenza degli atti nel quadro delle competenze/responsabilità decentrate ai Dirigenti in esecuzione di atti specifici.

Il regolamento organizzativo aziendale definisce nel dettaglio le funzioni e le attività di competenza della Direzione Amministrativa.

Servizi in Staff alla Direzione Generale

La Direzione Generale, a supporto delle proprie funzioni strategiche e per sviluppare e sostenere particolari e specifiche esigenze di coordinamento, si avvale di servizi di staff.

I Servizi di staff si configurano come vere e proprie strutture aziendali, avendo a disposizione risorse proprie, ma avvalendosi anche di risorse di altri servizi e dei dipartimenti con una organizzazione a matrice, specificando adeguatamente, nei manuali organizzativi, nei regolamenti di funzionamento e negli atti di assegnazione della responsabilità di attività in staff, la attenta suddivisione dei ruoli tra le due responsabilità.

Sono:

Rapporti con l'informazione

Cura le relazioni con il mondo dell'informazione per: garantire agli organi di informazione tempestiva e corretta comunicazione; valorizzare le attività assistenziali, formative e di ricerca resi dall'Azienda; valorizzare il lavoro del Professionisti e degli Operatori dell'Azienda; divulgare e rendere chiaro il senso delle scelte strategiche aziendali; contribuire a garantire ai Professionisti e al personale tutto puntuale informazione sull'attività aziendale. Cura la integrazione con un progetto aziendale a matrice con la comunicazione agli assistiti e ai dipendenti che fa capo alla Direzione dei servizi per la ospitalità. Afferisce funzionalmente al Direttore Generale.

Assicurazione Qualità

E' deputata alla diffusione di metodologie e strumenti propri dei sistemi di gestione per la qualità all'interno delle strutture aziendali, al fine di sostenere la Direzione Aziendale nella realizzazione degli obiettivi di miglioramento continuo dei servizi al cittadino. In particolare:

- consolida e rafforza, in stretta collaborazione con il Direttore Sanitario, nelle direzioni di dipartimento l'attitudine alla gestione per percorsi assistenziali;
- promuove la cultura del miglioramento continuo, favorendo e facilitando l'attività di audit;
- contribuisce ad assicurare l'accreditamento istituzionale dell'Azienda;
- partecipa allo sviluppo del Sistema integrato di gestione del Rischio, con particolare riferimento all'analisi dei dati e al supporto metodologico;
- programma e realizza, in collaborazione con il Servizio Formazione, interventi formativi rivolti agli operatori rispetto alle tematiche tipiche dei sistemi qualità;
- sostiene le Strutture sanitarie e tecnico-amministrative nel perseguimento del Sistema Qualità aziendale anche tramite la gestione di verifiche ispettive interne e nei confronti di fornitori dell'Azienda. Afferisce funzionalmente al Direttore Sanitario

Ricerca e Innovazione

Viene istituita per poter e saper esercitare una piena responsabilità nella promozione e governo delle attività di ricerca, mettendo l'Azienda nelle condizioni di:

- essere attiva nell'identificazione e selezione delle potenziali innovazioni proposte e saper trasformare questa attenzione in attività di ricerca clinica al proprio interno;
- sviluppare un ambiente culturale favorevole alla ricerca ed alla sempre maggiore integrazione tra questa e l'attività di assistenza e formazione;
- promuovere l'applicazione di garanzie di trasparenza all'attività di ricerca.

Cura la integrazione con la Direzione Medica di Presidio, il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie, e con i Dipartimenti ad attività integrata per sviluppare un progetto aziendale a matrice relativo al technology assessment. Afferisce funzionalmente al Direttore Generale.

Servizio prevenzione e protezione aziendale

Assolve i compiti di cui agli artt. 8 e 9 del D.Lgs 626/94, e risponde del proprio operato al Direttore Sanitario, delegato alla sicurezza del Datore di lavoro, ferme restando le responsabilità ricadenti in capo al Direttore Generale, quale datore di lavoro e quelle ricadenti in capo ai Direttori di dipartimento, di struttura complessa e semplice, di natura sanitaria – tecnica o amministrativa, che contribuiscono all'adempimento di tutti gli obblighi imposti dall'autorità competente o comunque necessari per tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori durante il lavoro. Ai Direttori compete, fra l'altro, nell'ambito della propria autonomia, individuare, formalmente, i Preposti con priorità per coloro che svolgono attività di coordinamento. Partecipa al progetto aziendale sulla gestione del rischio.

Controllo di gestione

supporta la Direzione Generale nella formulazione e nell'articolazione degli obiettivi con la possibilità di valutare i risultati conseguiti sia durante la gestione, in modo da consentire l'attivazione di azioni correttive, che al suo termine. Esso agisce su tutti i livelli organizzativi in coerenza con i principi sui quali si sviluppa la strategia aziendale, orientando i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi (efficacia gestionale) mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione (efficienza). Afferisce funzionalmente al Direttore Sanitario.

Afferenze in Staff al Direttore Sanitario

Afferiscono al Direttore Sanitario e sono le seguenti Direzioni Tecniche:

✓ Direzione Infermieristica e Tecnica

- ✓ Direzione Servizi per l'Ospitalità
- ✓ Direzione dell'Assistenza Farmaceutica
- ✓ Medicina Legale

ed i seguenti Settori:

- ✓ Sicurezza ed autorizzazione
- ✓ Igiene Ospedaliera
- ✓ Psico sociale

Direzione Infermieristica e Tecnica

La Direzione Infermieristica e Tecnica concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando efficacia, qualità ed efficienza tecnico-organizzativa del processo assistenziale nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione.

Ha la responsabilità sulla gestione dell'assistenza infermieristica e tecnica, al fine di garantire la erogazione di adeguati livelli d'assistenza infermieristica e tecnica in relazione alle funzioni previste dalla programmazione aziendale e dalla disponibilità di risorse definite nel budget annuale dei Dipartimenti.

Ha la responsabilità del governo clinico assistenziale, nell'ambito dei programmi di assistenza orientati al singolo e alla collettività, per le aree delle professioni direttamente gestite.

Ha quale finalità prevalente quella di assicurare lo sviluppo dei processi assistenziali e l'integrazione multiprofessionale, attraverso l'adozione di modelli innovativi, coerentemente con le strategie aziendali e sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici.

Cura il mantenimento e lo sviluppo delle competenze professionali, la programmazione, la selezione, l'inserimento e la valutazione delle risorse professionali di competenza, collaborando allo sviluppo del sistema premiante e della produttività.

Affianca i Direttori dei Dipartimenti ad attività integrata.

Promuove la qualità delle attività assistenziali erogate dal personale di competenza attraverso:

- ω l'intervento nella gestione dei processi organizzativi che determinano la distribuzione qualitativa e quantitativa delle risorse umane afferenti al Direzione;
- ω la definizione del livello di delega ai Responsabili assistenziali di dipartimento delle responsabilità in ordine alla gestione ordinaria delle risorse umane assegnate a ciascun Dipartimento;
- ω la promozione delle attività di formazione di base, permanente e di riqualificazione del personale direttamente gestito al fine di sviluppare una cultura orientata alla qualità ed alla partecipazione, promuovendo in modo specifico la formazione e la ricerca;
- ω l'intervento nei processi e progetti trasversali di ricerca volti al miglioramento ed all'innovazione organizzativa di interesse assistenziale.

La Direzione Infermieristica e Tecnica per adempiere le funzioni del governo assistenziale si avvale per quanto di competenza dei Responsabili assistenziali di dipartimento.

La Direzione dei Servizi per l'Ospitalità

Contribuisce a rendere l'ambiente assistenziale ed operativo più confortevole e sicuro e a migliorare l'immagine ed il senso di appartenenza e di efficienza aziendale, curando, in particolare: l'accoglienza e l'informazione degli assistiti, l'informazione su aspetti istituzionali dei dipendenti, l'allestimento e il decoro degli ambienti interni; coordina tutte le attività di servizio alla persona, che non riguardano il "core business assistenziale", sia a livello di gestione diretta, che per mezzo di affidamento a terzi della gestione totale o parziale, e l'implementazione dei relativi sistemi di controllo a garanzia della qualità e della economicità, compresa la gestione dei rapporti con il Comitato Consultivo Misto e con altre forme consultive proprie della Azienda e delle Istituzioni.

La Direzione Assistenza Farmaceutica

Garantisce l'attività relativa alla assistenza farmaceutica ospedaliera ovvero tutto il complesso di attività di approvvigionamento, produzione e gestione dei farmaci, presidi medico chirurgici e materiale sanitario utile al trattamento dei pazienti ricoverati. Promuove il buon uso dei farmaci e dei dispositivi medici in linea con l'obiettivo del governo clinico e della gestione del rischio, monitorando e divulgando le informazioni corrette ed obiettive sui profili di efficacia e di sicurezza.

Coadiuvare i Direttori di Dipartimento, i Responsabili di Strutture Complesse e tutto il corpo medico e infermieristico allo scopo di razionalizzare l'utilizzo dei farmaci e dei dispositivi medici secondo la correttezza d'impiego,

migliorando l'appropriatezza prescrittiva, attraverso la definizione di linee guida, protocolli terapeutici e prontuari terapeutici dei farmaci in collaborazione con tutti gli operatori interessati.

Si avvale di farmacisti referenti di dipartimento che assicurano la realizzazione e la continuità del processo di governo della spesa secondo criteri di economicità ed efficacia condivisi in ambito dipartimentale, nel rispetto della corretta ed appropriata gestione delle risorse e degli standard qualitativi definiti in sede aziendale.

Nell'ambito dipartimentale provvede all'espletamento delle attività relative alle seguenti competenze:

- ω analisi tecnica dipartimentale di tutti i prodotti: farmaceutici per quanto riguarda consumi ed appropriatezza d'utilizzo – monitoraggio dei budget e segnalazione di scostamenti dal programmato;
- ω individuazione e monitoraggio di obiettivi specifici per dipartimento per l'ottimizzazione dell'utilizzo dei prodotti farmaceutici, in accordo con la Direzione Sanitaria;
- ω informazione indipendente su nuovi farmaci/nuovi DM;
- ω gestione di piani terapeutici;
- ω aggiornamento normativo;
- ω farmacovigilanza attiva e passiva;
- ω facilitatore per i percorsi delle prescrizioni speciali.

Promuove modalità operative condivise tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda Territoriale che consentano al paziente di riscontrare un univoco comportamento nell'ambito della struttura specialistica e successivamente a livello territoriale.

Medicina legale

Svolge il complesso delle funzioni medico-legali proprie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria in stretta collaborazione con La Direzione Sanitaria. In particolare:

- esercita le funzioni attinenti la responsabilità professionale sanitaria e la gestione del contenzioso, in stretta collaborazione con l'Ufficio Affari Legali, e promuove, nell'ambito della gestione del rischio clinico, azioni di miglioramento nello svolgimento delle attività assistenziali;
- collabora con le strutture dipartimentali cliniche nella gestione delle problematiche medico-legali e deontologiche proprie delle attività assistenziali, attraverso azioni di consulenza a favore delle UU.OO.;
- collabora all'organizzazione ed allo svolgimento di attività di formazione dei professionisti sulle principali problematiche medico-legali di interesse clinico;
- svolge le funzioni di Medicina necroscopica aziendale e territoriale, attraverso le attività di accertamento di decessi e l'esecuzione di autopsie per riscontro diagnostico, integrate per la funzione diagnostica con il laboratorio di Istopatologia forense;
- integra il laboratorio di Tossicologia forense nelle attività di controllo richieste da enti pubblici in materia di abuso di sostanze;
- integra il laboratorio di Genetica forense nelle attività di controllo dei chimerismi richieste dal Centro Trapianti.

Sicurezza ed autorizzazione

La Struttura semplice "Sicurezza e autorizzazione" svolge le seguenti funzioni direttamente in staff al Direttore Sanitario Aziendale, al quale risponde direttamente:

- Pianificazione e coordinamento delle attività necessarie per l'ottenimento/mantenimento dei requisiti generali relativi all'autorizzazione al funzionamento delle Strutture sanitarie; In tale ambito, tenuto conto della particolare complessità del sistema trapianti, il responsabile della struttura garantisce il coordinamento trasversale su tale ambito di attività, fornendo un supporto attivo al Direttore Sanitario Aziendale.
- Coordinamento dell'elaborazione delle richieste di Autorizzazione agli enti competenti (Comune di Modena) e mantenimento dei rapporti con la Commissione tecnica del Dipartimento di Sanità Pubblica della Azienda USL di Modena, incaricata degli accertamenti e della specifica attività di vigilanza, e con i servizi aziendali coinvolti.
- Pianificazione e coordinamento delle azioni finalizzate alla verifica periodica del mantenimento dei requisiti autorizzativi nelle Strutture (es: destinazione d'uso dei locali, requisiti impiantistici, ecc), anche mediante l'adozione di check-list .
- Definizione delle procedure per la corretta tenuta della documentazione clinica e di quella relativa ai processi di autorizzazione e verifica della loro applicazione puntuale.
- Supervisione sulle attività dei gruppi multidisciplinari aziendali, finalizzate alla

realizzazione/ristrutturazione/trasferimento delle sedi di attività sanitarie verificandone l'adesione ai requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per l'autorizzazione al funzionamento delle singole branche specialistiche/tipologie di attività.

- Garanzia del raccordo con i competenti Servizi durante la preparazione e le verifiche per l'accreditamento istituzionale.

Igiene Ospedaliera:

Sorveglianza:

Coordinamento della sorveglianza attiva delle infezioni acquisite nel corso dell'assistenza ospedaliera

Sorveglianza basata sui dati del Laboratorio di Microbiologia e Virologia (germi sentinella, germi a profilo di resistenza inusuale e cluster)

Coordinamento dei flussi informativi per la denuncia di malattie infettive dei pazienti ricoverati

Prevenzione e controllo del rischio infettivo (in collaborazione con i Professionisti ed il Comitato Infezioni Ospedaliere):

Individuazione e controllo di fattori di rischio infettivo

Elaborazione di strategie per la rimozione/controllo dei fattori di rischio

Stesura di manuali, protocolli, procedure e istruzioni operative

Consulenza alle Strutture nella gestione delle misure di isolamento in casi di particolare complessità

Formazione del personale attraverso corsi strutturati ECM, momenti formativi ad hoc e incontri informali

Collaborazione con l'Assessorato alla Sanità Regionale, l'Agenzia Sanitaria Regionale e l'Azienda Sanitaria Locale relativamente a progetti, interventi e flussi informativi.

Partecipazione alla definizione delle caratteristiche per la stesura di disciplinari tecnici ed alle valutazioni relative ad apparecchiature/attrezzature, dispositivi medici e disinfettanti

Psicosociale (Area Psicologia della Salute)

Il Settore Psicosociale è parte integrante del Servizio Formazione e Aggiornamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena. L'integrazione tra Psicologia e Formazione è infatti uno dei cardini dell'azione di questo Servizio che pone le due aree, anche teoricamente, in un privilegiato rapporto reciproco. In questo contesto l'obiettivo principale del Settore Psicosociale è quello di contribuire alla riduzione del disagio psicologico connesso alla malattia, alle cure e al ricovero. L'obiettivo generale mira a ridurre al minimo le difficoltà psicologiche dei pazienti ricoverati e viene perseguito nelle seguenti azioni specifiche: 1) aiutare e sostenere direttamente i pazienti nei momenti più difficili (come ad esempio dopo una comunicazione di diagnosi, in concomitanza di ricadute o recidive di malattia, nella fase di preparazione al trapianto d'organo, in occasione del sopravvenire di limitazioni funzionali dovute a malattie croniche e degenerative, in preparazione ad esami invasivi o interventi chirurgici, ecc.); 2) favorire la partecipazione del paziente alla sua cura (attraverso l'informazione e la comunicazione, il potenziamento delle abilità residue e lo sviluppo di abilità vicarianti, il sostegno alla massima autonomia compatibile con la malattia o disabilità e la valorizzazione delle risorse disponibili); 3) includere i familiari nel processo di cura; 4) adeguare, nel limite del possibile, le condizioni ambientali, organizzative e relazionali della cura a i bisogni psicologici dei pazienti; 5) contribuire al miglioramento delle competenze comunicativo-relazionali del personale sanitario che si occupa della cura dei pazienti e che per ciò stesso ha la piena titolarità della gestione diretta degli aspetti relazionali del rapporto con i malati e con i loro familiari.

I Dipartimenti ad attività integrata, Dipartimenti interaziendali ad attività integrata e dipartimenti interaziendali.

I Dipartimenti ad attività integrata rappresentano la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico di Modena. Assicurano l'esercizio delle funzioni assistenziali, garantendo loro globalità e continuità prestazionale, integrando tale esercizio con le funzioni didattiche e quelle di ricerca, in sintonia con la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

I Dipartimenti sono costituiti da Strutture Complesse, da Strutture Semplici e da Programmi in coerenza fra la tipologia delle attività assistenziali e i settori scientifico-disciplinari dei docenti universitari che le svolgono ai fini della didattica e della ricerca.

Alcuni aspetti di innovazione organizzativa dovranno svilupparsi a partire dal presente Atto aziendale con la specificazione in successivi provvedimenti attuativi ed organizzativi:

- a. la gestione per aree omogenee delle attività affini, che tende a garantire il miglior utilizzo delle risorse, secondo principi di intensità di cura e di equità di accesso, il miglior livello di integrazione professionale e opportunità adeguate in relazione a ruoli, capacità ed attitudini, con particolare riferimento alla predisposizione e realizzazione di percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici chiari sia per gli assistiti che per la organizzazione. Tali percorsi si configurano come progettazione organizzativa di un modello a matrice, e, nei manuali organizzativi, nei regolamenti di funzionamento e negli atti di assegnazione della responsabilità

di attività, è specificata la attenta suddivisione dei ruoli tra le due responsabilità e afferenze: in line e per progetto (percorso);

- b. i dipartimenti interaziendali ad attività integrata, i dipartimenti interaziendali e i programmi interaziendali, che tendono a perseguire obiettivi di continuità assistenziale oltre che miglioramenti gestionali e/o specifici interessi scientifici e didattici. Essi possono realizzarsi, coerentemente con le previsioni della programmazione, comprendendo unità operative dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e di altre Aziende sanitarie, previo assenso del Direttore Generale e, nel caso di coinvolgimento di personale universitario, del Rettore.

Tutti i componenti del Dipartimento partecipano alle scelte strategiche, organizzative e gestionali, che influenzano la qualità dei servizi e il miglior conseguimento dei fini istituzionali del Dipartimento.

Nella sua attività il Dipartimento si configura come centro di responsabilità per i compiti che gli vengono affidati e come centro di costo per le risorse di cui dispone in funzione delle attività assistenziali, di ricerca e di didattica.

Esso opera in una modalità organizzativa di tipo matriciale e gestisce autonomamente, coordina e utilizza in modo finalizzato le diverse tipologie di risorse che gli vengono attribuite: tali risorse appartengono alle amministrazioni dell'Università e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, le quali sono ordinatori di spesa con obbligo di inventario e di stesura di bilanci.

I Dipartimenti Tecnico ed Amministrativo

I Dipartimenti Tecnico ed Amministrativo rappresentano un modello di coordinamento nei servizi di supporto che, nel rispetto delle specifiche competenze, consentano significative sinergie sia nella definizione e gestione di procedure amministrative e tecniche integrate, sia nell'elaborazione e realizzazione di progetti di innovazione e sviluppo.

I Dipartimenti Tecnico ed Amministrativo promuovono, in collegamento con il Settore Formazione ed Aggiornamento, la formazione del personale amministrativo e tecnico di loro afferenza. In particolare concorrono alla rilevazione del fabbisogno formativo, alla elaborazione di iniziative e corsi, nonché alla promozione dell'auto-aggiornamento.

La funzione formativa è mirata, oltre che alle materie di interesse specifico, all'organizzazione del lavoro per processi, improntati alla garanzia di standard di prodotto.

Il regolamento organizzativo aziendale definisce nel dettaglio le funzioni, l'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti, nonché le modalità di collegamento e di integrazione degli stessi.

I Dipartimenti Tecnico ed Amministrativo afferiscono al Direttore Amministrativo.

Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie

Il "Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie" contribuisce a:

- ω favorire il processo di integrazione fra le Aziende Sanitarie provinciali al fine di progettare ulteriori percorsi e servizi integrati e coordinati, con particolare riferimento all'area tecnica ed amministrativa ed in generale partecipare alla realizzazione di specifici progetti di integrazione-unificazione di attività fra le due Aziende Sanitarie provinciali;
- ω coordinare e integrare i processi di acquisizione e gestione delle risorse tecniche e materiali necessarie all'attività dell'Azienda e la logistica;
- ω progettare e realizzare il programma aziendale di gestione del rischio;
- ω assicurare il corretto svolgimento delle funzioni di supporto tecnico e amministrativo, garantendo il coordinamento e l'integrazione delle strutture operative;

Il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie è costituito dalle seguenti strutture complesse:

- ↳ Servizio Attività Tecniche e Patrimoniali;
- ↳ Servizio di Ingegneria Clinica;
- ↳ Servizio Fisica Sanitaria;
- ↳ Servizio Tecnologie della Informazione.

Dipartimento Amministrativo

Il Dipartimento Amministrativo contribuisce alla linea di programmazione aziendale e al perseguimento della qualità e dell'efficienza dei processi amministrativi attraverso l'adozione di modalità organizzative improntate all'innovazione, sviluppando le azioni idonee a migliorare il coordinamento delle strutture e dei servizi costituenti il Dipartimento. Persegue l'ottimizzazione delle risorse, utilizzando le necessarie forme di comunicazione e diffusione degli indirizzi strategici del vertice aziendale, per conseguire gli obiettivi fissati.

Il Dipartimento Amministrativo è costituito dalle seguenti strutture complesse:

- ω Servizio Gestione e sviluppo del personale

- ω Servizio Formazione e Aggiornamento
- ω Servizio Bilancio e Finanze
- ω Servizio Affari Generali
- ω Servizio Prestazioni e Marketing
- ω Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento ed ha in staff:
- ↳ la Segreteria di Direzione e Legale;
- ↳ il Centro Servizi Amministrativi Ospedalieri Dipartimentali.

I dipartimenti interaziendali sono stati deliberati a dicembre 2012 (eccetto quello di “Emergenza – Urgenza” costituito nel 2011) e si sono avviati nel corso del 2013 con l'elezione degli Organi e la nomina dei Direttori.

Si tratta di:

- dipartimento interaziendale integrato della cura delle malattie cardiache e vascolari, a cui afferiscono le unità operative di Cardiologia di tutta la provincia di Modena e la Chirurgia Vascolare del NOCSAE di Baggiovara
- dipartimento interaziendale ad attività integrata di diagnostica per immagini, a cui afferiscono le unità operative di Radiologia di tutta la provincia di Modena e la Medicina Nucleare del Policlinico
- dipartimento interaziendale ad attività integrata di medicina di laboratorio, a cui afferiscono tutte le strutture laboratoristiche della provincia di Modena
- dipartimento interaziendale farmaceutico, cui afferiscono le unità operative di Farmacia di tutta la provincia di Modena.

Nel giugno 2013, il primo dipartimento interaziendale - di Emergenza Urgenza – è stato sottoposto a verifica ispettiva regionale ai fini dell'accreditamento. L'emissione del verbale è avvenuta in data 24 luglio 2013 e gli esiti sono stati favorevoli sia per il dipartimento che, nello specifico, per la struttura complessa di Pronto Soccorso afferente al Policlinico di Modena.

Contestualmente, per le funzioni tecniche ed amministrative, è proseguito il percorso di unificazione di alcuni servizi, già avviato nel 2012 in particolare con riguardo agli uffici stampa e al servizio unico di gestione del personale.

In particolare:

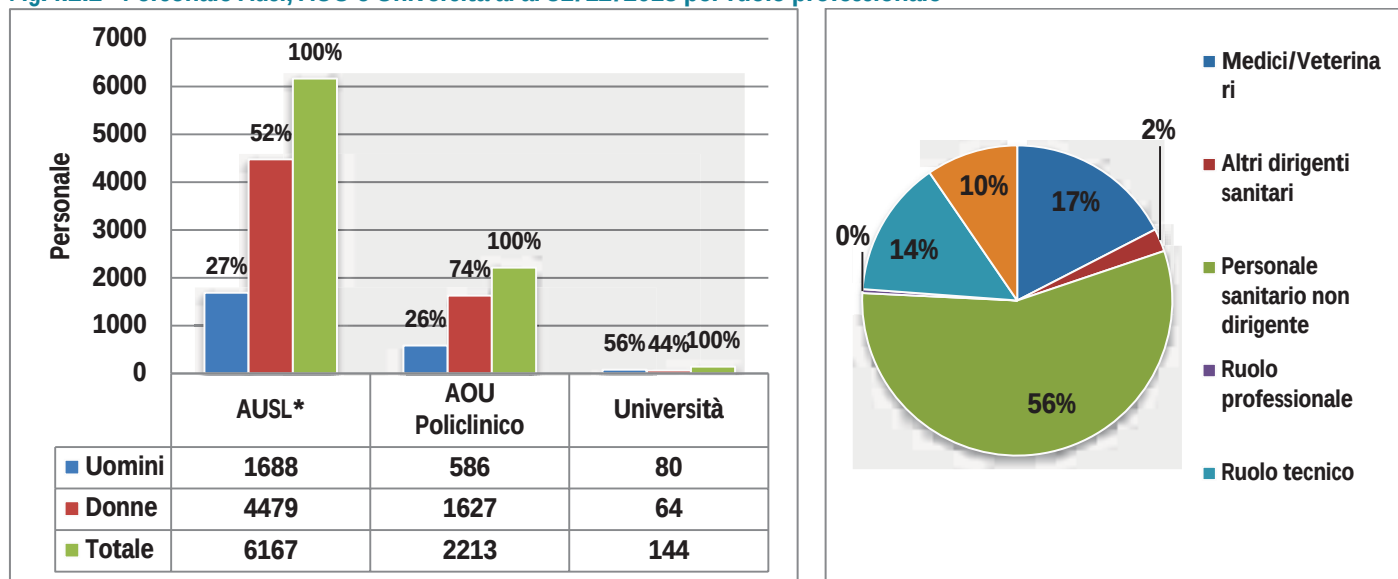
- in luglio 2013, è stato istituito, in piena intesa con le Aziende Usl di Modena e Reggio Emilia e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, il dipartimento interaziendale ICT (Tecnologie Informatiche e Telematiche), preposto al presidio integrato di queste competenze
- in agosto 2013, è stato istituito il DAI – dipartimento interaziendale acquisti di beni e servizi – di Area Vasta Emilia Nord con valenza pienamente gestionale e con l'intento di rendere ancora più incisiva l'iniziativa di aggregazione sovraziendale in questo campo
- infine, è stato approvato lo schema di “Coordinamento interaziendale tra i dipartimenti e i servizi dell'Area Vasta Emilia Nord” in merito alle attività di: ingegneria clinica, farmacia, formazione e gestione congiunta di procedure concorsuali dell'area comparto.

4.2 Il personale

Il personale impiegato nelle aziende sanitarie ed ospedaliere della Provincia di Modena ammonta a 8695 lavoratori di cui 6167 presso l'Ausl, 2213 presso l'AOU Policlinico e 144 universitari (Fig.4.2.1). La composizione per genere è mediamente di 27% uomini e di 73% donne, maggiormente gender balanced è il personale universitario (rispettivamente 56% e 44%). Nonostante la presenza femminile costituisca quasi i tre quarti del personale emergono notevoli differenze tra i sessi nella distribuzione per ruolo professionale: le donne sono sotto rappresentate tra i il personale medico/veterinario (47% donne presso l'Ausl e 49% all'AOU)) e sovra rappresentate tra il personale sanitario non dirigente (rispettivamente 80% e 83% di donne), tra gli altri dirigenti sanitari (rispettivamente 78% e 82% di donne) e nei ruoli amministrativi (84% e 82%) (Tab.4.2.2). Il personale dell'Ausl, AOU e Università è impiegato nel 76% in ruoli sanitari e 24% ruoli non sanitari.

Fig.4.2.1 – Personale Ausl, AOU e Università al al 31/12/2013 per sesso.

Fig.4.2.2 - Personale Ausl, AOU e Università al al 31/12/2013 per ruolo professionale



Fonte: Elaborazioni su dati servizio personale Ausl e AOU

Tab.4.2.1 - Personale Ausl Modena, AOU Policlinico e Università al 31/12/2013

Ruoli Professionali	AUSL *			AOU Policlinico		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Medici/Veterinari	573	499	1072	176	171	347
Altri dirigenti sanitari	32	113	145	8	36	44
Personale sanitario non dirigente	682	2788	3470	235	1133	1368
Totale ruolo sanitario	1287	3400	4687	419	1169	1588
Ruolo professionale	20	9	29	6	0	6
Ruolo tecnico	286	585	871	116	252	368
Ruolo amministrativo	95	485	580	45	206	251
Totale ruoli non sanitari	401	1079	1480	167	458	625
Totale complessivo	1688	4479	6167	586	1627	2213

* di ruolo, tempo determinato e in convenzione

Fonte: Elaborazioni su dati servizio personale Ausl e AOU

Rispetto al 2012 il personale totale tra le aziende è aumentato del 22%.

Tab.4.2.2- Personale Ausl Modena, AOU Policlinico e Università al 31/12/2013

Ruoli Professionali	AUSL*			AOU Policlinico		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Medici/Veterinari	53%	47%	100%	51%	49%	100%
Altri dirigenti sanitari	22%	78%	100%	18%	82%	100%
Personale sanitario non dirigente	20%	80%	100%	17%	83%	100%
Totale ruolo sanitario	27%	73%	100%	26%	74%	100%
Ruolo professionale	69%	31%	100%	100%	0%	100%
Ruolo tecnico	33%	67%	100%	32%	68%	100%
Ruolo amministrativo	16%	84%	100%	18%	82%	100%
Totale ruoli non sanitari	27%	73%	100%	27%	73%	100%
Totale complessivo	27%	73%	100%	26%	74%	100%

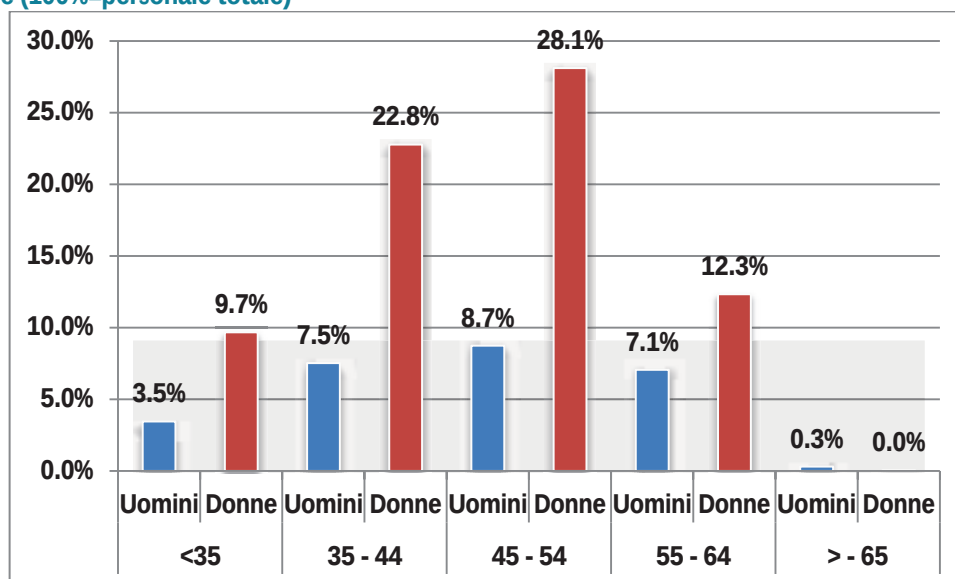
* di ruolo, tempo determinato e in convenzione

Fonte: Elaborazioni su dati servizio personale Ausl e AOU

Presso l'Ausl di Modena il 95% del personale è di ruolo a tempo indeterminato, il 4% a tempo determinato e lo 0.4% in convezione.

Il personale delle due aziende è composto nel 13% da under35 anni, nel 30% da 35-44enni, 37% da 45-54enni, nel 19% 55-64enni e nell'0.3% da over 65enni. Suddividendo ulteriormente per sesso come il personale sia costituito in ordine decrescente da donne tra i 45-54anni, 28%, donne tra i 35-44 anni, 23%, donne tra i 55-64 anni, 12%, donne under 35, 10% (Fig.4.2.3). Importante sarà gestire nei prossimi anni la sfida dell'invecchiamento del personale e della conciliazione vita-lavoro per la gestione dei carichi famigliari figli e famigliari anziani.

Fig.4.2.3 - Composizione percentuale personale Ausl Modena, AOU Policlinico e Università al 31/12/2013 per fascia di età e genere (100%=personale totale)

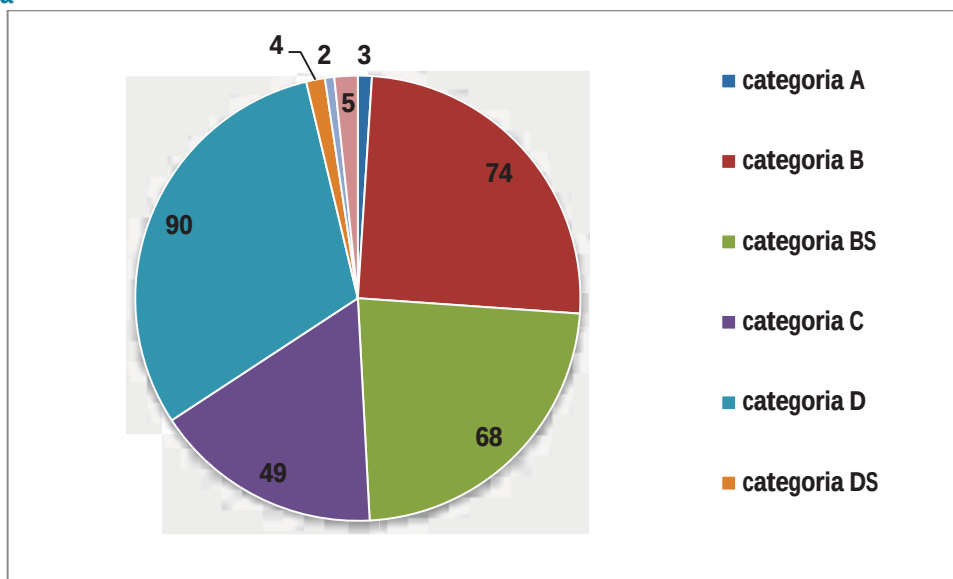


Fonte: Elaborazioni su dati servizio personale Ausl e AOU

Gli stranieri impiegati nell'Ausl rappresentano il 4% del personale dipendente e sono in costante diminuzione dal 2007. Sono nell'86% dei casi donne e nel 97% provenienti da Paesi europei.

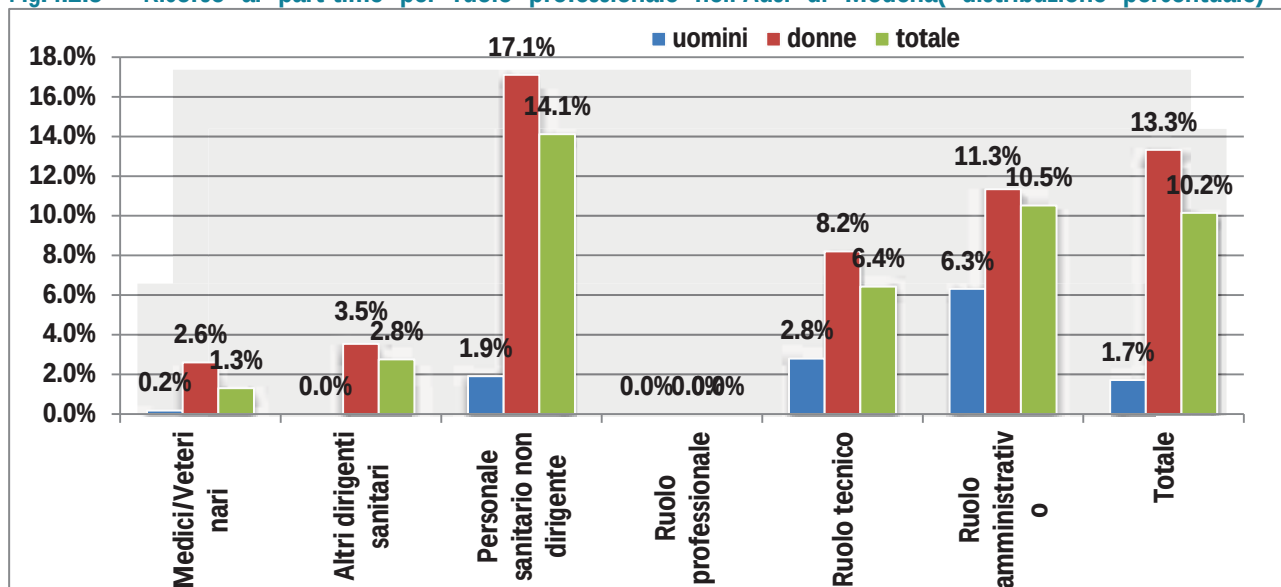
Le due aziende impiegano 295 lavoratori appartenente a categorie protette che rappresentano il 3% del personale. Nell'Ausl il 67% degli impiegati è di sesso femminile ciò significa che la presenza femminile tra le categorie protette è inferiore rispetto alla media aziendale.

Fig.4.2.4- Dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette al 31/12/2013 suddivisi per qualifica (valori assoluti) – Ausl Modena



Il 10% del personale dell'Ausl usufruisce del part time, il 13% delle donne e il 2% degli uomini. I ruoli professionali che utilizzano questa forma oraria in modo accentuato sono il personale sanitario non dirigente, 14% (17% donne e 2% uomini) e i ruoli amministrativi, 10.5% (11% donne e 6% uomini). Coloro che meno ne usufruiscono sono i ruoli professionali 0% ei medici/veterinari, 1.3% (2.6% donne e 0.2% uomini).

Fig.4.2.5 - Ricorso al part-time per ruolo professionale nell'Ausl di Modena(distribuzione percentuale) –



Fonte: Elaborazioni su dati servizio personale Ausl

4.3--Gestione del rischio e sicurezza degli operatori

Le due aziende sanitarie di Modena considerano la tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori una priorità aziendale ed orienta le proprie politiche di miglioramento garantendo il monitoraggio delle condizioni e degli ambienti di lavoro ed il costante confronto e coordinamento tra le varie funzioni aziendali che concorrono per le specifiche competenze alla gestione del patrimonio immobiliare, delle apparecchiature, agli acquisti ed alla gestione di beni e servizi ed alla organizzazione del lavoro, nonché con i Rappresentanti dei lavoratori per la Sicurezza.

Numerosi sono i fattori di rischio connessi con l'attività sanitaria, in particolare quella assistenziale.

In tabella 1 è riportato l'elenco dei rischi lavorativi e del relativo numero di esposti presso l'AUSL. Si segnala che i lavoratori con turno H/24, ancorché non possano essere definiti come lavoratori notturni ai sensi del D.lgs 66/03 (numero di esposti 0 nell'allegato) sono sottoposti a sorveglianza sanitaria con periodicità biennale, e quindi equiparati, sul piano strettamente sanitario, ai lavoratori notturni.

Tab.4.3.1 - Lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per rischi lavorativi - Ausl Mo - 2013

Rischi lavorativi	Maschi	Femmine	totale
MMC	784	2398	3182
Agenti chimici	226	461	687
Agenti biologici	1639	4034	5673
videoterminali	300	909	1209
Radiazioni Ionizzanti	284	382	666
Altri rischi (RM)	111	113	224

Fonte: Il dato è ripreso "dall'allegato 3b" trasmesso all'INAIL ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs 81/08.

La Sorveglianza Sanitaria

La Sorveglianza Sanitaria, svolge le attività previste dalle vigenti norme di legge a tutela della salute dei lavoratori dell'Azienda e i convenzionati dell'Università, attraverso la valutazione dell'idoneità allo svolgimento della specifica mansione lavorativa; inoltre collabora nella predisposizione e attuazione delle misure per la tutela e dell'integrità psicofisica dei lavoratori, nella valutazione dei rischi e nella formazione degli operatori in tema di tutela della salute.

Nel 2013 l'attività di Sorveglianza Sanitaria ha interessato 6847 operatori presso l'AUSL e 1962 presso l'AOU operatori. Sono state effettuate rispettivamente 4294 e 2249 visite (di queste ultime 620 inerenti la radioesposizione e 1629 inerenti i rischi normati dal D.lgs. 81/2008 e s.m. e i.).

Presso l'AUSL le visite effettuate per l'idoneità specifica alla mansione nel 2013 sono state 4294 di cui il 75% per visita periodica, il 16% straordinaria e il 9% preassuntiva.

I lavoratori considerati idonei nell'azienda sono l'85%, con una lieve differenza a discapito delle donne, gli idonei con prescrizione il 5% circa (6% donne, 4% uomini), gli idonei con limitazioni il 6% (6.6% donne, 4.5% uomini), i non idonei permanenti lo 0.35% (0.47% donne, 0.05% uomini)¹⁶.

Gli operatori con limitazioni e inidonei nel 2013 risultano essere presso l'AOU 175, circa il 9% dei sorvegliati, di questi due terzi presentano limitazioni parziali permanenti alla mansione, un terzo limitazioni parziali temporanee alla mansione (Tab.4.3.3). Le cause di inidoneità sono legate, in ordine decrescente, a rischio di movimentazione di gravi e a rischio posturale, a fattori organizzativi (lavoro a turni e lavoro notturno), a esposizione a radiazioni ionizzanti (Tab.4.3.5)

Presso l'Ausl le tipologie di mansioni con limitazioni più diffuse tra gli operatori sono la tutela della maternità (29%), la movimentazione manuale carichi e pazienti più posture (24%), il lavoro in orario notturno (20%). Per gli uomini non essendoci evidentemente la maternità la terza voce per importanza è l'emergenza urgenza territoriale (17%) (Tab.XX). Presso l'AUSL sono stati ricollocati per motivi sanitari 302 operatori di cui il 62% infermieri.

¹⁶ Il termine "Prescrizione" rappresenta un vincolo posto dal Medico Competente che solitamente non determina riduzione delle performances lavorative (es. uso di guanti particolari, rinforzo di obblighi già previsti (il rigoroso uso degli ausili, il corretto uso di DPI ecc). Il termine "Limitazione" rappresenta un vincolo (o più vincoli) posto dal Medico Competente che limita la performance lavorativa (es esonero dal lavoro notturno, esonero dal movimentare pazienti e carichi, ecc). Il termine "Ricollocato per motivi sanitari" è utilizzato allorché lo stato sanitario determina il trasferimento in altra UU.OO o Servizio. Non rientrano in questa tipologia gli operatori con limitazioni compatibili con l'organizzazione dell'UU.OO di appartenenza, dove continuano ad operare. Si segnala, inoltre, che la ricollocazione in altre UUOO (con altra tipologia o magnitudo di rischi) spesso determina la piena idoneità; in altri casi residua la limitazione o prescrizione.

Tab.4.3.2 - Giudizi di idoneità attivi per tipologia di giudizio – AUSL -al 31/12/2013

	M	F	Totale
Idoneo	1733 (86.65%)	4091 (84.40%)	5824 (85.05%)
Idoneo con Prescrizione	84 (4.20%)	288 (5.94%)	372 (5.43%)
Idoneo con Limitazione	89 (4.45%)	321 (6.62%)	410 (5.98%)
Non idoneo permanente	1 (0.05%)	23 (0.47%)	4 (0.35%)

Fonte: Servizio Sorveglianza Sanitaria

Tab.4.3.3 - Giudizi di Idoneità - Operatori con limitazioni e inidonei - AOU di Modena - Anno 2013

	N.	% su totale sorvegliati
Limitazioni Parziali Temporanee alla Mansione	51	3%
Limitazioni Parziali Permanenti alla Mansione	124	6%
Inidonei temporaneamente/permanentemente alla mansione specifica	0	0%
Totale Operatori con limitazioni e inidonei	175	9%

Fonte: Servizio Sorveglianza Sanitaria

Tab.4.3.4 - Idoneo alla mansione con LIMITAZIONI ai sensi del D.Lgs 81/08 s.m.i. – Ausl - 2013

Tipologia Limitazioni	F		M		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Altro	43	13%	8	9%	51	12%
Emergenza-Urgenza territoriale	12	4%	15	17%	27	7%
Emergenza-Urgenza territoriale + Lavoro in orario notturno		0%	1	1%	1	0%
Tutela maternità	118	37%		0%	118	29%
Assistenza diretta	4	1%		0%	4	1%
Guida automezzi aziendali	2	1%		0%	2	0%
Lavoro in orario notturno	47	15%	35	39%	82	20%
Movimentazione manuale carichi/pazienti + Lavoro in orario notturno	12	4%	5	6%	17	4%
Movimentazione manuale carichi/pazienti + Posture	77	24%	22	25%	99	24%
Posture	2	1%	2	2%	4	1%
Rischio Biologico	2	1%		0%	2	0%
Rischio Biologico + Lavoro in orario notturno		0%	1	1%	1	0%
Rumore	2	1%		0%	2	0%
Totale	321	100%	89	100%	410	100%

Tab.4.3.5- Giudizi di Idoneità - % Operatori con limitazioni e inidonei per tipologia di rischio- AOU di Modena - Anno 2013

Tipologie di Rischio	%
Movimentazione di Gravi Carichi e Postura	75%
Organizzativa (lavoro a turni e lavoro notturno)	15%
Radiazioni ionizzanti	60%
Chimico	30%
Altre (Biologico, Radiazioni Non Ionizzanti)	1%
Totale	100%

Fonte: Servizio Sorveglianza Sanitaria

Le denunce di malattia professionale inoltrate dai Medici Competenti AUSL sono state 4 nel 2013 (pari percentuale per uomini e donne). Sono inoltre pervenute 11 denunce di sospetta malattia Professionale inoltrate da altri Medici.

Il numero assoluto nel 2013 di denunce di malattie professionali denunciate dal Medico Competente in AOU sono state 2, denunciate da altro medico 5.

Tab.4.3.6 - Denunce di malattia professionale – AOU – anni 2004-2013

Anno di riferimento	N. di malattie professionali denunciate dal Medico Competente	N. di malattie professionali denunciate da altro medico
2004	3	6
2005	6	0
2006	1	5
2007	2	3
2008	1	0
2009	2	0
2010	6	1
2011	1	1
2012	1	0
2013	2	5

Fonte: Servizio Sorveglianza Sanitaria

I medici competenti in AOU hanno inoltre effettuato attività di informazione/formazione (ai sensi degli art. 36 e 37 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.) sui “rischi lavorativi in ambiente ospedaliero” nella maggior parte dei casi rivolta a personale neoassunto (Tab.4.3.7).

Tab.4.3.7 - Attività di informazione/formazione – AOU – anni 2013

Destinatari	edizioni	ore
Preposti	2	8
Personale Neoassunto	12	12
Medici in Formazione Specialistica	1	1
Totale	15	21

Presso l'AUSL nell'anno di riferimento è stata garantita la fornitura di plantari personalizzati agli operatori che utilizzano calzature DPI con notevole riduzione delle patologie/disturbi osteoarticolari. Complessivamente sono stati forniti plantari a 99 operatori. Nell'ambito dei programmi di promozione della salute e della campagna della prevenzione delle patologie venose degli arti inferiori, è stata garantita la distribuzione di calze elasto-compressive (2 paia/persona) agli operatori che sono obbligati alla prolungata postura in stazione eretta fissa (Operatori delle sale operatorie). Complessivamente sono state fornite 650 paia di calze elasto-compressive.

Sorveglianza Antitubercolare

Nel 2013 è stato pubblicato l'accordo Stato-Regioni (Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati». (Rep. atti n. 51/CSR). (13A02212) (GU Serie Generale n.63 del 15-3-2011) per il controllo della tubercolosi negli operatori sanitari. Obiettivo della norma è di rendere obbligatoria, su tutto il territorio nazionale, la sorveglianza sanitaria negli operatori sanitari e uniformarne i protocolli, i criteri di identificazione dei contatti, ecc.

Nel corso dell'anno è stata aggiornata la procedura sulla sorveglianza tubercolare “Tubercolosi: sorveglianza sanitaria e gestione dei contatti negli Operatori dell'Azienda USL di Modena che è stata pubblicata su Q-SAN aziendale, il 10/3/2014.

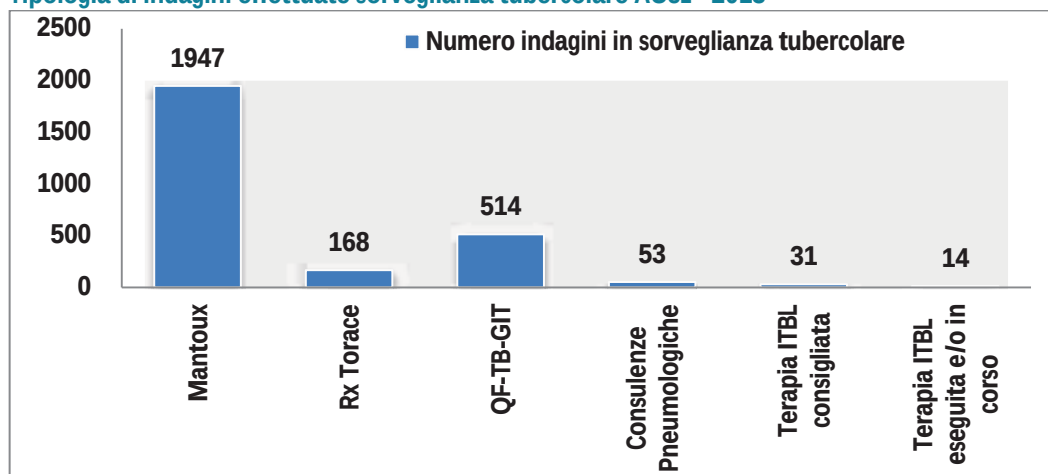
Presso l'AUSL sono stati sottoposti aa sorveglianza tubercolare 1990 lavoratori (69% donne), sui quali sono stati effettuati 2682 indagini (Mantoux, Rx Torace, Quantiferon TB-GIT)

Presso l'AOU sono stati effettuati 656 screening tubercolinici (intradermoreazione secondo Mantoux) in occasione di visite preventive, periodiche e di contatti a rischio di lavoratori con pazienti affetti da tubercolosi polmonare bacillifera. Sono stati segnalati ai Medici Competenti 7 episodi di esposizione occupazionale a pazienti con tubercolosi attiva, che hanno comportato l'attivazione della sorveglianza sanitaria con l'esecuzione di 57 test tubercolinici. Nel corso dell'anno è stata proposta a 4 operatori sanitari, su indicazione specialistica pneumologica, la chemioprolifassi preventiva con isoniazide per il trattamento dell'infezione tubercolare latente (2 operatori hanno accettato di

sottoporsi alla terapia e sono stati monitorati nel corso della stessa dai Medici Competenti per verificare eventuali effetti avversi).

Di seguito la tipologia delle indagini svolte presso l'AUSL:

Fig.4.3.1 - Tipologia di indagini effettuate sorveglianza tubercolare AUSL - 2013



Fonte: Servizio Sorveglianza Sanitaria

Presso l'AUSL le conversioni immunologiche relative alla tubercolosi a seguito di sorveglianza post-contatto denunciate all'INAIL (Infortuni) sono state 7. Il controllo ha permesso di individuare 68 lavoratori con infezione tubercolare reclutati, in massima parte, in programmi terapeutici. I lavoratori con infezione tubercolare latente sono 68 di cui il 68% rilevati tramite sorveglianza sanitaria periodica, il 12% preventiva (nuovi assunti), il 15% straordinaria.

ATTIVITA' VACCINALE

Epatite B

Il dato relativo alle vaccinazioni effettuate, oltre a far parte del documento sanitario istituito per ogni lavoratore, è inserito anche nel data-base del Servizio di Igiene Pubblica dell'Azienda Usl.

E' sempre attiva l'opera di vaccinazione contro l'epatite B su tutti i nuovi ingressi, in stato immunitario di suscettibilità, destinati ad attività lavorative a rischio biologico.

La vaccinazioni contro il virus dell'Epatite B viene eseguita da personale del Servizio di sorveglianza Sanitaria in 2 sedi Aziendali (Carpi e NOCSAE) e perciò i dati si riferiscono alle vaccinazioni eseguite in queste due sedi. Nelle altre sedi l'operatore è inviato al Servizio di Igiene Pubblica. Si segnala che tutti i nuovi assunti sono intercettati e vaccinati al momento della visita preassuntiva.

Presso l'AUSL sono state inoculate 209 dosi di vaccino anti epatite B in operatori sanitari mai vaccinati o con titolo anticorpale non protettivo., presso l'AOU 62

In via generale si può affermare che la copertura vaccinale per l'epatite HBV sugli operatori a rischio presso l'AUSL è quasi totale.

Nel 2013 presso l'AUSL sono state effettuate inoltre 1 dose di vaccino per l'antitetanica e 1 per MPR.

Campagna Antinfluenzale 2013-2014

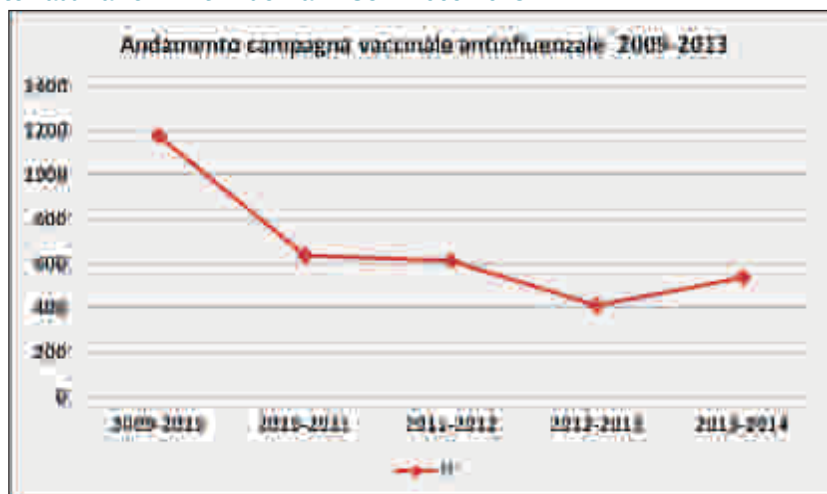
Come ogni anno anche nel 2013 è stata organizzata la Campagna vaccinale antinfluenzale presso le due aziende sanitarie.

Come per gli anni passati sono stati garantiti, dal personale del Servizio di Sorveglianza Sanitaria dell'AUSL, punti vaccinali in tutte le macrostrutture, con l'intento di favorire il più possibile l'adesione alla campagna del personale, in particolare di quello addetto all'assistenza.

Complessivamente, nella campagna di riferimento, sono state somministrate in AUSL 539 dosi di vaccino VAXIGRIP, con un incremento del 26% rispetto alla campagna del 2012/13 (le dosi somministrate furono 426).

L'adesione alla campagna antinfluenzale presso l'AOU nell'anno 2013 è stata superiore rispetto a quella dell'anno precedente con 268 vaccinazioni antinfluenzali effettuate rispetto alle 185 dell'anno precedente (+45%).

Fig.4.3.2 - Andamento vaccinazioni Antinfluenzali AUSL - 2009-2013



Fonte: Servizio Sorveglianza Sanitaria

MALATTIE INFETTIVE DI INTERESSE OCCUPAZIONALE CHE HANNO ATTIVATO LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI (AUSL)

Il monitoraggio delle malattie infettive di interesse occupazionale è, in un'azienda sanitaria, un'attività essenziale per la tutela della salute dei lavoratori.

In particolare in tabella il quadro relativo alle malattie di interesse occupazionale che determinano l'attivazione di procedure valutative del rischio del contatto dell'operatore sanitario, l'offerta e la fornitura di profilassi e/o il monitoraggio.

Tab.4.3.8 - Personale coinvolto nell'assistenza di Malattie Infettive di interesse occupazionale AUSL anno 2013

Malattia Infettiva	N° notifiche	Personale coinvolto
Scabbia	25	398
Meningite Batterica	7	78
Pediculosi	7	122
Varicella	120	179
Morbillo	15	132
TB Polmonare	38	401
Totale	212	1310

Come da indicazioni delle Circolari Regionali emanate nel 2010 (PG15905 del 22/1/2010 e PG 93611 del 31/3/2010), prosegue lo screening sierologico per la determinazione dello stato di suscettibilità al virus della Varicella e Morbillo negli operatori nuovi assunti destinati all'assistenza. In tabella il numero di lavoratori che, in assunzione o in reparti ad alto rischio, hanno eseguito il test.

Tab.4.3.9 - Screening virologico AUSL anno 2013

Screening	N° testati	Non suscettibili	Suscettibili	% Suscettibili
Varicella	457	438	19	4.15%
Morbillo	470	413	57	12.12%

Il servizio promuove fortemente la vaccinazione fra gli operatori suscettibili ma in mancanza di riferimenti normativi cogenti, l'adesione al programma non è sempre puntuale.

Valutazione rischio stress lavoro correlato

Nel corso dell'anno presso l'AUSL si è proceduto alla "Valutazione preliminare del rischio stress lavoro-correlato" in riferimento all'anno 2011. Non è stato possibile esaminare il 2012 per l'evento sismico. Si rimanda alla relazione allegata per approfondimenti.

Presso l'AOU l'ultima valutazione è stata fatta nel corso del 2010, si allega la presentazione dei risultati.

La Informazione e la formazione POLICLINICO

Da numerosi anni grande attenzione viene dedicata sia all'attività di informazione ai lavoratori che a qualsiasi titolo facciano ingresso in Azienda per prestare la loro attività anche per periodi limitati (neo-assunti, tirocinanti, frequentatori, stagisti), che alla formazione.

I corsi di formazione sono stati progettati tenendo presenti le diverse tipologie di rischio (rischi generici e specifici per mansione) e creando in aula la opportunità di un confronto con i docenti, rappresentati da professionisti dell'azienda delle varie aree specialistiche ed in particolare con i medici competenti/autorizzati. Per garantire la maggiore coerenza dei contenuti al contesto lavorativo ed al bisogno formativo anche nel 2013 si è fatto ricorso con maggiore frequenza alla modalità di Formazione sul campo (FSC).

Presso l'AUSL nel 2013 si è dato avvio al programma di aggiornamento/organizzazione del "Primo Soccorso" ai sensi dell'art. 45 Del D.Lgs. 2008 e s.m.i, nelle strutture aziendali che non erogano assistenza sanitaria. Sono stati formati 35 operatori di ruolo non sanitario che sono "incaricati di primo soccorso"

La gestione degli infortuni

Il fenomeno infortunistico che coinvolge il personale dipendente e i medici in formazione specialistica viene monitorato sistematicamente da parte del Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale allo scopo di mettere in atto tempestivamente gli interventi di adeguamento ove necessari.

Gli infortuni sono oggetto di analisi statistica e di dettaglio, con stratificazioni secondo gli standard dell'INAIL e dell'osservatorio nazionale SIROH sugli infortuni con esposizione a rischio biologico; vengono tenuti a riferimento sia nella valutazione del rischio che nella definizione delle priorità negli interventi ed investimenti ai fini della prevenzione.

Gli infortuni totali nel 2013 sono stati 495 presso l'Ausl e 300 presso l'AOU, con un calo per entrambe le aziende rispettivamente del -2% e -9% (Tab4.3.10). Gli infortuni non a rischio biologico rappresentano rispettivamente per le due aziende l'87% e il 51% dei rischi totali e si mostrano in calo rispetto all'anno precedente in modo particolarmente significativo per l'AOU (-26%). Gli infortuni a rischio biologico al contrario sono in aumento in entrambe le aziende, +3% presso l'Ausl e +20% presso l'AOU.

Il tasso di infortuni per rischio non biologico per 1000 esposti presso l'AOU è diminuito dal 7‰ del 2012 al 5.2‰ nel 2013, mentre per gli infortuni biologici è aumentato dal 4.5‰ del 2012 al 5.5‰ nel 2013¹⁷.

L'indice infortunistico presso l'AUSL (calcolato sul numero dei lavoratori esposti) passa dal 3.5% lavoratori del 2012 al 3.7% lavoratori del 2013; si segnala una flessione dell'indice riferito alle sole contaminazioni mucocutanee (in genere indice di scarso/errato uso di DPI) che passa dal 1.14% lavoratori del 2012 al 0.96% lavoratori nel 2013.

Il numero degli infortuni a rischio biologico e la frequenza (infortuni per 100 esposti) per mansione sono molto accentuate tra gli infermieri in entrambe le aziende (Ausl 7.7%, AOU 6.7%). Presso l'AUSL la frequenza è più bassa nelle donne rispetto agli uomini tra gli infermieri e medici, non per gli OSS. Tra i medici la frequenza di infortuni è il 3.5% in Ausl e il 7% in AOU, per gli OSS rispettivamente 4% e 3%

Nel 2013 presso l'AOU la categoria professionale con maggiore incidenza di infortuni a rischio biologico è quella dei medici (6,8 %), in aumento rispetto l'anno 2012; a terza categoria con maggiore incidenza risultano i MFS, mentre si nota una decisa diminuzione degli infortuni per le ostetriche (- 50% rispetto l'anno 2012).

¹⁷ Note per l'AOU: La popolazione di riferimento al denominatore (= numero di lavoratori nell'anno considerato) è stata calcolata a seconda della tipologia d'esposizione e cioè:

per gli infortuni non a rischio biologico (denominati Altra Natura = AN) si è considerato il personale dipendente e i medici in formazione specialistica (MFS) presenti in servizio al 31/12/2013 esclusi Universitari integrati e contrattisti (in quanto non essendo dipendenti dell'AOU i dati non sono disponibili) per un totale di 2913 soggetti;

per gli infortuni a rischio biologico (RB) si è considerato il personale presente al 31/12/2013 con potenziale esposizione ai sensi del Documento di valutazione dei rischi: dipendenti, universitari integrati, contrattisti e MFS. Sono compresi universitari integrati e contrattisti in quanto considerati alla stregua di dipendenti AOU. Il totale è 2685 soggetti.

Tab.4.3.10 - Infortuni sul lavoro rischio non biologico e rischio biologico – Ausl e AOU – anni 2012-2013

	AUSL MO					AOU				
	2012		2013		Var. 2013/2012	2012		2013		Var. 2013/2012
Infortuni	N	%	N	%		N	%	N	%	
Infortuni a rischio non biologico										
Movimentazione manuale carichi/pazienti, di cui:	95	32%	84	30%	-12%	45	22%	32	21%	-29%
Movimentazione PAZIENTI	80	27%	70	25%	-13%	33	16%	18	12%	-45%
Movimentazione CARICHI	15	5%	14	5%	-7%	12	6%	14	9%	17%
Cadute	62	21%	45	16%	-27%	37	18%	23	15%	-38%
Itinere	0	0%	0	0%		43	21%	46	30%	7%
Altri, di cui:	143	48%	154	54%	8%	80	39%	51	34%	-36%
Urti	13	4%	16	6%	23%	34	17%	22	14%	-35%
Movimentazione senza sforzo/postura	6	2%	11	4%	83%	10	5%	13	9%	30%
Aggressioni	14	5%	16	6%	14%	11	5%	0	0%	-100%
Altra natura	110	37%	111	39%		25	12%	16	11%	-36%
Totale	300	100%	283	100%	-6%	205	100%	152	100%	-26%

Infortuni a rischio biologico										
Percutanee	134	65%	157	74%	17%	73	59%	112	76%	53%
Mucocutanee	71	35%	55	26%	-23%	50	41%	35	24%	-30%
Altro rischio biologico*		0%		0%		0	0%	1	1%	
Totale	205	100%	212	100%	3%	123	100%	148	100%	20%

Totale Infortuni Rischio Biologico + Non Biologico	505		495		-2%	328		300		-9%
---	------------	--	------------	--	------------	------------	--	------------	--	------------

Fonte: Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale – Ausl e AOU

Nota: Per l'AOU il totale degli eventi "infortunio" comprende tutto il personale esposto (compresi i medici in formazione specialistica), per l'AUSL tutto il personale dipendente (sono esclusi dal conteggio gli infortuni i itinere e gli infortuni con prognosi

Tab.4..3.11 - Infortuni sul lavoro rischio biologico per categoria professionale– Ausl e AOU –2013

2013	AUSL MO			AOU
	M	F	Totale	Totale
INFERMIERE	33	111	144	69
MEDICO	22	20	42	36
OSS	2	18	20	5
TECNICO LABORATORIO/RADIOLOGIA	0	1	1	4
ALTRE FIGURE	1	4	5	33
TOTALE ANNO	58	154	212	147

Fonte: Servizio Sorveglianza Sanitaria

Tab.4.3.12 - Infortuni sul lavoro a rischio biologico per qualifica (tasso*100 esposti) - AOU - anni 2012-2013

Qualifiche	2012			2013			Diff. 2012/2013	
	N	% sul tot	% per qualifica	N	% sul tot	% per qualifica	n b	% sul tot
Infermiere	52	42%	5%	69	47%	7%	17	31%
Medico	27	22%	5%	36	25%	7%	9	36%
OTA/OSS	4	3%	2%	5	3%	3%	1	24%
MFS	25	20%	5%	27	18%	6%	2	17%
Laboratorista (escl. medico)	5	4%	3%	0	0%	0%	-5	—
Tecnico	2	2%	2%	4	3%	5%	2	114%
Ostetrica	7	6%	9%	4	3%	5%	-3	-50%
Altro	1	1%	1%	2	1%	2%	1	100%
Totale	123	100%	5%	147	100%	6%	24	22%

Fonte: Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale - AOU

La fascia oraria, presso l'AUSL, in cui maggiormente avvengono infortuni è la mattina (73%, 15% la notte e il 12% il pomeriggio.

In tabella 4.3.13 il dato relativo all'anzianità di servizio dell'infortunato.

Tab.4.3.13- Anzianità di servizio del personale infortunato –Ausl - 2013

Anzianità di servizio	M	F	Totale
0-5 anni	24 (41.4%)	38 (24.7%)	62 (29.2%)
6-10 anni	23 (36.6%)	56 (36.4%)	79 (37.3%)
11-15 anni	5 (8.6%)	24 (15.6%)	29 (13.7%)
>15 anni	6 (10.3%)	36 (23.4%)	42 (19.8%)
Totale	58	154	212

Fonte: Servizio Sorveglianza Sanitaria

4.4 Gestione del rischio e sicurezza delle cure

In linea con gli indirizzi regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure, di prevenzione degli eventi avversi e di gestione dei sinistri, entrambe le Aziende hanno nel tempo sviluppato assetti, competenze e professionalità che consentono di attuare una efficace gestione del rischio intesa come “... strumento con il quale le Aziende Sanitarie e, più in generale, il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso prevengono le conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria, nella logica dell'integrazione delle funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore ...”. (DGR 1350/12).

A tal fine sono state progressivamente sviluppate nel corso degli ultimi anni ed ulteriormente implementate nel corso del 2013 numerose attività sia di prevenzione che di gestione del rischio clinico in diversi ambiti: rischio infettivo, prevenzione degli errori di terapia farmacologica, prevenzione delle cadute dei pazienti, sicurezza in chirurgia, qualità della documentazione sanitaria, gestione del contenzioso aziendale, monitoraggio ed analisi degli eventi avversi e delle principali fonti informative su eventi avversi e near miss (“quasi eventi”).

Relativamente ai singoli ambiti di applicazione della gestione del rischio verranno qui di seguito sintetizzate le principali attività svolte nel corso dell'ultimo anno.

a) Prevenzione e gestione del rischio infettivo

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria quello infettivo (ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre un'infezione) riveste particolare importanza per le sue dimensioni, per la complessità dei determinanti e per il trend epidemiologico in aumento (DGR 318/2013).

A fini di prevenzione e di gestione di tale rischio entrambe le Aziende hanno da tempo avviato e progressivamente implementato sia sistemi di sorveglianza continua che specifici programmi e progetti di prevenzione.

Per quanto concerne i sistemi di Sorveglianza continua in entrambe le Aziende sanitarie sono da tempo operative specifiche procedure di rilevazione e segnalazione rapida delle malattie infettive, degli eventi sentinella di carattere

infettivologico, dei cluster epidemici e/o delle epidemie acquisite nel corso dell'assistenza in ospedale, nonché degli alert organism o patogeni inusuali e dei microrganismi con profilo di resistenza inusuale nelle varie strutture sanitarie.

Tali procedure di fatto ottemperano alle indicazioni regionali garantendo una regolare e tempestiva segnalazione delle malattie infettive e diffusive ai vari organi competenti (Servizio di Igiene Pubblica, Direzione Sanitaria, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Assessorato alla Sanità) evitando violazioni della riservatezza della persona assistita e garantendo una corretta identificazione di tutte le tipologie di infezioni monitorate. Esse consentono inoltre di assicurare il tempestivo intervento dei servizi preposti per l'applicazione delle misure di profilassi e controllo per circoscrivere e/o arrestare il diffondersi delle infezioni.

L'applicazione di tali procedure consente inoltre di attuare un sistema di sorveglianza attiva nelle diverse Strutture ospedaliere di entrambe le Aziende, che assume valenza di osservatorio e che, garantendo la possibilità di attuare tempestive ed efficaci indagini epidemiologiche anche in collaborazione con il Servizio di Igiene Pubblica, assicura una ulteriore tutela della salute pubblica rivolta alla popolazione generale.

Entrambe le Aziende partecipano inoltre al sistema di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, ovvero allo specifico progetto regionale (SiChER) avviato alla fine del 2006 con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza delle persone sottoposte ad intervento chirurgico. Tale programma nell'AOU Policlinico di Modena nel 2013 è stato ulteriormente implementato mediante reclutamento di ulteriori strutture chirurgiche ed ha portato a sorvegliare 6961 interventi non protesici e 147 interventi con materiale protesico; il numero di infezioni della ferita chirurgica in entrambi i casi è risultato mediamente in linea con i dati regionali. Nell'Azienda USL di Modena il sistema di sorveglianza al momento è attivo nelle Unità Operative di Chirurgia Generale, Ortopedia e Neurochirurgia del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense (NOCSAE), con previsione di estenderlo alle altre UU.OO. chirurgiche del Presidio Ospedaliero.

Parallelamente entrambe le Aziende portano avanti specifici sistemi di sorveglianza continua che riguardano i seguenti ambiti:

- per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico:

Sorveglianza continuativa delle meningiti batteriche: programma già avviato da alcuni anni grazie anche al contributo del laboratorio di Microbiologia e Virologia, e che nel corso del 2013 ha consentito di rilevare tempestivamente 6 casi di meningiti.

Sorveglianza ed intervento su eventi sentinella microbiologici isolati: programma anch'esso attivo da diversi anni, che si propone di tenere sotto controllo alcuni germi "sentinella" o "alert organism" per consentire l'avvio tempestivo di una indagine epidemiologica mirata ad individuare eventuali sorgenti ambientali e/o umane e dare immediata applicazione alle misure di controllo della loro diffusione.

Sorveglianza e controllo dell' Antibioticoresistenza: è un programma che permette di proseguire l'adesione allo specifico sistema di sorveglianza regionale e che si affianca ad azioni mirate ad accrescere le competenze dei clinici sul buon uso degli antibiotici coordinate da un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato da un dirigente Farmacista. In particolare nel 2013 le azioni del gruppo sono state prevalentemente mirate all'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici carbapenemici per il trend in crescita dei fenomeni di resistenza nei loro confronti, ma hanno riguardato anche l'aggiornamento dei protocolli di antibiotico profilassi peri-operatoria di alcune chirurgie specialistiche (urologica, dermatologica).

Legionellosi: sorveglianza delle polmoniti nosocomiali ed acquisite in comunità: programma attivo dal 2000, basato sul monitoraggio periodico del livello di contaminazione dell'impianto idrico e degli altri punti a rischio e sulla sorveglianza attiva dei casi di polmonite da Legionella pn., con particolare riferimento a quelli di sospetta origine nosocomiale.

Sistema di sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale: la SC di Neonatologia aderisce al sistema di sorveglianza internazionale Vermont-Oxford, cui vengono regolarmente inviati i dati oggetto di monitoraggio.

- per l'Azienda USL:

Sistema di "Sorveglianza attiva per Enterobatteri produttori di carbapenemasi": secondo le indicazioni dei documenti regionali, è stato redatto e diffuso un protocollo, revisionato a novembre 2013.

Sistema di sorveglianza del rischio infettivo in terapia intensiva: attivo da anni, sorveglia le polmoniti associate alla ventilazione meccanica (VAP), le infezioni del sangue catetere-correlate (CVC), le infezioni urinarie correlate alla presenza di un catetere vescicale (CV).

Programma per la prevenzione e controllo della Legionellosi in ambito ospedaliero: attuato presso tutti gli ospedali, si propone di attuare la diagnosi precoce di legionellosi e il monitoraggio microbiologico ambientale della rete idrosanitaria ospedaliera per attuare le eventuali azioni correttive.

Piano di sorveglianza e controllo Chikungunya, Dengue e West Nile: stante la diffusione anche nella nostra regione delle malattie trasmesse da arbovirus, per l'anno 2013 secondo le indicazioni regionali è stato aggiornato e diffuso il piano di sorveglianza e controllo dei casi umani di febbre Chikungunya e Dengue e della malattia di West-Nile.

Altri progetti di prevenzione del rischio infettivo

Oltre ai programmi e progetti di sorveglianza continua delle infezioni, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena ha messo in campo diversi progetti finalizzati alla prevenzione e al controllo del rischio infettivo, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza, tra cui:

Progetto "Igiene delle Mani": avviato nel febbraio 2013, ha l'obiettivo di migliorare l'adesione all'igiene delle mani da parte di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza, attraverso l'implementazione della "Linea guida sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria" e l'utilizzo della "strategia multimodale" sostenute dall'OMS..

Risposta ad emergenze infettive: sulla base degli aggiornamenti dell'anno 2013 da parte degli organismi competenti, l'AOU di Modena ha aggiornato il piano di preparazione e risposta per la West Nile Disease/Chikungunya

Diagnosi, sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi: in aderenza alle indicazioni regionali sono stati coinvolti tutti i professionisti ospedalieri mediante diffusione capillare degli obiettivi e delle azioni da intraprendere, oltre che dei comportamenti da tenere.

Anche l'Azienda Usl, oltre a programmi e progetti di sorveglianza continua delle infezioni, si propone di consolidare la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) attraverso lo sviluppo di progetti mirati a promuovere la sicurezza nei contesti assistenziali intervenendo in alcune aree prioritarie:

"Mani pulite sane sicure": programma di promozione dell'igiene delle mani in ottemperanza alle indicazioni regionali che nel 2013 ha comportato: la revisione della Procedura aziendale "Igiene delle mani". Per il 2014 è in programma l'avvio della Campagna "Mani pulite sane sicure" che si estenderà a tutte le strutture sanitarie aziendali. Il documento e i materiali sono consultabili nella Home page aziendale (AUSL Modena - L'igiene delle mani).

Procedura per "Il reprocessing degli endoscopi": approvata e diffusa ad ottobre 2013, riguarda la Rete Integrata di Endoscopia Digestiva dell'Azienda USL di Modena e verrà ulteriormente implementata nel 2014 mediante visite di audit presso le UU.OO. della Rete per la verifica della sua corretta applicazione al fine di aumentare la sicurezza del paziente rispetto al rischio infettivo a seguito di tale procedura.

Stewardship ATB (politica per l'appropriatezza della terapia antibiotica): è stata condotta mediante: revisione dei protocolli di profilassi antibiotica perioperatoria; redazione e diffusione dei protocolli di terapia antibiotica empirica per le principali infezioni batteriche. Nel corso del 2013 sono stati eseguiti n. 24 incontri di formazione relativa alle attività di sorveglianza e prevenzione delle ICA e al buon uso della terapia antibiotica rivolti al personale del Presidio ospedaliero, delle Strutture territoriali e al volontariato.

Sito intranet aziendale

Entrambe le Aziende hanno messo a disposizione materiali e documenti e altri utili riferimenti in tema di prevenzione e controllo del rischio infettivo nei rispettivi siti intranet aziendali.

Per l'AOUP è disponibile sul sito intranet aziendale un link specifico denominato "Area igiene Ospedaliera", mentre per l'Azienda USL tutti i documenti relativi alla gestione del rischio infettivo sono disponibili nella Homepage aziendale e accessibile anche da Intranet.

b)•Prevenzione degli errori di terapia farmacologica•

L'Azienda USL di Modena, con la funzione aziendale di Gestione del Rischio ed il Dipartimento Farmaceutico, ha provveduto a pianificare le azioni di miglioramento ritenute necessarie per ridurre il rischio di errore nella gestione della terapia farmacologica non solo in ambito assistenziale, ma anche nelle attività di distribuzione dei farmaci. Nel corso dell'anno sono stati inoltre effettuati due SEA su segnalazioni spontanee di near-miss di errata somministrazione in reparto e messe in atto le necessarie azioni correttive.

Presso l'Azienda Ospedaliera per migliorare la sicurezza del paziente mediante la prevenzione degli errori in terapia sono state ulteriormente implementate le tecnologie di prescrizione informatizzata, con estensione ad esempio alla degenza ordinaria del Centro Oncoematologico. Parallelamente, anche in questo caso proseguendo ed implementando azioni di miglioramento già avviate nel corso degli anni precedenti, sono stati approvati ed introdotti nella pratica clinica ulteriori modelli dipartimentali di FUT concordati con i professionisti e che riscontrano le necessità di prescrizione/somministrazione della terapia farmacologica delle diverse branche specialistiche. Ciò unitamente all'implementazione del sistema di documentazione cartacea della prescrizione informatizzata, ora consente in tutti i reparti una corretta e completa attestazione delle diverse fasi della terapia farmacologica.

Entrambe le Aziende hanno inoltre introdotto o aggiornato nel 2013 diverse procedure relative alla terapia farmacologica, tra cui 'Prescrizione, somministrazione e gestione dei farmaci', 'Terapie antitumorali: prescrizione, preparazione e somministrazione', procedura interaziendale di 'Gestione dei campioni sperimentali'.

c) Prevenzione delle cadute in ospedale

In entrambe le Aziende sono da tempo attivi sistemi di rilevazione delle cadute in ospedale che hanno consentito di rilevare nel corso del 2013 un totale di 291 cadute presso AUSL e di 204 cadute presso l'AOU: ancorché non statisticamente significativi e con noto rischio di sottostima correlato alla non completa affidabilità del sistema di rilevazione, tali dati risultano allineati con quelli riportati in letteratura, tenuto conto del numero medio dei ricoveri/anno per ciascuna Azienda.

Posto che la conoscenza e la misura della fenomenologia degli eventi è presupposto imprescindibile per la pianificazione di azioni preventive multidimensionali mirate e il più possibile efficaci e che la definizione di modalità codificate per la prevenzione e la gestione dell'evento caduta, così come la specifica attività di formazione, contribuiscono alla migliore gestione di questo aspetto, entrambe le Aziende sono impegnate su questo fronte, seppure con diverse modalità di monitoraggio del fenomeno e di gestione degli eventi.

Il lavoro svolto presso l'AUSL ha preso avvio dalla stesura di una procedura aziendale che oltre ad introdurre in modo strutturato una metodologia condivisa per la rilevazione del rischio di caduta all'ingresso e durante il ricovero proponeva la sperimentazione di un nuovo sistema informatizzato e centralizzato di segnalazione e registrazione dell'evento caduta. La procedura applicata su alcune UO in via sperimentale per un periodo di sei mesi nel 2012 è stata revisionata nel 2013 ed estesa attraverso un'intensa attività formativa a tutte le UO del Presidio.

Anche presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena è da tempo operativa una specifica procedura (2012) che, a fronte di una sistematica rilevazione del rischio specifico di caduta sui pazienti entro breve tempo dall'ingresso in reparto mediante apposita scala di comprovata efficacia valutativa a livello internazionale, indica una serie di azioni di prevenzione da porre in essere a cura del personale infermieristico. La stessa procedura prevede inoltre che ogni caduta accidentale in corso di ricovero venga segnalata mediante scheda cartacea di incident reporting, sia a fini di monitoraggio del fenomeno con apposito data-base aziendale e conseguente reportistica a cadenza semestrale, che anche ai fini di analisi di eventi 'caduta' di particolare gravità o rilevanza per l'individuazione di azioni correttive mirate.

d) Sicurezza in chirurgia

Aderendo al programma "Safe Surgery Saves Lives", lanciato nel 2008 dalla World Health Organization (WHO) per migliorare la sicurezza delle cure chirurgiche definendo standard minimi universalmente applicabili che contribuiscano a generare un ambiente chirurgico sicuro e a migliorare sia l'accesso che la cura dei pazienti chirurgici, da qualche anno la RER ha avviato il progetto SOS.net, finalizzato al miglioramento della sicurezza delle procedure chirurgiche mediante l'utilizzo di una check list di sicurezza nelle sale operatorie delle strutture sanitarie di tutta la regione.

Gli obiettivi specifici del progetto sono pertanto di costituire un network regionale per l'applicazione delle raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria; formare una équipe di riferimento per ogni struttura sanitaria aderente al progetto e arruolata sugli standard di sicurezza e sul corretto utilizzo della check list; costruire un data set di indicatori per il monitoraggio della applicazione degli standards di sicurezza; costruire un data set di indicatori per la valutazione degli outcomes sulla applicazione degli standards di sicurezza; utilizzare un supporto informatizzato per la raccolta delle deviazioni rispetto agli items/standard di sicurezza previsti dalla check list; integrare la rilevazione delle deviazioni con l'Incident Reporting, e conferire al data base regionale i dati sulla casistica relativa ai near miss e agli

eventi inattesi; misurare e comparare i tassi di mortalità e complicanze post operatorie; pubblicare e diffondere i risultati.

Entrambe le Aziende sanitarie hanno aderito al progetto regionale SOS.net, seppur con diverse tempistiche e diverso grado di implementazione:

L'Azienda USL ha proseguito nel 2013 l'attività di formazione e reclutamento delle UO chirurgiche non ancora aderenti al Progetto regionale SOS net, in particolare tutto il blocco operatorio del Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense a cui afferisce il volume di attività chirurgica più importante del Presidio.

In AOU, ove la Checklist di Sala operatoria è già applicata in tutte le UU.OO. chirurgiche e a tutti gli interventi programmati e urgenti (esclusi solo gli interventi in emergenza, quelli di chirurgia ambulatoriale e quelli su minori degli anni 14), nel 2013 è proseguita l'attività di reportistica semestrale che prevede la trasmissione ai Direttori delle U.O. chirurgiche di un report accompagnato da una lettera a firma del Direttore Sanitario che sottolinea le NC rilevate e richiama l'adesione alle rispettive procedure aziendali di riferimento per la loro correzione.

e) Prevenzione e trattamento lesioni da pressione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena ha messo in campo azioni volte a Prevenire e trattare le lesioni da pressione. Per lo sviluppo ed il continuo aggiornamento delle competenze del personale addetto all'assistenza fin dal 2002 vengono proposte sistematicamente iniziative formative e di addestramento specifiche. Parallelamente, a fini di sorveglianza del fenomeno e di verifica dell'adesione alle buone pratiche di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione, vengono effettuate periodiche rilevazioni di prevalenza, che nel 2013 hanno evidenziato un miglioramento sia del grado di adesione generale alla procedura aziendale e che anche nella prevalenza delle lesioni in alcuni reparti a rischio, pur rimarcando la necessità di un impegno costante nella prevenzione in relazione alle caratteristiche dei pazienti.

f) Qualità della documentazione sanitaria

Poiché la documentazione sanitaria rappresenta una fonte informativa imprescindibile per verifiche sulla qualità delle cure e si configura al contempo come l'unica prova del corretto adempimento del professionista e della struttura in ipotesi di contenzioso, il tema del monitoraggio della corretta tenuta della documentazione sanitaria (ex DGR 1706/2009 e s.m.i.) continua a rivestire una fondamentale importanza per entrambe le Aziende Sanitarie della Provincia di Modena

L'assetto organizzativo dell'attività di controllo della qualità delle cartelle cliniche, parte specifica dei controlli previsti dalla DGR 354/2012 è connotato da differenze peculiari tra le due Aziende che meritano di essere esposte.

L'Azienda USL di Modena ha adempiuto all'obbligo di costituzione del Nucleo Aziendale Controlli con Delibera del Direttore Generale n. 204-2013. L'effettuazione dei controlli di qualità e completezza della documentazione sanitaria è affidata, con la metodologia prevista dalla DGR 1706/2009, a personale degli Uffici DRG di ogni Ospedale, affiancato da referenti medici della Direzione sanitaria di ogni presidio. La specifica attività, supervisionata e coordinata dalla Struttura di Medicina Legale e Gestione del Rischio, viene dunque svolta in toto da valutatori "terzi" appositamente formati. La Struttura di Medicina Legale e Gestione del Rischio supporta la predisposizione delle rendicontazioni del monitoraggio degli indicatori degli obiettivi di budget specifici, pianificando ed effettuando la formazione rivolta sia ai valutatori (aggiornamenti) sia ai professionisti.

A fronte di una sostanziale stabilità del livello di qualità raggiunto nel 2013 vs il 2012 per la maggior parte delle Unità Operative, è stato invece registrato un significativo miglioramento rispetto all'anno precedente per tre Dipartimenti (Dipartimento di Ortopedia e Traumatologia, Dipartimento di Neuroscienze e Dipartimento Integrato di Medicina Interna, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria).

Anche l'AOU Policlinico ottempera alle previsioni di costante controllo della qualità della documentazione sanitaria previste a livello regionale (ex DGR 1706/2009 e s.m.i.), avendo ormai da tempo attivato un sistema di controlli sul 5% dei ricoveri su base annua, che viene effettuato per la metà in forma di autovalutazione a cura di personale medico appositamente formato delle singole strutture (a cadenza trimestrale) ed in parte da valutatori esterni (Ufficio DRG e Direzione sanitaria, a cadenza semestrale).

Dal 2013 i dati dei controlli vengono rilevati tramite apposita scheda di valutazione in formato elettronico, disponibile tramite il sistema informativo aziendale ADT, che, oltre a riscontrare i requisiti di cui alla check list di verifica prevista dalla normativa regionale, prevede contestualmente la valutazione della regolare rilevazione del dolore, l'utilizzo della scheda di valutazione del rischio tromboembolico, l'eventuale arruolamento del paziente in una sperimentazione.

Nel corso del 2013 nelle strutture afferenti all'Azienda Ospedaliero Universitaria i controlli hanno rilevato un ulteriore miglioramento del grado di adesione ai criteri di corretta tenuta della maggior parte delle strutture complesse, tanto che l'80% di queste ha raggiunto lo specifico obiettivo di budget ed ha portato ad ulteriore miglioramento del punteggio medio aziendale: in effetti partendo dai punteggi già elevati raggiunti nel 2012 (89,2% e 80,09% di media aziendale rispettivamente per DO e DH) si è ulteriormente incrementato (94,07% e 87,09% di media aziendale rispettivamente per DO e DH nel 2013). Le poche S.C. che hanno mostrato nel 2013 una flessione del grado di adesione sono state oggetto di segnalazione specifica rivolta al Direttore con invito al rispetto delle indicazioni di cui alla procedura aziendale.

Oltre a ciò entrambe le Aziende sanitarie della provincia di Modena hanno attivato/implementato nel corso del 2013 ulteriori progetti/interventi di miglioramento relativi alla qualità della documentazione sanitaria:

- L'Azienda USL di Modena nell'ambito di un Progetto regionale finanziato è stata individuata insieme a due altre aziende USL della Regione (Rimini e Ferrara) per la realizzazione di interventi finalizzati sia alla sperimentazione di modelli efficaci e fruibili di documentazione clinica integrata (applicazione diario clinico medico-infermieristico integrato in chirurgia vascolare, realizzazione di cartella clinica integrata nell'Area omogenea medica di Pavullo, realizzazione di cartella clinica integrata negli SPDC aziendali), sia al potenziamento delle attività di monitoraggio della qualità e di elaborazione informatica degli indicatori di esito estratti attraverso l'attività di revisione delle cartelle cliniche.
- Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico è proseguita nel 2013 l'attività di un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da medici specialisti in Ostetricia e ginecologia e da ostetriche, per la revisione del formato specifico di cartella clinica ostetrica con recepimento degli elementi essenziali della cartella clinica base di cui al format generale aziendale ed introduzione di appositi spazi volti a riscontrare sul piano documentale le pratiche e i rilievi attualmente considerati come di massima tutela per la gestante ed il neonato in corso di travaglio e di parto (ad esempio l'introduzione del partogramma, l'affollazione dei tracciati CTG e del relativo referto e la previsione di un diario integrato ostetrico e medico ostetrico).
- Entrambe le Aziende svolgono inoltre una costante e ricca attività formativa sull'importanza della corretta tenuta della documentazione sanitaria. Nello specifico l'Azienda USL di Modena ha inserito nel 2013, nell'ambito del pacchetto formativo già ampiamente consolidato destinato a tutte le professioni sanitarie, una sessione pratica in cui viene svolto, con il coinvolgimento diretto dei discenti, un audit multidisciplinare e multiprofessionale, analizzando una cartella clinica e simulandone la valutazione di qualità. L'Azienda Policlinico ha attivato nuove edizioni della formazione specifica già attivata negli anni precedenti, comprensiva anche di indicazioni in merito alla problematica del consenso informato (AOU).

g) Gestione del contenzioso

Coerentemente con le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali, in entrambe le Aziende Sanitarie di Modena la Gestione del Rischio è strettamente connessa con la gestione del contenzioso, che ne rappresenta una componente di tutto rilievo.

Dal 2012 entrambe le Aziende hanno coperture assicurative di responsabilità civile verso terzi e verso prestatori di lavoro (RCT/O) con uno scoperto in franchigia (pari a 50 mila euro per l'Azienda Territoriale e a 75 mila euro per l'AOU). Al fine di una più efficiente gestione della sinistrosità in generale e del risarcimento dei sinistri in franchigia in particolare, le Direzioni strategiche hanno promosso, d'intesa con la Compagnia di Assicurazione, il diretto coinvolgimento dei professionisti medico-legali afferenti alle rispettive Strutture Complesse di Medicina Legale per la stesura dei pareri medico-legali di valutazione del danno e per le visite dei danneggiati. Tale coinvolgimento assicura peraltro una più diretta conoscenza da parte delle Aziende del fenomeno della sinistrosità e consente di utilizzare gli elementi di istruttoria e di approfondimento anche a fini di monitoraggio del rischio clinico a livello aziendale.

Ciò peraltro risulta assicurato attraverso la partecipazione diretta dei Risk Manager Aziendali al Comitato Valutazione Sinistri, ormai attivo in entrambe le Aziende, che rappresenta la sede ove, attraverso una valutazione collegiale dei sinistri già completamente istruiti a cura dei Servizi preposti secondo procedure ormai da tempo consolidate, viene garantita una congrua e tempestiva riparazione ai danneggiati e, parallelamente, una puntuale integrazione dei dati di rilievo nell'ambito delle attività di gestione del rischio clinico. In entrambe le Aziende il Comitato Valutazione Sinistri anche nel corso del 2013 si è riunito più volte (anche in forma telematica) al fine di accelerare il più possibile il riscontro dell'esito della vertenza aperta dal cittadino che ritiene di essere stata danneggiato in occasione di prestazione sanitaria.

Al momento decisionale del Comitato Valutazione Sinistri segue la fase liquidatoria, che presso l'Azienda Policlinico viene per lo più gestita direttamente dal Settore Legale del Servizio Affari Generali: tale pratica, iniziata già da diversi

anni, nel corso del tempo ha consentito da un lato di sviluppare le specifiche competenze necessarie a tal fine e, parallelamente, si è dimostrata utile ai fini di migliorare il rapporto con l'utenza.

Circa l'andamento della sinistrosità in generale nel 2013 si sono osservati:

- presso l'Azienda USL un trend in lento ma progressivo aumento del numero dei sinistri (richieste di risarcimento danni e esposti in ambito penale) denunciati alla Compagnia di Assicurazione (158 sinistri denunciati nel 2013 rispetto a 134 dell'anno precedente), risultando invece pressoché invariate le aree disciplinari più frequentemente coinvolte (Ortopedia, Chirurgia, Pronto Soccorso e l'ambito ostetrico-ginecologico);
- presso l'Azienda Policlinico nel corso del 2013 sono state inoltrate alla Compagnia di Assicurazione 76 denunce in totale, 53 delle quali riconducibili ad episodi di presunta malpractice sanitaria, di cui solo 11 riguardanti eventi avvenuti nel 2013: in questo caso il trend rispetto all'anno precedente è risultato in decremento, posto che nel 2012 le denunce legate a presunta malpractice sanitaria erano state 99, mentre anche presso questa Azienda si confermano come aree disciplinari prevalentemente coinvolte le specialità Chirurgiche, Ortopediche e di Ostetricia.

h)•Analisi•delle•fonti•informative,•Incident•reporting•e•attività•di•audit•

Per entrambe le Aziende la segnalazione spontanea degli eventi avversi e/o dei quasi eventi attraverso lo strumento dell'Incident Reporting, come noto di fondamentale importanza ai fini della gestione del rischio, registra anche nel 2013 un andamento positivo sia in termini di numero di segnalazioni che di qualità delle stesse. Nel corso dell'anno 2013 le schede di IR complessivamente rilevate ed inserite nel Data base regionale sono 78 per l'Azienda USL e 183 per l'AOU, dato in ampia parte giustificato dal fatto che, a differenza dell'Azienda Policlinico, l'Azienda USL di Modena ha escluso dall'Incident Reporting gli eventi di caduta. Ciò riflette l'impegno di entrambe le Aziende nell'implementazione dell'uso di tale strumento, sia in termini di formazione continua degli operatori sull'utilizzo dello strumento che in forma di crescente supporto della funzione di gestione del rischio, che continua a produrre effetti positivi come anche dimostrato dalla sempre più frequente richiesta di aiuto/supporto da parte dei professionisti nell'applicazione degli strumenti di analisi degli eventi avversi finalizzati all'individuazione di azioni correttive e di miglioramento a dimostrazione della sempre maggior diffusione di una cultura positiva della sicurezza basata sull'apprendimento dall'errore.

In tale ottica peraltro entrambe le Aziende applicano ormai di prassi sistemi di analisi reattiva degli eventi avversi più significativi e, in misura sempre maggiore, supportano la valutazione integrata ovvero condivisa del reclamo (che è precoce spia di un conflitto quando non di un contenzioso) tra le funzioni aziendali URP e quelle di gestione del rischio. In particolare:

- L'Azienda Policlinico in quasi la metà dei casi analizzati mediante le tecniche del SEA (Significant Event Audit) o dell'Audit ha intrapreso azioni correttive/di miglioramento, alcune delle quali direttamente attivate di iniziativa dal personale sanitario. In particolare, avendo proceduto nell'anno precedente alla definizione delle procedure di progettazione ed esecuzione sia dell'audit clinico che del SEA con allegata modulistica, nel corso del 2013 l'attività di audit clinico è stata implementata mediante assegnazione a tutte le S.C. quale obiettivo di budget di ambito 'Governo clinico' l'esecuzione di un audit clinico. Parallelamente l'attività del Significant Event Audit (SEA) è stata sistematicamente applicata in tutti i casi di esiti sfavorevoli, di eventi sentinella, di segnalazioni di Incident Reporting ritenute particolarmente significative e, in alcuni casi, anche su iniziativa spontanea degli stessi professionisti. Complessivamente nel corso dell'anno sono stati svolti n. 9 audit clinici e n. 28 SEA, cui è conseguita l'individuazione di numerose azioni di miglioramento, in gran parte già attuate o in avanzata fase di attuazione.
- L'Azienda USL di Modena nell'ambito del percorso gestionale delle segnalazioni dei cittadini svolto dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), attraverso il Team aziendale specificatamente formato, supporta l'attività di ascolto e mediazione nei confronti delle segnalazioni riguardanti le richieste di risarcimento danni (codificati dall'URP come 'codici rossi') ed i "reclami" significativi per il contenuto e le possibili ripercussioni in termini di conflittualità e danno all'immagine (codificati dall'URP come 'codici gialli'); si tratta di un percorso parallelo a quello di gestione del contenzioso.

4.5--Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti--

Azienda USL

L'Azienda USL ha da tempo intrapreso un percorso di costruzione costruito di un sistema per la valutazione di risultato e di posizione, connesso alla incentivazione ed al sistema premiante e coerente con gli indirizzi e le politiche dell'Azienda (Direzione strategica ed articolazioni) che si è concluso con la sua deliberazione ed adozione concreta.

L'impianto complessivo di valutazione è articolato su due aree significative:

1. La valutazione di posizione relativa all'incarico professionale, che riguarda i Dirigenti e i titolari di Posizione Organizzativa;
2. La valutazione del risultato annuale conseguito, che il D. Lgs. 150/09 ha reso obbligatoria per tutti gli operatori aziendali (valutazione di performance).

Valutazione della posizione/incarico professionale

Il sistema di valutazione della posizione è articolato su due livelli: un giudizio di primo livello formulato dal "superiore gerarchico" del valutato, seguito da uno di secondo livello formulato da un Collegio Tecnico appositamente costituito. Il Collegio Tecnico redige e sottoscrive la scheda di valutazione e la trasmette al Direttore della macro-struttura di riferimento, il quale integra la valutazione del Collegio tecnico esprimendo il proprio giudizio sugli aspetti organizzativo-gestionali e la trasmette al Direttore Generale.

Gli ambiti oggetto di valutazione sono sostanzialmente due:

1. Responsabilità e obiettivi contrattuali indicati nel contratto individuale di lavoro, di più ampio respiro rispetto a quelli di annata e riferibili al ruolo ricoperto;
2. Competenze tecnico-professionali e gestionali, previste dai CCNL delle diverse figure professionali, in gran parte sovrapponibili a quelle previste nella scheda di valutazione di risultato.

Valutazione degli obiettivi annuali legati al processo di budget

Relativamente alla seconda area (Valutazione di risultato o di performance), anche per rispondere a quanto richiesto dalla Riforma Brunetta, il processo di programmazione e valutazione segue un processo organizzativo "a cascata", secondo cui gli obiettivi annuali vengono assegnati durante il processo di budget ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali. Il processo di programmazione e valutazione arriva sino al singolo dirigente, sia nei dipartimenti ospedalieri e territoriali che per le funzioni in staff.

Il sistema complessivo configurato si ispira al Management by Objectives (MBO) in cui vi è uno stretto collegamento tra il sistema di programmazione e controllo (chiara definizione degli obiettivi quantitativi e qualitativi da raggiungere), il sistema di valutazione delle prestazioni (basato sui risultati raggiunti rispetto agli obiettivi) ed il sistema di incentivazione legata alla retribuzione variabile.

I presupposti del sistema consistono nella capacità di collegare in modo forte il processo valutativo agli obiettivi negoziati annualmente con il processo di budget, e nell'ancorare il processo di valutazione ad un percorso di sviluppo delle competenze maturate ed espresse, sia trasversali che strettamente professionali.

Sottolineiamo infatti che una organizzazione come quella sanitaria, connotata da un forte e necessario livello di autonomia dei professionisti ma anche da una relativa rigidità del sistema retributivo, non possa prescindere dalla capacità di coinvolgere, motivare, promuovere senso di appartenenza nei singoli, utilizzando a tale scopo tutte le possibilità e le leve disponibili, tra cui rientra il processo di valutazione delle prestazioni ispirato da principi meritocratici e di equità complessiva.

Il sistema complessivo di valutazione è orientato dai seguenti obiettivi:

- da una parte consentire ai dirigenti di partecipare al processo decisionale (coerentemente al livello di responsabilità) e quindi di assumere responsabilità gestionali sui risultati raggiunti,
- dall'altra indirizzare i comportamenti professionali e gestionali verso logiche meritocratiche.

Particolare significato viene attribuito al colloquio di valutazione fra responsabile e collaboratore (Valutatore e Valutato) come occasione di confronto sull'attività e sui ruoli professionali, di condivisione degli obiettivi e di miglioramento complessivo del sistema professionale ed organizzativo.

Il ruolo del Nucleo di Valutazione

Il sistema complessivo di valutazione, come esplicitato, è fondato sul meccanismo di "valutazione a cascata", che porta ad una responsabilizzazione concreta e fattiva di tutti rispetto ad un sistema complessivo di obiettivi e competenze.

Al Nucleo di Valutazione (composto da professionisti esperti sugli aspetti della valutazione) spetta un ruolo di supporto metodologico al Direttore Generale nella valutazione della prima linea dirigenziale (Distretti e Dipartimenti Ospedalieri e Territoriali) ed una funzione di supporto metodologico al processo complessivo di valutazione.

Monitoraggio/Valutazione delle competenze professionali¹⁸

Nel 2013 è stato messo a punto il processo di monitoraggio/valutazione delle competenze, che verrà sperimentato nel 2014.

Il processo, che NON è correlato al sistema premiante, ha come unico obiettivo lo sviluppo professionale e la definizione di piani di formazione coerenti alle necessità di ognuno.

Il processo è articolato in due fasi: la autovalutazione e la valutazione del responsabile (colloquio di valutazione) attraverso una scheda in cui vengono prese in considerazione tre tipologie distinte di competenze:

- Competenze tecnico-professionali sintetiche;
- Competenze organizzative;
- Competenze trasversali;

Momento fondamentale dell'intero processo è il colloquio di valutazione fra responsabile e collaboratore, nel quale vengono messe a confronto l'autovalutazione e la valutazione espressa dal responsabile.

L'obiettivo della valutazione è quello di enucleare delle aree di forza e delle aree di debolezza nelle competenze espresse dal dipendente in modo tale da proporre adeguate iniziative formative che permettano di colmare eventuali gap. Gli interventi formativi verranno articolati secondo due livelli: individuale e organizzativo.

L'output della valutazione annuale sarà parte integrante, insieme a quella degli obiettivi di budget, del fascicolo del dipendente contribuendo a determinare l'esito della valutazione degli obiettivi legati al contratto (3-5 anni).

L'intero processo viene gestito attraverso un applicativo informatico in modalità "paper less".

Azienda Ospedaliero-Universitaria

Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena è attivo un sistema di valutazione del personale indubbiamente peculiare rispetto alla maggior parte delle realtà aziendali regionali, infatti, grazie ad un percorso di formazione-intervento ad hoc, è stato sviluppato un sistema valutativo della performance individuale, che si affianca alla più tradizionale valutazione individuale dell'incarico e valutazione d'equipe del risultato. Tale sistema è già in grado di rispondere alle esigenze valutative poste dalla più recente normativa.

Nel corso del 2013 è stato consolidato il processo iniziato negli anni scorsi, sulla scia del progetto di formazione-intervento. La scheda di valutazione individuale è stata confermata, sia nella sua struttura che con riferimento alle modalità ed ai criteri di compilazione. L'esperienza maturata da valutatori e valutati nel corso dell'ultimo biennio di riferimento ha consentito di superare con decisione le fisiologiche criticità della fase di sperimentazione, giocando al contempo un ruolo deciso sul versante dell'efficienza gestionale e dell'efficacia percepita.

Lo strumento di valutazione della performance individuale, poggia le proprie basi su:

- governo della performance e capacità d'indirizzarla verso obiettivi prescelti;
- aumento del grado di efficienza;
- coinvolgimento del personale nelle strategie aziendali;
- qualità del sistema di valutazione percepita dal personale;
- meccanismi di incentivazione fondati su basi sostanziali

Lo strumento in uso si caratterizza per l'elevata potenzialità in termini di flessibilità ed offre spunti di riflessione circa il grado di personalizzazione da adottare.

Nello specifico, presenta le seguenti dimensioni caratterizzanti:

1. Area di Risultato;

¹⁸ Per approfondimenti si rimanda alla pagina specifica presente sul sito aziendale
<http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10506>

individua il settore che ci si appresta a valutare. Le aree proposte sono 5, “grado di partecipazione all’attività dell’equipe”, “contributo specifico fornito al conseguimento degli obiettivi di budget e di progetto”, “competenza tecnico professionale espressa nel raggiungimento degli obiettivi individuali”, “qualità dei rapporti con gli utenti”, “qualità dei rapporti con colleghi e ruoli professionali dell’equipe”.

2. Indicatori;

declinano gli aspetti specifici nei quali si articola la valutazione di ciascuna area; rappresentano una traccia esemplificativa, nata con l’intento di guidare il valutatore: data una traccia definita di indicatori potenzialmente selezionabili, il valutatore ha la possibilità di individuare i soli items su cui intende esprimere un giudizio, mediante la selezione dell’apposita casella.

3. Peso degli indicatori;

una volta individuati gli indicatori su cui verrà espresso un giudizio, il valutatore può spingersi oltre, assegnando loro un peso tanto maggiore quanto più li riterrà strategici all’interno dell’area considerata. La somma dei pesi distribuiti dovrà sempre restituire il 100% su ciascuna area di valutazione.

4. Giudizio;

il valutatore esprime un giudizio relativamente agli indicatori prescelti. La scala di giudizio varia da 1 a 5, rispecchiando una valutazione crescente per prestazioni classificate da “inadeguate” ad “eccellenti”.

La valutazione individuale presenta poi alcune peculiarità per ciascuna area contrattuale:

Dirigenza Medica: pur puntando la scheda su un forte investimento di responsabilità del Direttore di Dipartimento e dei singoli Direttori di Struttura Complessa, lasciando discreta autonomia nella scelta degli indicatori da valutare, il sistema garantisce ugualmente un idoneo grado di omogeneità mediante una duplice scelta che, da un lato limita a due gli indicatori eligibili dal valutatore su ciascuna area e, dall’altro, abbandona il criterio di proporzionalità di accesso al fondo, a fronte dell’individuazione di tre fasce di merito, direttamente collegate alla corresponsione dell’incentivo.

Area Tecnico-Amministrativa: Il modello generale è stato tarato anche sull’area tecnico-amministrativa, con lo strumento sintetico della scheda “disegnato” in funzione degli obiettivi considerati strategici per i profili presi in esame.

Diversamente da quanto visto per l’area sanitaria, qui gli obiettivi sono i medesimi per tutti i soggetti valutati e non viene lasciata facoltà di selezione al valutatore. I pesi sono assegnati, anche in questo caso, con uniformità per tutti i valutati. Al valutatore il compito di differenziare i giudizi, utilizzando la scala da 1 a 5, su ciascun indicatore.

**SCHEDA DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA,
in relazione alla retribuzione di risultato**

a) REGOLE DI APPLICAZIONE

Le regole di applicazione, individuate dalla Direzione Sanitaria, esprimono la scelta di procedere, in questo primo anno, ad un'applicazione graduale delle caratteristiche innovative dello strumento.

Le 5 AREE di risultato previste dalla scheda, pesano ognuna il 20%;

Per OGNI AREA, il direttore di struttura complessa, sceglie 2 INDICATORI, uguali o diversi, per tutti i collaboratori della sua struttura (ogni dirigente medico viene quindi valutato su 10 indicatori);

Il DIRETTORE DI STRUTTURA, pesa gli indicatori, rispetto ad un peso totale del 100%, disponibile in ogni area

La SOMMA DEI PUNTEGGI, (peso X giudizio (da 1 a 5)), conseguita in ogni AREA, origina il punteggio FINALE.

Una valutazione NELLA NORMA, garantisce il raggiungimento del 100% - 15 punti su 15. Una valutazione SUPERIORE alla MEDIA od ECCELLENTE, determina un PUNTEGGIO AGGIUNTIVO - max. 25 punti su 15

b) SISTEMA DI ATTRIBUZIONE DEL FONDO

In relazione alla collocazione della % di raggiungimento in **fasce predefinite**

FASCIA A: punteggio oltre il 100% (percepisce una quota pari al 120% del fondo previsto);

Punteggio superiore a 15 max. 25 / su 15

FASCIA B: punteggio compreso tra 80% e 100% (percepisce una quota pari al 100% del fondo previsto);

Punteggio da 12 a 15 / su 15

FASCIA C: punteggio al di sotto dell' 80% (percepisce una quota pari all' 80% del fondo previsto).

Punteggio inferiore a 12 / su 15

Le aree di valutazione risultano numericamente superiori rispetto a quelle presenti sull'area sanitaria e la formulazione degli indicatori è il frutto dell'analisi affidata ad un gruppo di lavoro costituito ad hoc.

Come per l'area sanitaria, la percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi determina l'assegnazione ad una delle 3 fasce per l'attribuzione del fondo di risultato.

Area Infermieristico-Tecnica: Analogo il procedimento che ha portato alla ridefinizione della scheda di valutazione sull'area Infermieristico-tecnica. La scelta di fondo è stata quella di garantire omogeneità di trattamento, fissando numero di indicatori e relativo peso, uguali per tutti i valutati. In stretta collaborazione con i coordinatori del personale infermieristico-tecnico, sono stati individuati contenuti idonei alla rappresentazione della performance per questa area contrattuale.

Sono così nate diverse aree di valutazione, cui hanno fatto capo molteplici items di valutazione, pensati appositamente per rappresentare in maniera puntuale l'operato delle figure professionali dell'area infermieristico-tecnica.

Anche qui, come per le aree sanitaria ed amministrativa, la percentuale complessiva di raggiungimento degli obiettivi determina l'assegnazione ad una delle 3 fasce per l'attribuzione del fondo di risultato.

L'esperienza fatta nei primi due anni di applicazione ha consentito di consolidare il percorso e di affinare ulteriormente gli indicatori della scheda. Un elemento molto positivo è stato il grado crescente di collaborazione da parte di tutti i soggetti coinvolti ed in particolare la piena collaborazione e il pieno coinvolgimento della dirigenza sanitaria, cui è conseguita una consistente riduzione dei tempi di risposta da parte dei professionisti a tutto beneficio della tempestività del processo di valutazione.

Naturalmente il sistema di valutazione individuale della performance coesiste con quelli della valutazione della performance di equipe e della valutazione degli incarichi.

Nell'ambito della procedura di valutazione, vengono assicurati i seguenti principi:

la partecipazione del valutato.

l'obbligo di motivazione.

la garanzia del contraddittorio

Ove si prospetti un giudizio negativo da parte del Collegio tecnico, prima di emettere il giudizio è garantita l'audizione del dirigente valutato dinanzi al Collegio medesimo, al fine di acquisire le sue contro deduzioni ed eventuali ulteriori elementi informativi.

La scheda per la valutazione degli incarichi dirigenziali contempla la valutazione di molteplici fattori ricompresi in quattro macro Aree che riguardano :

- il comportamento rispetto agli obiettivi e ai valori aziendali
- la gestione e valorizzazione delle risorse umane
- la gestione delle attività sanitarie
- gli aspetti tecnico professionali

L'attività di verifica dell'anno 2013 ha avuto il seguente andamento :

{2y2 áúI-úA 0I-túZúI-úA Ö2Y LjtŠäX0I-YŠyúŠz úNVI- !NúŠI- YŠRñ0I- Š !NúŠI- {t¢!z

n. 18 incarichi dirigenziali di cui

- n. 7 Strutture complesse
- n. 03 Strutture semplici
- n. 08 Incarichi professionali semplici

a questi si aggiungono:

n. 59 valutazioni per la maturazione dell'esperienza professionale di 5 e 15 anni per l'applicazione degli istituti contrattuali ad essa correlati.

4.6- La Formazione

Azienda USL Modena

La Direzione dell'AUSL di Modena ha introdotto, a partire dal 2013 una logica di programmazione dell'attività formativa di validità biennale. Sono stati quindi identificati gli interventi connessi al raggiungimento dei risultati collegati alla mission e agli obiettivi specifici delle diverse realtà operative, avendo cura di garantire che tutti gli operatori, nell'ambito della struttura di appartenenza, trovino soddisfatti i propri bisogni formativi, sia per quanto attiene le competenze professionali, sia per quanto attiene il conseguimento dei crediti ECM previsti dalla normativa. Le strutture aziendali hanno predisposto il "Documento di Pianificazione dell'attività formativa della Struttura"; in tale documento sono stati descritti gli obiettivi strategici specifici con valenza pluriennale, i criteri seguiti per l'analisi del fabbisogno e gli obiettivi formativi per l'anno 2013 e per il 2014, da cui derivano proposte formative per il Piano Formativo.

Il Piano Aziendale di Formazione prevedeva aree distinte un'area strategica gestionale individuata dalla Direzione Aziendale e focalizzata su tematiche e professionisti specifici e un'area tecnico professionale proposta dalle singole Strutture.

Sono state inoltre definite aree di formazione monotematica che si configurano, per diverse motivazioni, come percorsi di formazione obbligatoria in modo specifico per alcuni professionisti e realtà operative definite, con coordinamento e gestione a cura dei servizi che presidiano quei contenuti specifici.

Per il biennio 2013-2014 la Direzione Aziendale ha individuato come tematiche da ricondurre all'area strategica gestionale:

- Organizzazione dell'assistenza ospedaliera per intensità di cure
- Percorsi integrati per la gestione delle patologie croniche
- Valutazione delle performance

Per l'area amministrativa si è proceduto in un percorso di rilettura e sistematizzazione degli interventi formativi aziendali dedicati all'area amministrativa, in un quadro di chiarezza delle direzioni e degli orientamenti strategici dell'organizzazione ed all'interno di un contesto che riconosce ed attribuisce alla formazione un ruolo strategico per lo sviluppo complessivo dell'organizzazione e dei servizi offerti.

Le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) hanno condiviso le tematiche dei corsi da sviluppare in modalità e-learning, individuando una piattaforma comune e tematiche formative di interesse per le diverse Aziende in una logica di ottimizzazione delle risorse: per l'anno 2013 si sono realizzati in modalità FAD i corsi per la sicurezza.

Per l'area dell'equità in coerenza con le politiche sanitarie regionali le Aziende Sanitarie di Modena (USL e AOSP) hanno predisposto uno specifico piano formativo. La finalità del piano è stata avviare una riflessione sul tema dell'equità in sanità e, allo stesso tempo, formare gli operatori all'uso di strumenti più adatti per analizzare, progettare, gestire e valutare i servizi tenendo conto dei cambiamenti socio culturali, delle disuguaglianze sociali e della diversità dei bisogni umani.

Tutta la formazione sui temi della gestione del rischio è stata ricondotta all'area Risk management: responsabilità professionale - sicurezza del paziente e dell'operatore – sicurezza delle cure - gestione eventi avversi con l'obiettivo di integrare le diverse componenti della gestione del rischio, in coerenza con quanto previsto dalla Delibera del Direttore Generale n. 208 del 28 dicembre 2012.

La Direzione Aziendale ha investito anche per il biennio 2013-2014 nella formazione degli operatori sulle tematiche dell'emergenza urgenza. Lo scopo di queste iniziative di formazione è un miglioramento globale dell'assistenza nelle situazioni di emergenza, per arrivare ad avere procedure condivise ed omogenee nella rete Hub and Spoke.

Nell'area infermieristica e tecnica i percorsi formativi di respiro biennale si sono proposti di acquisire, mantenere ed accrescere competenze professionali e comportamenti organizzativi necessari ai nuovi modelli organizzativo-assistenziali, valorizzando le diverse figure professionali in ogni ambito lavorativo a sostegno dei progetti di riorganizzazione previsti dal PAL e in risposta ai bisogni del paziente. Gli eventi, focalizzati su specifiche esigenze di miglioramento dei servizi e dei processi assistenziali, sono stati progettati in un'ottica di apprendimento interattivo e/o sul campo.

In ultimo nell'area Qualità ed Accredimento la scelta è stata di realizzare interventi formativi interattivi finalizzati allo sviluppo delle competenze dei professionisti che afferiscono alle reti aziendali per la qualità e l'accREDITamento (referenti qualità e auditors). Sono, inoltre, stati previsti eventi formativi relativi a metodologie specifiche ed alla gestione della documentazione di qualità in Sanità.

La formazione nei Dipartimenti Aziendali ad attività integrata, interaziendali ad attività integrata e interaziendali

A partire dal 2011, in applicazione a quanto previsto dalla programmazione, sono stati istituiti Dipartimenti Interaziendali, di cui alcuni ad attività integrata, che rappresentano nuove modalità organizzative per rispondere a bisogni di salute con la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, modelli organizzativi e interventi formativi. Per i nuovi dipartimenti interaziendali per il 2013 è stato possibile prevedere la messa in comune dei percorsi di formazione che i singoli Dipartimenti hanno pianificato. In prospettiva si potrà applicare ai nuovi dipartimenti il modello di formazione che si è già sviluppato nel Dipartimento Interaziendale Emergenza-Urgenza (DIEU). Il DIEU, nel corso del 2012, ha infatti condiviso lo standard formativo di riferimento per le qualifiche presenti ed ha mappato il livello di competenza dei singoli operatori in una logica di pianificazione degli interventi formativi necessari per il loro sviluppo con un progetto formativo pluriennale. Il progetto formativo interaziendale ha l'obiettivo di omogeneizzare lo standard formativo degli operatori delle diverse U.O. afferenti al Dipartimento stesso secondo i criteri previsti dalle direttive regionali di accREDITamento e tenendo conto del Documento 2011 della Commissione congiunta SIMEU-FIMEUC.

Il Programma ECM 2011-2013

Dal Gennaio 2011, è entrato in vigore il nuovo programma ECM che cerca di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'offerta formativa, passando dall'accREDITamento dei singoli eventi all'accREDITamento degli organizzatori (provider), ossia al riconoscimento della capacità di pianificare, programmare, realizzare e valutare attività didattiche per l'ECM, sulla base del possesso di requisiti strutturali e di processo concordati a livello nazionale.

La Formazione ha recepito la nuova normativa ECM e ha diffuso dettagliate indicazioni sull'argomento, con un particolare focus sulla tempistica necessaria per la fase di pianificazione, accREDITamento e rendicontazione degli eventi formativi, assolutamente vincolante ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM.

È proseguita anche nel 2013 la sperimentazione, prevista dalla normativa regionale, del Dossier formativo (DF), quale strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (dossier formativo individuale) o dell'equipe professionale di cui fa parte (dossier formativo di gruppo). La Formazione ha lavorato in sinergia con il Servizio Qualità e Accredimento aziendale per implementare il dossier formativo di gruppo nelle strutture aziendali in accREDITamento istituzionale: ciò consente di identificare il percorso formativo degli operatori inseriti in un contesto organizzativo, collegando l'attività istituzionale alla clinical competence e alla mission dell'U.O./Dipartimento.

Breve analisi sull'attività formativa nel 2013

Nel 2013 sono stati svolti un totale di 825 corsi, per un totale di 1640 edizioni, di cui 1486 con accreditamento ECM e 154 senza accreditamento ECM. Inoltre, sono state accreditate 47 edizioni per conto dell'Ospedale di Sassuolo Spa e 51 edizioni per conto di Enti Convenzionati: (nel corso dell'anno annullati anche 2 loro corsi con relative 2 edizioni).

La copertura ECM

Per il personale dipendente sono stati erogati complessivamente 153.807 crediti così suddivisi:
147.505 crediti derivano da eventi di formazione interna all'Azienda,
4.635 crediti derivano dalla partecipazioni a formazione accreditata dall'Azienda per conto di Altri Enti
1.667 crediti da partecipazioni ad eventi organizzati e/o fruiti presso altri enti (formazione esterna).

Di questi crediti assegnati ai dipendenti, 17.095 sono riconducibili ad attività di docenza e tutoraggio.

Il personale convenzionato con l'Azienda USL ha acquisito 34.221 crediti così suddivisi:

33.569 crediti derivano da eventi di formazione interna all'Azienda

652 crediti derivano dalla partecipazioni a formazione accreditata dall'Azienda per conto di Altri Enti.

Di questi crediti assegnati ai convenzionati, 1.147 sono riconducibili ad attività di docenza e tutoraggio.

Agli operatori esterni assimilabili a dipendenti (tirocinanti, borsisti, specializzandi, frequentatori volontari, liberi professionisti con contratti aziendali e operatori della rete coinvolti in progetti specifici aziendali) o agli esterni paganti sono stati erogati 40.197 crediti ECM per la partecipazione ad eventi presenti nel Piano Formativo Aziendale.

Costi della formazione interna Con Delibera del Direttore Generale n. 142 del 08 agosto 2013 è stato approvato Il Piano Aziendale della Formazione(2013- 2014) e, contestualmente, è stato assegnato il budget per la formazione interna pari a 494 mila euro, di cui utilizzati 356 mila euro . A questi vanno aggiunti 169 mila euro di finanziamenti specifici.

Costi della formazione esterna

Sempre con deliberazione n. 142 del 8/08/2013 si è disposto di assegnare anche per il 2013 il budget destinato alla formazione esterna, suddiviso fra le Strutture aziendali proporzionalmente al personale afferente alle stesse. Per la Dirigenza Medica e Veterinaria il budget complessivo assegnato è stato quantificato sulla base di quanto disposto dall'Accordo aziendale sottoscritto con le rappresentanze sindacali di categoria, recepito con deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 16/07/2013 pari a 83 mila euro.

Collaborazione alla formazione di base e post base

Con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Master universitari di primo livello

È stata stipulata una convenzione tra l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - l'Azienda Ospedaliero - universitaria di Modena - l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena - l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia - l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia per la realizzazione di corsi di master universitario di primo livello nella logica che la formazione del personale afferente all'area infermieristica e ostetrica, tecnico sanitaria, riabilitativa e preventiva rappresenta una necessità delle Aziende sanitarie per poter affrontare adeguatamente, con competenze nuove (quali quelle manageriali), i problemi di una assistenza in rapida evoluzione tecnologica, nonché i bisogni legati alle modificazioni della società civile.

I master attivi sono:

- Management per le funzioni di coordinamento nelle professioni sanitarie
- Transculturale - Multietnico nel Campo della Salute, del Sociale e del Welfare
- Trattamento del dolore cronico e cure palliative
- Gestione del paziente cronico con comorbidità - comorbidità complessa

Corsi di laurea triennali

L'Azienda USL di Modena, per conto della Regione Emilia Romagna, è parte attiva nel corso di laurea triennale in Dietistica

Regione Emilia Romagna

Corso di formazione specifica in medicina generale

Il percorso formativo triennale prevede attività seminariali che si svolgono presso sedi stabilite dalla Regione e attività di natura pratica da svolgersi presso gli ospedali e i servizi territoriali delle aziende sanitarie di riferimento. Per lo svolgimento dell'attività didattica di tipo pratico, i corsisti vengono affiancati da medici tutor; più precisamente, durante il periodo formativo da svolgere nelle strutture delle Aziende USL il tutor è un dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.

L'Azienda Usl di Modena è diventata sede di tirocinio a partire dal 2008. Per lo svolgimento delle attività previste per la gestione dei tirocini è stato individuato un referente aziendale presso la Formazione dell'Azienda USL, con funzioni di accoglienza e di coordinamento delle attività.

Sono stati implementati dei percorsi relativi all'accesso e all'accoglienza dei tirocinanti presso le singole strutture aziendali.

OSPEDALE: Su indicazione degli obiettivi regionali per organizzare le attività pratiche dei tirocinanti in Ospedale sono stati coinvolti gli stabilimenti ospedalieri di Baggiovara, Carpi e Sassuolo e i distretti di Modena, Carpi e Sassuolo.

TERRITORIO: Per il territorio sono stati coinvolti i responsabili delle Cure Primarie che hanno dato piena disponibilità e collaborazione per la definizione di un percorso formativo che rispondesse agli obiettivi regionali ma anche alle esigenze formative del medico in formazione. In questo senso il corsista è stato invitato a contattare direttamente il responsabile del servizio o il tutor individuato previo accordi con il referente aziendale per le attività pratiche.

POLICLINICO: Con l' Azienda Ospedaliera Policlinico, anch'essa sede di tirocinio, è stato avviato un percorso di collaborazione tra i rispettivi referenti delle attività pratiche al fine di organizzare i tirocini previsti in quelle unità operative presenti solo presso il Policlinico (come per la U.O. di Reumatologia) piuttosto che negli ospedali dell'Ausl. Viceversa è stato concordato un percorso di accesso per i tirocinanti del policlinico da inserire sia presso le unità operative presenti solo a Baggiovara sia presso i servizi territoriali.

Provincia di Modena

Tra l'Azienda Usl di Modena e la Provincia è stato stipulato un Protocollo di intesa per la formazione dell'Operatore Socio Sanitario con il supporto degli Enti di formazione individuati dalla Provincia.

Nel 2013 sono stati attivati n. 7 corsi di formazione iniziale e n. 4 corsi di riqualifica.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Linee Strategiche di Sviluppo

La formazione continua del personale sanitario rappresenta uno strumento decisivo e qualificante del processo di apprendimento ed adattamento del know-how professionale, delle innovazioni tecnologiche, cliniche ed organizzative introdotte all'interno del sistema sanità.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, con l'intento di accompagnare il processo di trasformazione culturale che punta alla centralità dei servizi e all'esigenza di integrazione dei processi assistenziali con le attività di ricerca e didattica, ha investito sulla formazione continua come leva strategica.

Programmazione formativa aziendale anno 2013

La programmazione formativa del 2013 è stata indirizzata, come di consueto, a tutti i dipendenti dell'Azienda, agli universitari integrati, ai convenzionati, ai dipendenti ASL di Modena e ai professionisti esterni paganti. Le professioni a cui si rivolgono gli eventi formativi appartengono alle macroaree dei dirigenti sanitari e amministrativi, comparto tecnico, sanitario ed amministrativo. Alcune attività sono state a carattere multidisciplinare, soprattutto quelle legate ai temi trasversali, come per esempio la trattazione del dolore o la gestione dello stress lavoro – correlato, mentre altre sono state rivolte a specifiche professionalità. Tutte le iniziative programmate sono inserite in due principali tipologie: residenziali e formazione sul campo (FSC). Sono state privilegiate nel 2013 iniziative formative rivolte a piccoli gruppi di partecipanti per consentire l'utilizzo di metodologie didattiche attive ed interattive.

Da evidenziare che nel corso dell'anno 2013 hanno preso avvio alcuni progetti particolarmente qualificanti:

il corso di formazione in Management Sanitario per Dirigente di Struttura Complessa (Art.7 - DPR n.484 del 10/12/1997)

Corsi sulle tematiche della Health Promotion Hospital

Progetto "Mai da sola. In "Rete" per un approccio terapeutico alla violenza e allo stalking"

Progetto "Gli aspetti multidisciplinari delle cefalee e del dolore cranio-facciale nella pratica clinica del medico di medicina generale"

Corso di Formazione teorico pratico "Patologia feto-placentare"

Corsi obbligatori

L'aggiornamento obbligatorio comprende le iniziative di aggiornamento selezionate dalla Direzione aziendale, in ottemperanza a disposizioni di legge o nel perseguimento dei propri obiettivi di sviluppo. Si tratta per lo più di corsi inerenti la sicurezza degli operatori e la gestione dei rischi a cui essi potrebbero essere esposti. In alcuni casi si tratta di riedizioni di corsi già effettuati in passato ma che, dovendo essere obbligatoriamente seguiti da tutto il personale ospedaliero a cui sono rivolti, devono essere ripetuti in molte edizioni. Nell'anno 2013 sono stati mantenuti i corsi obbligatori per l'accesso alle strutture aziendali come da DLgs 81/2008, i corsi per preposti e la formazione sulla radioprotezione. I programmi della formazione sul rischio riservati al personale strutturato sono in fase di revisione e di discussione in AVEN e si è ritenuto pertanto di posticiparne la realizzazione.

Per l'anno 2013 sono stati realizzati i seguenti percorsi formativi obbligatori:

Tab. 4.6.1 - Corsi obbligatori, anno 2013

Corso	n. edizioni	totale
Informazione ai lavoratori ai sensi dell'art. 36 D.Lgs 81/08	12	203
La formazione alla salute e sicurezza sul lavoro - edizione per preposti (art. 37, D. Lgs. 81/2008)	2	33
La formazione in radioprotezione parte generale	2	136
La formazione in radioprotezione – parte specialistica per specialità varie	2	29
totale	18	401

Formazione residenziale

Nel corso del 2013 sono stati realizzati n. 160 corsi residenziali, molti dei quali svolti in più edizioni.(in totale 285 edizioni).

Il numero di corsi proposti nel 2013 è risultato in lieve calo rispetto all'anno precedente (221 contro 232) ma è in aumento la percentuale delle iniziative effettivamente realizzate (160 iniziative, pari al 72,40% contro il 61,21% del 2012).

Sono in calo rispetto al 2012 i corsi autorizzati al di fuori del normale iter di programmazione (13 su 221 nel 2013, il 5,88 %, contro il 7% del 2012 ed il 16,22% nel 2011) La maggioranza di queste molteplici iniziative è di carattere tecnico-scientifico

Formazione sul campo (FSC)

La formazione sul campo si caratterizza per l'utilizzo, nel processo di apprendimento, delle competenze dei professionisti impegnati nelle attività cliniche e assistenziali e delle occasioni di lavoro. Tali attività (stage, tirocini, audit, gruppi di miglioramento, ricerche finalizzate), svolte nell'ambiente di lavoro degli operatori, si rivelano un prezioso strumento di formazione, in genere molto gradito agli operatori stessi, ma anche un'occasione per una riflessione critica sulla pratica clinica, per il miglioramento delle competenze anche relazionali e stimolano percorsi di miglioramento dell'organizzazione e di promozione del lavoro di gruppo. Anche nel 2013 le iniziative di ASC realizzate sono state davvero numerose (149) e hanno costituito il 48,20% di tutte le iniziative svolte.

Dati attività formativa

Corsi interni

Nel corso del 2013 i partecipanti ai corsi interni (FSC e residenziali) sono stati, in totale, 8.264, di cui 6.495 partecipanti ai corsi residenziali e 1.769 partecipanti ai corsi di formazione sul campo, per un totale di 29 mila ore di formazione interna. Le partecipazioni dei dipendenti ai corsi interni sono state 6558. Nel corso del 2013 abbiamo registrato la partecipazione di 1.706 discenti esterni a corsi residenziali e di formazione sul campo. Di questi, 263 sono stati dipendenti USL e 469 medici in formazione della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia

AGGIORNAMENTO PRESSO TERZI

Partecipazione a corsi, convegni, congressi

Nel 2013 il budget assegnato alla formazione ha subito un ulteriore lieve decremento (6,5%) rispetto al 2012. Non è stato inoltre possibile assegnare formalmente un budget per la formazione alle Strutture aziendali; tuttavia, nella ripartizione operata all'interno del Servizio Formazione è stato riservata una quota di budget a disposizione dell'attività formativa esterna di 121.838.000 euro in totale, contro i 125.000 del 2012.

I dipendenti che hanno usufruito di questa tipologia di aggiornamento sono stati in tutto 578, dato sovrapponibile a quello del 2012 (566). Nella maggioranza dei casi l'attività formativa ha riguardato la partecipazione a convegni e congressi o a corsi inerenti lo specifico professionale dei partecipanti, non inclusi nell'offerta interna aziendale. In altri casi invece i discenti hanno selezionato iniziative di interesse, ancorché non strettamente correlati all'attività professionale, ed hanno partecipato in modalità di aggiornamento facoltativo.

Le ore di formazione obbligatoria esterna sono state complessivamente 14.461,33 mentre la spesa a carico dell'AOU è stata di € 62.741,08

Formazione a distanza

I dipendenti che hanno utilizzato questa tipologia di formazione offerta da provider esterni sono risultati in lieve aumento rispetto all'anno precedente: 391 nel 2013 contro i 371 nel 2012, circa il 5% in più..

I temi più seguiti riguardano il "governo clinico" (194 dipendenti, pari ad oltre il 49% di quanti si sono formati attraverso la FAD hanno seguito questa iniziativa); "Appropriatezza delle cure" (184 dipendenti, pari al 47%). Nel corso del 2013 è stata testata, da parte di alcuni dipendenti, una formazione FAD sul Decreto legislativo 81/08 per i lavoratori. L'obiettivo è quello di garantire, in futuro, una formazione base ai dipendenti tramite questa modalità.

Copertura crediti ECM

Sono state mantenute le attività di accreditamento presso la Regione Emilia Romagna, mentre per quanto riguarda il Ministero della Salute ci si è avvalsi di un provider esterno. Dal 9 maggio 2012 il Settore ha ottenuto l'accreditamento provvisorio e transitorio per le attività di provider ECM e di governo della formazione. E' stato, inoltre, monitorato il dato relativo ai dipendenti aziendali con obbligo di crediti.

Tab. 4.6.2 – Accreditementi ECM, anno 2013

ACCREDITAMENTO ECM	61,51% (919 SU 1494)	26,57% (397 SU 1494)
	61,51% (919 SU 1494)	61,51% (919 SU 1494)
	11,92% 178 su 1494	11,92% 178 su 1494

Dall'analisi dei dati si rileva che l'unico valore non in linea si riferisce al numero, leggermente più alto del previsto, dei dipendenti che hanno acquisito un numero di crediti superiore a 75 nell'anno. Un'indagine a campione condotta su questi ultimi rileva che nella grande maggioranza dei casi, i crediti in esubero risultano ottenuti attraverso attività di formazione sul campo, modalità di apprendimento molto utilizzata nelle strutture sanitarie in quanto valorizza le prassi e gli strumenti effettivamente adottati nei luoghi di lavoro e quindi le persone con i loro saperi concreti.

Il personale dell'Azienda ed i discenti esterni hanno potuto controllare direttamente, attraverso la funzione "MY TOM", il numero dei crediti acquisiti attraverso la partecipazione a corsi interni aziendali.

I crediti erogati attraverso la formazione interna aziendale sono stati complessivamente 76.567.

Costi della formazione

Nel 2013 diversi progetti hanno ricevuto finanziamenti ministeriali o regionali. Di seguito la tabella comparativa dei costi sostenuti per aggiornamento interno ed esterno nell'ultimo triennio

Tab. 4.6.3 – Costi formazione/aggiornamento, anno 2013

	Aggiornamento		Totale
	Interno	Esterno	
2011	358.235,04	83.752,16	441.987,20
2012	147.065,98	68.848,91	215.914,89
2013	178.089,36	64.933,86	243.023,22

Attività formativa per esterni

Convenzione per attività di Provider ECM per la formazione residenziale con il Collegio IPASVI di Modena

L' Accordo Stato- Regioni 1 agosto 2007, Allegato "Riordino del Sistema di formazione continua", stabilisce fra l'altro che: "Le aziende e le istituzioni sanitarie che non intendono erogare attività formativa in qualità di provider accreditati per l'ECM , possono avvalersi di altri provider accreditati. Le relazioni fra le aziende, le istituzioni e i provider ECM sono regolati da specifici accordi contrattuali".

Il Collegio IPASVI ha manifestato la volontà di affidarle all'AOU Policlinico di Modena – Servizio Formazione e Aggiornamento, in qualità di Provider ECM accreditato dalla Regione Emilia Romagna, tutte le procedure di accreditamento ECM dei propri corsi residenziali. Il rapporto fra le parti è stato disciplinato da una apposita convenzione approvata con deliberazione n.91 del 19.04.2013.

Per lo svolgimento delle attività di Provider IPASVI corrisponderà all'Azienda una quota onnicomprensiva per l'attività degli operatori del Provider, la produzione della modulistica, l'invio report, l'archiviazione e la conservazione del materiale.

Pacchetti formativi

Come per gli anni precedenti, anche nel 2013 è stato dato spazio all'attività formativa rivolta esclusivamente a partecipanti esterni. Nello specifico, sono stati organizzati n. 4 pacchetti formativi, 2 dei quali commissionati da Enti/Ditte esterne. Tali iniziative, rivolte tutte ad un limitato numero di partecipanti, si distinguono per un alto valore scientifico e utilizzano modalità didattiche attive ed interattive. Nel 2013 sono stati formati n. 47 professionisti esterni.

Formazione per Operatore Socio-Sanitario

E' proseguita la collaborazione con gli enti di formazione Irecoop Emilia Romagna e Modena Formazione per la realizzazione di corsi di qualifica iniziale e di riqualifica per Operatore Socio Sanitario. Sono stati svolti n. 2 corsi di qualifica iniziale e 2 di riqualifica per Operatore Socio Sanitario.

Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale

A partire dal 2009, il Policlinico, in collaborazione con l'Azienda USL di Modena, individuata dalla Regione Emilia Romagna quale sede amministrativa ed organizzativa del corso triennale per Medici di Medicina Generale, è diventata sede di tirocinio pratico. Nell'anno 2013 hanno avuto accesso alle strutture aziendali n. 24 medici in formazione

Collaborazione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Percorsi formativi universitari

Il Servizio Formazione collabora con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia alla programmazione di attività formative relativamente a percorsi di base, specialistici e post base nell'ambito della rete formativa regionale prevista dai Protocolli d'Intesa Regione-Università.

Percorsi di base

Corsi di laurea delle professioni sanitarie:

Tab. 4.6.4 – Iscritti ai corsi di laurea delle professioni sanitarie

	n. iscritti
Infermiere	428
Ostetrica /o	74
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	47
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	62
Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria Perfusioni Vascolari	22
Totale iscritti	633

Corsi di laurea di area medica:

Tab. 4.6.5 – Iscritti ai corsi di laurea di area medica

	n. iscritti
Medicina e Chirurgia	976
Odontoiatria e protesi dentaria	66
Totale iscritti	1042

Percorsi post base

Scuole di Specialità medica

In merito ai percorsi specialistici di area medica il Servizio Formazione e Aggiornamento, di concerto con la Direzione Rapporti con il Sistema Sanitario Nazionale dell'Università, ha effettuato una revisione degli standard e dei requisiti minimi e una ricognizione ex novo di alcuni requisiti assistenziali specifici relativamente alle Scuole di Specializzazione di area Medica attivate presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Nel 2013 il Policlinico è stato sede di 33 Scuole di specialità ed ha visto la presenza di 441 medici in formazione

Risorse scientifiche

Accanto agli strumenti di formazione più tradizionali, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha incoraggiato l'accrescimento di conoscenze di natura tecnico-scientifica attraverso l'utilizzo di riviste specializzate e testi.

Allo scopo di fornire ai propri dipendenti risorse bibliografiche più ampie e aggiornate, l'Azienda ha stipulato un accordo con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia per la gestione unificata delle riviste scientifiche e delle banche dati. Grazie a tale convenzione gli operatori aziendali hanno accesso alla Biblioteca di Area Medica e possono disporre di 5.369 periodici, di cui 400 circa in abbonamento cartaceo e più di 4.969 abbonamenti on-line, riguardanti tutti i settori della medicina, oltre a circa 15.000 monografie e più di 2.000 e-book del settore medico-scientifico. I dipendenti registrati e in possesso di apposita username e password accedono a tutte le risorse elettroniche anche dal proprio pc aziendale.

Le risorse digitali a disposizione sono le seguenti: banche dati Metalib, periodici elettronici, libri online, open archives, virtual reference desk e siti di interesse generale.

L'OFFERTA DIDATTICA DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA A.A. 2012/ 2013

Gli studi di Medicina e Chirurgia a Modena sono di poco successivi alla nascita dell'Università e risalgono al 1300. Padri nobili di questa disciplina a Modena sono stati - solo per citare alcuni degli scienziati più illustri - Bernardino Ramazzini, Francesco Torti e Annibale Scarpa. Sulla scorta di questa tradizione la Facoltà di Medicina e Chirurgia ha sempre goduto di un riconoscimento e di un prestigio nazionale e internazionale, confermato in epoca recente dalle numerosissime collaborazioni scientifiche con i più importanti Istituti del mondo. Da alcuni anni l'attività formativa della Facoltà si svolge anche nel Polo Ospedaliero del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense di Baggiovara e presso l'Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia. Questi Ospedali, Modena Baggiovara e Reggio Emilia, sono i luoghi d'integrazione dei compiti assistenziali con quelli di formazione e ricerca. La didattica ha il suo cuore nel Centro Servizi Didattici. Situato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena rappresenta un punto di eccellenza dell'Ateneo per le dotazioni tecnologiche, e per la varietà di servizi che possono essere messi a disposizione. Tuttavia la didattica si sviluppa, anche, nelle corsie degli Ospedali, sedi di una formazione che trova nella pratica clinica uno dei suoi momenti più importanti. È infatti, la numerosità degli studenti nei laboratori di ricerca, dei vari reparti, a dare un segno dell'integrazione tra il momento della cura e il momento della ricerca, finalizzata alla scoperta delle terapie del domani. Recente esperienza innovativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia, è l'organizzazione di percorsi formativi svolti anche al di fuori degli Ospedali, in particolare presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e altre strutture del territorio modenese e reggiano, come consultori, residenze sanitarie assistenziali e altre strutture private convenzionate. All'interno della Facoltà la didattica, l'assistenza e la ricerca accompagnano i futuri laureati lungo tutto il percorso della loro vita universitaria e professionale. Nel corso del 2012 UNIMORE ha riorganizzato le proprie strutture didattiche e di ricerca in base alle indicazioni della Legge 240/2010 (legge Gelmini) e successivi decreti attuativi. Sono state attivate le nuove strutture organizzative denominate Dipartimenti e parallelamente sono state disattivate le precedenti strutture (Facoltà, Dipartimenti universitari, Dipartimenti ad attività integrata). Per la sola ex Facoltà di Medicina e Chirurgia è stata attivata una struttura di raccordo interdipartimentale, denominata Facoltà di Medicina e Chirurgia che coordina le attività didattiche dei 4 Dipartimenti di Area Medica.

In questa tabella sono riportati i Dipartimenti di riferimento di ciascun Corso di Laurea attivi nell'anno accademico 2012-2013

Lauree	Dipartimenti di riferimento
<u>Dietistica</u> Classe di laurea: L/SNT3	Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica
<u>Fisioterapia</u> Classe di laurea: L/SNT2	Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze
<u>Igiene dentale</u> Classe di laurea: L/SNT3	Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con Interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa
<u>Infermieristica - sede di Modena</u> Classe di laurea: L/SNT1	Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica
<u>Infermieristica - sede di Reggio Emilia</u> Classe di laurea: L/SNT1	Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con Interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa
<u>Logopedia</u> Classe di laurea: L/SNT2	Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica
<u>Ostetricia</u> Classe di laurea: L/SNT1	Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto
<u>Tecnica della Riabilitazione psichiatrica</u> Classe di laurea: L/SNT2	Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica
<u>Tecniche di Fisiopatologia cardiocircolatoria e Perfusioni cardiovascolari</u> Classe di laurea: L/SNT3	Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con Interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa
<u>Tecniche di Laboratorio biomedico</u> Classe di laurea: L/SNT3	Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica
<u>Tecniche di Radiologia medica per Immagini e Radioterapia</u> Classe di laurea: L/SNT3	Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Materno-Infantili e dell'Adulto
<u>Terapia Occupazionale</u> Classe di laurea: L/SNT2	Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica
Lauree Magistrali a ciclo unico	Dipartimenti di riferimento
<u>Medicina e Chirurgia</u> Classe di laurea: LM-41	Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze
<u>Odontoiatria e Protesi dentaria</u> Classe di laurea: LM-46	Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con Interesse Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa
Lauree Magistrali	Dipartimenti di riferimento
<u>Scienze Infermieristiche ed Ostetriche</u> Classe di laurea: LM/SNT1	Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica

L'organico attualmente presente nella Facoltà di Medicina e Chirurgia è costituito da 49 professori di I fascia, 74 professori di II fascia e 58 ricercatori e complessivamente da 181 docenti universitari e da 150 addetti alla funzione di tutorato degli studenti.

L'età media dei docenti della Facoltà di Medicina è leggermente superiore alla media di Ateneo. La quota dei ricercatori universitari è pressoché uguale alla media di ateneo (37,0 rispetto al 39,9 in ateneo), anche se con differenze tra i quattro dipartimenti della Facoltà. Considerata l'offerta formativa attuale (ved. Tabella 2.4.2.) e tenuto conto dei prossimi pensionamenti, la Facoltà soddisfa ancora pienamente i requisiti di copertura docenti.

Per quanto riguarda le scuole di specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia, esse hanno avuto sede per la gran parte presso l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico di Modena quale ospedale di riferimento per le attività assistenziali essenziali per i corsi di studio della Facoltà di Medicina, ma anche presso le strutture dell'Azienda Usl di Modena presso il presidio ospedaliero di Baggiovara (87 specializzandi per 9 scuole: Geriatria – Medicina di comunità – Medicina Interna – Endocrinologia e Malattie del ricambio – neurologia – neurochirurgia – psichiatria – chirurgia vascolare - scienza dell'alimentazione) e quindi, in questo caso, il Policlinico è stato sede collegata di scuola.

E' poi proseguita la profonda riorganizzazione nazionale delle scuole di specializzazione (già iniziatisi nell'a.a. 2008-2009); il che ha comportato che delle 44 scuole attive a Modena, solamente 14 siano rimaste autonome (con unica sede universitaria a Modena) mentre 30 sono state accorpate in aggregazioni con altri Atenei, di cui 13 con l'Università di Modena quale Ateneo- capo fila, e 17 ove l'Università di Modena è sede aggregata ma non sede amministrativa del corso di studi. Per le considerazioni sull'impatto di tale riorganizzazione nazionale in sede locale, si rinvia al punto 1.2.(Il sistema delle relazioni con l'Università) del presente .

Per accedere ai corsi di Laurea a ciclo unico attivati nella Facoltà di Medicina e Chirurgia gli studenti devono sostenere un test d'ingresso a concorso unico di ammissione ai Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia – classe LM-41 – e in Odontoiatria e Protesi Dentaria – classe LM-46 - per l'anno accademico 2012/2013. In sede di iscrizione gli studenti potranno esprimere l'ordine di preferenza tra i due Corsi di Laurea.

Nel settembre 2012/2013 per il concorso unico sono pervenute 1280 richieste per partecipare al concorso unico, a fronte di 131 posti Corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, e 15 posti. per Odontoiatria e Protesi Dentaria

Per quanto riguarda la domanda di partecipazione alle selezioni dei corsi di laurea nelle Professioni Sanitarie, gli studenti hanno la possibilità di indicare, secondo un preciso ordine di preferenza, fino ad un massimo di tre opzioni come dimostra la tabella.

E' il Ministero che annualmente stabilisce per ogni corso di laurea un limite massimo di studenti iscrivibili al primo anno a seconda dell'università, delle strutture e del bacino d'utenza, mentre spetta a ciascuna università di disporre dell'ammissione degli studenti comunitari e non comunitari residenti in Italia.

Il corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Ateneo emiliano continua ad essere uno dei più ambiti dagli studenti, nonostante la selezione sia una delle più dure da affrontare, non tanto per le difficoltà del test, uguale per tutte le quasi 40 facoltà italiane di Medicina e Chirurgia, quanto per l'elevato rapporto tra candidati e posti disponibili, che innalza il livello del punteggio necessario all'ammissione.

Ammissione ai Corsi di Laurea

Per l'a.a. 2012/2013, ai Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria si accede mediante concorso per prova scritta unica, per il quale sono a disposizione 80 punti complessivi. La prova scritta di selezione, come detto unica per entrambi i corsi e di contenuto identico sul territorio nazionale, consiste nella soluzione di 80 quesiti che presentano cinque opzioni di risposta, di cui il candidato ne deve individuare una soltanto, scartando le conclusioni errate, arbitrarie o meno probabili, su argomenti di: Biologia (18 quesiti), Chimica (11 quesiti), Fisica e Matematica (11 quesiti), Cultura Generale e Ragionamento Logico (40 quesiti). La prova è predisposta dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca avvalendosi di una commissione di esperti, costituita con apposito decreto ministeriale.

I corsi di laurea magistrale a ciclo unico

Nella tabella 2.4.2.1 vengono riportate le domande di ammissione in crescita dall'a.a. 2006/2007 al 2010/2011 e il numero dei candidati presenti il giorno della prova di accesso presso la nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia per i Corsi di Laurea a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria.

Nel 2012 è stata per la prima volta introdotta la prova concorsuale unica per il corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia e in odontoiatria e protesi dentaria, sono state presentate 1135 domande ed erano presenti 910 concorrenti, a fronte di 133 posti per Medicina e Chirurgia e 14 posti per gli studenti interessati al Corso di Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Nel 2013 non abbiamo dei grossi cambiamenti rispetto l'anno precedente, 909 concorrenti a fronte di 131 posti per Medicina e Chirurgia e 15 posti per gli studenti interessati al Corso di Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Tab. 4.6.6 – Domande presentate, candidati alla prova e posti disponibili Facoltà di Medicina e Chirurgia per i Corsi di Laurea a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria.

	anno accademico	domande presentate	candidati presenti alla prova	posti disponibili
Medicina e Chirurgia	2009/10	1018	794	123
	2010/11	1067	828	129
Odontoiatria e Protesi Dentaria	2009/10	269	212	14
	2010/11	249	192	14
PROVA UNICA	2011/12	1135	910	147 (133 MC + 14 OPD)
	2012/13	1280	1030	146 (131 MC + 15 OPD)

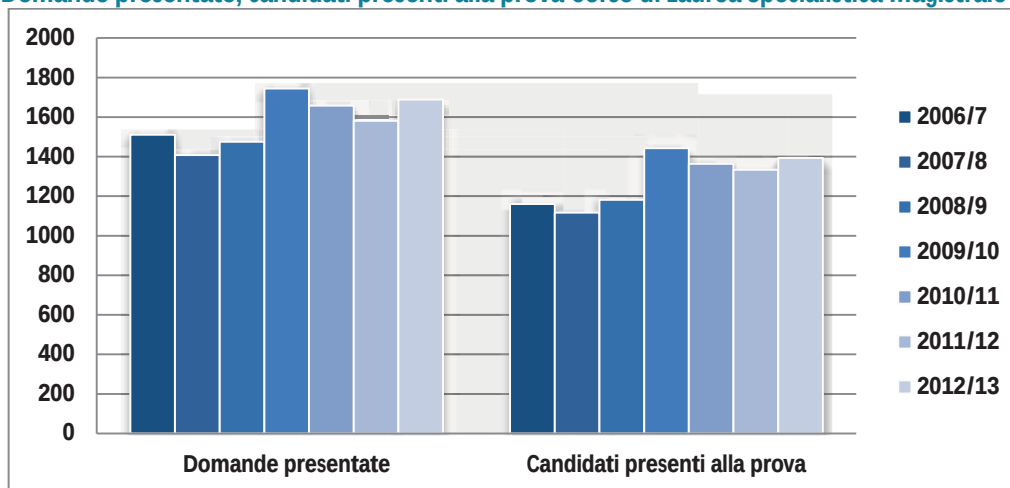
I corsi di laurea triennali nelle professioni sanitarie

Ai Corsi di Laurea triennale nelle Professioni Sanitarie si accede mediante concorso per prova scritta, per il quale sono a disposizione 60 punti complessivi.

La prova scritta di selezione, predisposta per l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia dal Consorzio Interuniversitario per la gestione del Centro Elettronico dell'Italia nord orientale (CINECA), identica per l'accesso a tutte le tipologie dei corsi attivati, consiste in un questionario di 60 domande a risposta multipla, di cui una sola risposta esatta tra le cinque indicate, sulle seguenti materie: Biologia (14 quesiti), Chimica (8 quesiti), Fisica e Matematica (8 quesiti), Cultura Generale (5 quesiti), Ragionamento Logico (25 quesiti). La Commissione preposta all'esame di ammissione, viene nominata dal Consiglio della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Dal momento che è il MIUR che indica il numero di iscrivibili, gli andamenti degli iscritti alle lauree triennali non subiscono variazioni di rilievo, anche se le richieste di ammissione superano abbondantemente il totale delle disponibilità: 1689 domande a fronte di 453 posti (vedi grafico).

Per l'unico Corso di Laurea Specialistica Magistrale della Facoltà, con sede a Reggio Emilia, le domande di ammissione (tabella 4.6.5 e grafico 4.6.1) presentano una diminuzione rispetto ai primi anni di attivazione del Corso (a.a. 2007/2008).

Fig. 4.6.1 – Domande presentate, candidati presenti alla prova Corso di Laurea Specialistica Magistrale della Facoltà



Corso di laurea specialistica/magistrale nelle scienze infermieristiche ed ostetriche

La tabella evidenzia i Corsi di Laurea più richiesti in "prima scelta": si può notare che il Corso di laurea in Fisioterapia è il più richiesto dagli studenti: 404 domande per ricoprire 30 posti disponibili. Al secondo posto, il corso di Infermieristica con sede a Modena e al terzo posto il Corso di Laurea di Logopedia che nonostante i pochi posti disponibili stabiliti dal Ministero, presenta tuttavia un'elevata richiesta di domande.

Tab. 4.6.7 – Domande di Ammissione ai Corsi a Numero Programmato Anno Accademico 2012/2013 - Distribuzione per Preferenza Facoltà di Medicina e Chirurgia Uni.Mo.Re. anno 2013

Corsi	1° Scelta	2° Scelta	3° Scelta
Corso di Laurea Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia	96	142	174
Corso di Laurea Tecniche di Laboratorio Biomedico	43	69	90
Corso di Laurea Ostetricia	149	130	123
Corso di Laurea Igiene Dentale	70	39	63
Corso di Laurea Infermieristica (Mo)	254	250	190
Corso di Laurea Logopedia	150	121	80
Corso di Laurea Infermieristica (Re)	121	202	163
Corso di Laurea Fisioterapia	404	185	162
Corso di Laurea Tecnica Della Riabilitazione Psichiatrica	51	63	63
Corso di Laurea Dietistica	88	110	104
Corso di Laurea Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusioni Cardiovascolari	29	43	72
Corso di Laurea Terapia Occupazionale (Mo)	14	55	59

4.7 Relazioni con il personale dipendente e sue rappresentanze

La complessità delle dinamiche sindacali dell'azienda USL è dovuta a una molteplicità di fattori che possono in modo esemplificativo individuarsi nei seguenti:

- nuova rete ospedaliera;
- revisione dell'assetto organizzativo aziendale;
- articolazione aziendale sull'intera provincia di Modena;
- la presenza sul territorio di numerosi punti produttivi;
- la contemporanea attivazione di tavoli di confronto sindacale a livello di Confederazione, di Categoria e aziendale (area comparto, area dirigenza medica e veterinaria e area dirigenza SPTA);
- la presenza di processi trasversali di informazione in materia sindacale all'interno dell'azienda;
- componenti sindacali autonome.

Quanto sopra evidenzia un sistema di relazioni sindacali estremamente complesso all'interno del quale l'Azienda deve governare i processi di informazione e garantire una puntuale applicazione degli accordi sottoscritti.

Il sistema di relazioni sindacali aziendali si sviluppa attraverso un raccordo dinamico, quotidiano tra l'Ufficio relazioni sindacali, la Direzione Strategica Aziendale, il Servizio Gestione e Sviluppo risorse umane, i Servizi interni e le macrostrutture aziendali.

Il confronto sistematico sulle problematiche di natura sindacale permette alla Direzione Strategica Aziendale e al Servizio Gestione e Sviluppo risorse umane non solo di individuare soluzioni per il singolo caso specifico, ma di elaborare, attraverso una programmazione di più ampio respiro, linee d'indirizzo che anticipano i bisogni e rappresentano alcuni degli obiettivi strategici aziendali. L'azienda, attraverso la sopradescritta dinamica, è in grado di coinvolgere in modo propositivo le Rappresentanze Sindacali sulle tematiche ritenute prioritarie.

Le strategie dell'azienda in merito alla gestione delle materie sindacali sono conosciute a tutti i livelli (dai membri della Delegazione trattante ai Gestori locali). Allo stesso modo le problematiche di natura sindacale, a qualunque livello si siano originate, sono tempestivamente portate a conoscenza dell'Ufficio relazioni sindacali e poi condivise con la Direzione Strategica aziendale e il Servizio Gestione e Sviluppo risorse umane.

Le dinamiche descritte si realizzano attraverso un sistema virtuoso d'informazione che garantisce una conoscenza diretta e tempestiva delle questioni da affrontare al fine di elaborare le strategie gestionali più opportune. L'informazione, pertanto, è favorita non solo tramite l'utilizzo degli strumenti informatici, ma principalmente attraverso riunioni periodiche che coinvolgono i centri decisionali interni e periferici dell'azienda. Quest'ultimo aspetto è decisivo al fine di implementare una "cultura del confronto" e quindi della condivisione delle problematiche e delle soluzioni adottate.

Il modello di relazioni sindacali aziendali si sviluppa in conformità a tre linee direttrici.

La prima attraverso un raccordo tra le Relazioni Sindacali, Direzione Strategica Aziendale e Servizio Gestione e Sviluppo risorse umane con un confronto sistematico sui temi sindacali e l'individuazione delle soluzioni più idonee.

La seconda con un raccordo tra Direzione Strategica Aziendale e Gestori locali per il tramite dell' Ufficio Relazioni Sindacali che sviluppa un coinvolgimento diretto dei Gestori locali nella trattazione delle dinamiche sindacali mediante: un'informazione preventiva sulle linee d'indirizzo aziendali; una chiara attribuzione di competenze e quindi d'autonomia della gestione; una conoscenza tempestiva delle tematiche sindacali affrontate a livello di tavolo centrale; la trasmissione immediata degli accordi stipulati con eventuali note di commento; approfondimenti sulla corretta applicazione e interpretazione degli accordi stipulati al fine di ottenere un'uniformità di comportamenti a livello dell'intero sistema azienda; una condivisione delle soluzioni adottate per risolvere particolari problematiche di natura sindacale; riunioni periodiche al fine di analizzare di concerto con la Direzione Strategica Aziendale e il Servizio Gestione e Sviluppo risorse umane i bisogni locali e fornire risposte e soluzioni in tempi brevi; momenti di formazione del personale coinvolto nella gestione delle relazioni sindacali a livello decentrato.

La terza con l'integrazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena e la Sassuolo Spa attraverso un continuo confronto per assicurare una comunanza di intenti e di posizioni, pur nel rispetto delle rispettive specificità. L'obiettivo è quello di armonizzare a livello territoriale gli accordi integrativi aziendali.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera Universitaria anche l'anno 2013 ha rappresentato un unicum circa la gestione delle relazioni con i dipendenti e le loro rappresentanze per garantire che tutte le figure operanti all'interno del Policlinico venissero coinvolte in un percorso di informazione istituzionale pieno ed efficace rispetto al proseguimento della attività in un contesto particolarmente impegnativo come il post sisma, caratterizzato dalla oggettive difficoltà di lavoro per i numerosi cantieri aperti.

Agli incontri con le rappresentanze dei lavoratori, nel corso del 2013 hanno sostanzialmente riguardato due aree di attività:

- incontri congiunti effettuati per informare sui percorsi intrapresi sul tema dei "dipartimenti interaziendali" e sulle riorganizzazioni (integrazione/unificazione) di servizi amministrativi;
- incontri con tutte le aree per gli aggiornamenti sull'assetto logistico – organizzativo del policlinico, a seguito degli interventi post sisma..

Complessivamente gli incontri tra azienda e ooss nel corso del 2013 sono stati 3 in area SPTA, 7 in area medica, 14 in area comparto.

Per provare a rispondere alle necessità di informazione degli operatori sono stati utilizzati anche gli strumenti di comunicazione informatica, nonostante i diversi canali attivati l'informazione ha sicuramente rappresentato uno degli elementi critici della gestione post-sisma.

Relativamente agli incontri con le Organizzazioni Sindacali della dirigenza, anche per l'anno 2013 sono state confermate le modalità di riconoscimento e valorizzazione, previa definizione di uno specifico sistema di pesature, differenziato per equipe, e nell'ambito di fondi contrattuali, dell'impegno e del disagio straordinari legati agli eventi sismici.

4.8--Promozione del benessere dei dipendenti e della organizzazione

L'Ausl di Modena consapevole dei grandi cambiamenti organizzativi che stanno investendo le aziende sanitarie negli ultimi anni a causa di molteplici motivi per promuovere e mantenere condizioni di benessere e qualità della vita elevate per la propria comunità lavorativa ha adottato l'approccio della salute organizzativa.

Ha voluto in questo modo essere capace di predisporre e gestire la conflittualità interna, porre obiettivi chiari e sviluppare processi di efficienza organizzativa, promuovere innovazione e garantire equità organizzativa.

L'approccio della salute organizzativa si occupa di progettare e implementare interventi organizzativi, attraverso l'analisi del contesto, lo studio dei ruoli professionali, la loro integrazione nei processi e il supporto ai cambiamenti previsti dalla direzione strategica. Il suo campo di applicazione si articola a diversi livelli: individuale, di gruppo e organizzativo.

A livello individuale l'intervento è volto al miglioramento del benessere lavorativo del singolo, attraverso il potenziamento della motivazione al lavoro e delle risorse personali a disposizione nel fronteggiamento delle situazioni lavorative critiche, la prevenzione dell'esaurimento emotivo e del burnout (tipica sindrome dei contesti lavorativi socio sanitari, la cui prevenzione è in grado di ridurre assenteismo e errori e di incrementare l'efficienza).

A livello di gruppo di lavoro l'intervento è volto a sviluppare la reciproca conoscenza e collaborazione, favorendo la comunicazione e a potenziare le risorse del team nella soluzione di problemi.

A livello organizzativo l'intervento si interfaccia con il sistema di valutazione della performance aziendale. Gli indicatori di performance aziendale permettono il monitoraggio dell'andamento della salute organizzativa, che costituisce a sua volta un indicatore di performance. In particolare la Salute Organizzativa si configura sia come indicatore della capacità dell'organizzazione di recepire e adattarsi alle pressioni di cambiamento, sia come obiettivo da raggiungere e mantenere attraverso azioni mirate alla valutazione e gestione delle risorse umane coinvolte nelle organizzazioni.

A questo fine ha istituito una unità operativa di Salute Organizzativa inserita nell'UO Innovazione e Valutazione organizzativa in staff alla direzione che si occupi di queste tematiche.

Questo gruppo di professionisti in questa ottica ha nel corso del 2013 affrontato i seguenti progetti di miglioramento:

- CUG: Costituzione paritetica aziendale e sindacale del CUG, la cui presidenza è stata affidata alla referente del benessere organizzativo, al fine di promuovere una continuità fra attività/progetti del CUG e attività/progetti della salute organizzativa¹⁹;
- Intervento post-sisma: counselling post-traumatico di gruppo: L'Azienda USL, attraverso il Servizio di Sviluppo Organizzativo, ha predisposto un percorso di accompagnamento al reinserimento lavorativo. Tale intervento ha favorito il processo di ricostituzione delle dinamiche interne ai team di lavoro delle diverse unità operative nell'area di Carpi e Mirandola
- Team di lavoro: dinamiche, criticità e soluzioni (Pediatria Carpi, Laboratorio Carpi e Mirandola, Dialisi Carpi e Mirandola, Medicina Riabilitativa Mirandola) : Individuazione di azioni di miglioramento condivise (es. istituzione di riunioni periodiche, processo di valutazione delle competenze, rotazione del personale tra i settori, introduzione briefing mattutino in presenza di medico e infermiere)
- Criticità organizzative e relazionali (Diabetologia Modena, Farmacia Carpi e Mirandola, Medicina Legale, Servizio 118): Questa sezione racchiude un insieme di progetti messi in campo dal Servizio Sviluppo Organizzativo per la risoluzione di criticità puntuali, rilevate all'interno di singole UUOO, che possono riguardare cambiamenti organizzativi/accorpamenti di più strutture, conflittualità relazionali con i colleghi o con l'utenza o entrambe
- Progetto di accompagnamento al cambiamento: riorganizzazione degli ospedali per intensità di cura: Il progetto riguarda gli ospedali della rete provinciale ospedaliera: Pavullo, Mirandola, Carpi e Baggiovara.

La Direzione Strategica dell'azienda sta sostenendo il progetto e attraverso il contributo del Servizio Sviluppo Organizzativo, sta accompagnando il personale coinvolto e i team di lavoro nel cambiamento organizzativo, attraverso iniziative informative, formative e partecipative.

Con la collaborazione del personale delle Regione Emilia Romagna (Presidi ospedalieri) e dell'Università di Bologna (area Psicologia delle Organizzazioni e di Servizi) sono state realizzate giornate formative nelle sedi interessate, volte a sensibilizzare gli operatori sul tema dell'intensità di cura e del cambiamento organizzativo.

Sono stati definiti i seguenti percorsi di riorganizzazione:

Mirandola: definizione di aree omogenee (area medica e area chirurgica) e individuazione di posti letto differenziati per complessità di cura e assistenziale

Carpi: trasformazione della stroke unit in stroke care (destinazione di alcuni letti originariamente appartenenti alla stroke unit, alla cura intensiva di pazienti internistici)

Baggiovara: sono stati definiti tre sotto-progetti:

Area Critica: unificazione di due UUOO di rianimazione e anestesia sotto un unico reparto di area critica. Successivamente si valuterà l'inclusione dell'UO TIM (terapia intensiva medica)

DH: creazione di un unico Day Hospital centralizzato per varie discipline (con spazi dedicati all'attività ambulatoriale e di degenza diurna) con unificazione dell'equipe infermieristica.

Recovery room: ridefinizione della mission della recovery room attualmente sotto utilizzata.

Contestualmente al percorso di accompagnamento, sono stati somministrati questionari per la rilevazione della percezione riguardo la qualità della vita lavorativa e il coinvolgimento nel cambiamento.

Anche presso l'azienda ospedaliero-universitaria Policlinico sono state messe in atto azioni volte alla promozione del benessere organizzativo rispettando i tre diversi livelli applicativi: individuale, di gruppo, organizzativo.

In azienda è stato costituito un gruppo di lavoro composto da

Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, Sorveglianza sanitaria, Medici competenti, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, Direzione Infermieristica e Tecnica, Direzione Medica, Servizio Prevenzione e Protezione, Servizio Formazione e Aggiornamento, Servizio Tecnologia dell'Informazione. Tale gruppo di lavoro si è adoperato da un lato per l'identificazione delle attività relative alla valutazione e gestione dello stress lavoro correlato (SLV) nel rispetto della normativa vigente (la cui metodologia e i risultati sono visibili negli allegati al paragrafo dedicato alla sicurezza); dall'altro per la promozione delle azioni legate al benessere delle persone che lavorano in azienda. (i cui risultati verranno declinati in questo paragrafo).

Le azioni principali che sono state proposte riguardano:

- costituzione ed attivazione Comitato Unico di garanzia
- attivazione del nido aziendale per i figli dei dipendenti
- revisione modalità di accesso alla mensa da parte del personale dipendente
- attivazione incontri seminariali: Journal Club
- attivazione Laboratorio della Comunicazione

¹⁹ Vedi paragrafo 4.10 Il comitato unico di garanzia

-attivazione corsi di formazione sulle strategie di coping per il miglioramento del benessere personale in seno all'organizzazione.

Laboratorio della comunicazione clinica

L'iniziativa, attraverso le sue articolazioni, consente ai dipendenti interessati, siano essi sanitari che amministrativi e tecnici, di esperire in ambiente protetto le principali tecniche legate alla comunicazione verbale e negli anni ha contribuito a sensibilizzare il personale del Policlinico ai temi della comunicazione e dell'attenzione alla relazione nella pratica professionale sia del medico che dell'infermiere. La formazione su questo particolare argomento e lo sviluppo delle competenze comunicative e relazionali richiede tempi lunghi, una formazione basata sull'apprendimento esperienziale e soprattutto la continuità della formazione. I risultati ottenuti ad oggi non possono essere che l'inizio di un percorso formativo continuo

Corso di formazione sulle strategie di coping

Il corso ha contribuito a sensibilizzare il personale ai temi del Benessere Organizzativo e delle principali strategie di fronteggiamento sia individuale che di gruppo al tema dello stress lavorativo. La valutazione in termini di gradimento e l'autovalutazione della ricaduta formativa mostra risultati positivi.

4.9 -Le facilitazioni per i dipendenti-

Ausi

Servizio mensa

Il servizio sostitutivo di mensa attraverso buono pasto elettronico è costituito da una rete unica provinciale di 180 punti di ristoro in grado di rilevare, attraverso appositi lettori installati nei locali a cura e spese della Ditta aggiudicataria, l'ora, il giorno, il locale e il nominativo dell'avente diritto che ha usufruito della prestazione; il servizio consente a ciascun avente diritto di essere riconosciuto e di fruire del pasto in qualsiasi località della Provincia.

Utilizzo Piscina NOCSAE

Nel Nuovo Ospedale S.Agostino-Estense (Baggiovara) i dipendenti possono usufruire della piscina utilizzata per l'idrochinesiterapia presente nel reparto di Medicina Fisica e Riabilitazione.

Bookcrossing al Nuovo Ospedale S.Agostino-Estense

Nel 2013 abbiamo inaugurato uno spazio per lo scambio libri rivolto a pazienti e familiari, cittadini e operatori dell'ospedale di Baggiovara. Sono stati donati da cittadini, operatori e biblioteche oltre 1000 volumi che abbiamo messo in circolazione seguendo il metodo del bookcrossing: chiunque è invitato a rimettere in circolazione il libro letto insieme ad alcune note, oppure a donarne un altro in cambio.

L'esperienza sta riscuotendo un notevole gradimento tra i pazienti/familiari e anche tra gli operatori.

Asilo Nido aziendale

Il nido d'infanzia aziendale territoriale "La Pimpa" del Nuovo Ospedale S.Agostino-Estense di Baggiovara è stato inaugurato nel 2011, è stato realizzato da Azienda Usl e convenzionato con il Comune di Modena.

La struttura garantisce l'apertura del servizio secondo il calendario comunale (2 settembre – 30 giugno) ed un orario di apertura dello stesso dal lunedì al venerdì, scelto rispetto alla flessibilità proposta dai dipendenti, così strutturato: tempo pieno dalle ore 8.00 alle ore 16.00, part-time dalle ore 8.00 alle ore 13.00, pre-scuola gratuito dalle 7.30 alle 8.00 per gli utenti che documentino l'impossibilità di portare i bambini oltre le 8.00. L'ingresso dei bambini ammessi sui posti AUSL dovrà essere garantito su richiesta documentata dalle ore 7.00.

Circoli ricreativi

Esistono 3 circoli ricreativi a Modena Sassuolo e Carpi che svolgono attività aggregativa, sportiva e culturale rivolta ai dipendenti. Per partecipare alle attività è prevista una quota di iscrizione minima.

AOU Policlinico

Asilo nido aziendale

La struttura garantisce l'apertura del servizio secondo il calendario comunale (2 settembre – 30 giugno) ed un orario di apertura dello stesso, scelto rispetto alla flessibilità proposta dai dipendenti, così strutturato:

tempo pieno dalle ore 8.00 alle ore 16.00

part-time dalle ore 8.00 alle ore 13.15

Esiste la possibilità, sia per il tempo pieno che per il part-time di anticipare l'orario di inizio alle ore 7.00 con attestazione del datore di lavoro di inizio turno, solo per il tempo pieno è possibile richiedere il prolungamento fino alle ore 18.00 (quindi di un'ora o di ore due). La gestione di queste ultime due possibilità (anticipo o posticipo) è lasciata in autonomia alla società aggiudicataria del servizio

Servizio mensa

L'orario di apertura del servizio mensa è garantito fino alle ore 15.30.

Il personale che svolge attività lavorativa per solo 6 ore di mattina, può accedere al servizio mensa alla fine del turno con uscita dopo le ore 13.00.

Coloro che effettuano il turno pomeridiano di almeno sei ore possono accedere alla mensa entro 1.30 dall'inizio del turno (pranzo), oppure entro 1 ora dalla fine del turno (cena). Non si possono consumare due pasti nello stesso giorno, quindi il dipendente dovrà scegliere o l'uno o l'altro pasto.

Il personale che effettua turno notturno/serale accede alla mensa entro 1.30 dall'inizio turno (cena), e non allo smonto notte (no colazione).

Journal Club

il Journal Club è un'iniziativa di Formazione sul Campo (FSC). Si tratta di un nuovo modo per fare conoscere a tutti i dipendenti ciò che accade in azienda, mettendo in comune le informazioni di carattere gestionale, organizzativo, tecnico-scientifico e culturale che riguardano l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena. Esso è suddiviso in tre filoni:

1) LA GESTIONE IN PILLOLE - Scopo principale dell'iniziativa è quello di mettere in comune le informazioni di carattere gestionale, che riguardano l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, attraverso il coinvolgimento diretto della Direzione Generale e la condivisione dei partecipanti.

2) CASI CLINICI – Si tratta di Seminari specifici dedicati alla discussione di casi clinici con approccio multidisciplinare. Scopo di questa iniziativa è quello di approfondire la discussione scientifica, affrontando temi importanti e dibattuti della letteratura scientifica contemporanea, sperimentale e clinica, in modo da favorire un aggiornamento scientifico.

3) ARTE E CULTURA - Questi incontri hanno lo scopo di raccontare la relazione fra Scienza medica e Arte e vengono organizzati, soprattutto, in occasione di ricorrenze specifiche (Natale, Pasqua, etc.).

4.10. Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Il comitati unici di garanzia svolgono funzioni propositive, consultive e di verifica per la realizzazione di ambienti di lavoro improntati al rispetto dei principi comunitari e nazionali in materia di pari opportunità, benessere organizzativo, contrasto alle discriminazione e mobbing.

I comitati si pongono come obiettivi:

- Assicurare parità e pari opportunità di genere, garantendo l'assenza di qualsiasi discriminazione relativa al genere, alla razza, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine etnica, alla disabilità, alla lingua e alla religione
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi discriminazione
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della pubblica amministrazione

Svolgono una funzione propositiva, consultiva e di verifica. La funzione propositiva prevede:

- predisposizione piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra donne e uomini;
- promozione e/o potenziamento di ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione vita privata/lavoro e quanto necessario per consentire la diffusione della cultura delle pari opportunità;
- temi che rientrano nella propria competenza ai fini della contrattazione integrativa;
- iniziative volte ad attuare le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone nonché azioni positive al riguardo;
- analisi e programmazione di genere che considerino le esigenze delle donne e quelle degli uomini (se bilancio di genere, ...);
- diffusione delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici e statistici sulle questioni delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti, anche in collaborazione con la Consigliera di Parità del territorio di riferimento;
- azioni dirette a favorire condizioni di benessere lavorativo;
- azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima, codici di comportamento, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni e di violenze sessuali, morali o psicologiche (mobbing).

La funzione consultiva prevede:

- progetti di riorganizzazione;
- piani di formazione del personale;
- orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione;
- criteri di valutazione del personale;
- contrattazione integrativa sui temi di competenza

La funzione di verifica

- risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
- esiti delle azioni di promozione del benessere e prevenzione del disagio lavorativo;
- organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;
- esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro (mobbing);
- assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione, negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.

Il Comitato Unico di Garanzia dell'Azienda Usl di Modena è stato istituito a luglio 2013 ed è costituito da 26 titolari, 25 sostituti e da 3 invitati permanenti; componenti di parte aziendale: 13 titolari e 13 supplenti; componenti di parte sindacale: 13 titolari e 12 supplenti. I componenti di parte aziendale sono stati scelti col fine di dare una rappresentanza di tutte le aree aziendali, tutto il territorio, tutte le professioni e i due generi maschile e femminile, e i lavoratori di non madrelingua italiana.

La presidenza è stata affidata alla responsabile dell'Area Salute Organizzativa del Servizio Innovazione e Valutazione Organizzativa, servizio di staff alla Direzione strategica che si occupa di innovazione e di miglioramento organizzativo, al fine di poter integrare le tematiche affrontate dal CUG in una visione sistemica dell'organizzazione.

Il Comitato Unico di Garanzia è stato istituito nell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena nell'anno 2011 con deliberazione n.54 del 24.03.2011. Esso ha composizione paritetica ed è costituito da n.12 componenti titolari di designazione sindacale e n.12 componenti di nomina aziendale e un pari numero di componenti supplenti, in rappresentanza dei diversi Profili professionali presenti in Azienda.

Il Regolamento di funzionamento del CUG è stato approvato nell'anno 2012 (del.134/12) e nel mese di Gennaio 2013 il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2013-2015, è stato approvato in via definitiva dal Comitato Unico di Garanzia ed è stato recepito dalla Direzione Aziendale, previa valutazione positiva da parte della Consigliera Provinciale di Parità..

Per entrambe le aziende all'interno dei siti web aziendali sono state predisposte aposite area informativa dedicata alle attività del CUG, al fine di favorire la conoscenza e lo scambio di informazioni all'interno dell'Azienda, in merito alle iniziative e alle tematiche di interesse .

Nel corso del 2013:

- il CUG dell'Ausl di Modena²⁰ si è insediato, ha discusso e condiviso un regolamento, ha svolto attività di formazione per i componenti sulle tematiche del benessere organizzativo, conciliazione, mobbing, definito 5 macro aree e relativi gruppi di lavoro su cui focalizzerà le proprie attività nel corso dei primi 3 anni (benessere organizzativo, conciliazione, discriminazione di genere, violenze sul posto di lavoro, il genere in cifre).
- il CUG dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena²¹ ha elaborato e approvato il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2013-2015, svolto attività di formazione e sensibilizzazione ai componenti del comitato, estendendo poi a tutti i dipendenti, sulle tematiche del mobbing, sulle nuove misure legislative contro la violenza sulle donne, ha formulato un parere sulla bozza di regolamento aziendale sulla disciplina dell'orario di lavoro, prodotto il regolamento aziendale in materia di Mobbing.

4.11. Gruppo aziendale Equità

L'equità è l'assenza di disuguaglianze evitabili o rimediabili tra gruppi di persone, siano essi definiti socialmente, economicamente, demograficamente o geograficamente.

La disuguaglianza nella salute riguarda le differenze nelle condizioni determinanti, nell'accesso alle risorse ed ai servizi, nella possibilità di mantenere la salute o di raggiungere determinati esiti.

²⁰ <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10086>

²¹ http://www.policlinico.mo.it/azienda/comitato_unico_garanzia/comitato_unico_garanzia.asp

Le caratteristiche delle persone o dei gruppi, che possono produrre disuguaglianze nell'accoglienza e nel trattamento da parte dei servizi sanitari sono molteplici, tra queste rientrano: genere, età, provenienza geografica, gruppo etnico e cittadinanza, status giuridico, status socio-economico, abilità fisica e psichica, orientamento sessuale, fede e appartenenza religiosa, comportamenti e convinzioni personali, conoscenza della lingua.

L'impatto che questi aspetti hanno sull'organizzazione dei servizi sanitari comporta la necessità di mettere a punto strategie e strumenti in grado di garantire che il principio di equità sia calato a tutti i livelli ed articolazioni aziendale.

Rispetto all'obiettivo della promozione dell'equità e del contrasto alle disuguaglianze, l'azienda USL di Modena, in linea con le indicazioni regionali, ha istituito nel 2013 il Gruppo Aziendale Equità e contrasto alle disuguaglianze²².

I lavori del gruppo sono stati indirizzati a rispondere a quanto previsto già dalla 602/2009 rispetto alla linea di programmazione "Diversità ed equità: strategie integrate di diversity management e consolidamento delle azioni di ascolto ed empowerment dei cittadini", che prevede nelle aziende sanitarie della Regione lo sviluppo di progetti ed azioni indirizzate al raggiungimento di una crescente attenzione all'inclusione delle diversità di cui sono portatori i cittadini, garantendo nel contempo equità di accesso, equità nei percorsi assistenziali e di trattamento, miglioramento nel rapporto di fiducia fra l'organizzazione sanitaria, i suoi servizi e gli utenti/cittadini della comunità.

La promozione della cultura dell'equità

Nel 2013 il coordinamento del gruppo, ha predisposto un piano formativo interaziendale (azienda usl e azienda ospedaliera policlinico) rivolto ai professionisti delle due aziende che ha avuto come obiettivo l'approfondimento dei principi e delle metodologie relative alla promozione dell'equità nei servizi sanitari. Sono stati organizzati inoltre due seminari aperti agli altri soggetti della rete dei servizi territoriali (servizi sociali, organizzazione no profit e associazioni di volontariato) ed ai rappresentanti dei cittadini dove, oltre ai principi, sono state presentate le "buone pratiche" avviate nell'azienda per contrastare le disuguaglianze e promuovere l'equità.

I Progetti

Le azioni portate avanti nel 2013 dal coordinamento dell'area riguardano anche la partecipazione e il coordinamento di progetti regionali e di Area vasta oltre al supporto per l'avvio delle "buone pratiche" nei servizi aziendali.

Tra queste si segnalano due azioni:

Rete di accoglienza, dimissioni e percorsi protetti in pronto soccorso

Porta d'accesso dell'ospedale, il PS è forse uno dei pochi luoghi capaci di aiutare tutte le persone e pur essendo tradizionalmente considerato come una pura entità medica, in realtà questo non è ciò che accade: più persone in stato di bisogno (anziani, senza fissa dimora, migranti, dipendenti da alcool o droghe, donne che hanno subito violenza, etc.) passano dal PS piuttosto che accedere in ogni altra istituzione della comunità, rendendolo il luogo razionale non solo per trattare patologie acute, ma anche, idealmente, per identificare bisogni di base e coordinarsi con le risorse della comunità esistenti.

Sfruttando la posizione privilegiata del Pronto Soccorso l'obiettivo del progetto è quello di investigare il beneficio potenziale associato all'invio di pazienti "socialmente svantaggiati" verso servizi esterni esistenti. Il PS può essere quindi un osservatorio per evidenziare la correlazione fra problemi sociali e sanitari e cogliere l'occasione della richiesta di una prestazione sanitaria per indirizzare i pazienti che lo necessitano o lo richiedono verso i servizi sociali presenti sul territorio: può essere il luogo ove la medicina clinica offre dati alla Sanità Pubblica per migliorare le condizioni di vita e di salute.

L'obiettivo di questo progetto è quindi quello di valutare il beneficio associato dell'indirizzare in modo efficiente, da parte di un personale formato che segue dei protocolli dettagliati ed è assistito da un software dedicato, persone con particolare vulnerabilità sociale verso i servizi di riferimento.

Qualificazione del servizio di mediazione culturale

In Azienda è attivo il servizio di mediazione linguistica culturale garantito da una cooperativa esterna specializzata in questo tipo di attività.

Le tipologie di intervento previste sono: presenza fissa e continuativa, programmata entro 48 ore, urgente entro 2/3 ore, telefonica. La disponibilità del servizio viene garantita h.24 attraverso la reperibilità telefonica dei mediatori.

Il rapido mutamento sia nelle caratteristiche delle popolazioni presenti sul nostro territorio che nell'organizzazione dei servizi richiede un costante monitoraggio della rispondenza tra i bisogni dei professionisti e degli utenti e la risposta fornita dal servizio. In quest'ottica nel corso del 2013 la direzione aziendale ha avviato un'analisi finalizzata ad identificare gli eventuali miglioramenti che si potrebbero apportare al servizio.

²² <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9759>

L'analisi condotta con la collaborazione dei Direttori di Distretto ha consentito di comprendere conoscere le modalità e i criteri di attivazione del servizio, individuare i punti critici e di punti di forza relativamente agli aspetti organizzativi, gestionali e professionali, individuare le possibili azioni di miglioramento per realizzare un servizio più efficace, efficiente ed appropriato.

Il piano aziendale per l'equità

Nel corso dell'anno si è dato avvio al lavoro preliminare per la costruzione di un Piano programma aziendale, di durata biennale, per promuovere l'equità e contrastare le disuguaglianze. Al fine di arrivare ad una costruzione condivisa del Piano, nel corso del 2013, oltre ai citati incontri formativi ed informativi, sono state analizzate le fonti disponibili per la valutazione del contesto provinciale in relazione alle disuguaglianze di salute ed i relativi determinanti. Successivamente, è stata effettuata una mappatura delle esperienze già attive nel contesto aziendale, volte al contrasto delle disuguaglianze ed alla promozione dell'equità. Dalle analisi di contesto e dai bisogni socio-sanitari emersi dalla mappatura effettuata sono state individuate dai componenti del gruppo aziendale le problematiche prioritarie in termini di equità.

Il Piano si propone di valorizzare le esperienze esistenti, stimolare progetti innovativi, creare sinergie, consolidare le buone pratiche e sostenere il cambiamento. Per questi motivi, è stata realizzata una pagina web aziendale dove è possibile consultare, oltre al materiale prodotto dal Gruppo azienda quello che riguarda le buone pratiche avviate in azienda, anche articoli e studi d'interesse per l'argomento.

4.12--Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Così come previsto dalla normativa nazionale e dal Piano Nazionale per la Prevenzione della Corruzione, le due aziende sanitarie modenesi stanno lavorando sul tema della trasparenza e della prevenzione della corruzione. Fra le diverse iniziative messe in campo vi è stata la nomina del dott. Massimo Brunetti quale responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per l'Azienda USL e della dott.ssa Monica Cagarelli per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. A fine 2013 è stato approvato il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione che prevede il percorso previsto nel prossimo triennio per la prevenzione del fenomeno e le prime misure preventive in atto. Fra le diverse iniziative già adottate vi è stata l'adozione del nuovo codice di comportamento per i dipendenti e collaboratori, le attività formative e i diversi obblighi previsti dalla normativa in termini di trasparenza.

Capitolo 5. Sistemi di relazioni e strumenti di comunicazione

“La comunicazione in ambito sanitario fa parte di quelle aree ‘trasversali’ della comunicazione pubblica destinata ad assumere un ruolo centrale e strategico nelle relazioni tra Stato e cittadino. Questa ‘centralità’ è nata non solo grazie all’obbligo delle Amministrazioni sanitarie di rispondere al diritto del cittadino di essere informato ma, soprattutto, per la dimensione più articolata e complessa che termini come ‘salute’ e ‘cura’ hanno assunto nella società contemporanea. La diffusione dei mezzi di comunicazione di massa, insieme con lo sviluppo di Internet, hanno reso possibile e necessario un miglioramento dei mezzi a disposizione delle Amministrazioni Pubbliche per implementare una strategia comunicativa efficace.” ([Ministero della Salute](#), 2010)

Nelle politiche pubbliche il rapporto di fiducia con i principali stakeholders è strettamente collegato alla credibilità e al consenso ed è questa una delle motivazioni per cui ciò che ruota intorno alla dimensione strategica della comunicazione ha un nesso forte con la partecipazione e, soprattutto, con la governance.

[Il Sistema Comunicazione e Marketing Sociale](#) dell'Azienda USL di Modena, per rispondere al mandato, ha cercato costantemente di costruire reti di relazione interne (URP, Dipartimento di Sanità Pubblica, Dipartimento di Salute Mentale, Distretti Sanitari, Dipartimento di Cure Primarie, Presidio Ospedaliero) ed esterne (Associazioni di volontariato, di categoria, ecc.).

[Il coordinamento integrato degli uffici stampa tra le Aziende sanitarie](#)

A partire dal 2012, in piena coerenza con quanto stabilito dal Piano Attuativo Locale, è stato concretamente avviato il percorso d'integrazione tra gli Uffici Stampa dell'Azienda USL di Modena, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e dell'Ospedale di Sassuolo. Questa soluzione consente di rendere più fluida e coerente la comunicazione delle Aziende Sanitarie e di ottenere significative economie di scala anche sul piano economico. Il 2013, in particolare, ha visto il consolidamento di questa sinergia che sempre più spesso ha permesso di sviluppare nuovi progetti in una logica interaziendale. In futuro è auspicabile un ulteriore rafforzamento dell'integrazione delle attività di comunicazione che può costituire un elemento di ulteriore spinta per l'innovazione e il miglioramento del dialogo con i cittadini.

[L'U.O. Relazioni con il Pubblico](#) assolve la propria mission di comunicazione e relazione con i cittadini attraverso un sistema di servizi in rete, reciprocamente e stabilmente comunicanti, che concorre:

- ad ascoltare, informare e orientare la domanda esterna in modo unitario e integrato sull'intero territorio;
- a restituire all'organizzazione sanitaria dati quali-quantitativi della domanda, che possano essere di supporto alla programmazione.

Gli URP si connotano pienamente nel loro ruolo di "informatori/comunicatori significativi e sensibili ai cambiamenti" del contesto e del sistema in quanto detentori di informazioni fondamentali per la pianificazione strategica, il governo clinico e la comunicazione interna ed esterna.

In particolare l'URP dell'Azienda USL mantiene costanti raccordi con la Direzione Generale, le direzioni distrettuali e i dipartimentali, è collegato operativamente con i referenti degli uffici di settore (Servizio Informativo Aziendale, Ufficio Stampa, Sistema Qualità, Centro Servizi Ambulatoriali, ecc.) per l'integrazione e il coordinamento dei contenuti. Collabora con il Sistema Qualità aziendale a progetti finalizzati a rilevare, integrare e valutare gli aspetti qualitativi significativi dal lato dei cittadini e garantisce il coordinamento, la funzionalità e la valorizzazione del Comitato Interaziendale CCM. L'URP assicura lo sviluppo dei progetti regionali in ambito aziendale per quanto attiene le attività di informazione e comunicazione riferiti: al Numero Verde regionale, al sito Saluter, alle campagne di comunicazione, al sistema regionale di classificazione delle segnalazioni, ai gruppi di lavoro degli URP delle Aziende sanitarie, alle iniziative di Health Literacy. Realizza corsi formativi nell'area comunicativa, informativa e relazionale sia per la dimensione professionale che per il miglioramento delle competenze informatiche necessarie per la gestione/consultazione dei dati d'interesse per i cittadini.

L'U.O. Relazioni con il Pubblico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico opera in particolare alla raccolta delle segnalazioni (reclami-elogi-suggerimenti) pervenute dai cittadini direttamente o tramite le associazioni o enti di loro rappresentanza. I dati sono valutati e pubblicati annualmente unitamente a quelli rilevati dal Servizio legale per rapportarli con i dati di attività già monitorati dal Controllo di Gestione. Questa comparazione permette una valutazione complessiva dei servizi erogati a favore dei cittadini, l'analisi delle prestazioni, evidenziandone i percorsi, gli aspetti positivi e le eventuali criticità.

Nell'anno 2013 è continuata l'attività legata svolta di concerto con il Comitato Consultivo Misto per l'umanizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini e per un miglior adeguamento delle procedure burocratiche/amministrative.

Il responsabile URP del Policlinico assicura il coordinamento del team di ascolto del cittadino/utente e mediazione dei conflitti sanitari composto da diversi operatori adeguatamente formati, afferenti ad altri servizi e di diversa formazione professionale (infermieristica, legale ecc). Nel corso del 2013 sono stati effettuati 15 ascolti individuali di cittadini e dipendenti e realizzate 2 mediazioni.

Nel 2013 le strutture di comunicazione hanno partecipato alle attività del Servizio Sanitario Regionale nei seguenti gruppi di lavoro:

- Referente Progetto "Promozione uso delle scale negli edifici pubblici"
- Coordinamento RER Comunicazione
- Coordinamento RER Health Literacy
- Coordinamento RER Comunicazione AIDS
- Coordinamento RER "Programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute (in riferimento al programma nazionale Guadagnare Salute)"
- Coordinamento RER "Comunicazione Tabagismo"
- Progetto HelAids: coordinamento e comitato scientifico
- Gruppo tecnico regionale "La prevenzione delle complicanze del diabete"
- Coordinamento provinciale del trial regionale "Paesaggi di Prevenzione"
- Coordinamento Laboratorio FIASO "Comunicazione e promozione della salute"
- Coordinamento Responsabili URP "Miglioramento e valorizzazione degli URP"

5.1-La comunicazione per l'accesso ai servizi

La strategia aziendale punta a favorire la capillarità di diffusione delle informazioni grazie a canali e modalità di comunicazione diversi che, in modo integrato, concorrono a promuovere strategie di empowerment e co-responsabilizzazione delle persone assistite nella gestione della propria salute.

All'interno di questi processi è stata posta particolare attenzione all'applicazione dei principi e delle pratiche della Health literacy:

- nell'Azienda Usl di Modena è attivo il Laboratorio Lapis (Laboratorio permanente interservizi per la semplificazione della comunicazione scritta) costituito da professionisti nominati dalle diverse direzioni strategiche e coordinato dall'U.O. Relazioni con il Pubblico, finalizzato a migliorare le comunicazioni scritte che riguardano l'accesso ai servizi e alle prestazioni aziendali, secondo criteri di trasparenza, equità, precisione e omogeneità. Nel 2013 sono state realizzate iniziative promozionali esterne per favorire la conoscenza e l'uso della modulistica aziendale e si è completato il processo di revisione e semplificazione attraverso la produzione di nuovi moduli unici a livello aziendale. Inoltre si è garantita la "tenuta" del sistema attraverso la pubblicazione di moduli aggiornati secondo procedure aziendali. Lapis è tra i progetti selezionati e pubblicati nell'edizione 2013 del "Libro Bianco" della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), una raccolta di 75 esperienze di buone pratiche in sanità, da poter esportare in tutta Italia al fine di migliorare la qualità dei servizi sanitari riducendo i costi.

Sempre nel campo dell'Health literacy sono state realizzate due edizioni di un percorso formativo che ha coinvolto 100 professionisti dell'U.O. di Medicina interna dell'Ospedale di Pavullo e volontari dell'AVO;

- nell'Azienda Policlinico prosegue l'impegno a verificare le modalità di accesso ai servizi da parte degli utenti in condizioni sociali critiche, in particolar modo gli utenti stranieri e i pazienti oncologici. L'attività ha coinvolto i volontari delle diverse associazioni presenti nel CCM in un progetto per l'analisi della documentazione informativa e dei percorsi nel paziente oncologico adulto secondo i principi della HL. Sono stati formati, inoltre, 41 professionisti sui principi e metodi della comunicazione in sanità attraverso le competenze di H.L.

5.1.1-I servizi e gli strumenti per l'accesso

- La rete degli [Uffici per le Relazioni con il Pubblico](#) garantisce e sviluppa un'attività di ascolto a partire dai bisogni espressi dagli utenti, fornisce informazioni chiare e personalizzate sulle attività, sui servizi, sulla struttura organizzativa dell'Azienda, sulle modalità di accesso. Nella convinzione che una comunicazione più semplice e chiara faciliti l'accesso, l'Urp aziendale coordina e presidia centralmente la gestione delle segnalazioni attraverso una rete di referenti interni, integrata nel sistema regionale CCRQ. La risposta al cittadino, personalizzata e dal linguaggio semplice, utilizza diversi canali: lettera, colloquio diretto o telefonico, fax e posta elettronica. Le segnalazioni costituiscono una risorsa per l'organizzazione e i periodici confronti con i Comitati Consultivi Misti sui

dati forniti dalle reportistiche assicurano un "osservatorio permanente" volto a intraprendere una politica di miglioramento della qualità, assegnando un rilievo significativo alle opinioni degli utenti.

Report delle segnalazioni AUSL anno 2013:
<http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10955>

Report delle segnalazioni Policlinico primo semestre 2013:
http://www.policlinico.mo.it/urp/reportreclami/2013/report_urp2013.pdf

- Front office: punti di informazione e accoglienza collegati al sistema URP, presenti in diverse strutture territoriali e ospedaliere, a cui è rivolta una particolare attenzione per il rafforzamento delle loro abilità al fine di elevare gli standard di risposte agli utenti, migliorare le competenze comunicative e relazionarsi in modo più efficace.
- Siti internet: i siti internet dell'Azienda USL www.ausl.mo.it (circa 11mila pagine) e del Policlinico www.policlinico.mo.it (circa 400 pagine) per i cittadini continuano a rappresentare una vera e propria porta di accesso virtuale che si aggiunge a quelle fisiche. Il loro utilizzo è in costante aumento, con un trend di crescita superiore al 15% (confronto tra 2012 e 2013). Le pagine singole visionate nel portale AUSL sono state circa 5.615.588, frutto di 1.544.279 di visite. Nel caso del Policlinico, invece, le visite sono state 328.538. Alla luce del crescente interesse da parte dei cittadini rispetto alla possibilità di trovare informazioni e soluzioni attraverso il web, nel 2013 si è continuato a implementare il portale dell'Azienda USL. Impiegando un apposito content management system, nel corso dell'anno sono state pubblicate oltre 1.300 pagine completamente nuove.
- Social Media: tra le novità del 2013, l'attivazione da parte dell'Azienda USL di un profilo twitter, @usl_modena. Questo social di micro blogging, seguito da circa 1.000 follower, è stato utilizzato per comunicare notizie e promuovere l'immagine aziendale, far arrivare, come ulteriore canale, notizie ai media e comunicare situazioni di crisi ed emergenza. Resta inoltre attiva la pagina facebook del Policlinico <https://www.facebook.com/#!/pages/Azienda-Ospedaliero-Universitaria-Policlinico-di-Modena/184759758224304?fref=ts>, dove vengono inseriti gli appuntamenti e le notizie aziendali, oltre ai video di interesse generale. La pagina ha 1.165 "mi piace" e quasi 21.000 visite.
- **Carta dei Servizi Aziendale online:** strumento "dinamico" con modalità periodiche di aggiornamento, sia sul versante informativo che su quello degli impegni aziendali. Risponde alle domande sempre più esigenti e informate dei cittadini, che accentuano la necessità di trasparenza e accessibilità alle informazioni da parte di un contesto, quello sanitario, caratterizzato da una profonda trasformazione. Pertanto, più che di una Carta dei servizi, si può parlare di "un sistema carta" in grado di assumere connotazioni specifiche (di contenuto informativo e di declinazione degli impegni) secondo il livello aziendale di riferimento e i diversi destinatari. È opportuno sottolineare che le informazioni fornite e la tipologia di impegni a cui fare riferimento riguardano i livelli aziendale, ospedaliero, distrettuale e di singola unità operativa o di servizio.
- **Numero verde:** 800 033033 (a cui risponde il call center regionale composto da 14 postazioni, è collegato agli URP delle Aziende Sanitarie a cui trasferisce le richieste complesse non reperibili in banca dati). Nell'anno 2013 i contatti in entrata di secondo livello sono stati 580 per l'Azienda USL e 160 per il Policlinico.
- Tel&prenota: servizio telefonico che consente di prenotare, disdire o spostare gli appuntamenti per prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale. Per prenotare occorre telefonare al numero del call center 848 800 640 da telefono fisso (al costo di una chiamata urbana) o al numero 059 2025050 da telefono cellulare (i costi variano a seconda del gestore).
- Linea telefonica aziendale URP: rappresenta il punto unico provinciale che offre supporto alle richieste sui nuovi servizi telematici (Tao online, Referti online), ai quesiti informativi per l'intero ambito della città di Modena e, attraverso il Numero Verde Aziendale (800300315), al programma di prevenzione del tumore del colon retto. Nel corso del 2013 i contatti in entrata sono stati circa 13.000.
- Referti online: servizio dell'Azienda USL che permette di vedere e stampare direttamente da casa i risultati dei propri esami di laboratorio via internet. Il servizio è gratuito e attivo 24 ore su 24. Il cittadino che esegue un esame presso un centro prelievi, pubblico o privato accreditato della provincia di Modena, riceve, al momento dell'accettazione, le informazioni per utilizzare il servizio online di consultazione referti. Nell'anno 2013 i referti scaricati sono stati 188.165 e 101.978 i pazienti che hanno scaricato almeno un referto.

- TAO online: servizio che permette ai pazienti seguiti da un centro TAO di vedere e stampare direttamente da casa l'ultima scheda terapeutica. Nell'anno 2013 le terapie scaricate sono state 55.558 e 3.944 i pazienti che hanno scaricato almeno una terapia.
- Modulistica online: sezione raggiungibile sia dal sito internet sia intranet che consente una facile accessibilità a tutti i moduli destinati ai cittadini. Nella sezione "modulistica online" del sito aziendale, i moduli sono aggregati in 18 aree tematiche. In modo semplice e intuitivo l'utente può individuare il modulo d'interesse, oltre a poter consultare le indicazioni sugli uffici competenti per la pratica e le informazioni utili per seguire correttamente la procedura in questione. Per quanto riguarda la compilazione, il modulo online è dinamico, cioè consente al cittadino di inserire, aggiornare, cancellare direttamente i dati all'interno degli spazi previsti nel file in formato PDF. È prevista, inoltre, una diffusione cartacea per quelle fasce di popolazione che non hanno accesso alle tecnologie ICT.
- Fascicolo Sanitario Elettronico: nel corso del 2013 sono state organizzate diverse iniziative per promuovere la conoscenza del FSE. La strategia aziendale ha puntato su un'ampia capillarizzazione dell'offerta degli sportelli aziendali (n. 33), sul coinvolgimento di altri interlocutori (3 sportelli AVIS e uno sportello presso l'URP del Comune di Modena). Sono state organizzate e gestite postazioni "temporanee" presso altri Enti e sedi non aziendali (Amministrazione provinciale, Comuni e Centri commerciali). Questo piano di comunicazione integrato interno ed esterno ha consentito di raggiungere e coinvolgere un'ampia fascia di popolazione: da 1.879 FSE attivati (a novembre 2013 prima dell'avvio della campagna) a 4.416 FSE al 31.12.2013.
- **PrevenzioNet**: realizzato con la Camera di Commercio e le principali Associazioni Imprenditoriali di Modena, ha lo scopo di istituire una rete provinciale per la Prevenzione e la Sicurezza negli ambienti di lavoro, Igiene, Ambiente, Alimenti e Veterinaria; ha l'obiettivo di favorire una corretta ed uniforme interpretazione delle norme, in particolare in materia di prevenzione e sicurezza del lavoro.
- Canali comunicativi bidirezionali attivati nell'area del Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) del portale aziendale, anche utilizzando form dedicate per cittadini e imprese tramite cui porre questi o fare richieste mirate. In generale, il DSP pone molta attenzione al continuo aggiornamento delle sue pagine internet sulla base del continuo ascolto dei cittadini.
- Newsletter del DSP **Informati!**, rivolta principalmente agli agenti di viaggio, che avverte sulle possibili conseguenze sulla salute dei viaggiatori internazionali; **Modena Prevenzione & Sicurezza**, rivolta al mondo del lavoro, che informa e promuove la diffusione della cultura della prevenzione specifica; **Modena In Salute**, newsletter epidemiologica per gli operatori sanitari delle Aziende Sanitarie modenesi in cui sono riportate informazioni sullo stato di salute e i fattori di rischio della popolazione modenese.
- Siti tematici del DSP: **Alimenti&Salute**, **Positivo alla salute**, **Progetto Inform@zione**, implementati nell'ambito di progetti regionali e nazionali. In collegamento ad Alimenti&Salute viene realizzata settimanalmente una newsletter dedicata che si occupa di sicurezza alimentare e nutrizione.

I Rapporti con i Media

Il 2013 è stato un anno caratterizzato dalla realizzazione di numerosi progetti legati alla ripresa delle attività dopo il sisma e a progetti di rilevanza strategica. C'è stata una intensa attività di comunicazione relativa alle nuove Case della Salute, in alcuni casi realizzate proprio nell'area colpita dal terremoto.

La volontà di utilizzare, in modo integrato e coerente, più canali di comunicazione ha portato a superare un modello tradizionale di comunicazione, basato prevalentemente sulla produzione di comunicati stampa. In particolare, proprio per le Case della salute si è fatto ricorso a nuovi strumenti per comunicare in maniera innovativa con la popolazione (www.ausl.mo.it/casedellasalute).

Anche con il Policlinico sono stati sviluppati alcuni progetti particolarmente originali che sfruttano modalità di comunicazione meno convenzionali. Esempio sotto questo profilo è stata l'esperienza effettuata in occasione della giornata delle terapie intensive aperte. Per l'occasione è stato realizzato un video per il canale youtube (<http://youtu.be/As5KyjxzBng>) che ha ottenuto, nonostante la peculiarità del contenuto, più di 1.000 visualizzazioni.

Da un punto di vista quantitativo, per quanto riguarda l'Azienda USL, nel 2013 sono stati realizzati 191 comunicati, 14 conferenze stampa e 8 inaugurazioni. Per il Policlinico 69 comunicati, 8 conferenze stampa e 4 inaugurazioni.

Va comunque segnalato che si riscontra una crescita esponenziale delle richieste specifiche, avanzate da singoli soggetti. In altre parole sono aumentati i casi in cui il rapporto con i media risulta gestito letteralmente ad personam.

Si tratta di una modalità operativa molto più impegnativa che offre però il vantaggio di costruire articoli più completi e meno legati a fatti di cronaca.

Da evidenziare, infine, che sono aumentate le collaborazioni stabili con le testate giornalistiche: si tratta di vere e proprie partnership che permettono di valorizzare in modo più sistematico i servizi delle Aziende Sanitarie. Come esempi si ricordano la [Pagina della salute](#) della Gazzetta di Modena che esce con frequenza settimanale, la rubrica ["Fuori come va"](#) e gli interventi all'interno del contenitore televisivo ["Detto tra noi"](#) dell'emittente regionale Tele Radio Città.

Le Campagne Informative 2013

L'URP, in stretto raccordo con l'Ufficio Stampa e le articolazioni organizzative coinvolte, garantisce il coordinamento delle campagne di comunicazione, promosse dal Ministero della Salute, dalla Regione o dall'Azienda. In particolare l'URP, attraverso il proprio sistema centrale e periferico, garantisce l'informazione al cittadino attraverso un piano di comunicazione aziendale che, secondo il target, fornisce note sui contenuti e sui valori della campagna e indica le soluzioni più adeguate per la diffusione degli strumenti informativi collegati. Nel corso del 2013 sono state realizzate 14 campagne e diffusi 139.000 copie di strumenti informativi:

- Sali sulla Nuvola Rossa – Diventa Donatore di Sangue per promuovere la donazione di sangue rivolta ai giovani, invitandoli a diventare protagonisti e partecipando sul web ad alimentare "Nuvola Rossa", la comunità dei sostenitori della donazione di sangue <http://www.saluter.it/campagne/sali-sulla-nuvola-rossa-diventa-donatore-di-sangue-2013>
- In una storia d'amore la tua storia ti accompagna sempre. Tieni fuori l'aids: campagna di sensibilizzazione con l'obiettivo di aumentare la percezione del rischio AIDS, di sollecitare comportamenti corretti per sé e per gli altri, veicolando un messaggio unitario e quindi più efficace sull'intero territorio regionale <http://www.saluter.it/campagne/aids-rafforziamo-le-difese>
- Valutiamo insieme il dolore: campagna informativa nazionale e regionale per sensibilizzare gli operatori sanitari e i cittadini alla "cultura del sollievo" ed estendere la consapevolezza che il sollievo non è solo desiderabile, ma anche possibile <http://www.saluter.it/campagne/201cvalutiamo-insieme-il-dolore201d>
- Genitori più: è una campagna di comunicazione sociale che ha l'obiettivo primario di sensibilizzare la popolazione, in particolare i futuri genitori ed i neo-genitori, sugli strumenti di promozione della salute del loro bambino <http://www.genitoripiu.it/>
- Non farti influenzare. Proteggi la tua salute: campagna regionale con lo scopo di prevenire l'influenza e le sue complicanze <http://www.saluter.it/campagne/201cnon-farti-influenzare.-proteggi-la-tua-salute201d-campagna-2013-2014>
- Più protetta con il vaccino (Papilloma, morbillo, parotite, rosolia): campagna regionale multilingua di promozione della vaccinazioni gratuita contro le malattie infettive. <http://www.saluter.it/campagne/vaccinazione-contro-morbillo-parotite-rosolia-hpv-nuovi-opuscoli-e-locandine-edizione-2013>
- "Donazione sangue del cordone ombelicale – Assieme a una nuova vita nasce una possibilità di cura" e "Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule... ecco cosa occorre sapere" <http://www.saluter.it/campagne/201cdona-il-sangue-del-cordone-ombelicale;>
<http://www.saluter.it/campagne/201cdonazione-e-trapianto-di-organi-tessuti-e-cellule...-ecco-cosa-occorre-sapere201d-2013>
- Fascicolo Sanitario Elettronico- FSE <http://www.saluter.it/campagne/fascicolo-sanitario-elettronico-la-propria-storia-clinica-consultabile-on-line>
- Facciamoci in 4" - Prevenzione contro la zanzara tigre e la leishmaniosi <http://www.saluter.it/campagne/201ccontro-la-zanzara-tigre-facciamoci-in-4201d-2013-1>
- Non so cosa avrei fatto senza di te: Manuale per i familiari delle persone affette da demenza <http://www.saluter.it/documentazione/materiale-informativo/manuali/non-so-cosa-avrei-fatto-oggi-senza-di-te-manuale-per-i-familiari-delle-persone-affette-da-demenza/view?searchterm=-NON SO COSA AVREI FATTO SENZA DI TE>
- Flashmob Allattiamo insieme: in occasione della 21° settimana mondiale dell'allattamento materno, la Regione Emilia-Romagna ha promosso un flashmob che si è svolto in molte piazze sabato 5 ottobre 2013: <http://www.saluter.it/allattamento-al-seno/?searchterm=Flashmob>

- Familiarità tumore mammella - Informazioni sul percorso di valutazione del rischio familiare o ereditario e su eventuali interventi di diagnosi e cura
<http://www.saluter.it/search?SearchableText=Familiarit%C3%A0+tumore+mammella>
- La raccolta dei funghi spontanei: campagna informativa aziendale con le indicazioni di accesso per il controllo funghi
- Indicazioni precauzionali da adottare in caso di terremoto: informazioni per pazienti, visitatori, lavoratori. Campagna informativa aziendale sulle procedure da osservare in caso di incendio o terremoto.

La partecipazione delle associazioni di volontariato

Si valorizza il rapporto con l'associazionismo con particolare riferimento alla rappresentatività e all'impegno dei **Comitati Consultivi Misti** (CCM) presenti nei 7 Distretti sanitari e nell'Azienda Policlinico, operativi anche attraverso un tavolo provinciale di coordinamento, il **Comitato di Coordinamento Interaziendale** (CCI), di cui fa parte un rappresentante della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS). Il tavolo provinciale ha funzioni di indirizzo e coordinamento allo scopo di favorire la "rete integrata" tra i diversi CCM e sviluppare iniziative trasversali e condivise sull'intero territorio provinciale. Nel 2013 sono stati organizzati 7 incontri di coordinamento e sono stati realizzati diversi interventi in linea con il documento programmatico 2013. All'interno del CCI sono periodicamente invitati le direzioni aziendali per la presentazione e la discussione di temi particolarmente rilevanti fra i quali:

- Linee di programmazione e finanziamento regionale anno 2013.
- Semplificazione note informative su procedure diagnostiche interventiste.
- Fascicolo Sanitario Elettronico, sua promozione e partecipazione dei CCM.
- Sistema di Valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle degenze.
- Piano nazionale e aziendale "Trasparenza e Prevenzione Corruzione".

Per quanto riguarda i CCM distrettuali dell'azienda AUSL, le diverse attività si sono concentrate prevalentemente sulle aree tematiche relative alla semplificazione dell'accesso ai servizi, alla promozione ed educazione alla salute e all'ascolto dei cittadini.

I progetti seguiti dal CCM del Policlinico sono stati i seguenti:

- Analisi del report segnalazioni, identificazione delle criticità. Individuazione e condivisione delle azioni correttive con gli operatori delle SC interessate. Individuazione congiunta della tempistica per porre in essere le azioni correttive. Verifica alla scadenza delle azioni correttive poste in essere.
- Indagine di gradimento per azioni di miglioramento: supporto all'area comunicazione/URP nella somministrazione dei questionari all'utente. Utilizzo dei dati di indagine raccolti per azioni di miglioramento.
- Punto Unico del Volontariato: promozione dell'attività svolta.
- Health Literacy: analisi della documentazione in uso nei percorsi oncologici adulti.

Punto unico del Volontariato (PUV)

Presso entrambe le aziende sanitarie modenesi AUSL e AOU é presente il Punto Unico del Volontariato (PUV), istituito nel 2008 presso l'AOU e nel 2013 presso l'AUSL. In entrambe le aziende é collocato vicino all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, così da consentire a chiunque di poter accedere - in modo immediato - al servizio.

Si tratta di uno spazio in cui i volontari delle varie associazioni collaborano tra loro con l'obiettivo comune di dare supporto a degenti, familiari e cittadini. Numerose le attività svolte: informazioni sui servizi e sugli interventi offerti dalle associazioni in ambito sociale e sanitario, compresi anche eventuali trasporti fra le strutture o al domicilio del paziente; supporto ai malati e ai loro accompagnatori nel momento dell'ingresso, durante la degenza o in concomitanza con le dimissioni; aiuto agli utenti per l'espletamento delle operazioni per il pagamento del ticket; distribuzione di depliant illustrativi di progetti di prevenzione e promozione della salute

Presso il Policlinico il PUV si é impegnato particolarmente nell'attività di coesione e condivisione tra le diverse Associazioni di volontariato, dando voce anche alle associazioni più piccole e meno rappresentate. Ha collaborato costantemente a tutte le attività legate alle indagini di customer satisfaction e alla rielaborazione dei materiali informativi nel rispetto dei principi della H.L.

Tra le iniziative più innovative svolte dal PUV presso l'ospedale di Baggiovara va segnalato il progetto "Libri in corsia" che, attraverso la creazione di 25 postazioni all'interno dell'ospedale, permette a chiunque di poter scegliere un volume da leggere, sfogliare, condividere decidendo se portarlo a casa, lasciarlo in un altro punto lettura o tenerlo per sé.

5.2 La comunicazione per la salute

Il Programma territoriale della provincia di Modena "Comunicazione e promozione della salute" per fare rete si è avvalso del sito www.ppsmodena.it (con 72.856 pagine singole visitate e 25.682 visite) e della [Newsletter PPS](#) (inviata a cadenza trimestrale ai 47 sindaci, Assessori alla salute dei Comuni capodistretto, MMG/PLS, Scuole). Nel 2013 ha continuato la sperimentazione in luoghi insoliti e con canali non convenzionali, sia per promuovere la salute sia per realizzare alcune campagne informative, raggiungendo target sempre più diversificati di persone.

Nel 2013 il [Sistema Comunicazione e Marketing Sociale](#), in raccordo con altri servizi aziendali, ha curato la realizzazione di diversi materiali informativi, alcuni dei quali a supporto di progetti dell'Azienda, altri a supporto di progetti regionali. Di seguito, suddivisi per tematica o ambito, le principali attività di comunicazione per la promozione di stili di vita sani realizzate nel 2013.

- **Fumo:** le azioni di sensibilizzazione della popolazione si sono concentrate a fine maggio in occasione della giornata mondiale senza fumo e si sono svolte in tutti i distretti sotto il titolo di "[Gli ex fumatori sono irresistibili](#)", nell'ambito della campagna "[Ex smokers](#)", promossa dalla Commissione Europea. A queste iniziative si è aggiunta una nuova edizione del concorso a premi per diventare non fumatori "[Scommetti che smetti?](#)" che ha contato 327 partecipanti e 36 persone premiate.
- **Alcol:** in occasione del mese nazionale dedicato alla prevenzione alcolologica (aprile), è stata promossa la campagna "[Senza alcol sei più cool](#)", rivolta al mondo della scuola e che visto una quarantina di eventi nella provincia. Lo slogan e le immagini della campagna sono stati scelti tramite un processo partecipato via web con docenti, alunni e genitori.
- **AIDS:** la [Commissione Interaziendale AIDS](#) ha messo in atto interventi orientati all'integrazione delle politiche di prevenzione, ricerca, diagnosi e cura con le strategie di promozione della salute delle due Aziende sanitarie modenesi. In particolare, sul versante dell'informazione e della sensibilizzazione della popolazione, nel 2013 ha realizzato [la mappatura e la geolocalizzazione pubblicata su web dei distributori automatici di profilattici](#) presenti in provincia, in collaborazione con Federfarma e Farmacie Comunali di Modena e ha coordinato la [campagna provinciale](#) in occasione della "Giornata mondiale lotta AIDS" che si è concretizzata con 67 iniziative. Da segnalare che il progetto "La prevenzione dell'Hiv a Modena" ha vinto il premio FIASO nell'edizione 2013 di Forum PA. Il lavoro di redazione affidato Aziende sanitarie modenesi a supporto del [portale regionale HelpAids](#) ha consentito di fornire 1.160 risposte ai quesiti on line posti dai cittadini e di registrare 247.494 visite al sito.
- **Alimentazione e movimento:** nell'ambito della Settimana Mondiale per la Riduzione del Sale 2013, sono stati diffusi suggerimenti e indicazioni per promuovere la riduzione dell'assunzione di sale da cucina nell'alimentazione quotidiana e, in particolare, nei pasti fuori casa. L'Azienda USL di Modena ha coordinato nel territorio provinciale il progetto regionale "[Scale: musica per la tua salute](#)", assicurando l'esposizione di materiale informativo (200 totem, 800 locandine e 50.000 opuscoli nelle sedi dei servizi sanitari, dei Comuni e della Provincia) sui benefici del salire le scale, semplice attività quotidiana che aiuta a mantenersi in salute. Ha inoltre favorito e supportato la diffusione dei [gruppi di cammino](#) attraverso un'area web dedicata e la realizzazione di materiali ad hoc. Per la gestione del sito regionale "[Positivo alla salute](#)", affidata all'Azienda USL di Modena, si è provveduto ad estendere la rete di fornitori e contenuti, ad aggiornare la struttura e la grafica e a curare un'area dedicata al convegno regionale "Il Doping: normative, politiche e ricerca scientifica"; le pagine visitate nell'anno sono state 28.221.
- **Nelle scuole:** il 2013 ha segnato una importante novità in termini di comunicazione con il mondo della scuola. Dopo un'esperienza ventennale, il tradizionale catalogo cartaceo con cui le Aziende sanitarie modenesi propongono i progetti di promozione di sani stili di vita "Sapere&Salute" ha lasciato il posto a una versione completamente digitalizzata, un vero e proprio sistema di gestione on line delle attività: <http://saperesalute.ppsmodena.it>. Tramite i numerosi progetti di educazione alla salute sono stati coinvolti 22.346 studenti (942 classi) e oltre 200 docenti. Si segnala in particolare il "Premio Donazione e Solidarietà", percorso che coinvolge le organizzazione di volontariato, il Comune, l'Azienda USL e Policlinico che ha coinvolto 52 seconde classi di 8 scuole medie di Modena.
- **Progetti di comunità:** nel 2013 l'Azienda USL di Modena ha partecipato al bando regionale per il finanziamento di [progetti di comunità](#) (di area vasta) per la promozione di sani stili di vita, ottenendo il finanziamento per due progetti: "Giovani e salute" che coinvolge il Distretto/Comune di Mirandola e la zona S. Croce di Reggio Emilia e "Montagne di Salute" che coinvolge il Distretto/Comune di Pavullo, il Distretto di Vignola con i Comuni di Zocca, Guiglia e Montese e il Distretto di Castelnovo né Monti. Si è inoltre supportato l'avvio dell'attività del Centro Sociale "I Saggi" di S.Cesario che ha dato vita a un proprio progetto di comunità.
- **I luoghi di cura:** nel 2013 a Modena si è sperimentato un modello innovativo di interazione tra cittadini e servizio sanitario denominato "[Giuria di cittadini](#)", in collaborazione con l'Istituto "M. Negri" di Milano e AGENAS. Presso l'Istituto Storico della Resistenza si sono svolti due giorni di approfondimento con i cittadini, utilizzando la

metodologia del Laboratorio Cittadino Competente, per ascoltare diverse voci scientifiche a favore e contro lo Screening per il tumore alla prostata. L'obiettivo è stato quello di far esprimere dai cittadini la loro posizione in merito alla validità dello screening in oggetto

- La promozione della salute in "luoghi non convenzionali": nelle piazze o durante eventi della tradizione locale si è partecipato a iniziative di informazione e sensibilizzazione sugli stili di vita salutari (ad es. "Insieme per un sorriso e un futuro di speranza" nella zona del Frignano; "Oltre gli anni" organizzata da Comune di Modena, Azienda USL e volontariato; "Oltre i muri", evento organizzato a Modena da associazioni di volontariato supportate dal Centro Servizi Volontariato per sensibilizzare la popolazione sul contrasto alle diverse forme di pregiudizio). È proseguito il progetto "Nati per Leggere" che, nel 2013, ha valso al pediatra Graziano Zucchi un [premio nazionale](#) consegnato durante la Fiera Internazionale del Libro di Torino con la seguente motivazione: "per la tenacia, l'inventiva, la molteplicità degli interventi effettuati su un territorio diversificato e disagiata e per la capacità di coinvolgere i bambini in iniziative di promozione del libro e della lettura". Nell'ambito del progetto provinciale "[Pagine di salute in biblioteca](#)" sono state realizzate sia iniziative all'interno di campagne di ampio respiro che eventi a risonanza locale. Il gruppo teatrale formato da operatori sanitari (specialisti, medici di famiglia, infermieri, OO.SS., tecnici, amministrativi) ha organizzato lo spettacolo di solidarietà "[Con un poco di zucchero](#)" per sensibilizzare sui sani stili di vita. È proseguito, infine, il progetto di promozione della salute in carcere "[La mia salute è la tua salute](#)": le principali attività hanno riguardato incontri di educazione alla salute con detenuti e detenute della Casa Circondariale "S. Anna" di Modena, incontri con la sezione "protetti" (sex offender), la realizzazione del calendario "Celle tempestose", la partecipazione di 13 detenuti al concorso per diventare non fumatori "Scommetti che smetti?", la formazione rivolta al personale sanitario del carcere (15 persone) e la predisposizione di materiale di promozione della salute per i detenuti.

5.3•La comunicazione interna•

Comunicare all'interno dell'Azienda significa darne la visione strategica, governare il sistema di relazioni della struttura con il contesto istituzionale e socio-economico di riferimento. Tale compito spetta alla Direzione Generale. I canali di comunicazione orale attivati comprendono sia quelli relativi ai contatti interpersonali (momenti istituzionali, gruppi di lavoro) sia la valutazione del personale, il percorso di budgeting, le relazioni sindacali. I supporti informatici continuano ad essere un utile strumento di comunicazione interna/esterna e di reperimento di informazioni (banche dati).

Azienda USL

- Nel 2013 sul sito intranet aziendale sono state pubblicate 570 pagine e ci sono state 861.771 visite.
- House Organ "NoiUSL", a cura dell'[Ufficio Stampa](#), sono state pubblicate 11 newsletter per i dipendenti dell'Azienda USL, con 83.870 spedizioni e 12.959 letture.
- Rassegna stampa (sintesi via e-mail/intranet) realizzata dagli Uffici Stampa tramite la selezione e la preparazione degli articoli locali e nazionali più significativi inerenti la salute e la sanità: nel 2013 sono state inviate 365 rassegne.
- Banca dati scientifica, la biblioteca del Ce.V.E.A.S. è al servizio di tutti gli operatori dell'Azienda USL di Modena e mette a disposizione circa 130 periodici in formato cartaceo, un centinaio di monografie e banche dati. Dal 2004 ha attivato un nuovo servizio per la consultazione delle riviste on line: [TdNet](#).
- URP Informa, pagine web all'interno della intranet aziendale con pubblicazione periodica delle risposte alle domande più frequenti dei cittadini su argomenti di rilevanza esterna
- Athena, banca dati aziendale sui servizi e sulle prestazioni, a supporto dei referenti della comunicazione, ma disponibile anche a tutti gli altri operatori dell'azienda, costituisce un importante strumento di comunicazione interna.
- Protocollo informativo: l'Azienda USL per il protocollo informatico ha usato fino al 2013 l'applicativo Nadir; nel corso del 2013 sono state messe in atto le prime azioni per il superamento di Nadir verso Archiflow, strumento che consente, oltre che la protocollazione anche la gestione dematerializzata dei documenti e la condivisione di archivi fra i vari servizi.
- Posta elettronica: è utilizzata per trasmettere comunicazioni ai dipendenti.
- [Newsletter](#) sulle attività del Dipartimento di Sanità Pubblica.
- Nuovi Assunti: nuove pagine web rivolte espressamente ai nuovi assunti e a tutti coloro che vogliono conoscere meglio l'Azienda USL di Modena, la sua storia, l'organizzazione, il funzionamento, le sedi, alcuni dati fondamentali.

In azienda sono attive reti di referenti, dimensioni organizzative di coinvolgimento, partecipazione, sensibilizzazione e crescita.

Si

citano:

- la rete dei referenti della comunicazione Athena composta da oltre 400 professionisti, che aggiorna tutto quanto, in

termini di servizi e prestazioni, l'Azienda USL di Modena mette a disposizione della comunità, a livello territoriale ed ospedaliero;

- la rete dei referenti del portale dell'Azienda, operatori formati per alimentare il portale.

Azienda Policlinico

Sito intranet aziendale, è stato utilizzato per pubblicare contenuti destinati ai dipendenti come portale d'accesso agli applicativi aziendali.

Posta elettronica: è utilizzata per trasmettere comunicazioni ai dipendenti.

Rassegna stampa: (sintesi via e-mail/intranet) realizzata dagli Uffici Stampa tramite la selezione e la preparazione degli articoli locali e nazionali più significativi inerenti la salute e la sanità: nel 2013 sono state inviate 365 rassegne.

Capitolo 6 • Ricerca e Innovazione •

Ricerca e Innovazione per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari •

Il Servizio Sanitario Regionale ha identificato la ricerca come funzione istituzionale fondamentale, al pari di quella assistenziale e di formazione, il cui sviluppo è indispensabile per garantire un flusso costante di innovazione al sistema. Ricerca e Innovazione costituiscono una condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari. Infatti, permette al Servizio Sanitario di accogliere da un lato in modo tempestivo ed efficace le innovazioni che la ricerca propone, compatibilmente con il proprio assetto clinico-organizzativo, e dall'altro di orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

La Giunta Regionale, con delibera n. 1066 del 27 luglio 2009, ha fornito indicazioni per migliorare ulteriormente la capacità di gestire la funzione di Ricerca e Innovazione, in particolare per la costituzione dell'Infrastruttura per la Ricerca in tutte le aziende sanitarie a sostegno del ruolo dei Collegi di Direzione.

Il Servizio Ricerca e Innovazione è un Servizio di supporto per le direzioni e per le articolazioni aziendali attraverso il quale la Direzione e il Collegio di Direzione, centrali per la funzionalità del governo della Ricerca e dell'Innovazione, rispondono alla funzione bidirezionale nei confronti dei processi interni aziendali e delle interfacce esterne, sovraaziendali di Area Vasta e regionali.

Il Servizio Ricerca e Innovazione coordina le attività necessarie ad acquisire la capacità di produrre informazioni utili per le scelte cliniche, assistenziali ed organizzative e valutare l'impatto di tali scelte sui processi organizzativi, sui costi e sulla qualità dell'assistenza per tutte le funzioni di partecipazione dei professionisti alle attività di ricerca.

Le finalità del Servizio Ricerca e Innovazione sono:

- garantire coerenza alle molteplici iniziative avviate o da avviarsi definendo la connotazione di un assetto complessivo che deve integrare le diverse iniziative di Ricerca e Innovazione con un sistema regionale come condizione per l'esercizio pieno di una governance su questi temi;
- promuovere la Ricerca e l'Innovazione tra le attività ordinarie, sistematiche e continuative dell'Azienda;
- sostenere le sperimentazioni cliniche, le valutazioni e il monitoraggio della diffusione e dell'appropriatezza d'uso di specifiche tecnologie;
- promuovere la formazione e la cultura sulla ricerca;
- assicurare il collegamento con le altre Aziende sanitarie, con la Regione Emilia Romagna (Assessorato alla Sanità e Agenzia sanitaria e sociale regionale), con l'Università e con il mondo produttivo;
- garantire la massima trasparenza nei rapporti con gli sponsor istituzionali, commerciali o di altra natura;
- gestire gli aspetti giuridico-contabili relativi a progetti di ricerca o sperimentazioni in merito alla predisposizione delle convenzioni economiche e dei relativi atti autorizzativi;
- implementare, gestire e monitorare il flusso d'informazioni dell'Anagrafe della Ricerca;
- gestire la rendicontazione dei progetti di ricerca, secondo le modalità definite dalla Regione Emilia Romagna.

E' pieno convincimento che il lavoro efficace sia quello in rete. Tale approccio si esplica nella valorizzazione delle reti dei clinici, nella collaborazione con gli altri servizi ed aree aziendali, con i professionisti, gli operatori e con le reti regionali con i quali sono condivisi metodi e strumenti che garantiscono la coerenza, la tracciabilità e la trasparenza delle attività.

L'attenzione per la Ricerca è sottolineata dal numero importante di progetti che vedono la partecipazione dei professionisti e per i quali le Direzioni Aziendali hanno consolidato la funzione di supporto e sostegno dell'incentivazione alla progettualità e l'avvio della rendicontazione.

Nell'ambito del Sistema Sanitario Provinciale le due Aziende (AUSL e AOU) sono dotate ciascuna di un proprio Servizio Ricerca e Innovazione. Ogni Servizio ha caratteristiche comuni con l'altro ma anche proprie peculiarità legate al differente setting aziendale in cui si trova ad operare.

Con Delibera del Direttore Generale n° 60 del 07/04/2009 (AUSL) e Delibera del Direttore Generale n° 49 del 26/03/2008 (AOU) è stato istituito il Fondo Aziendale per la Ricerca, ad ulteriore supporto dell'attività di ricerca. Il Fondo comprende le risorse dedicate a supportare tutte le attività finalizzate al sostegno della ricerca e al miglioramento della pratica clinica.

• •

6.1 Attività di ricerca

6.1.1 Gestione e monitoraggio delle attività di ricerca

Nel corso del 2013 sono regolarmente proseguite le attività di supporto al Collegio di Direzione nella identificazione delle priorità della ricerca e sono state svolte le funzioni di coordinamento degli adempimenti previsti per la partecipazione ai progetti elaborati all'interno dei diversi programmi di ricerca promossi e finanziati da Enti Istituzionali pubblici (Regione, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AIFA, Comunità Europea) attraverso:

- la comunicazione degli atti e delle informazioni contenute nei bandi attraverso l'utilizzo dei siti aziendali e l'organizzazione di Journal club o workshop tematici dedicati;

- la promozione della partecipazione da parte dei professionisti aziendali ai bandi di ricerca clinica e supporto nell'iter di sottomissione dei progetti ai Bandi di ricerca e nella gestione delle varie fasi della conduzione dei progetti e delle sperimentazioni;

- la predisposizione o negoziazione dei protocolli d'intesa con altri Enti del SSN, ai fini della definizione degli aspetti economici legati alla gestione dei finanziamenti dei progetti vincitori;

- il supporto nella stesura del piano scientifico e economico del progetto di ricerca nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni contenute negli specifici bandi di ricerca;

- il supporto allo sperimentatore nella collaborazione con gli altri Servizi Aziendali per gli aspetti attinenti le ricerche, quali acquisizione di strumentazione, di personale ecc.;

- il monitoraggio delle scadenze e la predisposizione delle rendicontazioni economiche periodiche dei progetti finanziati.

Nel corso degli anni i bandi di ricerca pubblici si sono caratterizzati per l'introduzione nelle aree tematiche, dei processi o degli strumenti di cambiamento indicati nelle linee di programmazione nazionale e regionale. I professionisti/ricercatori sono pertanto stati invitati a presentare proposte progettuali che esplicitano il processo di introduzione del cambiamento e ne valutano l'impatto. Da questi progetti ci si attende di accrescere la conoscenza relativa alle caratteristiche principali di interventi complessi.

Nel 2013 sono proseguiti i progetti finanziati gli anni precedenti e sono inoltre stati avviati progetti che hanno ricevuto un finanziamento ministeriale o regionale.

-I progetti della Regione Emilia-Romagna-

I progetti regionali sui quali nel corso dell'anno 2013 si è lavorato riguardano principalmente i progetti di ricerca del Programma Regione-Università ed i progetti del Fondo regionale per la Modernizzazione.

L'attività svolta riguarda sia lo sviluppo di nuovi progetti che il supporto allo svolgimento di quelli già in corso.

I progetti del Programma di ricerca Regione-Università, che vedono come capofila le due aziende sanitarie modenesi sono complessivamente 26. Esistono poi 14 progetti per i quali le aziende modenesi partecipano come centri collaboratori e che vedono come capofila altre aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna. (Tabella 1,2).

I progetti ammessi a finanziamento con il Fondo Regionale per la Modernizzazione, che hanno come capofila o partecipanti le due aziende sanitarie modenesi, sono complessivamente 12 (tabella 1).

Nell'ambito di altri Bandi di Ricerca promossi dalla Regione sono stati finanziati 4 progetti presentati dalle due aziende. E' stato inoltre finanziato un progetto presentato nel Bando Consorzio Spinner 2013 (tabella 1). Il dettaglio di tutti i progetti è riportato nell'allegato 3.

Nell'ambito dei Progetti Regionali un paragrafo a parte riguarda il Registro SLA della Regione Emilia Romagna.

II-Registro-SLA-

Il Registro SLA (Sclerosi Laterali Amiotrofica) della Regione Emilia Romagna è stato formalmente attivato l'1 gennaio 2009 in tutte le province della Regione. Nella provincia di Modena, presso il Centro per le Malattie del Motoneurone dell'U.O. di Neurologia - NOCSAE, già a partire dall'anno 2000 è attivo un registro provinciale di malattia: tale condizione insieme alla presenza di professionisti con competenze specifiche, ha permesso di individuare l'Ausl di Modena come centro coordinatore regionale (DGR 2025/2010).

L'Azienda USL di Modena in qualità di centro coordinatore, svolge costantemente attività di monitoraggio, sia in remoto che mediante visite periodiche in tutti i centri della Regione. Oltre alla presentazione dei risultati a congressi nazionali ed internazionali sono state prodotte numerose pubblicazioni.

I dati contenuti nel Registro nonché la positiva collaborazione fra le diverse U.O. coinvolte, hanno contribuito inoltre ad ottenere il finanziamento nell'ambito del programma di ricerca Regione Università - Area 2 "Governo clinico" per un trial clinico sugli effetti della fisioterapia sulla disabilità e sulla qualità di vita nei pazienti con SLA, che coinvolge i centri di Modena, Ferrara e Reggio Emilia.

I criteri usati per il reclutamento dei pazienti hanno permesso di registrare negli anni 2009-2013 un totale di 526 casi (il 55% dei quali di sesso maschile), calcolando un tasso annuo di incidenza della SLA di 2,28 casi per 100.000 abitanti, comparabile ai dati ottenuti in altri registri regionali e nazionali europei (Logroscino et al., Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry 2010). I dati, disaggregati per provincia di residenza, e relativi al primo triennio di studio (2009-2011), sono riassunti in Figura.

Fig. 6.1

Province	Observed cases	Area population	Rate per 100,000/year	Standardized incidence ratio*	95% CI
Bologna	74	984,341	2.51	2.31	2.25-2.36
Ferrara	27	358,966	2.51	2.17	2.09-2.25
Forlì-Cesena	36	392,330	3.06	3.02	2.92-3.12
Modena	69	694,580	3.31	3.34	3.26-3.42
Parma	27	437,308	2.06	2.01	1.93-2.08
Piacenza	26	288,011	3.01	2.78	2.68-2.89
Ravenna	27	389,508	2.31	2.14	2.06-2.23
Reggio Emilia	35	525,297	2.22	2.37	2.29-2.48
Rimini	26	325,265	2.66	2.70	2.59-2.80
Emilia Romagna Region	347	4,395,606	2.63	2.54	2.51-2.56

*Based on the age distribution of the Italian population at 2011 census.

-I progetti del Ministero della Salute-

Ricerca Finalizzata

Nel corso del 2013 sono proseguite le attività di gestione e di monitoraggio dei progetti ammessi a finanziamento dal Ministero della Salute nell'ambito dei bandi della Ricerca Finalizzata (Malattie Rare, Cellule Staminali) e Giovani Ricercatori, anno 2008, Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori anno 2009 e Ricerca Finalizzata e Giovani Ricercatori anno 2010. I progetti che vedono le 2 Aziende sanitarie come capofila o come centro di ricerca partecipante sono complessivamente 21 (tabella 1). I Servizi Ricerca e Innovazione hanno inoltre supportato i professionisti ed i ricercatori nella stesura scientifico/economica delle lettere di Intenti prima e dei progetti definitivi poi relativamente al Bando di "Ricerca Finalizzata 2011-2012". I progetti ammessi al finanziamento sono stati 6 (tabella 2).

-Altri progetti-

Si tratta di complessivamente 8 progetti promossi dal Ministero della Salute o da altri Enti o Istituzioni su temi specifici. Il dettaglio di tutti i progetti è riportato nell'allegato 3 (vedi sito).

Tab. 6.1 - Progetti in corso

Progetti in corso	Capofila			
	AOU	Altre Aziende AOU partecipante	AUSL	Altre Aziende AUSL partecipante
Programma Ricerca Regione Università 2007-2009	1			
Programma Ricerca Regione Università 2008-2009	2		1	
Programma Ricerca Regione Università 2010-2011	4	2		4
Programma Ricerca Regione Università 2012	3	2	1	1
Programma Ricerca Regione Università 2012 Giovani Ricercatori	1	1	1	
Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012	4		4	4
Medicine non Convenzionali	1			1
Spinner			1	
altri progetti regionali	2			
Finalizzata 2008 Giovani Ricercatori	1			
Finalizzata 2008	2			
Finalizzata 2009 Giovani Ricercatori	3		1	
Finalizzata 2009	3	4		2
Finalizzata 2010 Giovani Ricercatori	2			
Finalizzata 2010		2	1	
AIFA 2008-2009	1			1
PCM - Dipartimento Pari Opportunità	1			
MIUR	1			
Programma Ministeriale CCM				4
TOTALE	32	11	10	17

Tab. 6.2 Progetti ammessi a finanziamento nel 2013

	Capofila			
	AOU	Altre Aziende AOU partecipante	AUSL	Altre Aziende AUSL partecipante
Ricerca Finalizzata 2011-2012 Giovani Ricercatori	2		1	
Ricerca Finalizzata 2011-2012	2		1	
Programma Ricerca Regione Università 2013	3	1	1	2
Programma Ricerca Regione Università 2013 Giovani Ricercatori	1	1	1	
TOTALE	8	2	4	2

-Le sperimentazioni cliniche-

Per la gestione degli aspetti economico-amministrativi delle sperimentazioni cliniche sponsorizzate da enti commerciali o dei progetti di ricerca finanziati da istituzioni pubbliche o private, per la gestione delle convenzioni o degli accordi economici con sponsor e finanziatori, per favorire un puntuale raccordo con i referenti amministrativi universitari dei Dipartimenti ad Attività Integrata e dei Dipartimenti Universitari, con il coordinamento del SRI si è realizzata una collaborazione multidisciplinare con i Servizi competenti specificamente preposti (Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, Servizio Prestazioni e Marketing, Servizio Bilancio e Finanze, Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento, Servizio Ingegneria Clinica, Controllo di Gestione). Il monitoraggio costante ha consentito e consente di verificare la congruità dei contenuti del contratto di convenzione economica, quando stipulato, e di appurarne il rispetto degli accordi fino alla conclusione della sperimentazione.

Nel corso dell'anno 2013 il Servizio Ricerca ed Innovazione dell'AOU ha promosso ed implementato, insieme con il Comitato Etico provinciale e con il Servizio Prestazioni e Marketing, un sistema di monitoraggio delle sperimentazioni per le quali il Comitato Etico provinciale ha espresso parere favorevole ed un'attività coordinata per la gestione dell'iter autorizzativo da parte dell'Autorità Competente.

Nel corso del 2013 all'interno dell'Azienda USL è proseguita l'attività di supporto al monitoraggio delle sperimentazioni operata dal Comitato Etico e svolta in collaborazione con lo stesso.

Nella tabella successiva si riporta il dettaglio delle sperimentazioni cliniche della AOU, suddivise per Dipartimento ad Attività Integrata, per tipologia di promotore e per natura profit/non profit che hanno ottenuto il parere favorevole del Comitato Etico provinciale e per le quali nel corso del 2013 è stata rilasciata l'autorizzazione da parte della Direzione Generale quale Autorità Competente.

Tab. 6.3 - Studi autorizzati anno 2013

Dipartimento	TOTALE	di cui no profit				
		di cui profit	Tot No Profit	Nessun finanziamento	Ente finanziatore pubblico	Ente finanziatore privato
Medicine, Medicina d'Urgenza e specialità mediche	41	17	24	15	7	2
Chirurgia generale e specialità chirurgiche	12	2	10	9	1	0
Materno - Infantile	38	1	37	29	8	0
Oncologia, Ematologia e Patologie dell'Apparato Respiratorio	66	27	39	26	11	2
Chirurgie Specialistiche Testa - Collo	9	7	2	2	0	0
Diagnostica per Immagini	2	1	1	1	0	0
Medicina di Laboratorio	4	0	4	3	1	0
Cura delle malattie cardiache e vascolari	0	0	0	0	0	0
Patologie dell'Apparato Locomotore	3	0	3	1	2	0
Altre Unità operative	1	0	1	0	1	0
TOTALE	176	55	121	86	31	4

Nella tabella successiva si riporta il dettaglio delle ricerche/sperimentazioni dell' AUSL, suddivise per Dipartimenti, per tipologia di promotore e per natura profit/non profit, che hanno ottenuto il parere favorevole del Comitato Etico provinciale e per le quali nel corso del 2013 è stato rilasciato il Nulla Osta della Direzione Aziendale

Tab. 6.4 Studi autorizzati anno 2013

DIPARTIMENTO	di cui no profit			di cui profit	Totali
	Ente finanziatore pubblico	Ente finanziatore privato	Nessun finanziamento		
Cure Primarie		2		2	4
Medicina Interna e Riabilitazione	3	1	7	3	14
Ortopedia e Traumatologia				1	1
Integrato di Medicina Interna, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria	2	1	5	1	9
Integrato di Neuroscienze	3	6		4	13
Interaziendale ad Attività Integrata di Medicina di Laboratorio	1		1		2
Interaziendale ad Attività Integrata Malattie Cardiache e Vascolari	2	3			5
Interaziendale di Emergenza Urgenza		1			1
Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	2	1		1	4
Direzione Aziendale	2				2
TOTALE	15	15	13	12	55

-La ricerca socio-sanitaria-

Così come per la ricerca sanitaria, la ricerca in campo sociale e socio-sanitario prodotta dal territorio, con particolare riguardo all'integrazione sociale e sanitaria, ha una sua connotazione specifica per l'opportunità dello sviluppo qualificato del sistema di welfare nelle sue articolazioni locali, in termini di produzione e utilizzo degli interventi e dei servizi, coerente con gli indirizzi della programmazione e di impatto efficace delle politiche.

Nell'ambito della ricerca socio assistenziale, l'anno 2013 ha visto la partecipazione dell'Azienda Usl di Modena al Bando, finanziato dal fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi, promosso dal Ministero dell'Interno - Dipartimento per le libertà civili e l'integrazione, nella specifica azione di mediazione sociale, linguistica e interculturale.

Nello specifico, il progetto "Partecipazione attiva dei cittadini stranieri nella promozione sociale e della salute: l'introduzione del promotore nella Casa della Salute" vede come Responsabile Scientifico del Progetto il Dott. Massimo Marcon.

Il progetto ha l'obiettivo di individuare, implementare e valutare l'introduzione del promotore di salute (PdS) come figura integrata nella comunità che viene reclutata e formata attraverso un percorso ad hoc per favorire equità di accesso e di trattamento nei servizi del territorio ai cittadini di paesi terzi. Il PdS ha un ruolo centrale nel fornire informazioni e conoscenze alle persone che fanno parte delle comunità minoritarie cercando di aiutarle ad accrescere la consapevolezza e la capacità di prendere decisioni in merito alla propria salute. E' un intervento di comunicazione, informazione ed educazione tra pari, che investe sullo sviluppo e sul sostegno delle risorse presenti nella comunità, favorendo la partecipazione attiva nella programmazione e realizzazione degli interventi.

6.1.2-La produzione scientifica

La filiera della ricerca ha uno dei suoi punti di arrivo nell'acquisizione di conoscenza, disponibile alla comunità scientifica e non solo. In medicina la pubblicazione scientifica rappresenta la miglior forma di divulgazione delle osservazioni; la raccolta e la condivisione dei saperi porta valore alla comunità, ai professionisti stessi e all'Azienda.

In ottemperanza all'obiettivo regionale del 2012 per le aziende sanitarie relativo alla tracciabilità dell'attività di ricerca e per la necessità di valorizzare l'apporto scientifico delle diverse componenti professionali, universitarie ed ospedaliere, che operano presso le strutture assistenziali, è stata svolta una ricerca riguardante le pubblicazioni scientifiche prodotte dai professionisti.

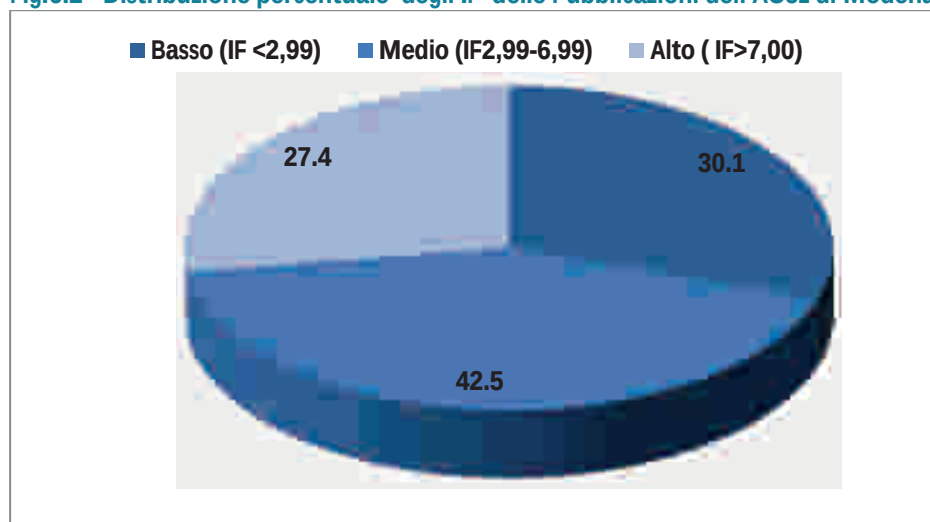
AUSL

Le pubblicazioni prodotte negli ultimi 6 anni sono state in totale 462 in 208 riviste, in media 77 pubblicazioni ogni anno; nel 2013 sono state 93.

Nel 2013 i professionisti dell'Azienda hanno pubblicato su 27 riviste differenti da quelle degli anni precedenti. Gli ambiti più frequenti di ricerca di queste nuove pubblicazioni sono stati: Neurologia, Endocrinologia e Medicina Interna, Gastroenterologia ed Epidemiologia. E' stato possibile ritrovare l'impact factor di 20 delle 27 riviste, calcolando un IF medio di 3,7 in accordo con l'andamento degli anni precedenti. Le riviste selezionate sono state suddivise in tre gruppi in base all'entità dell'IF: basso (0-2.99), medio (2.99-6.99) e alto (>7). Il 27% delle pubblicazioni si è localizzato nel gruppo ad elevato IF e il 42% in quello a medio, evidenziando la qualità della produzione scientifica dei Professionisti dell'Azienda (vedi figura). Tali dati sono comunque limitati dalla selezione di almeno 4 pubblicazioni per rivista, essendo presenti pubblicazioni su riviste ad alto IF da parte dei singoli gruppi di ricerca che però sono di numero inferiore.

Nell'ambito della filiera della ricerca è di fondamentale supporto per tutti gli operatori dell'AUSL e dell'Ospedale di Sassuolo S.p.a la Biblioteca Biomedica. La sua funzione è diffondere e promuovere l'utilizzo dell'informazione scientifica per migliorare qualità ed appropriatezza degli interventi di assistenza e cura. La Biblioteca gestisce abbonamenti a circa 1500 riviste accessibili online. L'acquisizione della maggior parte delle risorse online (pacchetti di riviste degli editori più autorevoli: Elsevier, Lippincott, Oxford University Press, BMJ, Springer, American Medical Association, Wiley-Blackwell, e banche dati quali Embase, the Cochrane Library, Clinical Evidence, Uptodate, nonché i principali testi di riferimento per la medicina) è stata effettuata in forma consortile, attraverso il Network per la documentazione in sanità della Regione Emilia Romagna. Tra le attività svolte nell'anno 2013 vi sono: la gestione degli abbonamenti e la partecipazione al Network per la documentazione in sanità della Regione Emilia Romagna; il supporto alle ricerche bibliografiche: circa 90 richieste da diversi professionisti dell'Azienda; due edizioni di corsi di formazione per illustrare le modalità di accesso e le potenzialità del servizio; il document delivery: nel 2013 sono stati richiesti gratuitamente presso altre strutture 315 documenti, mentre ne sono stati forniti a biblioteche esterne 580.

Fig.6.2 - Distribuzione percentuale degli IF delle Pubblicazioni dell'AUSL di Modena



AOU

Nell'intervallo di tempo che intercorre tra il 2010 ed il 2013 sono state prodotte 1615 pubblicazioni.

La tabella a seguire riporta le pubblicazioni prodotte a partire dall'anno 2010 dalle Strutture aziendali dei Dipartimenti ad attività integrata

Tab. 6.5 - Pubblicazioni AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA POLICLINICO DI MODENA

Dipartimento	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Totale
Medicine, Medicina d'Urgenza e Specialità mediche	65	70	64	62	261
Chirurgia Generale Specialità Chirurgiche	34	31	38	34	137
Materno Infantile	42	51	44	44	181
Oncologia Ematologia e Malattie dell'Apparato Respiratorio	109	112	105	129	455
Chirurgie Specialistiche Testa-Collo	84	65	116	109	374
Diagnostica per Immagini	10	14	21	13	58
Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	27	52	26	36	141
Patologie dell'Apparato Locomotore	17	25	24	21	87
TOTALE AZIENDA	375	393	413	434	1615

Questa raccolta ha conseguito il preliminare, ma determinante, obiettivo di sensibilizzare soprattutto i professionisti ospedalieri alla comunicazione della loro produzione scientifica, a fronte di un sistema di raccolta ben consolidato e strutturato valido per i docenti universitari quale il Cineca U-GOV, sistema di raccolta centrale ministeriale.

6.2. Garanzia di trasparenza

6.2.1 Progetto regionale "Anagrafe della Ricerca"

Tracciare, registrare e documentare, secondo criteri condivisi e confrontabili, le attività di ricerca intraprese o da intraprendere nella propria realtà e/o in realtà limitrofe consente di disporre di informazioni per governare la conduzione di ricerche in termini di valutazione della sintonia, con le strategie dello sviluppo aziendale e l'effettivo contributo offerto con i loro risultati.

L'Anagrafe Regionale della Ricerca (AReR) è un registro prospettico che cataloga i progetti condotti nelle Aziende e negli IRCSS del Servizio Sanitario Regionale e - contemporaneamente - tiene traccia di quanto prodotto da questi studi. Si tratta di uno degli strumenti che la Regione ha disegnato per supportare le attività di governance della ricerca di Aziende Sanitarie e IRCCS del Servizio Sanitario Regionale. Si caratterizza per la registrazione di tutti i progetti in essere, a prescindere dalla linea di finanziamento e dalla tipologia di attività, ricerca di base, clinico assistenziale o organizzativa.

L'AreR nasce nel 2007, i Servizi Ricerca e Innovazione hanno inserito all'interno dell'AreR le ricerche avviate a partire dal 2009:

Tab. 6.6 - Anno di avvio degli Studi inseriti in AreR

Anno di avvio degli Studi	2009	2010	2011	2012	2013	totale
AUSL_Studi Inseriti in AreR (n°)	69	49	51	43	37	249
AOU_Studi Inseriti in AreR (n°)	106	68	132	120	156	582

In applicazione del progetto regionale della costituzione di una anagrafe scientifica e amministrativa dei progetti di ricerca si è pertanto proceduto alla elaborazione di una scheda, per ogni singolo progetto scientifico, per la raccolta dei principali dati scientifico-economici rilevanti e per monitorare lo stato di avanzamento della ricerca. Obiettivi del progetto sono quelli di tracciare, pur se sulla base di indicatori descrittivi molto generali, le principali tipologie di ricerca ed i prodotti che le singole attività di ricerca renderanno disponibili, valorizzare l'attività di ricerca attraverso una sua rendicontazione economico finanziaria più dettagliata, valutarne l'impatto economico, identificare le aree di maggiore intensità di ricerca e delle aree orfane.

Le aree tematiche nelle quali sono condotte le ricerche, sono rappresentate in termini percentuali, nella tabella seguente:

Tab. 6.7- Aree tematiche di ricerca, distribuzione %, anno 2013

AREA TEMATICA	AUSL %	AOU %
Individuazione, sviluppo e valutazione di interventi e trattamenti terapeutici	47,8%	60,0%
Eziologia e patogenesi	17,7%	4,5%
Diagnosi, prognosi e screening	12,0%	18,2%
Studi sulla condizione patologica e sua gestione	11,6%	12,9%
Ricerca sui servizi sanitari e sociali	7,7%	3,4%
Ricerca di base	1,6%	0,7%
Prevenzione delle malattie e dei fattori di rischio e promozione della salute	1,6%	0,3%
Totale	100,0%	100,0%

Il numero delle ricerche per ambito ed i rispettivi valori percentuali rispetto al numero totale delle ricerche condotte in azienda negli anni di osservazione 2009-2013 sono rappresentati nella tabella seguente:

Tab. 6.8 - Aree tematiche di ricerca, valore assoluto e %, anno 2013

Ambito della Ricerca	AUSL n°ricerche (anni 2009- 2013)	AUSL % sul totale delle ricerche effettuate	AOU n°ricerche (anni 2009- 2013)	AOU % sul totale delle ricerche effettuate
Neurologia	54	21,7%	17	2,9%
Tumori, inclusa leucemia	42	17,0%	216	37,1%
Cardiovascolare	26	10,4%	24	4,1%
Metabolismo	26	10,4%	13	2,2%
Salute mentale	20	8,0%	0	0%
Cute e Derma	0	0	23	4,0%
Apparato muscolo scheletrico	0	0	21	3,6%
Ematologia	0	0	23	4,0%
Cavo orale a apparato digerente	11	4,4%	32	5,5%
Apparato respiratorio	12	4,9%	31	5,3%
Aspetti generali relativi alla salute ed il benessere	10	4,0%	11	1,9%
Reni e apparato urogenitale	8	3,2%	25	4,3%
Infezioni	8	3,2%	75	12,9%
Salute della riproduzione e gravidanza	6	2,4%	26	4,5%
Cerebrovascolare	6	2,4%	4	0,7%
Infiammazione e sistema immunitario	0	0	11	1,9%
Occhio	0	0	1	0,2%
Orecchio	0	0	3	0,5%
Disturbi Congeniti	0	0	4	0,7%
Incidenti e Traumi	0	0	0	0%
Altro*	20	8,0%	22	3,8%
Totale complessivo	249	100%	582	100%

6.2.2--Banca dati informatica per le sperimentazioni sponsorizzate

Con il coordinamento del Servizio Ricerca e Innovazione della AOU il 7 novembre 2008 è stato stipulato, e successivamente applicato, il Protocollo di Intesa tra Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico di Modena e Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, poi recepito con delibera aziendale n. 221/08. Il protocollo si pone l'obiettivo di uniformare le regole e le procedure osservate dalle rispettive amministrazioni in materia di sperimentazioni cliniche sponsorizzate da promotori privati industriali/commerciali. Il Protocollo d'intesa introduce:

la applicazione della quota forfetaria del 25%, onnicomprensiva delle quote spettanti sia all'Azienda sia all'Università, sui corrispettivi derivanti da sperimentazioni cliniche con promotore commerciale,

la attivazione, implementazione ed aggiornamento, nel corso del 2009 e 2010 ed a regime da metà 2011, di una Banca dati informatica per le sperimentazioni sponsorizzate, avente sia finalità ricognitive sia funzione procedurale ed operativa delle sperimentazioni. Nella banca dati sono reperibili i documenti necessari all'autorizzazione dell'Autorità Competente (parere favorevole del Comitato Etico, informazioni di natura amministrativa, economica e contabile, testo della convenzione economica, indipendentemente dall'Ente – AOU o Università – con il quale essa sia stata stipulata) e lo stato di avanzamento di ciascun procedimento amministrativo. In applicazione del Protocollo di intesa AOU – Università nel corso del 2009 è stato istituito un gruppo di lavoro interistituzionale per la messa a punto di un programma per la realizzazione della banca dati informatica, alla quale accedono, in qualità di amministratore/gestore o lettore, i professionisti afferenti ai servizi: ricerca e innovazione, prestazioni e marketing, bilancio e finanze, tecnologie dell'informazione dell'Azienda, operatori del Comitato Etico e i referenti amministrativi universitari dei Dipartimenti ad Attività Integrata. Ad oggi il sistema informatico è stato definitivamente completato e condiviso dagli operatori dei 2 Enti ed è attivo l'inserimento della documentazione delle sperimentazioni.

6.2.3• Assetto di regole per la trasparenza nella gestione dei finanziamenti pubblici o privati

Nel corso del 2013 è proseguito il monitoraggio di tutti gli aspetti correlati alle attività di ricerca clinica e pre-clinica, realizzate all'interno delle strutture aziendali. Per la particolare rilevanza degli aspetti economici delle sperimentazioni cliniche sponsorizzate da enti privati, o dei progetti di ricerca finanziati da istituzioni pubbliche o private, è attiva una collaborazione con i Servizi competenti specificamente preposti (Servizio Gestione e Sviluppo del Personale, Servizio Prestazioni e Marketing, Servizio Bilancio e Finanze, Servizio Attività Economiche e di Approvvigionamento, Controllo di Gestione, Servizio Legale e delle Assicurazioni, Servizio Ingegneria Clinica, Servizio Informativo Aziendale, Centro Servizi Ambulatoriali).

Il monitoraggio e la gestione dell'attività di ricerca svolta presso le strutture assistenziali aziendali sono normati da specifici atti deliberativi:

- Provvedimenti economici e organizzativi in materia di ricerche e sperimentazioni: Ricognizione e riordino della regolamentazione amministrativa ed economica - Introduzione di una quota aziendale per ricerche e sperimentazioni universitarie - Istituzione di un fondo aziendale per il finanziamento delle sperimentazioni cliniche prive di scopi industriali, promosse dall'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena, ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 17 dicembre 2004 (delibera 49/08 AOU).
- Fissazione quota aziendale per costi generali in materia di ricerche e sperimentazioni non commerciali (Delibera n. 100/08 AOU)
- Protocollo d'Intesa Azienda-Università per la gestione delle sperimentazioni cliniche sponsorizzate – misure attuative – approvazione nuovo regolamento amministrativo economico sulle sperimentazioni cliniche - Modifica della deliberazione n. 49/2008 (delibera n. 221/08 AOU)
- Regolamento sperimentazioni non profit – Modifica regolamento amministrativo economico sulle sperimentazioni cliniche approvato con deliberazione n. 221/2008 –Integrazione deliberazione n. 100/2007 (Delibera n. 197/11 AOU)
- Per la gestione e monitoraggio degli studi clinici non sponsorizzati dal 2009 è attivo il fondo aziendale per le sperimentazioni no-profit che, istituito come previsto dal D.M. 17 dicembre 2004 e poi recepito con delibera aziendale 49/2008 AOU, favorisce la ricerca spontanea e permette inoltre di garantire la copertura dei costi aziendali per le sperimentazioni cliniche non sponsorizzate

In particolare presso la AOU:

Per lo specifico scopo di monitoraggio sono stati creati centri di costo dedicati alle sperimentazioni no-profit, che consentono la distinzione tra le prestazioni laboratoristiche, aggiuntive alla pratica clinica, richieste nelle sperimentazioni non sponsorizzate da quelle richieste per la pratica clinica, con conseguente distinzione dei costi sostenuti per le diverse attività e copertura delle prime con il fondo aziendale per le sperimentazioni no-profit.

Al fine poi di favorire la tracciabilità delle indagini diagnostiche per immagini eseguite nelle sperimentazioni (sponsorizzate, no profit, spontanee), supplementari e aggiuntive alla normale pratica clinica, dal 2/02/2010 sono stati introdotti specifici codici per la prenotazione informatizzata degli esami radiologici. Ciò permette la contabilizzazione e il corretto regime di esecuzione degli esami eseguiti, condizione indispensabile nelle successive fasi di valutazione economica.

Relativamente alla tematica delle Relazioni con i finanziatori esterni, in recepimento della Delibera di Giunta Regionale n.1066 del 27 luglio 2009 "La ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna", art. 4.1.5, con nota DG prot. n. 22499 del 25/08/2009 si sono fornite specifiche indicazioni di adozione.

L'AUSL con Delibera n. 60 del 07/04/2009 ha approvato il "Regolamento aziendale per la conduzione di ricerche o sperimentazioni nell'ambito dell'Azienda USL di Modena" che per quanto riguarda la gestione e trasparenza degli aspetti economici:

assicura la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza, nonché l'equa ripartizione dell'onere finanziario conseguente alla conduzione di ricerche o sperimentazioni;

costituisce il "Fondo aziendale per la ricerca" che comprende le risorse dedicate a supportare tutte le attività aziendali finalizzate al sostegno della ricerca e al miglioramento della pratica clinica, che favorisce la ricerca

spontanea e permette inoltre di garantire la copertura dei costi aziendali per le sperimentazioni cliniche non sponsorizzate;

fissa le quote che confluiscono nel Fondo aziendale per le sperimentazioni cliniche sponsorizzate stabilisce la procedura per la rilevazione dei costi relativi alle prestazioni strumentali e specialistiche aggiuntive alla pratica clinica, al fine di favorirne la tracciabilità e la corretta contabilizzazione;

definisce le modalità di approvvigionamento di medicinali, dispositivi e attrezzature.

Il Regolamento Aziendale stabilisce altresì che ogni attività di ricerca/sperimentazione sia soggetta a rendicontazione in termini scientifici ed economici, e pertanto per ognuna di esse viene individuato un Responsabile Scientifico ed un Responsabile Amministrativo titolari rispettivamente della rendicontazione scientifica ed economica. Allo scopo di monitorare infine gli aspetti finanziari delle ricerche/sperimentazioni profit e no profit, sono attivate apposite commesse su cui confluiscono i costi e i ricavi relativi, gestite dal Responsabile Amministrativo in stretta collaborazione con il Servizio Economico-finanziario aziendale.

A seguito di un confronto interno ai servizi aziendali e tenuto conto dell'evoluzione normativa, con Deliberazione n.91 del 18/06/2013 sono state approvate le modifiche del Regolamento Aziendale per la conduzione di ricerche o sperimentazioni. L'aggiornamento del Regolamento ha visto in particolare l'integrazione dell'articolo 10 "Integrità della Ricerca e Conflitti di Interesse", nel quale viene descritta la fenomenologia del conflitto di interesse e sono definiti i rapporti tra l'Azienda USL, le ditte e i ricercatori.

6.2.4 Il Board Aziendale Ricerca e Innovazione

Nell'ambito dello sviluppo e del governo delle attività di ricerca l'Azienda USL a seguito delle indicazioni contenute nella Delibera di Giunta Regionale n.1066 del 27 luglio 2009 "La ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna", il Collegio di Direzione, ha proposto la composizione del Board Aziendale Ricerca e Innovazione AUSL, istituito con Delibera del Direttore Generale 112 del 23/08/2011 e approvandone il relativo "Regolamento del Board Aziendale Ricerca e Innovazione".

Il Board ha la funzione di fornire al Collegio di Direzione il supporto per l'elaborazione dei Piani Aziendali per la Ricerca e l'Innovazione, per promuovere i progetti di ricerca aziendali, le innovazioni tecnologiche e clinico-organizzative ed esercitare una funzione di vigilanza sul potenziale impatto di carattere organizzativo, gestionale, etico che le iniziative di Ricerca e Innovazione possono avere sull'operatività dei servizi.

Nell'ottica di rendere trasparenti ed evidenti gli strumenti e le attività di governance della ricerca in ambito aziendale, sia verso gli utenti interni che esterni, sono state allestite pagine web, sia nell'area intranet aziendale che internet. È riservata ai componenti del Board Aziendale, un'area ad accesso esclusivo, con la documentazione necessaria ai lavori delle sedute programmate. Durante l'anno 2013, il Board ha valutato le proposte di progetti di ricerca spontanei, come parte integrante della "mission" istituzionale, per favorire le ricerche indipendenti e senza fini di lucro e valorizzare le risorse umane e professionali all'interno dell'Azienda Usl di Modena. Nel corso del 2013 sono state realizzate inoltre le seguenti attività:

Istituzione dell'Internal Review Board

Essendo un preciso impegno dell'Azienda Usl di Modena conoscere, promuovere, monitorare e valorizzare le attività dei professionisti, dopo un confronto interno al Board Aziendale Ricerca e Innovazione e al Collegio di Direzione sono state predisposte le procedure che consentano la realizzazione dei progetti che sono esclusi dall'area di competenza di valutazione del Comitato Etico (quali audit, case report o comunicazioni destinate alla comunità professionale) dai quali risulta l'affiliazione all'Azienda.

Le procedure di richiesta/rilascio di nulla osta all'avvio di progetti o di pubblicazioni sono coerenti con quanto espresso dalla DGR 1066/2009 (Funzioni del Board Aziendale per la Ricerca e l'Innovazione) che riporta "...preservare l'autonomia dei CE, che devono poter svolgere la propria funzione di vigilanza e tutela dei diritti dei pazienti, dall'altro è essenziale che esista un luogo formale di raccordo tra Aziende e CE perché non tutte le attività di ricerca e innovazione passano attraverso la valutazione dei CE".

Aggiornamento del Regolamento Aziendale per la conduzione di ricerche e sperimentazioni

A seguito di un confronto interno ai servizi aziendali e tenuto conto dell'evoluzione normativa, con Deliberazione n.91 del 18/06/2013 sono state approvate le modifiche del Regolamento Aziendale per la conduzione di ricerche o

sperimentazioni. Obiettivi del Regolamento sono: assicurare la coerenza delle attività di ricerca ai percorsi assistenziali ed organizzativi dell' AUSL di Modena anche al fine di contribuire al miglioramento delle strategie assistenziali; garantire la massima tutela dei diritti dei pazienti coinvolti nelle attività di ricerca; sostenere l'attività di ricerca condotta all'interno dei Dipartimenti ad attività integrata quale concreta forma di realizzazione di collaborazione tra l'Azienda USL di Modena e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia; assicurare ai professionisti una corretta conduzione della ricerca anche attraverso l'attività di monitoraggio e rendicontazione; definire modalità operative per la conduzione di ricerche indipendenti, finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria, in applicazione di quanto previsto dal D.M. 17 dicembre 2004"; assicurare la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza, nonché l'equa ripartizione dell'onere finanziario conseguente alla conduzione di ricerche o sperimentazioni.

Definizione delle SOP (Standard Operating Procedures) per le attività di ricerca

Nell'ambito dell'International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for the Registration of Pharmaceuticals for Human Use, le Standard Operating Procedures (SOP) sono state definite come "istruzioni scritte dettagliate mirate al raggiungimento di uniformità nello svolgimento di una funzione specifica". L'adozione delle SOP permette di semplificare l'organizzazione e la documentazione degli studi clinici, salvaguardando contemporaneamente gli standard elevati della Buona Pratica Clinica.

Nel caso di studi promossi dall'AUSL di Modena lo sperimentatore aggiunge ai compiti usuali, le responsabilità proprie dello sponsor, tra cui notificare lo studio e sottoporlo all'approvazione sia della Direzione che del Comitato Etico: le SOP permettono di conservare una documentazione scritta a tutti gli stadi del processo e uniformare le procedure anche se attivate da soggetti differenti.

6.3. Il Comitato Etico provinciale di Modena

Il Comitato Etico è un organismo indipendente, composto da personale sanitario e non, che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

Dovendo la Regione procedere alla riorganizzazione dei propri Comitati Etici (CE) in osservanza al D.L. 158/2013, convertito in legge, nel 2013 è stato presentato l'assetto valutato ottimale per la nostra Regione che risultava definito da 7 CE, tra cui il Comitato Etico Provinciale di Modena.

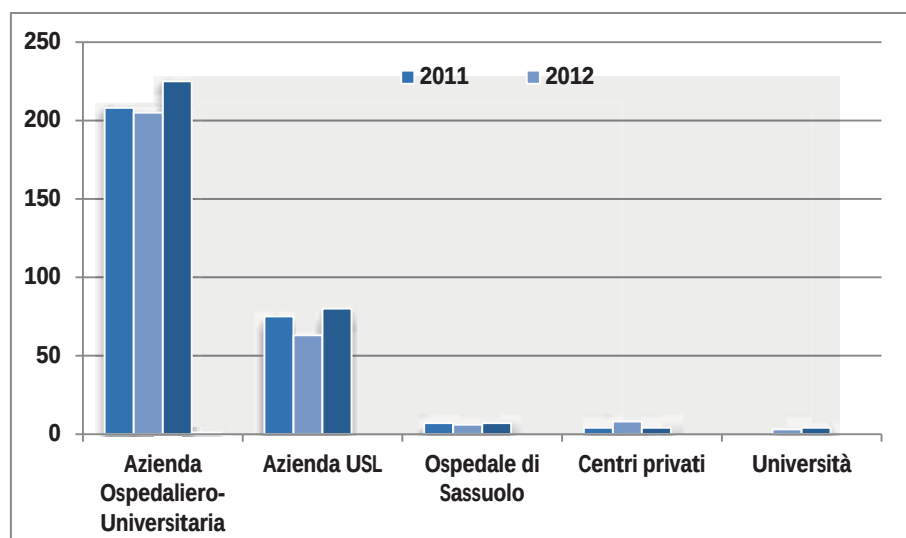
I Servizi Ricerca e Innovazione delle due Aziende sanitarie modenesi operano in stretto contatto con il Comitato Etico provinciale al fine di garantire adeguato monitoraggio delle sperimentazioni cliniche attivate.

Di seguito si riportano alcune tabelle con informazioni relative agli Studi Clinici del periodo 2011 - 2013.

Tab.6.9 - Sperimentazioni approvate suddivise per ENTE DI APPARTENENZA. Anni 2011 – 2013

Anno	Numero Studi Clinici complessivi	di cui A. Ospedaliero-Universitaria	%	di cui Azienda USL	%	di cui Ospedale di Sassuolo	%	di cui Centri privati	%
2011	294	208	70.7%	75	25.5%	7	2.4%	4	1.4%
2012	285	205	71,9%	63	22.1%	6	2.1%	8	2.8%
2013	321	225	70.1%	80	25.0%	7	2.2%	5	1.6%

Fig.6.3 - Sperimentazioni approvate suddivise per ENTE DI APPARTENENZA. Anni 2011 – 2013



Sperimentazioni cliniche presentate al Comitato Etico provinciale suddivise per TIPOLOGIA DI STUDIO - Anni 2011 - 2013

Tab. 6.10 Confronto distribuzione tipologie di protocolli presentati nell'ultimo triennio

	2011	%	2012	%	2013	%
STUDI SPERIMENTALI con farmaci	111	37,8	112	39,3	101	31,5
STUDI OSSERVAZIONALI	105	35,7	91	1,9	135	42,1
STUDI DISPOSITIVI MEDICI	8	2,7	8	2,8	10	3,1
STUDI SPERIMENTALI senza farmaci	60	20,4	59	20,7	62	19,3
USI ALLARGATI/COMPASSIONEVOLI	10	3,4	15	5,3	13	4,0
TOTALE	294	100	285	100	321	100

6.4. Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche La Commissione Aziendale Dispositivi Medici

In recepimento della Delibera della Giunta Regione Emilia Romagna n. 1523 del settembre 2008, con delibera n. 157 del 18/09/2009 è stata istituita la Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM) dell'AOU e con delibera dell'Azienda USL n 265 del 2/12/2008 è stata istituita la CADM per l'Azienda USL e per l'Ospedale di Sassuolo S.p.A con il relativo regolamento.

Nel corso dell'anno 2013 le CADM, di cui i Servizi Ricerca e Innovazione sono parte integrante, hanno proseguito i propri lavori, con incontri programmati, con la finalità di regolamentare i percorsi, le competenze, i tempi e modi nonché gli indicatori del sistema di valutazione aziendale delle richieste per l'autorizzazione all'introduzione e/o prova di nuovi dispositivi medici e diagnostici in vitro e supportando le Direzioni Aziendali e i Collegi di Direzione nelle decisioni riguardanti l'introduzione di nuove tecnologie ad elevato impatto clinico, organizzativo ed economico.

Si riporta di seguito la tabella di sintesi delle attività svolte dalle CADM nel corso del 2013:

Tab. 6.11 - Attività svolte dalle CADM nel corso del 2013:

ATTIVITA' COMMISSIONI DM ANNO 2013	AUSL	AOU
Presenza di procedure:		
Presenza di una procedura aziendale o di area vasta per l'attività della locale Commissione Dispositivi	SI	SI
Attività svolta:		
Numero di riunioni anno 2013 svolte	16	11
Numero richieste/istruttorie		
Numero di richieste pervenute	135	150
Numero di istruttorie valutate positivamente	112	132
Numero istruttorie valutate negativamente	16	18
Numero istruttorie in corso a fine 2013	7	0
Azioni condotte nell'ambito della Vigilanza sui DM:		
Svolgimento formazione agli operatori	sì , diretti al personale infermieristico	sì, incontri nell'ambito dipartimentale
Azioni condotte sulla gestione campioni gratuiti DM:		
Esistenza di una procedura aziendale	SI	SI
Numero di richieste pervenute	49	

La•Biblioteca•Medica•

La Biblioteca Medica è stata istituita nel 2004 , in seguito alla fusione delle precedenti Biblioteca Medica Centralizzata e Biblioteca di Scienze Morfologiche e Medico Legali.

Fa parte dello SBA : Sistema Bibliotecario di Ateneo, collocandosi nella realtà modenese come centro specializzato nel raccogliere, conservare e favorire la consultazione del materiale medico pubblicato in Italia e all' estero.

Il profilo funzionale è essenzialmente quello di una biblioteca universitaria di ricerca nell'area medica e la dotazione principale riguarda la letteratura scientifica: periodici internazionali e monografie.

Il ruolo tradizionale di raccolta e conservazione del materiale librario antico e moderno, è affiancato alle attività di formazione degli studenti, di consulenza bibliografica per la redazione di tesi e di analisi e consulenza bibliografica/bibliometrica a supporto delle attività di valutazione della qualità della ricerca svolta dall'Ateneo.

L'Ateneo di Modena e Reggio Emilia fa parte del consorzio Cipe e del gruppo CARE che si occupano dell'acquisizione dei periodici elettronici e banche dati dei maggiori editori scientifici. Agli utenti della biblioteca medica pertanto è garantito un servizio di accesso all'informazione scientifica in formato elettronico. La struttura comprende due sale di lettura per un totale di 170 posti, una saletta fotocopie, una sala periodici e libri e gli uffici.

Dei 170 posti per gli utenti, 27 sono dotati di computer. Nel corso del 2010 le sale sono state dotate di connessione Wi-Fi.

La biblioteca aderisce al Catalogo nazionale dei periodici ACNP e al Sistema Bibliotecario Nazionale SBN.

-
-

Capitolo 7 - Integrazione socio-sanitaria

La direzione delle attività socio-sanitarie

La direzione delle attività socio-sanitarie ha come obiettivo quello di orientare, rinforzare e presidiare il processo di integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle fasce più fragili della popolazione coerentemente con quanto previsto dalle linee contenute nel Piano Sociale Sanitario Regionale (PSSR).

In particolare nel PSSR viene ribadita la necessità di favorire una reale integrazione socio-sanitaria per organizzare risposte e interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita, avendo come riferimento un concetto di salute che riconosca i vari determinanti che concorrono al benessere complessivo della persona considerando anche le condizioni economiche dei cittadini, le relazioni, il grado complessivo di coesione sociale e le azioni di contrasto delle disuguaglianze.

Ciò comporta l'adozione di un approccio in base al quale la prima integrazione da fare è, appunto, quella di considerare l'unicità della persona e del suo contesto in relazione ai bisogni e alle risorse in campo, andando nella direzione di un modello di costruzione degli interventi sempre più caratterizzato dall'accompagnamento e dalla presa in cura in continuità della persona con problemi di non autosufficienza ed orientato alla promozione dell'autonomia possibile, della consapevolezza e della responsabilità attraverso la partecipazione.

In definitiva un modello che superi l'erogazione di singole prestazioni sociali e sanitarie che si basano su una elevata qualità professionale ma che non sempre producono qualità nel loro esplicarsi, in quanto non sono concepite e orientate ad integrarsi nel quadro personale e delle relazioni a cui partecipano le persone.

Il raggiungimento di tale obiettivo non può prescindere da una relazione dinamica con gli Enti Locali che garantisca un approccio integrato tra i diversi livelli e strumenti di governo del sistema di welfare locale in modo da permettere una elevata capacità di lettura e risposta ai bisogni.

In tal senso la funzione della Direzione delle Attività Socio-Sanitarie viene esercitata attraverso un costante supporto alla direzione strategica, ai Direttori di Distretto alle direzioni dei dipartimenti aziendali finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di salute con particolare riguardo sia alla promozione della integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria che il supporto tecnico, in materia socio-sanitaria.

Garantisce inoltre:

- il supporto tecnico in materia di integrazione socio sanitaria alla Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria, il governo delle politiche di integrazione socio sanitaria dell'Azienda ed il rispetto degli impegni di pertinenza socio-sanitaria assunti dall'Azienda tramite intese ed accordi con gli Enti Locali ed eventuali altri soggetti

- le necessarie connessioni tra l'Azienda e altri soggetti istituzionali per il buon funzionamento degli Uffici di Piano quali strutture tecniche competenti nella programmazione, gestione e monitoraggio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e nello sviluppo del sistema di governance territoriale.

Altre attività afferenti alla direzione delle attività socio-sanitarie sono:

- l'ufficio tutele, con il compito di presidiare le tutele e curatele e amministrazioni di sostegno affidate all'Azienda, nonché il percorso di informazione, formazione e presentazione presso gli organi competenti delle istanze relative alla nomina dell'amministratore di sostegno;

- presidiare per conto della Direzione Generale le relazioni con il terzo settore e con le rappresentanze dei cittadini.

- la programmazione e la realizzazione delle politiche aziendali per l'equità in coerenza con le indicazioni regionali, attraverso l'attività del gruppo aziendale equità e contrasto alle disuguaglianze ed è referente per i progetti assistenziali a favore di cittadini stranieri di cui alla delibera dell'assemblea legislativa n. 84/2012.

- il progetto di "pubblica utilità" sulla base della convenzione stipulata con il Tribunale di Modena

7.1. - La costruzione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari

La programmazione 2013 si inserisce in un contesto generale caratterizzato da elementi di incertezza nella definizione del nuovo scenario economico e sociale cui fare riferimento per la definizione delle politiche pubbliche, che ha indotto la Regione a non concentrarsi immediatamente nella elaborazione di un nuovo strumento di pianificazione pluriennale, ma a definire alcune scelte di riferimento per orientare la programmazione territoriale 2013-2014.

A ciò va aggiunto che il Piano Sociale e Sanitario in corso, in particolare per la parte che indica un nuovo sistema di governance, rimane ancora valido nelle sue scelte di fondo, per cui è stato prorogato per il biennio 2013-2014 con alcune indicazioni aggiuntive.

Il livello di integrazione tra Azienda ed Enti Locali relativamente alla pianificazione, programmazione e monitoraggio del sistema dei servizi socio-sanitari e all'affermazione del ruolo di garanzia e coinvolgimento della comunità del Distretto, si è ulteriormente consolidato, sia attraverso il costante lavoro degli Uffici di Piano a supporto dei Comitati di Distretto, che attraverso l'implementazione di un'attività di coordinamento tra i responsabili degli U.d.P., la Direzione della Attività Socio Sanitarie dell'AUSL e i Direttori di Distretto.

Una particolare attenzione nella programmazione è stata posta agli argomenti indicati nel DGR 284 come fenomeni e temi che emergono come di particolare interesse per la programmazione per il 2013 del sistema regionale di welfare: impoverimento, immaginare e sostenere "il futuro", fragilità, riconoscere e valorizzare il crescente contesto pluriculturale, la comunità coesa come risorsa. In tale direzione si è sviluppata la programmazione annuale dei Distretti per il 2013 a cui vanno aggiunte le azioni avviate per la riattivazione dei servizi nelle zone colpite dal sisma, orientate a cogliere le opportunità di innovazione che la ricostruzione offre, che si è completata con la riapertura di tutte le strutture danneggiate ad eccezione di una.

7.2.-Il processo di accreditamento delle strutture socio-sanitarie

Il percorso di accreditamento così come delineato dalla DGR n. 514/2009 vede al centro il soggetto istituzionale per l'accREDITAMENTO transitorio e provvisorio.

I soggetti gestori dei servizi accreditati transitoriamente e provvisoriamente dovranno presentare domanda di accREDITAMENTO definitivo entro il termine perentorio del 30/06/2014

Tab.7.2.1 - Servizi accreditati area anziani e disabili

tipologia struttura	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco	Totali
CSRD per disabili	3	2	7	6	2	4	3	27
CSRR per disabili	1	1	4		1	1		8
centro diurno per anziani	4	5	6	3	4	4	3	29
casa residenza per anziani	4	5	14	6	9	6	3	47
totale	12	13	30	15	16	15	9	111

Fonte: banca dati SIPS Regione Emilia-Romagna

Nel territorio provinciale sono presenti 47 CRA e 29 centri semiresidenziali per anziani. Alcuni territori, hanno acquistato/contrattualizzato posti presso strutture presenti in altri distretti e/o fuori provincia. Situazione analoga per la disabilità dove è presente un numero di 27 strutture semiresidenziali ubicate in ogni ambito distrettuale, mentre servizi residenziali sono presenti nei Distretti di Carpi, Mirandola, Modena, Pavullo e Vignola, che rispondono anche alla domanda dei territori Sassuolo e Castelfranco che ne sono sprovvisti. Alcuni sono contrattualizzati nelle province limitrofe.

Supporto al processo di accreditamento attraverso la promozione di processi di miglioramento nelle strutture residenziali.

Nell'anno 2013 sono stati condotti percorsi formativi specifici e momenti seminariali, rivolti agli operatori delle case residenze degli anziani finalizzati al miglioramento della qualità, dell'accoglienza e delle cure con particolare riferimento a:

- prevenzione delle infezioni; correlate all'assistenza
- riconoscimento, monitoraggio e gestione del dolore;
- miglioramento delle relazioni di cura con gli anziani e i loro familiari.

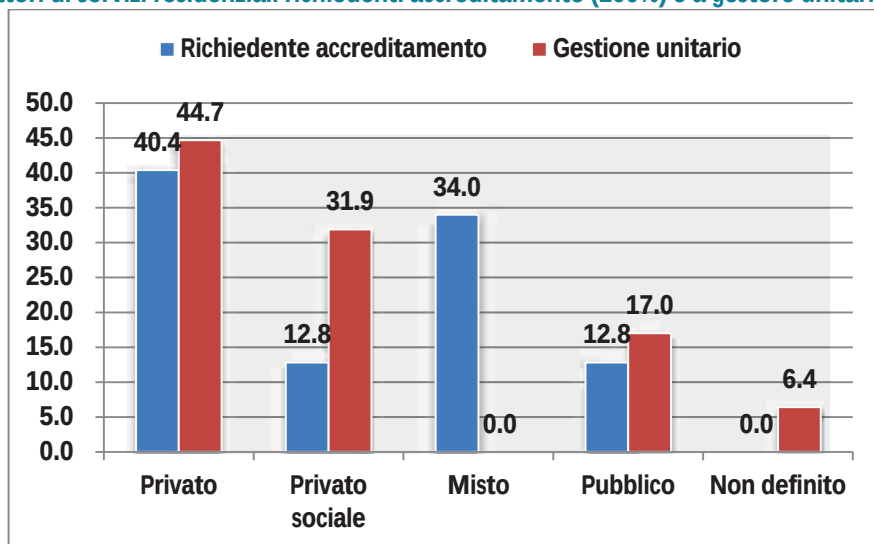
In attuazione della DGR 2142/2011 "Evitare il dolore inutile nei servizi sociosanitari residenziali e diurni per Anziani e Disabili" è stato realizzato il percorso formativo previsto attraverso la formazione dei professionisti aziendali a cura della regione e l'organizzazione in ogni distretto di momenti seminariali rivolti ai professionisti delle strutture quali medici, infermieri e figure di coordinamento.

Piani di adeguamento unitarietà gestionale: natura giuridica del soggetto gestore

Servizi residenziali anziani

La totalità dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti accreditati transitoriamente ha presentato il piano adeguamento, anche se in alcuni casi non è stato definito il gestore unitario finale. Dai dati emerge chiaramente la presenza di un mix di produttori con uno spostamento ad accreditamento definitivo, verso soggetti afferenti all'area del privato/privato sociale, la componente pubblica si attesta nell'ordine del 17% rispetto al totale (Fig.7.2.1).

Fig. 7.2.1 – Produttori di servizi residenziali richiedenti accreditamento (100%) e a gestore unitario (100%)



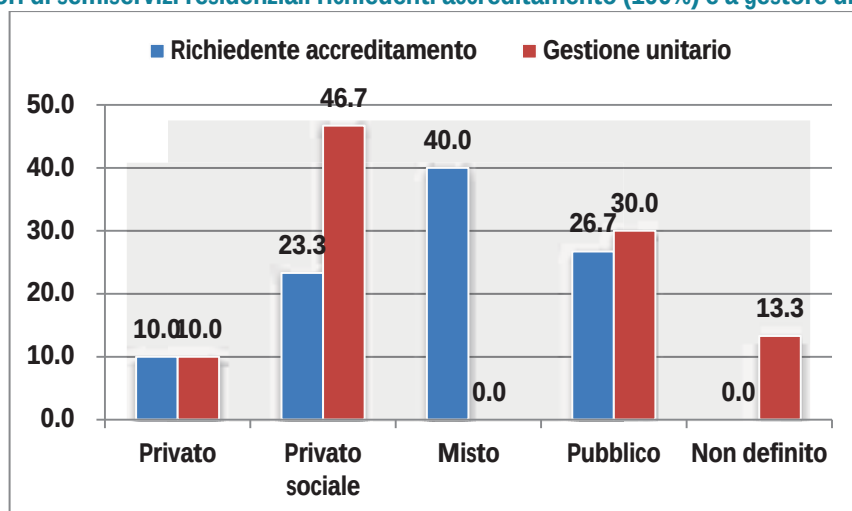
Fonte: UDP provincia di Modena

Servizi semiresidenziali anziani

La totalità dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti accreditati transitoriamente ha presentato il piano adeguamento, anche se, come per i servizi residenziali, in alcuni casi non è stato definito il gestore unitario finale. I dati riportano come anche per la gestione dei servizi semiresidenziali vi sia un case mix di gestori, la natura giuridica prevalente dei soggetti finali del processo di accreditamento risulti essere il privato/privato sociale.

Appare interessante notare come, a differenza che nella gestione dei servizi residenziali, il soggetto pubblica prediliga conservare in parte la gestione (30%) di servizi diurni a supporto della domiciliarità/fragilità.

Fig.7.2.2 - Produttori di semiservizi residenziali richiedenti accreditamento (100%) e a gestore unitario (100%)

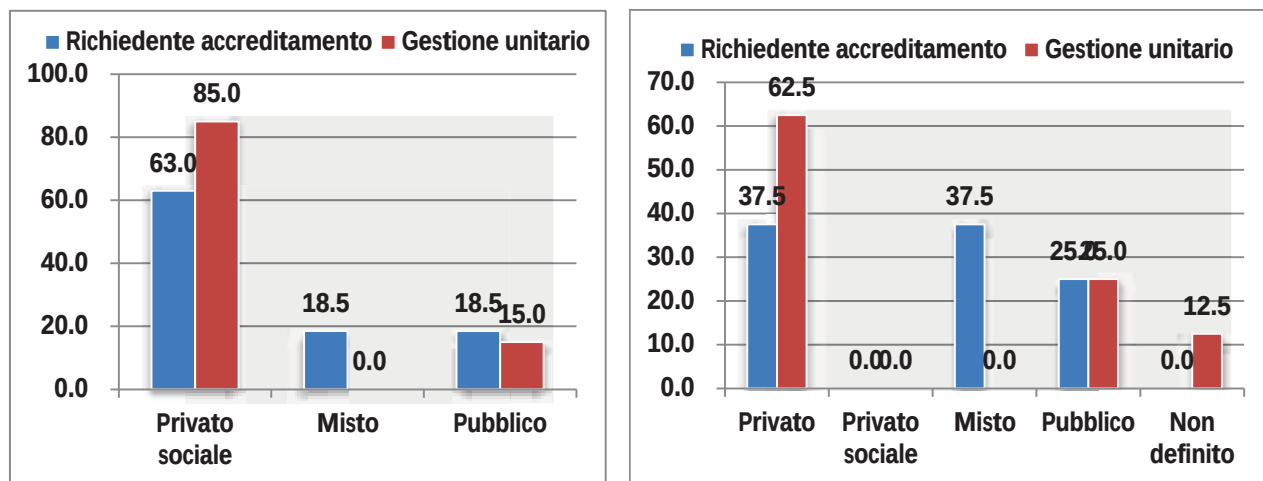


Fonte: UDP provincia di Modena

Servizi residenziali e semiresidenziali per disabili

Anche nel caso dei servizi nell'area disabili accreditati transitoriamente sono stati presentati i piani di adeguamento, solo in un caso non è ancora definita la natura giuridica del gestore a cui rilasciare l'accREDITAMENTO definitivo.

Fig.7.2.3 - Unitarietà gestionale prevista dai piani di adeguamento nelle strettore per disabili (Centri Socio Riabilitativi Residenziali - CSSR, CSRD)



Fonte: UDP provincia di Modena

I posti residenziali autorizzati sono 101, quelli semiresidenziali 4444. Gli enti gestori dei servizi per la disabilità sono fortemente rappresentati dal privato sociale (62,5%), che in questi anni ha consolidato nell'ambito della nostra provincia spazi e competenze sempre maggiori in questo settore (Fig.7.2.3).

Piani di adeguamento unitarietà gestionale: personale sanitario

Negli anni precedenti al processo di accreditamento socio-sanitario l'Azienda Usl di Modena aveva scelto di utilizzare il proprio personale infermieristico all'interno delle strutture di proprietà pubblica a gestione diretta o convenzionata, per una valorizzazione delle competenze sanitarie attraverso un modello rispondente a criteri di omogeneità e di formazione continua. Il personale infermieristico dipendente dall'Azienda USL di Modena che risulta ancora assegnato nelle Case Residenza per Anziani (CRA) e nei Centri Socio Riabilitativi Residenziali (CSRR) per disabili della Provincia, al 31/12/2013, è distribuito per tipologia di afferenza all'ente gestore come da tabella 7.2.2.

Tab. 7.2.2 – Personale infermieristico dipendente dall'Azienda USL di Modena assegnato alle Case Residenza per Anziani (CRA) e ai Centri Socio Riabilitativi Residenziali (CSRR) per disabili della Provincia al 31/12/2013.

Ente gestore	n. infermieri
Gestione comunale	7
ASP	31
Privato sociale	13
Gestione non definita	29

Fonte: Direzione attività sociosanitaria, Azienda USL di Modena

Il processo dell'accREDITAMENTO ha comportato in questi ultimi anni, il graduale rientro del personale infermieristico alle dipendenze dell'Azienda USL di Modena, per consentire all'Ente Gestore il raggiungimento entro il termine del 31/05/2014 del requisito dell'unitarietà gestionale conditio sine qua non per l'ottenimento dell'accREDITAMENTO definitivo. Uno sforzo importante è stato realizzato nel corso dell'anno 2011 ed il percorso di sostituzione del personale Usl ha comunque mantenuto anche negli anni successivi un trend costante.

Tab. 7.2.3 – Presenza Infermieri AUSL nelle strutture socio-sanitarie

	n. infermieri
01/01/2011	222
31/12/2012	154
31/12/2013	119
Previsione 2014	80

Fonte: Direzione attività sociosanitaria, Azienda USL di Modena

7.3--Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Il Fondo regionale per la Non-auto Sufficienza è finalizzato allo sviluppo e alla qualificazione della rete integrata di servizi, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, indirizzati ai bisogni delle persone non auto sufficienti e di chi, accanto a loro, vive e se ne prende cura.

In continuità con gli obiettivi perseguiti e realizzati negli anni precedenti, nel 2013 l'Azienda AUSL e gli Uffici di Piano hanno continuato ad operare al fine di assicurare indirizzi omogenei nelle fasi di programmazione, gestione e monitoraggio del FRNA e FNA per la realizzazione dei servizi delle aree Anziani, Disabili e Gravissima Disabilità Acquisita, nonché per garantire equità di accesso alle risorse in tutto il territorio.

Tale lavoro è stato reso possibile attraverso la costante interazione con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) e i Comitati di Distretto, rappresentando una parte importante del processo di sviluppo del Welfare che si fonda sugli indirizzi strategici del piano sociale e sanitario regionale.

La ripartizione del FRNA è assegnata alla CTSS, i criteri di riparto utilizzati dalla Regione uguali agli anni precedenti, sono i seguenti:

area anziani ripartizione proporzionale sulla base della popolazione => 75 anni al 01.01.2012

area disabili ripartizione assegnazione degli stessi importi dell'anno 2012

area gravissima disabilità ripartizione in proporzione alla spesa registrata nel 2012 dai diversi ambiti distrettuali

area gestioni particolari come da TABELLA 3 della nota degli Assessori regionali PG/2013/106717 del 02.05.2013

Nel 2013 la Regione Emilia Romagna ha assegnato al territorio della Provincia di Modena con il FRNA € 2.402.926 risorse in meno rispetto al 2012 (tab.7.3.1).

Tab 7.3.1 - Assegnazione risorse del FRNA 2012-2013 agli ambiti territoriali distrettuali

	area anziani		area disabili		area gravissima disabilità		area gestioni particolari		totale frna	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
CARPI	6590284	6284260	2495794	2495794	212876	255467	99394	111668	9398348	9147190
MIRANDOLA	6081009	5784078	1946971	1946971	15459	89003	331121	296617	8513691	8116670
MODENA	13393178	12759869	5070441	5070441	455786	474254	667947	508779	19587352	18813343
SASSUOLO	6923414	6634969	2558743	2558743	364728	334273	32977	64189	9879862	9592175
PAVULLO	3417825	3209306	1203272	1203272	136037	118414	24077	20198	4781212	4551189
VIGNOLA	5930823	5646819	2348505	2348505	79224	92652	222971	198963	8581523	8286939
CASTELFRANCO E.	4226855	4029371	1388214	1388214	173116	212294	142851	132714	5931036	5762593
tot ctss									66673024	64270098

Fonte: allegati alla deliberazione della CTSS di Modena n. 71/2013

7.4.1 Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza

Oltre ad assegnare il FRNA la Regione nel 2013 ha proceduto ad assegnare anche FNA che rispetto al 2012 ha registrato un sensibile aumento pari a € 596.611 compensando la riduzione del finanziamento del FRNA, in tal modo le risorse complessive a disposizione della CTSS sono risultate leggermente aumentate rispetto all'anno precedente.

Tab 7.4.1 - Assegnazione risorse del FNA 2012-2013 agli ambiti territoriali distrettuali

	FNA indistinto		area disabili		tot fna		tot frna+fna	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
CARPI	36561	471937	84077	84280	120637	556217	9518986	9703407
MIRANDOLA	34265	417005	7048	70507	104745	487512	8618436	8604182
MODENA	74578	908148	155238	154920	229816	1063068	19817168	19876410
SASSUOLO	38435	514088	93684	93967	132120	608055	10011981	10200229
PAVULLO	19298	218632	35628	35492	54927	254124	4836139	4805313
VIGNOLA	32811	415119	71184	71299	103996	486418	8685519	8773357
CASTELFRANCO E.	23255	313327	54303	54616	77558	367943	6008593	6130536
tot ctss					823798	3823335	67496822	68093433

Fonte: allegati alla deliberazione della CTSS di Modena n. 71/2013

Il Fondo Nazionale non Autosufficienza nel 2013 è stato distribuito dalla CTSS agli ambiti distrettuali osservando i seguenti criteri di ripartizione:

FNA indistinto, come da TABELLA 4 della nota degli Assessori regionali PG/2013/106717 del 02.05.2013
programma SLA: ripartito in maniera proporzionale alla popolazione => 45 anni al 01.01.2012

Programmazione per tipologia di servizi sulle aree di intervento 2013: quadro aziendale

Ogni ambito distrettuale, nel rispetto di quanto indicato nella delibera di giunta regionale 199/2013 e nella nota degli assessori politiche della salute e promozione politico sociale del 2-5-2013 Prot. Num 106717, ha programmato l'attività ed i servizi del 2013 con l'obiettivo di rendere l'offerta compatibile con le risorse FRNA assegnate, considerando anche il fatto che le decisioni inerenti i servizi residenziali e semi-residenziali possono comportare vincoli e impegni per gli anni successivi. La tabella che segue illustra a consuntivo come sono stata allocate le risorse nel corso del 2013 per tipologia di interventi.

Tab 7.4.2 - Risorse programmate e utilizzate FRNA per distretto, anno 2013

CTSS E AMBITI DISTRETTUALI	RISORSE PROGRAMMATE	RISORSE UTILIZZATE	% utilizzato sul programmato
Carpì	10339073	9424686	91.2
Mirandola	8566717	8443508	98.6
Modena	18813343	18813342	100.0
Sassuolo	9885346	9685491	98.0
Pavullo Nel Frignano	4976066	4821745	96.9
Vignola	8523698	8166406	95.8
Castelfranco Emilia	5734992	5627005	98.1
Modena	66839235	64982183	97.2

fonte: banca dati Regione Emilia Romagna. CUP2000

Le risorse del FRNA sono state utilizzate per il 66% per i servizi rivolti alla popolazione anziana, per il 33% per i servizi rivolti alle persone con disabilità e per 1% per interventi trasversali.

Nell'area anziani le risorse sono state per quasi il 70% impegnate per l'assistenza residenziale, mentre nell'area disabili sono prevalsi gli interventi a sostegno della domiciliarità.

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie a carico del FSR oltre il 90% sono state impegnate per i servizi rivolti alle persone anziane.

Tab 7.4.3 –Risorse FRNA, anno 2013

ANNO 2013 CONSUNTIVO TOTALE ASL	Risorse da FRNA	Risorse AUSL da FSR per prestazioni sanitarie	TOTALE
ANZIANI			
Assistenza residenziale	29354354	7274931	36629285
% SU TOTALE RESID. ANZ	69%	61%	68%
Domiciliarita , nuove opportunita assistenziali e sostegno delle famiglie	12590355	4425244	17015599
% SU TOT. DOMICIL.ANZIANI	30%	37%	31%
Accesso e presa in carico	355503	190882	546385
% SU TOT. ACCESSO ANZ	1%	2%	1%
			0
TOTALE ANZIANI	42300212	11891057	54191269
PERCENTUALE SU TOTALE ANZIANI	66%	92%	100%
DISABILI			
Assistenza residenziale	10021078	636623	10657701
% SU TOTALE RESID. DIS	47%	64%	48%
Domiciliarita , nuove opportunita assistenziali e sostegno delle famiglie	10999765	249242	11249007
% SU TOT. DOMICIL.DISABILI	52%	25%	51%
Accesso e presa in carico	144758	114780	259538
Altro	1%	11%	1%
TOTALE DISABILI	21165601	1000645	22166246
PERCENTUALE SU TOTALE DISABILI	33%	8%	100%
TRASVERSALI			
Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari	129186	0	129186
% SU TOTALE EMERSIONE	21%	0%	21%
Servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico	29291	0	29291
% SU TOTALE ADATTAM DOM.	5%	0%	5%
Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili	445576	0	445576
% SU TOTALE RETE FRAGILI	74%	0%	74%
TOTALE TRASVERSALI	604053	0	604053
% SU TOT. TRASVERSALI	1%	0%	100%
TOTALE GENERALE			
Totale Generale	64069866	12891702	76961568

Fonte: banca dati Regione Emilia Romagna CUP2000

7.5. I servizi per anziani

I servizi socio-sanitari previsti per gli anziani non autosufficienti sono orientati a favorire la permanenza della persona al proprio domicilio, tale obiettivo viene perseguito attraverso la costruzione di una rete integrata di servizi sociali e sanitari che vede l'intervento di figure sanitarie (MMG, specialisti, infermieri, tdr) e assistenziali (ass.sociali. OSS) sulla base di progetti di vita personalizzati.

Tali servizi comprendono Case Residenze, interventi a sostegno della domiciliarità quali, accoglienza residenziale temporanea di sollievo, centri semiresidenziali, assistenza domiciliare, l'erogazione di assegni di cura, attività a supporto dei care givers, nonché finanziamenti per l'adattamento domestico.

Gli interventi e i servizi a favore della popolazione anziana sostengono, in larga maggioranza, i costi delle strutture residenziali, seguite dal supporto ai programmi di assistenza domiciliare.

Al fine di supportare la pianificazione e il monitoraggio del FRNA e lo sviluppo ai piani della non-auto sufficienza è proseguita l'attività del Gruppo di Coordinamento degli Uffici di Piano costituito dai responsabili degli Uffici di Piano, dalla Direzione Socio-Sanitaria, dai direttori di distretto e dall'Assessorato Provinciale alle politiche sociali che ha svolto

in stretta sinergia con l'ufficio di Supporto della CTSS, che ne ha coordinato i lavori, la fase istruttoria/tecnica in merito alle tematiche riguardanti gli argomenti afferenti l'area Socio-Sanitaria.

L'offerta residenziale

L'offerta dei posti in Casa Residenza per Anziani non autosufficienti nel territorio dell'Azienda è di 3048 posti in strutture autorizzate, 2271 in strutture accreditate, 2010 in strutture contrattualizzate (Fonte: Regione Emilia-Romagna SIPS e banca dati Azienda USL di Modena DSP).

Nel periodo dal 2007 al 2013 grazie anche all'implementazione del FRNA si è operato un progressivo potenziamento dei posti in tutte le aree distrettuali.

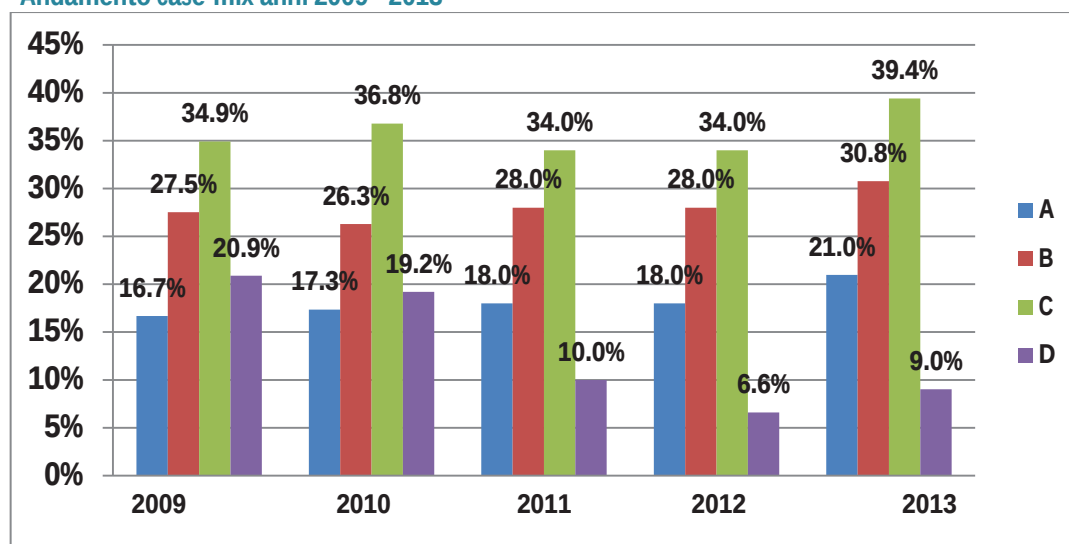
Il rapporto dei posti sulla popolazione ultra settantacinquenne è pressoché rimasto inalterato mantenendosi, complessivamente, attestato sulla percentuale del 3% dei residenti maggiori settantacinque anni, con alcune differenze tra i vari ambiti distrettuali.

Caratteristiche degli ospiti delle strutture residenziali sociosanitarie accreditate

Riguardo alla complessità degli anziani ospitati emerge come nel corso degli anni gli ospiti A (grave disturbo comportamentale) e B (elevato bisogno sanitario) siano tendenzialmente in aumento con ciò comportando anche un maggiore assorbimento di risorse assistenziali (OSS) e sanitarie (inf. e TdR).

Il grafico riporta il trend della complessità assistenziale dei pazienti inseriti in casa residenza valutata sulla base della determina del Direttore generale Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna n.7108/99.

Fig.7.5.1 - Andamento case-mix anni 2009 - 2013



Fonte: Direzione attività sociosanitaria, Azienda USL di Modena

L'offerta semiresidenziale

L'offerta dei posti in semiresidenza per anziani non autosufficienti nel territorio dell'Azienda è di 577 posti in strutture autorizzate, 446 in strutture accreditate, 433 in strutture contrattualizzate (Fonte: Regione emilia romagna SIPS e banca dati Azienda USL di Modena DSP).

L'offerta dei posti in Centro Diurno finanziata con FRNA è pari a 446, è sufficientemente articolata in ogni Distretto ed in media la % di posti in relazione ai residenti > 75 anni è pari allo 0,59%.

Domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno alle famiglie

Al domicilio con l'avvio del FRNA sono stati intensificati i progetti di vita e di cura dei soggetti fragili. Nel 2013 i costi sostenuti per gli interventi di domiciliarità, nuove opportunità assistenziali e sostegno alle famiglie, compresa l'erogazione degli assegni di cura, ha registrato per l'area anziani un importo di 12.590.355 registrato sul FRNA e di 4.425.244 imputato sul FSR.

Accoglienza temporanea di sollievo

L'accoglienza temporanea, come intervento a sostegno della permanenza al domicilio dell'anziano, è stata utilizzata per 4211 persone come si evince dalla seguente tabella. Di rilievo il numero di 591 anziani che sono stati ospitati temporaneamente presso le CRA per necessità di convalescenza e riabilitazione post-dimissione ospedaliera.

Tab.7.5.1 - Inserimenti per distretto di erogazione e tipologia di accoglienza

Distretto di erogazione	Lunga permanenza	Temporanea di Sollievo	Temporanea per convalescenza e riabilitazione post-dimissione ospedaliera	Persone con demenza nella fase con elevati disturbi comportamentali e cognitivi	Totale	%
CARPI	342	7	.	.	349	8.3
MIRANDOLA	373	66	.	43	482	11.4
MODENA	730	241	172	45	1188	28.2
SASSUOLO	449	239	143	10	841	20.0
PAVULLO NEL FRIGNANO	254	105	220	17	596	14.2
VIGNOLA	417	56	32	2	507	12.0
CASTELFRANCO EMILIA	178	46	24	.	248	5.9
TOTALE	2743	760	591	117	4211	100.0

Fonte: Banca dati FAR, Regione Emilia-Romagna

L'offerta ospedaliera

L'offerta dei posti letto ospedalieri nella Provincia di Modena è di 2629 unità, 2384 ordinari, 245 in day hospital e day surgery. I posti letto per 1000 abitanti sono 3.74, di cui per 1000 abitanti over 75 0.42 (assumendo che i posti siano ripartiti in modo proporzionale alla quota di over 75enni sulla popolazione).

Tab.7.5.2 - Posti letto ospedalieri per distretti sanitari (valore assoluto, per 1000 ab., 1000 ab. over 75)

	Popolazione residente al 01/01/2014			Posti letto a maggio 2014 - fonte RER			Posti letto *1.000 ab residenti					
Distretto Sanitario	Comple ssiva	di cui Over 75	Ospedale	PL tot ale	PL ordin ari	PL DH/ DS	PL totale		PL ordinari		PL DH/DS	
							Pop. Comple ssiva	di cui Pop 75+	Pop. Com plessiv a	di cui Pop 75+	Pop. Comp lessiv a	di cui Pop 75+
Carpi	105,458	11,224	Ospedale di Carpi	278	247	31	2.64	0.28	2.34	0.25	0.29	0.03
Mirandola	86,096	10,014	Ospedale di Mirdandola	131	116	15	1.52	0.18	1.35	0.16	0.17	0.02
Modena	184,525	22,681	NOCSAE	508	472	36	2.75	0.34	2.56	0.31	0.20	0.02
			Policlinico di Modena	689	609	80						
Sassuolo	120,038	12,106	Ospedale di Sassuolo	258	223	35	2.15	0.22	1.86	0.19	0.29	0.03
Pavullo	41,068	5,458	Ospedale di Pavullo	136	124	12	3.31	0.44	3.02	0.40	0.29	0.04
Vignola	90,151	10,066	Ospedale di Vignola	108	97	11	1.20	0.13	1.08	0.12	0.12	0.01
Castelfranco	75,473	7,319	Ospedale di Castelfranco	50	40	10	0.66	0.06	0.53	0.05	0.13	0.01
Privato Accreditato			Hesperia Hospital	125	125	0	0.18	0.02	0.18	0.02	0.00	0.00
			Prof- Fogliani	50	50	0	0.07	0.01	0.07	0.01	0.00	0.00
			Villa Igea	165	155	10	0.23	0.03	0.23	0.03	0.01	0.00
			Villa Pineta	100	95	5	0.14	0.02	0.14	0.02	0.01	0.00
			Villa Rosa	31	31	0	0.04	0.00	0.04	0.00	0.00	0.00
Provincia di Modena	702,809	78,868	Totale	2,629	2,384	245	3.74	0.42	3.39	0.38	0.35	0.04

Fonte: elaborazione su Banca dati RER - Strutture dell'offerta ospedaliera - Posti Letto

Assegno di cura anziani

L'assegno di cura è un contributo economico a favore delle famiglie e/o delle persone che si incaricano dell'assistenza ad un anziano non autosufficiente al proprio domicilio. L'assegno vuole sostenere la scelta di mantenere l'anziano al proprio domicilio, nel proprio contesto sociale e affettivo ed è alternativo all'inserimento stabile in una residenza protetta. L'accesso al contributo tiene conto della situazione economica e patrimoniale (indicatore ISEE) del solo anziano, estratta da quella del nucleo familiare di riferimento. Possono essere destinatarie dell'assegno anche le persone non familiari che assistono l'anziano, con comprovati rapporti di amicizia o di buon vicinato, verificabili da parte dell'assistente sociale responsabile del caso. E' rilevante la presenza femminile tra i beneficiari di assegno di cura, 30 % uomini e un 70% donne. Questo è spiegabile non solo attraverso il dato di aspettativa di vita per le donne maggiore di circa 6 anni rispetto agli uomini maschi, ma soprattutto ad una condizione di salute media peggiore a parità di età²³.

Tab.7.5.3 - Beneficiari assegno di cura per sesso e distretto erogatore 2009-2013

	2009			2010			2011			2012			2013		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
CARPI	71	194	265	75	216	291	67	171	238	71	192	263	79	198	277
MIRANDLA	66	180	246	43	140	183	50	162	212	42	126	168	49	113	162
MODENA	59	228	287	43	202	245	51	192	243	48	180	228	40	169	209
SASSUOLO	112	244	356	52	124	176	62	132	194	62	128	190	54	126	180
PAVULLO	56	157	213	54	155	209	42	130	172	32	120	152	32	110	142
VIGNOLA	75	237	312	59	201	260	46	195	241	45	179	224	48	166	214
CASTELFRANCO	69	153	222	58	141	199	62	133	195	52	121	173	61	133	194
totali	508	1393	1901	384	1179	1563	380	1115	1495	352	1046	1398	363	1015	1378

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia-Romagna

7.6 - I servizi per i disabili

La rete dei servizi per la disabilità è caratterizzata da una ricca articolazione di centri diurni per disabili gravi e laboratori socio occupazionali presenti in tutti i distretti. Le strutture socio riabilitative residenziali per disabili sono presenti in cinque distretti su sette con un'offerta complessiva di 141 posti, come da tabella suddivisa per ambiti distrettuali.

La particolarità della provincia di Modena è, la presenza nel capoluogo di due strutture residenziali una denominata "Co.Me.Te" di 12 posti rivolti prevalentemente a persone con disabilità multisensoriale e legata al circuito della "Lega del Filo d'Oro" e l'ASP "Charitas" con una struttura residenziale di 60 posti articolata in quattro nuclei da 15 posti per gravi e gravissimi disabili; entrambe le strutture ospitano oltre a residenti in provincia di Modena anche disabili provenienti da altre provincie della Regione e da altre Regioni.

Una criticità è rappresentata dal fatto che il numero delle persone disabili accolte dalla rete è in costante aumento nei numeri assoluti, in virtù dei nuovi casi che vengono presi in carico al compimento della maggiore età, a fronte di un finanziamento del FRNA sostanzialmente stabile. Per migliorare la continuità assistenziale e i livelli di appropriatezza è in corso di definizione un protocollo operativo che coinvolge i servizi sanitari e sociali per il passaggio al compimento del 18° anno dall'area della NPIA all'area della disabilità adulta.

L'offerta di posti residenziali e semiresidenziali

L'offerta di posti residenziali accreditati e contrattualizzati non è presente in tutti i distretti, infatti i distretti di Sassuolo e Castelfranco hanno contrattualizzato 22 posti nei distretti vicini e nelle provincie limitrofe utilizzando gli strumenti dell'accreditamento e dei progetti individualizzati.

Pertanto l'offerta complessiva di posti risulta essere superiore a quella indicata in tabella (tab.7.6.1).

²³ Chiarolanza, 2013 "La salute delle donne nella Provincia di Modena"

Tab.7.6.1 – Numero posti residenziali e semiresidenziali per disabili accreditati e contrattualizzati per distretto in provincia di Modena.

	popolazione al 1/1/2012	popolazione 15-64	residenziale	semiresidenziale
Carpi	105470	68230	17	65
Mirandola	87912	56652	11	34
Modena	185694	118613	83	99
Sassuolo	120040	79331	0	119
Pavullo	41451	26254	12	24
Vignola	90159	58254	18	66
Castelfranco	74438	49056	0	31
Totale	705164	456390	141	438

Fonte: Direzione attività sociosanitaria, Azienda USL di Modena

•Domiciliarità,nuoveopportunitàassistenziali•sostegnoallefamiglie•

La dotazione di posti semiresidenziali appare ben distribuita sui territori distrettuali in rapporto alla popolazione ricompresa tra 15 e 64 anni, anche se si osserva come il distretto di Sassuolo, in assenza di strutture residenziali per disabili abbia implementato l'offerta diurna e un conseguente rafforzamento della domiciliarità.

Nell'ambito dei servizi a sostegno della domiciliarità vengono inoltre svolti diversi interventi consistenti, oltre che nelle tre tipologie di assistenza domiciliare, socio educativa, educativa territoriale e socio assistenziale, anche nell'elaborazione di progetti che prevedono l'erogazione di assegni di cura.

In tutti i distretti è presente una rete di laboratori socio-occupazionali, finanziata con il contributo del FRNA.

Particolarmente sviluppata l'attività orientata all'inclusione sociale e lavorativa attraverso i servizi rivolti all'inserimento lavorativo, strettamente collegati con la rete di laboratori socio occupazionali prima citata..

Le risorse del FRNA impegnate in questo ambito sono state complessivamente € 10.999.765 di cui € 1.479.779 di assistenza domiciliare aggregata nelle tre diverse tipologie: socio educativa, educativa territoriale e socio assistenziale.

La spesa a carico del FSR per queste attività è stata di € 249.242.

Assegno di cura per i disabili

L'assegno di cura disabili è stato pensato come un contributo economico non a domanda ma un'opportunità di intervento della rete dei servizi destinata alla persona con disabilità grave e con gravissima disabilità acquisita. Può essere erogato direttamente alla persona disabile, alla sua famiglia o ad altre persone che si incaricano dell'assistenza. L'assegno di cura è alternativo all'inserimento in una struttura residenziale e permette alla persona con disabilità di rimanere nel proprio contesto sociale e affettivo e di condurre una vita il più possibile indipendente. L'assegno di cura viene erogato dopo la valutazione dell'UVM con operatori sociali e sanitari che elaborano un piano di assistenza personalizzato. La tabella non mostra differenze significative tra i beneficiari di genere femminile e maschile

Tab.7.6.2 - Beneficiari assegno di cura per disabili per sesso e distretto erogatore 2009-2013

	2009			2010			2011			2012			2013		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
CARPI	13	23	36	16	18	34	14	18	32	13	17	30	13	20	33
MIRANDLA	18	11	29	11	7	18	16	11	27	17	13	30	14	13	27
MODENA	16	12	28	19	10	29	15	11	26	16	13	29	19	13	32
SASSUOLO	37	37	74	33	40	73	22	26	48	19	28	47	21	26	47
PAVULLO	10	11	21	14	8	22	10	5	15	7	3	10	9	6	15
VIGNOLA	15	8	23	13	7	20	13	8	21	15	9	24	15	9	24
CASTELFRANCO	6	10	16	7	11	18	5	10	15	5	7	12	6	9	15
Totale	115	112	227	113	101	214	95	89	184	92	90	182	97	96	193

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia-Romagna

Il disabile con handicap grave può vedere il riconoscimento di assegno di € 10.33 al giorno oppure € 15.49 sempre al giorno.

E' previsto un ulteriore contributo economico per le persone con disabilità e ISEE individuale inferiore a 15.000 € che hanno stipulato un regolare contratto con un assistente familiare (badante) per almeno 20 ore settimanali.

Tab. 7.6.3 - Beneficiari assegni di cura per disabili per distretto e livello assegno

DISTRETTO EROGATORE	Alto	Medio	Totale
CARPI	13	20	33
MIRANDLA	6	21	27
MODENA	22	10	32
SASSUOLO	2	45	47
PAVULLO	8	7	15
VIGNOLA	7	17	24
CASTELFRANCO	10	5	15
Totale	68	125	193
% per tipologia importo	35%	65%	100%

Fonte: Banca dati SMAC, Regione Emilia-Romagna

7.7. Gravissima disabilità acquisita: il consolidamento e lo sviluppo dei servizi territoriali

La delibera 2068/04 della Regione E-R ha disegnato un modello organizzativo di rete dei servizi socio-sanitari e standard di offerta dei servizi di assistenza al domicilio e residenziali rivolti alle persone con gravissime disabilità acquisite. Le indicazioni riportate nella delibera si rivolgono alle persone che acquisiscono disabilità gravissime a seguito di patologie/deficit che si manifestano in età adulta, derivanti da varie cause (traumi, malattie cronico-degenerative) e che provocano una grave dipendenza fino a raggiungere situazioni di totale non autosufficienza e/o di minima coscienza. La delibera 2068 rappresenta anche un intervento mirato all'attuazione delle disposizioni regionali vigenti nell'ambito dei LEA. La gestione di queste situazioni richiede l'attivazione di interventi ad elevata valenza sanitaria e socio-assistenziale con programmi articolati in grado di considerare la persona nella sua globalità, garantendo un'assistenza continua che può andare da alcuni mesi a tutto il corso della vita. In considerazione di ciò l'Azienda USL con proprio documento di programmazione ha dato applicazione ai contenuti della DGR 2068/2004, prevedendo nello specifico percorsi di accesso e "presa in carico" dedicati e l'adozione di strumenti organizzativi (Gruppi di coordinamento aziendale, equipe multiprofessionali distrettuali, responsabile del caso) per garantire l'accesso alla rete dei servizi territoriali e un progetto personalizzato di assistenza.

Figura centrale diventa il medico fisiatra per il passaggio dalla fase riabilitativa alla fase degli esiti. Con il documento di programmazione sulla Gravissima Disabilità Acquisita si sono identificati percorsi assistenziali domiciliari e specifiche soluzioni residenziali con caratteristiche definite per i bisogni delle persone disabili e dei loro familiari. Si tratta di soluzioni residenziali e per situazioni stabilizzate, una volta che il percorso riabilitativo è stato completato, individuate, salvo alcune eccezioni, all'interno delle CRA, finalizzate comunque, per quanto possibile, al rientro/mantenimento al domicilio.

I programmi di assistenza domiciliare vedono una forte impegno dell'assistenza domiciliare integrata tesa orientata a supportare i care givers nell'attività di assistenza.

Tab.7.7.1 - Inserimenti Residenziali per Distretto erogatore e Anno

Distretto erogatore	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CARPI	5	15	6	7	9	10
MIRANDOLA	5	4	6	6	2	5
MODENA	19	24	20	15	15	15
SASSUOLO	10	8	13	15	4	14
PAVULLO NEL FRIGNANO	3	3	8	7	9	3
VIGNOLA	4	5	8	6	6	3
CASTELFRANCO EMILIA	5	9	10	7	7	9
TOTALE	51	68	71	63	52	59

Fonte: Banca dati GRAD, Regione Emilia-Romagna

La parte residenziale è caratterizzata prevalentemente da nuclei dedicati all'interno di CRA e da inserimenti con progetti personalizzati. Tali posti sono utilizzati anche per l'accoglienza temporanea di sollievo. Per l'anno 2013 le persone ospitate in strutture residenziali sono state 59.

Nella tabella seguente l'andamento nel corso degli anni delle giornate di presenza in struttura residenziale

Tab.7.7.2 - Offerta - Assistenza residenziale - - Giornate di Assistenza Residenziale nell'anno per Distretto erogatore periodo 2008-2013

Distretto erogatore	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CARPI	875	1822	1698	1645	2006	2095
MIRANDOLA	677	1092	1086	1842	632	785
MODENA	479	6737	631	4224	5106	4938
SASSUOLO	2674	2419	3947	4017	137	2851
PAVULLO NEL FRIGNANO	1076	547	765	1021	879	926
VIGNOLA	1385	1293	850	784	558	518
CASTELFRANCO EMILIA	1279	2524	3524	2045	2331	305
TOTALE	12756	16434	1818	15578	12882	15163

Fonte: Banca dati GRAD, Regione Emilia-Romagna

Assegno di cura ai disabili con Gravissima disabilità acquisita

L'assegno di cura Gravissima Disabilità Acquisita viene erogato dopo la valutazione dell'UVM con operatori sociali e sanitari che elaborano un piano di assistenza personalizzato.

L'assegno non è un contributo economico a domanda ma un'opportunità di intervento della rete dei servizi.

La quota giornaliera commisurata alla gravità è prevista in € 23,00 giornaliere oppure, sulla base di precisi criteri indicati da provvedimenti regionali, € 34,00 sempre giornaliere.

E' previsto un ulteriore contributo economico per le persone con disabilità e ISEE individuale inferiore a 15.000 € che hanno stipulato un regolare contratto con un assistente familiare (badante) per almeno 20 ore settimanali.

La tabelle seguenti mostrano il numero di assegni di cura erogati negli ultimi anni dettagliando per l'anno 2013 gli assegni di fascia superiore erogati secondo gli indirizzi della regione.

Tab.7.7.3 - Contratti di assegno cura per Distretto erogatore e periodo 2008 - 2013

Distretto erogatore	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CARPI	6	13	9	6	10	15
MIRANDOLA	2	2	6	5	1	14
MODENA	9	13	15	23	20	28
SASSUOLO	10	9	8	15	1	13
PAVULLO NEL FRIGNANO	5	3	9	6	10	10
VIGNOLA	8	7	4	15	12	6
CASTELFRANCO EMILIA	6	6	7	4	2	5
TOTALE	46	53	58	74	56	91

Fonte: Banca dati GRAD, Regione Emilia-Romagna

Tab.7.7.4 - Contratti assegno di cura per distretto erogatore e per importo giornaliero.

DISTRETTO EROGATORE	€ 23,00	€ 34,00	TOTALE
CARPI	13	2	15
MIRANDOLA	7	7	14
MODENA	27	1	28
SASSUOLO	7	6	13
PAVULLO	6	4	10
VIGNOLA	0	6	6
CASTELFRANCO	4	1	5
TOTALE	64	27	91

Fonte: Banca dati GRAD, Regione Emilia-Romagna

La tabella mostra come nell'assistenza domiciliare a pazienti con GDA la percentuale maschi e femmine sia all'incirca la stessa. Nel tempo il numero di assistiti non si è discostato di molto nei numeri assoluti.

Tab.7.7.5 - assistiti al domicilio pazienti con GDA per sesso e distretto erogatore

Distretto erogatore	2009			2010			2011			2012			2013		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
CARPI	10	4	14	8	6	14	9	5	14	7	4	11	7	10	17
MIRANDLA	3	0	3	7	0	7	4	0	4	3	1	4	6	1	7
MODENA	18	15	33	19	21	40	15	18	33	20	20	40	18	21	39
SASSUOLO	7	7	14	7	7	14	12	8	20	2	2	4	10	6	16
PAVULLO	4	7	11	7	5	12	6	1	7	6	2	8	5	1	6
VIGNOLA	8	7	15	5	5	10	6	3	9	5	3	8	6	3	9
CASTELFRANCO	9	1	10	12	1	13	9	0	9	6	2	8	5	3	8
TOTALE	59	41	100	65	45	110	61	35	96	49	34	83	57	45	102

Fonte: Banca dati GRAD, Regione Emilia-Romagna

Assegni di cura a favore di minori in condizione di gravissima disabilità (dgr.840/08)

I pazienti minori di età sono stati oggetto di attenzione normativa relativamente alla possibile erogazione di assegno di cura solo a partire dal 2008 con il provvedimento di Giunta Regionale n.840/200, la Regione, nel ridefinire i criteri di accesso, ha modificato ed integrato la delibera n. 2068/04 stabilendo che gli interventi da essa previsti dovessero essere assicurati anche in:

presenza di deficit e situazioni funzionali completamente assimilabili a quelli già individuati con la DGR 2068/04 insorti anche prima del diciottesimo anno di età ed in particolare mielolesioni, gravi cerebrolesioni e patologie neurologiche degenerative;

limitate ed eccezionali situazioni di minori di età che in conseguenza di gravi patologie presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non potere seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi;

Da quanto sopra illustrato appare chiaramente che il beneficio economico dell'assegno di cura a favore di minori possa essere erogato solo nelle situazioni di minori affetti da gravissime disabilità e che tale beneficio rientra all'interno di un progetto di vita e di cura redatto dall'equipe multiprofessionale composta da professionisti sociali e sanitarie che in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale effettuano una valutazione integrata circa la condizione socio-sanitaria e la presenza dei requisiti per l'accesso al beneficio.

La tabella mostra il numero assoluto, suddiviso per distretto erogatore, di assegni di cura a favore di disabili gravissimi in età minore. L'età media dei soggetti beneficiari è di 8,34 con un range compreso da 2 a 17 anni

Tab.7.7.6 - Contratti assegno di cura per minori con GDA per distretto erogatore

DISTRETTO EROGATORE	assegni
CARPI	4
MIRANDLA	1
MODENA	6
SASSUOLO	0
PAVULLO	1
VIGNOLA	2
CASTELFRANCO	1
Totale	15

Fonte: Azienda USL di Modena applicativo OSLO

Percorso di presa in carico dei disabili al compimento della maggiore età

L'organizzazione dell'assistenza alle persone con disabilità/fragilità prevede che, fino al compimento della maggiore età, il servizio di riferimento sia il Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), mentre nell'età adulta i servizi sanitari di riferimento diventano plurimi e ad essi si affianca anche il servizio sociale che detiene la titolarità del progetto complessivo di vita.

Tale fase nel tempo ha mostrato elementi di criticità comportando talvolta momenti di discontinuità nella continuità della presa in carico.

A partire dal riconoscimento della necessità di presidiare il momento del passaggio della presa in carico dal punto di vista sanitario, nel corso del 2013 la Direzione Socio Sanitaria si è attivata, unitamente al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, al Dipartimento di Cure Primarie, dando avvio ad un gruppo di lavoro per la definizione di un protocollo aziendale con l'obiettivo di creare delle regole condivise tese a garantire la continuità della presa in carico clinica, riabilitativa e assistenziale.

Attività "servizi socio-sanitari specialistici per le persone con demenza"

Con l'avvio del percorso di accreditamento (DGR 514/2009) tutti i servizi della rete per anziani non autosufficienti (domiciliari, residenziali e semiresidenziali) della provincia di Modena sono chiamati, in considerazione dell'elevato impatto epidemiologico della malattia nei servizi dedicati alla non autosufficienza) a produrre un programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza alle persone affette da demenza attraverso la messa a punto delle seguenti azioni:

- modalità di presa in carico dei pazienti e sostegno dei familiari,
- ambienti ed ausili adeguati,
- attività formativa specifica degli operatori e dei familiari, contrasto burn-out,
- programma delle attività (stimolazione, socializzazione, contenimento disturbi comportamentali, trattamenti farmacologici, prevenzione complicanze),
- programmazione e monitoraggio attività con valutazione multidimensionale.

Solo una piccola parte di questa attività di miglioramento è stata intrapresa nel 2011 -2013 ma dovrà proseguire a tutto il 2014-2015 in linea con il percorso di accreditamento previsto dalla normativa regionale.

La rete dei servizi specialistici per le demenze (di 2° livello) evidenzia al 31.12.2013 la presenza di :

- 1) n° 2 Centri Diurni Demenze (Centro Diurno Demenze c/o RSA "9 Gennaio" e Centro Diurno Mingucci) nel Distretto di Modena e n° 1 situato nel Distretto di Carpi (Centro Diurno Alzheimer "De Amicis")
- 2) n° 4 Nuclei Demenze per assistenza residenziale temporanea dislocati rispettivamente nei Distretti di Mirandola (Centro Integrato Servizi Anziani ASP), Modena (RSA 9 Gennaio), Pavullo (Centro Servizi per la Terza Età "Francesco e Chiara") e Sassuolo (presso "Opera Pia Castiglioni" di Formigine). (Tab.7.7.7)

Tab.7.7.7 – Posti nei Centri residenziali e semiresidenziali specialistici per le demenze di 2° livello della provincia di Modena

Distretto	Centro Diurno Demenze	Nucleo Demenze per assistenza residenziale temporanea
Carpi	Centro Diurno "De Amicis" 23 posti	
Mirandola		Centro Integrato Servizi Anziani 15 posti
Modena	Centro Diurno "9 gennaio" 20 posti Centro Diurno Mingucci 20 posti	RSA "9 gennaio" 20 posti
Sassuolo		Opera Pia Castiglioni Formigine 10 posti
Pavullo		Centro Servizi per la Terza Età Francesco e Chiara 7 posti
Vignola		
Castelfranco Emilia		
Totale posti	63	52

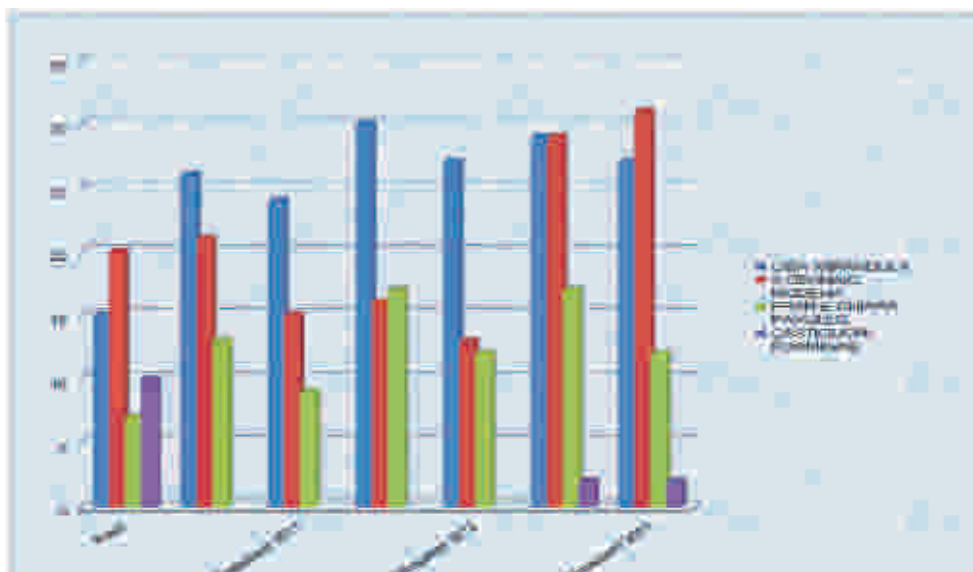
Fonte: Relazione Annuale Progetto Demenze Ausl di Modena, De Salvatore, De Vreese, Fabbo

Il Nucleo Specialistico per le Demenze della RSA "9 Gennaio" di Modena (20 posti letto) ha effettuato nel 2013 n°29 ricoveri con 31 dimissioni (rientro a domicilio).

Il Nucleo Specialistico per le Demenze "Francesco e Chiara" di Pavullo (7 posti letto) ha effettuato nel corso del 2013 n°17 ricoveri con 12 dimissioni.

Il Nucleo Specialistico per le Demenze "CISA di Mirandola" (9 posti letto + 6 a lunga permanenza) ha effettuato nel 2013 n° 29 ricoveri con 27 dimissioni.

Fig. 7.7.1 – Ricoveri presso Nuclei Demenze Temporanei Provincia di Modena: confronto fra accessi e dimissioni 2011-2013



Fonte: Relazione Annuale Progetto Demenze Ausl di Modena, De Salvatore, De Vreese, Fabbio

Per quanto riguarda i Centri Diurni Alzheimer (63 posti semiresidenziali nella rete provinciale di cui n°40 c/o il Distretto di Modena e n° 23 c/o il Distretto di Carpi) i dati di attività 2011-2012 confermano che questi servizi dovrebbero implementare il lavoro sulla temporaneità legata alla gestione dei disturbi comportamentali.

Fig.7.7.2 – Turn-over ospiti dei CD Alzheimer della Provincia di Modena 2011-2012



Fonte: Relazione Annuale Progetto Demenze Ausl di Modena, De Salvatore, De Vreese, Fabbio

7.8--L'inserimento nel mondo del lavoro

L'inserimento lavorativo dei soggetti deboli costituisce un aspetto cruciale del più ampio processo di inclusione, di reinserimento sociale e promozione della salute.

L'art. 14 della Legge 68/99 sul collocamento mirato dei disabili prevede l'istituzione da parte delle regioni del Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili, da destinare al finanziamento dei programmi regionali di inserimento lavorativo e dei relativi servizi. La regione Emilia Romagna istituisce il suddetto fondo nel 2005 precisamente all' art. 19 della legge regionale 17/2005. Per il triennio 2011-2013 la Giunta Regionale ha approvato gli indirizzi per l'utilizzo del Fondo regionale per l'occupazione dei disabili e i criteri di riferimento per la programmazione delle risorse da parte delle Province finalizzate ad assicurare il diritto al lavoro e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità, attraverso il sostegno e l'accompagnamento al lavoro

Tenuto conto delle normative nazionali e regionali e considerato gli indirizzi della Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria nel 2011 è stato siglato un protocollo d'intesa tra la Provincia di Modena, l'Azienda Usl di Modena, i Comuni Capi Distretti di Modena, Castelfranco Emilia, Carpi, Sassuolo, Pavullo nel Frignano, Vignola e Mirandola e L'INAIL di Modena. Finalità del protocollo è di rafforzare la collaborazione e l' integrazione interistituzionale tra i soggetti che sul territorio si occupano a vario titolo di inserimento lavorativo di persone con disabilità o in condizione di svantaggio personale o sociale al fine creare le condizioni per aumentare il numero degli inserimenti e migliorarne l'efficacia in termini di stabilità occupazionale. Per garantire tali obiettivi sono previsti ed attivi un "Coordinamento Provinciale per lo sviluppo e la promozione di politiche per l'inserimento lavorativo" e le "Equipe operative territoriali" con il compito proporre, definire ed attuare progetti personalizzati di inserimento lavorativo di persone con disabilità, compresi gli invalidi del lavoro, e/o condizioni di svantaggio che necessitano di azioni integrate di supporto, con l'utilizzo di tutta la gamma di strumenti

Il Coordinamento Provinciale ha il compito di favorire la condivisione di procedure e metodologie uniformi sul territorio provinciale e l' individuazione di criteri omogenei di accesso alle azioni messe in campo dalle equipe professionali territoriali, inoltre definisce, ai fini della programmazione, i criteri e modalità di riparto ed utilizzo delle risorse previste dal fondo regionale per l'occupazione dei disabili.

Per il triennio 2011- 2013 le risorse del Fondo Regionale assegnate alla Provincia di Modena sono state le seguenti (Tab.7.8.1):

Annualità	Risorse Fondo regionale disabili
2011	1.155.098
2012	1.100.000
2013	1.377.000

Si precisa che l'anno di finanziamento sostiene le attività dell' anno successivo, pertanto i Fondi dell'Anno 2011 hanno finanziato le attività svolte nell' anno 2012 con un totale dei progetti di tirocinio realizzati dalle equipe territoriali operative dei Distretti della Provincia di Modena sono stati 768 ed hanno riguardato 547 cittadini.

Nel 2013 si è dato continuità all' attività prevista dal protocollo, con l' assegnazione ai Distretti delle risorse previste dal Fondo Regionale per l'occupazione dei disabili e la relativa programmazione e realizzazione degli interventi, tra cui anche progetti personalizzati di inserimento che prevedono azioni integrate con i servizi socio-sanitari territoriali. I singoli Distretti provvederanno a comunicare alla Direzione delle politiche del Lavoro della Provincia di Modena le attività svolte nel 2013 che saranno oggetto di rendicontazione quanti e qualitativa.

7.9--Accertamento della disabilità

(L.R. 4/2008 relativa a "Disciplina degli accertamenti della disabilità; ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale")

L'art. 20 della L. 102/2009, di conversione del D.L. 78/09, prevede che a partire dal 1 gennaio 2010 le domande finalizzate al riconoscimento della Disabilità (accertamento dello stato di invalidità civile, cecità e sordità civile, condizione di handicap, collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità ai sensi della L.68/99) debbano essere presentate all'INPS per via telematica.

La domanda può essere presentata dal cittadino interessato (previa richiesta del PIN personale) o dagli Enti di Patronato e dalle Associazioni di categoria (ANMIC, UIC, ENS, ANFASS) abilitati all'acquisizione ed alla trasmissione della domanda; deve essere accompagnata da certificato medico redatto ed inviato da un medico abilitato alla compilazione telematica.

Le Commissioni Mediche dell'Azienda USL possono essere integrate da un medico INPS quale componente effettivo.

Alla luce delle norme di cui alla L. 102/09 e, tenuto conto della Legge Regionale 4/08, questa Struttura è impegnata nello sviluppo e miglioramento della cooperazione applicativa fra il sistema informatico INPS ed i sistemi informatici AUSL (INVCIV2010-RURER) nell'ambito delle competenze in materia di accertamento di disabilità, volta all'ottimizzazione dei reciproci adempimenti con abbattimento dei tempi di attesa tra presentazione domanda di disabilità e convocazione a visita medica.

Le convocazioni a visita sono effettuate dall'Azienda USL per garantire maggiore funzionalità e qualità del percorso di accertamento, nel rispetto della LR 4/2008: per consentire un'adeguata e rapida istruttoria della pratica, gli Enti di Patronato consegnano la documentazione sanitaria agli Uffici Disabilità dell'Azienda USL al fine di prevedere la visita presso la Commissione integrata dalla specialista più idoneo al tipo di patologia presentata dal cittadino in modo da non creare inutile dispendio di risorse e contribuire a ridurre i tempi di attesa. L'accertamento definitivo è effettuato dal Centro Medico Legale INPS che provvede

poi alla trasmissione del verbale al cittadino richiedente. Costante la partecipazione - proprio nell'ottica della miglior tutela del soggetto disabile- di un medico legale dell'Azienda USL al Comitato Tecnico provinciale di Modena (L. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei soggetti disabili") oltre che all'attività dell'Organismo Tecnico di Valutazione (L.R. 1472/2013 e s.m.i.) e dei Tavoli Distrettuali della Provincia di Modena finalizzati all'inserimento e all'integrazione lavorativa delle persone con disabilità nell'ambito del

protocollo di intesa sottoscritto tra Provincia di Modena, Comuni Capo di Distretto o relative Unioni, e l'Azienda USL di Modena. Nella medesima ottica il percorso in essere (DGR 1851/12 e s.m.i) per la valutazione dei minori anche ai fini della valutazione per il sostegno scolastico.

Invariato l'iter procedurale relativo all'istanza di Riesame (L.R. 4/2008): le domande sono presentate all'Azienda USL che, nell'ambito di una specifica Commissione eventualmente integrata da Medico INPS, può riformulare il giudizio precedentemente espresso. In tali casi il nuovo verbale sarà sottoposto alla valutazione della Direzione INPS. sono presentate all'Azienda USL che, nell'ambito di una specifica Commissione eventualmente integrata da Medico INPS, può riformulare il giudizio precedentemente espresso. In tali casi il nuovo verbale sarà sottoposto alla valutazione della Direzione INPS.

Tab.7.9.1 - Consuntivo attività accertamenti disabilità 2013 e storico 2012

	Invalidità civile		Handicap ex L.104/92		Collocamento mirato al lavoro ex L.68/99		Sordità civile		Cecità civile	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Domande ricevute	12003	13687	10983	12662	1790	1787	82	83	226	214
Sedute effettuate¹	1306	1332	1315	1390	412	728	17	17	26	23
Visite effettuate^{2,4}	12111	12926	11017	11983	1208	1262	24	24	146	159
Persone visitate	11770	12541	10812	11762	1191	1244	24	24	145	159
Tempo medio di attesa³	38 . 57	46	39	46	66	63	56 .1	63	68	64

- 1 Il numero di sedute effettuate si riferisce sia a sedute standard (16/18 persone) che a sedute ad esempio, di visite domiciliari con un numero inferiore di persone visitate.
- 2 Il numero di visite effettuate può risultare superiore alle domande ricevute in considerazione: della giacenza di domande in attesa di convocazione fra la fine del 2012 e il 2013; dei quadri non stabilizzati con necessità di rivalutare la persona a distanza di qualche mese; delle revisioni d'ufficio disposte nello stesso anno.
- 3 numero medio di giorni che intercorrono tra la data di registrazione della domanda e la visita
- 4 Il numero di visite effettuate non coincide con il numero delle domande ricevute in considerazione di quelle domande che vengono respinte per mancanza dei requisiti previsti dalla Legge.

Nel corso del 2013 sono state rilasciate n.1463 certificazioni ai sensi della L.80/06 (pazienti oncologici) e sono state effettuate n.1161 visite domiciliari.

Il volume complessivo di attività ha registrato un aumento rispetto al 2012 pari a circa il 7% (25730 vs 23942); tale incremento inerisce soprattutto l'accertamento dell'invalidità civile e della condizione di handicap ai sensi della L.104/92 mentre sostanzialmente sovrapponibili risultano le istanze relative agli altri accertamenti.

L'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa medio entro i 60 giorni è stato comunque raggiunto per la pressoché totalità delle tipologie di accertamento: ai limiti superiori quelli relativi a L.68/99, cecità e sordità civile seppure in sensibile diminuzione rispetto all'anno precedente. Nel corso del 2013 sono inoltre state rilasciate n. 430 certificazioni scolastiche (Delibera Regionale n.1/2010).

Tab. 7.9.2 - Consuntivo attività accertamenti disabilità 2013 e storico 2012 per distretto

	Invalidità civile						Handicap ex L.104/92						Collocamento mirato al lavoro ex L.68/99					
	Carpi	Mirandola	Modena e Castelfranco	Pavullo n/F	Sassuolo	Vignola	Carpi	Mirandola	Modena e Castelfranco	Pavullo n/F	Sassuolo	Vignola	Carpi	Mirandola	Modena e Castelfranco	Pavullo n/F	Sassuolo	Vignola
Domande ricevute	2112	1843	5254	794	2071	1612	1997	1699	4842	714	1926	1484	321	198	718	103	283	176
Sedute effettuate 1	181	186	568	65	195	137	184	182	612	65	194	153	105	73	311	38	124	82
Visite effettuate 2,4	1809	1574	5312	749	2013	1467	1744	1477	4704	690	1940	1412	223	147	518	53	190	126
Persone visitate	1767	1541	5126	726	1952	1427	1715	1455	4611	675	1902	1388	220	144	510	52	188	125
Tempo medio di attesa ³	48.2	52.4	43.9	40.3	35.5	50.1	48.3	53.0	44.5	40.7	35.6	50.2	64.7	78.3	67.3	42.8	41.3	81.3

- 1 Il numero di sedute effettuate si riferisce sia a sedute standard (16/18 persone) che a sedute ad esempio, di visite domiciliari con un numero inferiore di persone visitate.
- 2 Il numero di visite effettuate può risultare superiore alle domande ricevute in considerazione: della giacenza di domande in attesa di convocazione fra la fine del 2012 e il 2013; dei quadri non stabilizzati con necessità di rivalutare la persona a distanza di qualche mese; delle revisioni d'ufficio disposte nello stesso anno.
- 3 numero medio di giorni che intercorrono tra la data di registrazione della domanda e la visita
- 4 Il numero di visite effettuate non coincide con il numero delle domande ricevute in considerazione di quelle domande che vengono respinte per mancanza dei requisiti previsti dalla Legge.

7.10. La mediazione linguistico-culturale

Per favorire la fruibilità e l'accessibilità ai servizi da parte della popolazione immigrata l'azienda USL mette in campo diverse azioni volte al superamento delle barriere linguistiche e culturali. In particolare in Azienda è attivo il servizio di mediazione linguistica culturale garantito dalla Coop Gulliver che si è aggiudicata la gara di appalto quadriennale per il periodo 1 luglio 2010 - 30 giugno 2014 per la gestione del servizio di mediazione culturale all'interno di tutti i servizi territoriali ed ospedalieri della Provincia di Modena. Le tipologie di intervento previste sono: presenza fissa e continuativa, programmata entro 48 ore, urgente entro 2/3 ore, telefonica. La disponibilità del servizio viene garantita h.24 attraverso la reperibilità telefonica dei mediatori. Merita una precisazione l'organizzazione del servizio all'interno dell'Ospedale di Baggiovara che vede la presenza fissa, tutti i giorni dell'anno per 8 ore al giorno, di un mediatore culturale per le lingue inglese, francese e spagnolo, che svolge anche la funzione di accoglienza mentre per le altre lingue il servizio è a chiamata. L'orientamento del servizio si fonda sulla competenza e neutralità del mediatore che deve garantire professionalità e tutela della privacy.

Nell'anno 2013 sono stati effettuati n. 3944²⁴ (di cui 197 telefonici) interventi di mediazione interculturale. Benché le nazionalità presenti sul territorio della Provincia di Modena siano numerose, il 95,5% delle richieste afferisce a 9 aree linguistiche differenti, di seguito elencate in ordine di numerosità degli interventi: arabo, cinese, indopakistana, inglese, turco, francese, cingalese, albanese e russo.

²⁴ Il numero interventi fa riferimento al numero di attivazioni di mediazione di qualsiasi di tipo per lingua, (tale dato non corrisponde le teste)

Il Servizio di Mediazione Interculturale presso l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico di Modena è stato garantito dall'anno 2002 da "Integra Cooperativa Sociale".

A far tempo dal 1 ottobre 2011 il servizio viene erogato da Cooperativa Gulliver (gara congiunta con Azienda Usi in scadenza il 30/06/2014).

E' costituito da un'equipe di mediatori, che opera con presenza fissa e continuativa presso il Policlinico nell'ufficio collocato al primo piano dell'ingresso 1 del Policlinico dotato di strumentazione telefonica per contatti immediati, e da un gruppo di mediatori di differente nazionalità, con esperienza nel settore socio-sanitario, che interviene in relazione alle necessità urgenti o programmate dei differenti reparti. Il servizio viene erogato h. 24 tramite il supporto di diverse soluzioni di comunicazione, quali la presenza fissa del mediatore, la reperibilità telefonica ed il coordinamento del fornitore del servizio.

La deontologia che orienta il Servizio si fonda sulla competenza e sulla neutralità del mediatore, che deve garantire professionalità e tutela della privacy del paziente. Il servizio si impegna inoltre a garantire, su casi di assistenza programmata e per quanto possibile anche a fronte di richieste urgenti, la continuità del mediatore su uno stesso caso al fine di favorire una relazione di fiducia. Le mediatrici in presenza fissa e continuativa dell'Ufficio Mediazione Interculturale di area linguistica anglofona ed arabofona rispondono ad un numero di reperibilità dedicato e reso disponibile all'interno di tutti i reparti. Tale numero garantisce un contatto diretto ed attivo 24/24h tra gli operatori dei reparti e le mediatrici fisse, anche quando queste non sono presenti presso l'Ufficio e consente una consulenza telefonica diretta su casi che le mediatrici hanno seguito in orario diurno e/o l'eventuale attivazione delle stesse e in orario notturno e festivo.

Un servizio di reperibilità telefonica attivo 24/24 h è inoltre presente in forma diretta per le lingue cinese, turco ed albanese, mentre è attivo un servizio di reperibilità 24/24 h per tutte le altre lingue cui risponde un operatore telefonico deputato all'attivazione del mediatore/interprete per la lingua richiesta entro 3 ore dalla ricezione della chiamata.

Per tutte le altre lingue, le richieste di tipo programmato ed urgente in presenza, vengono espletate da mediatori interculturali, od in taluni casi urgenti da interpreti linguistici, che si recano in Azienda entro 3 ore dalla chiamata. I mediatori interculturali che svolgono la propria attività all'interno del servizio sono di sesso sia maschile che femminile e provengono da differenti aree geografiche: Africa Sub-sahariana (anglofona e francofona), Nord Africa, America Latina, Europa Orientale, Medio ed Estremo Oriente. Tali mediatori sono stati precedentemente selezionati e formati.

Sono state identificate diverse tipologie di mediazione tra queste le principali sono:

- mediazione in presenza fissa e continuativa
- mediazione in presenza programmata
- mediazione urgente

Nell'anno 2013 al Policlinico sono stati effettuati 11.729 interventi di mediazione interculturale.

Tab.7.10.1 - Risorse mediazione culturale presidi ospedalieri (in euro)

Dipartimenti e presidio ospedaliero	Risorse
PRESIDIO OSPEDALIERO Compreso baggiovara e Spa Sassuolo	205854
DACP	155618
DSM-DP	18042
DSP	1032
ALTRI SERVIZI	198
POLICLINICO	180000
TOTALE	560743

Fonte dati: Controllo di gestione e Facility Management" AUSL Modena e Controllo di gestione SPA Sassuolo, Controllo di gestione Policlinico

Analizzando l'anno 2013 con riferimento all'attività di mediazione svolta presso i servizi territoriali ed ospedalieri, sono state utilizzate per l'ASL 7549 ore di mediazione interculturale di cui il 69% fisse, il 29% programmate (entro 48 ore) e il 2% urgenti (entro 2/3 ore) a cui si aggiungono n.197 interventi di mediazione telefonica, mentre per il policlinico sono state utilizzate 5.407 ore di mediazione interculturale di cui il 49% fisse, il 26% programmate, il 25% urgenti a cui si aggiungono 1.105 interventi di mediazione telefonica.

Tab. 7.10.2 – Interventi di mediazione culturale per lingua – anno 2013

LINGUA	Ausl	Policlinico	totale
ARABA	1120	843	1963
CINESE	918	561	1479
INGLESE	378	699	1077
INDOPAKISTANA	580	474	1054
TURCA	208	110	318
ALBANESE	87	193	280
CINGALESE	130	142	272
RUSSA	41	154	195
RUMENA	22	121	143
FRANCESE	32	72	104
BENGALESE	21	27	48
SPAGNOLA	7	34	41
FILIPPINA	3	37	40
POLACCA	3	19	22
PERSIANA	5	14	19
TEDESCA		13	13
PORTOGHESE		7	7
BULGARA	2	2	4
CECA	2	2	4
EX SERBOCROATA		4	4
ETIOPE	1		1
SOMALA		1	1
UNGHERESE		1	1
TOTALE	3560	3530	7090

* il dato non comprende l'attività svolta presso il NOCSAE di Baggiovara

Prendendo a riferimento l'orario di mediazione emerge che la fascia 8.00-18.00 raggruppa il 98% degli interventi, di cui il 70% si concentra nella fascia oraria del mattino (8.00-15.00).

La distribuzione delle richieste di mediazione negli ambiti territoriali mostra differenze rilevanti (Tab. 2) che evidenziano una disomogeneità nell'utilizzo del servizio. Tale osservazione non può essere fatta per il Policlinico dove , da un lato, la centralizzazione di tutti i servizi, dall'altro, la presenza del servizio di intermediazione già attivo da molti anni garantisce una omogeneità di richiesta tra i diversi settori.

Tab. 7.10.3 - Ore di utilizzo per distretto e tipologia di intervento – anno 2013

DISTRETTO	ORE FISSE	ORE PROG.	ORE URG.	TOT ORE	% TOT	MED. TELEFONICA
CARPI	2760	507	75	3343	26%	26
CASTELFRANCO	194	111	5	310	2%	26
MIRANDOLA	724	60	12	796	6%	12
MODENA	604	642	32	1277	10%	65
PAVULLO	189	15	3	206	2%	7
SASSUOLO	664	285	31	980	8%	7
VIGNOLA	246	385	7	638	5%	54
TOTALE Ausl	5380	2004	165	7549	58%	197
POLICLINICO	2634	1378	1395	5407	42%	1105
Totale	8014	3382	1560	12956	100%	1302

Tab. 7.10.4 - Distribuzione di frequenza ore di utilizzo per distretto e tipologia di intervento – anno 2013

DISTRETTO	ORE FISSE	ORE PROG.	ORE URG.
CARPI	34%	15%	5%
CASTELFRANCO	2%	3%	0%
MIRANDOLA	9%	2%	1%
MODENA	8%	19%	2%
PAVULLO	2%	0%	0%
SASSUOLO	8%	8%	2%
VIGNOLA	3%	11%	0%
TOTALE Ausl	67%	59%	11%
POLICLINICO	33%	41%	89%
Totale	100%	100%	100%

Tale fenomeno nell'AUSL è solo in parte riconducibile alla distribuzione della popolazione straniera nei diversi territori (e rispetto al Policlinico che vede centralizzati tutti i propri servizi), occorre infatti considerare altre variabili relative ad una disomogenea informazione e conoscenza del servizio tra gli operatori anche rispetto a: tipologie di intervento, modalità di attivazione, recapiti telefonici, orari e sedi della mediazione fissa e a volte una propensione all' utilizzo dei familiari/accompagnatori per tradurre e comunicare con i pazienti stranieri.

Tab.7.10.5 - Ore di utilizzo per servizio e tipologia di intervento –Ausl MO - anno 2013

SERVIZI	ORE FISSE	ORE PROGRAMMATE	URGENTI	ORE TOTALI	% SUL TOTALE	MEDIAZIONE TELEFONICA
SALUTE DONNA	2766	1252	33	4051	37%	127
OSPEDALE*	2393	262	99	2754	54%	42
PEDIATRIA COMUNITÀ	171	23	2	196	3%	6
DSM-DP	30	316	24	370	5%	12
DSP	-	2	2	4	0%	0
ALTRI SERVIZI	19	149	6	174	2%	10
TOTALE	5380	2004	165	7549	100%	197

* esclusa l'attività del NOCSAE di Baggiovara

Come si evince dalla Tabella 7.10.5, per quanto riguarda l'Azienda Usl i servizi che utilizzano maggiormente la mediazione sono la Salute Donna e l'Ospedale. Per la Salute Donna abbiamo rilevato una distribuzione nell'uso abbastanza omogenea su tutto il territorio aziendale, mentre per Ospedale si registra una significativa concentrazione di attività negli stabilimenti di Carpi e Mirandola.

In occasione della scadenza della convenzione prevista nel 2014 si ritiene opportuno attivare un percorso di valutazione per capire se le modalità di organizzazione e di erogazione del servizio rispondono ai bisogni dei professionisti e degli utenti. Sarà importante definire gli aspetti positivi e le criticità al fine di individuare eventuali azioni di miglioramento per una gestione più efficace ed efficiente della comunicazione con i cittadini stranieri ai fini di favorire l'accoglienza, l'accessibilità e trasparenza delle informazioni e il raggiungimento di obiettivi di salute.

Per quanto riguarda il Policlinico si conferma un utilizzo omogeneo della risorsa di mediazione interculturale all'interno dell'azienda, si stanno progettando azioni di miglioramento volte a:

- il mantenimento, dopo una fase di sperimentazione, del Progetto "Pronto Pipol": una linea skype diretta con il mediatore;

- la definizione di un cedolino elettronico per agevolare le chiamate ai mediatori;

- l'utilizzo, tramite un software dedicato, della chiamata elettronica dai diversi reparti

7.11. Ufficio Tutela

L'Ufficio Tutela è inserito nell'ambito della Direzione Socio Sanitaria dell'Azienda USL di Modena.

Istituito con atto deliberativo n. 890 del 10 agosto 1999, inizialmente attivo per supportare i direttori di distretto nell'esercizio delle funzioni di tutela e curatela che l'autorità giudiziaria ha affidato all'Azienda USL, al momento ne restano attive ancora 16 (di 7 tutele 2 AdS e 7 curatele).

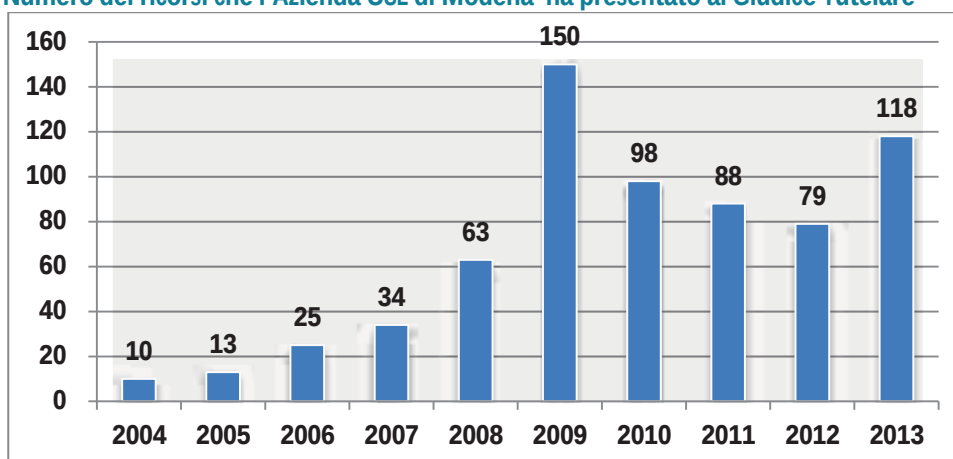
A queste iniziali competenze si sono aggiunte altre funzioni quali:

- a) Orientamento/consulenza/supporto agli ospedali, servizi sanitari specialistici territoriali, Medici di Medicina Generale, nelle situazioni che necessitano di Amministratore di Sostegno per la condivisione del progetto di tutela che si conclude con la definizione del contenuto del ricorso/istanza al Giudice tutelare per la nomina dell'Amministratore;
- b) Raccordo istituzionale con l'ufficio del Giudice Tutelare, ricorso, procedimento;
- c) Rapporti con i Servizi e con gli Amministratori di Sostegno.

Rispetto a quest'ultimo punto in Azienda è attiva una procedura (scaricabile sull'intranet: <http://www.ausl.mo.it/flex/FixedPages/IT/MultiSearch.php/L/IT>) attraverso la quale è possibile per i Responsabili dei servizi sanitari direttamente impegnati nella cura e/o nell'assistenza di persone inferme o affetti da menomazione fisica o psichica, proporre al Giudice Tutelare, per il tramite dell'Ufficio Tutela, l'avvio del procedimento per la nomina di un amministratore di sostegno.

Il grafico sottostante rappresenta il numero, suddiviso per anno, dei ricorsi che l'Azienda USL di Modena in questi anni ha presentato al Giudice Tutelare.

Fig.7.11.1 – Numero dei ricorsi che l'Azienda USL di Modena ha presentato al Giudice Tutelare



Fin dall'inizio in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale e il Direttore del Presidio Unico sono stati organizzati corsi di informazione e formazione sul tema che sono proseguiti anche nel 2013 interessando la categoria anche dei Medici di Medicina Generale.

In questi anni l'azienda USL è stata fortemente impegnata su questo versante e dal 2004, anno di pubblicazione della norma, alla fine del 2013 ha contribuito a proporre ben 678 ricorsi. Gli ambiti nei quali l'intervento di nomina è maggiormente richiesto sono sanitari e legati all'espressione del consenso informato, in diverse situazioni (112) gli amministratori sono stati attivati anche con procedura d'urgenza. Inoltre anche nelle delicate situazioni di rifiuto alle terapie salvifiche, l'amministratore di sostegno si è dimostrato l'istituto giuridico privilegiato dall'Autorità giudiziaria proprio per consentire al personale sanitario coinvolto nell'assistenza di potere rispettare le manifestazioni di volontà anche nei momenti di perdita di coscienza del beneficiario. Infine anche

L'utilizzo della figura dell'amministratore di sostegno è stato impiegato anche nell'ambito di sperimentazioni cliniche. Come ad esempio per lo studio "Ad-Care" dell'Istituto Superiore di Sanità promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco ha coinvolto 20 centri italiani tra cui il Consultorio psicogeriatrico di Mirandola.

L'Azienda USL ha avviato una collaborazione con Tribunale di Modena, Provincia e Comune di Modena e Centro Servizi Volontariato finalizzata al raggiungimento dell'obiettivo principale di costituire uno sportello informativo/formativo relativo all'istituto dell'ADS presso il Tribunale di Modena che sia di supporto alla Cancelleria e possa dare avvio ad una sinergia tra il Tribunale di Modena e gli uffici territoriali delle Istituzioni, interessate al miglior disbrigo delle pratiche inerenti l'ADS per le ricadute sul benessere della collettività. L'avvio dello sportello è previsto nel 2014.

7.12. Lavoro di pubblica utilità

L'Azienda Sanitaria Locale di Modena da qualche tempo opera a favore di una maggiore consapevolezza da parte della collettività riguardo ai rischi legati all'uso e all'abuso di alcolici e di sostanze psicoattive, sia con riferimento agli effetti nocivi degli stessi sulla salute del singolo che con riferimento alle conseguenze negative che l'abuso di tali sostanze può causare alla collettività, sia in termini di costi sociali che vite umane.

L'azione di sensibilizzazione intrapresa e promossa con molteplicità di strumenti e iniziative, è stata potenziata e resa più incisiva conseguentemente alla decisione di sfruttare l'opportunità presentatasi a seguito dell'introduzione dell'istituto dei Lavori di Pubblica Utilità, anche per i soggetti rei di guida in stato d'ebbrezza o di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti.

L'AUSL di Modena ha quindi deciso di affiancare alle attività di prevenzione e sensibilizzazione una proficua attività riabilitativa di quei soggetti che, a causa dell'abuso di alcol o stupefacenti, hanno commesso uno dei reati previsti negli art. 186 e 187 CdS.

È stata quindi stipulata nel 2011, una convenzione tra Ausl Modena e Tribunale di Modena, finalizzata a fare rientrare, tra le strutture presso le quali i soggetti condannati per i reati di cui agli artt. 186 e 187 CdS possano svolgere i lavori di pubblica utilità, anche le diverse sedi dell'Ausl Modena.

E' 497 il numero delle persone che dal 2011 alla fine 2013 ha ottenuto dall'Azienda USL di Modena la disponibilità ad effettuare il percorso di conversione della condanna penale per i reati del CdS in lavori di pubblica utilità. Qui sopra vediamo il numero di maschi, rispetto alle precedenti rilevazioni, rimane ancora notevolmente superiore a quello delle femmine, oltre 7 volte superiore (433 maschi e 64 femmine).

Il numero di persone aventi contattato l'USL, diviso per fascia d'età e per genere. Le fasce dai 31 ai 40 anni e dai 18 ai 30 anni sono, rispettivamente e con una modesta differenza tra le due, quelle più numerose, e quindi più soggette a problematiche legate all'alcol alla guida.

Il maggiore numero di persone che hanno contatto l'USL per i lavori di pubblica utilità in seguito al ritiro della patente per l'articolo 186, ha un livello d'istruzione medio-basso, licenza media o diploma, quindi una prevenzione solo a livello delle scuole superiori non sembra essere sufficiente. Tale grafico orienta l'Azienda USL nell'attività di prevenzione all'abuso di alcool e sostanze nell'ambito delle scuole, anticipando l'attività alla scuola media superiore.

Capitolo 8 - Le Cure Primarie

Le cure primarie sono il primo punto di incontro e accesso a livello territoriale del cittadino al sistema sanitario, hanno valenza di promozione e tutela della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, in cui strutture e professionalità operano in maniera integrata.

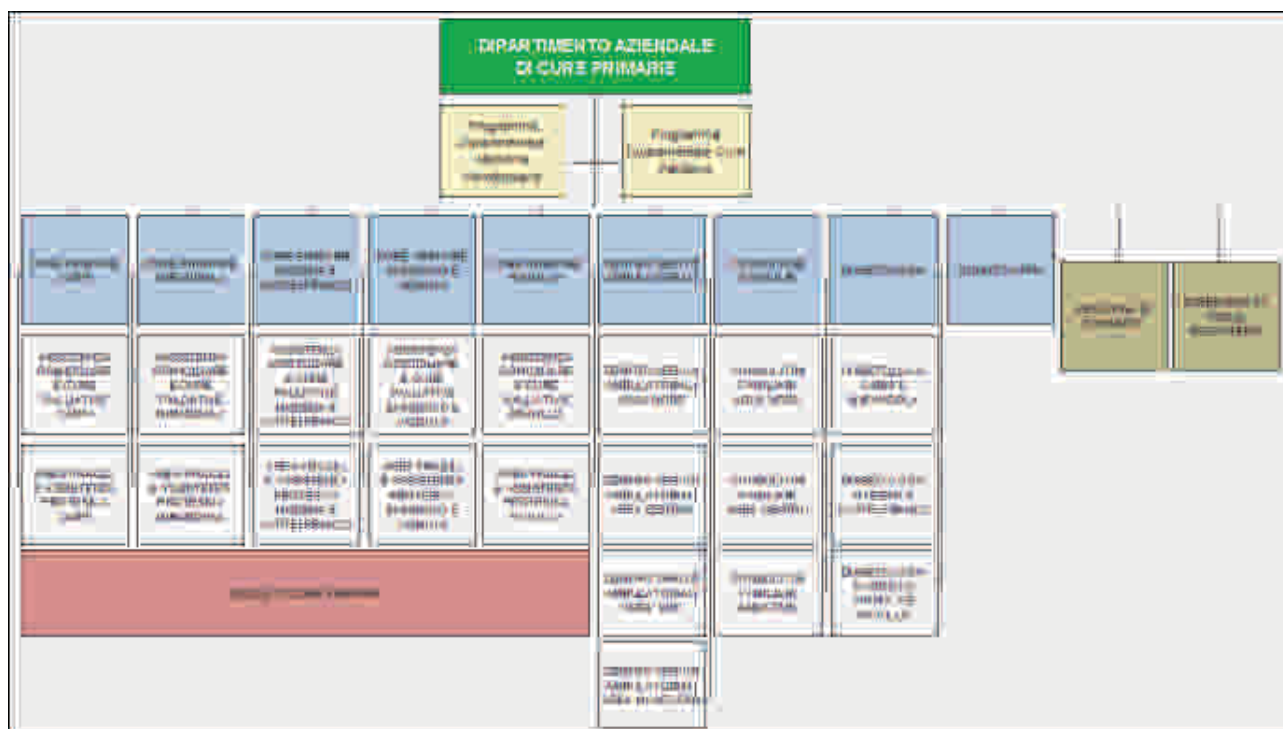
L'erogazione dell'assistenza avviene attraverso un sistema complesso di servizi ed attività sostenuto da diverse professionalità (MMG, PLS, infermieri etc.) che si integrano reciprocamente all'interno dei Nuclei di Cure Primarie (NCP).

Le figure che fanno parte di questo sistema sono i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, oltre agli specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti socio sanitari in integrazione con gli operatori della assistenza sociale.

La struttura preposta all'erogazione delle cure vicino ai luoghi di vita delle persone è il Dipartimento Aziendale di Cure Primarie (DACP). Gli ambiti di cura sono l'assistenza offerta dalla medicina generale e dalla pediatria di libera scelta, compresa la continuità assistenziale, l'assistenza consultoriale, i servizi rivolti a segmenti di popolazione portatori di bisogni complessi (anziani, disabili, adolescenti, famiglie multiproblematiche, immigrati), l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza protesica, l'assistenza farmaceutica e l'assistenza sanitaria penitenziaria.

I luoghi della risposta assistenziale in cui si esplicano le cure primarie sono principalmente la casa, le strutture residenziali ed i centri diurni, quali luoghi della domiciliarità, insieme alle sedi ambulatoriali, fra cui le sedi dei nuclei di cure primarie, consultoriali e gli istituti penitenziari.

Fig.8.1 - Organigramma Dipartimento Cure Primarie Ausl Modena



Fonte: Manuale Organizzativo Ausl Modena

Nel 2013 è proseguito l'impegno del Dipartimento nella presa in carico delle cronicità e in generale della persona in modo proattivo. Le patologie croniche vedono infatti il loro punto critico proprio nel fattore tempo: accompagnano il paziente per tutto il corso della vita, e nel tempo possono subire riacutizzazioni con conseguente deterioramento delle condizioni di salute ed incremento delle risorse necessarie per la piena presa in carico clinico-assistenziale. E' quindi fondamentale puntare allo sviluppo di un progetto personalizzato di salute e di una medicina d'iniziativa, vero punto nodale del progetto della Casa della Salute, che deve vedere il concretizzarsi di una prevenzione primaria, secondaria e terziaria all'interno di progetti regionali disegnati per i pazienti con patologie croniche.

Nel territorio modenese è in corso di implementazione, a partire dalle esperienze già in essere come quella della gestione integrata del diabete, il Chronic Care Model. Esso prevede un approccio proattivo alle cronicità allo scopo di prevenire l'insorgere di complicanze e/o riacutizzazioni della malattia. In specifico questo modello si basa su alcuni elementi che prevedono l'integrazione interprofessionale tra medico di medicina generale, specialista e infermieri. Il

paziente è parte attiva del processo assistenziale sostenuto dagli operatori attraverso interventi di educazione terapeutica e di supporto. Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche a maggiore diffusione quali diabete mellito, patologie cardiovascolari e BPCO.

Tab.8.1 – L'organizzazione delle Cure Primarie – assistenza sanitaria (ore per 1000 assistiti) nelle Ausl dell'Emilia_Romagna

	BO	FE	MO	MC	RA	SA	PA	VI	CA	GR	BO	FE
Medici	1,00	0,88	1,26	1,22	1,03	1,34	0,28	1,02	0,82	1,48	1,38	1,11
Medici di Medicina Generale	1,15	0,97	1,42	1,39	1,25	1,57	0,37	1,08	0,88	1,57	1,47	1,20
Medici di Libera Scelta	0,15	0,11	0,11	0,18	0,20	0,19	0,08	0,14	0,14	0,11	0,11	0,09
Medici di Continuità	1,12	0,58		0,04	1,03	1,16	0,11			1,11	1,58	1,04
Pediatri di Medicina Generale	14,06	18,00	23,01	10,04	15,20	16,01	21,03	10,06	16,01	20,07	13,07	15,00
Pediatri di Libera Scelta	1,00	0,01	0,01	0,01	0,01	1,00	0,01	0,01	0,01	0,01	1,00	0,01
Pediatri di Continuità	1,11	0,11		0,11	0,11	0,11		0,11		0,11	1,11	0,11
Pediatri di Continuità		0,01	1,01	0,18				0,10	0,10			0,11
Infermieri	10,08	0,08	0,08	0,08	1,00	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08
Assistenti sociali	1,11	0,11	0,11	0,11	0,11		0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11
TOTALE	28,45	40,88	47,15	28,40	32,88	31,43	41,37	28,34	32,35	40,16	27,27	33,89

Fonte: Report Cure Primarie Regione-Emilia Romagna 2014

8.1 I Nuclei delle cure primarie, medici e pediatri e associazionismo

I 512 Medici di Medicina Generale (MMG) ed i 102 Pediatri di Libera Scelta (PLS) (tab.8.2) , sono il primo e fondamentale anello della rete assistenziale, riferimento primario per i cittadini nella Provincia di Modena per gli aspetti sanitari e sono organizzati all'interno dei 38 NCP e potenzialmente assistono 603292 cittadini.

I Nuclei di Cure Primarie sono unità organizzative costituite dai Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), infermieri e medici di Continuità assistenziale definite su un certo territorio (solitamente uno o più comuni).

Di seguito si riportano alcune tabelle che forniscono alcune informazioni per inquadrare numericamente l'entità e l'organizzazione dei nuclei di cure primarie.

Tab. 8.2 - Gli attori delle cure primarie: MMG, PLS , anno 2013

	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco E.	Totale
Medici di Medicina Generale	78	64	142	32	86	63	49	514
Nuclei di cure primarie	8	5	8	4	7	3	3	38
MMG associati	69	58	122	78	23	49	47	446
Forme associative MMG								
- di cui medicina gruppo	58	25	37	38	13	19	17	207
- di cui medicina in rete	11	33	85	40	10	30	30	239
Pediatri di Libera Scelta	14	12	27	19	4	13	13	102
Forme associative PLS	9	11	22	17	3	10	10	82
- di cui pediatria di gruppo	5	3	4	5	3	0	4	24
- di cui pediatria in rete	4	0	11	12	0	10	6	43
- di cui in associazione	0	8	7	0	0	0	0	15

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Tab.8.3 - NCP e MMG, assistiti

DISTRETTO	NUCLEI	TOTALE MMG	MEDIA MMG PER NCP	MINIMO MMG PER NCP	MASSIMO MMG PER NCP	TOTALE ASSISTITI	MEDIA ASSISTITI PER NCP	MINIMO ASSISTITI PER NCP	MASSIMO ASSISTITI PER NCP
CARPI	8	78	10	7	15	90436	11305	7591	18859
MIRANDOLA	5	64	13	9	19	72146	14429	10387	20635
MODENA	8	142	18	16	24	162234	20279	15563	30675
PAVULLO	4	32	8	4	13	34697	8674	3955	14649
SASSUOLO	7	86	12	8	18	105429	15061	8221	23837
VIGNOLA	3	63	21	10	28	76689	25563	10951	32950
CASTELFRANCO	3	49	16	10	26	61661	20554	13249	32156
TOTALE	38	514	14			603292	15876		

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Ai Medici di Medicina Generale è affidata la responsabilità della tutela della salute attraverso attività diagnostica, terapeutica, di prevenzione individuale e familiare e di educazione sanitaria, tenendo conto dei bisogni e delle esigenze dei singoli cittadini.

Ai Pediatri di Libera Scelta è affidata la responsabilità della tutela della salute dal momento della nascita fino al compimento dei 14 anni (o 16 per chi intende avvalersi di questa possibilità) attraverso visite periodiche di controllo (Bilanci di Salute), screening preventivi, visite mediche, prescrizione di esami di laboratorio e di terapie ed interventi di educazione sanitaria.

I MMG ed i PLS possono operare in forma individuale o in forma associata (Gruppo, Associazione o Rete) mettendo in atto forme di collaborazione e coordinamento per garantire ai cittadini una presenza continuativa ed un riferimento costante nel corso.

L'obiettivo è di integrare medici e pediatri di famiglia nell'organizzazione aziendale nel perseguimento di politiche sanitarie che influiscono sulla collettività degli assistiti, per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure, per il potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi, per il miglioramento dell'assistenza domiciliare dedicata ad ammalati non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza curabili a domicilio, per il miglioramento della gestione delle cronicità e per il contenimento delle liste di attesa per visite ed esami specialistici.

Nel 2013 per garantire gli obiettivi di continuità assistenziale e di presa in carico molto lavoro è stato svolto per promuovere l'associazionismo dei MMG e PLS, con l'obiettivo di fare evolvere le MdR verso MdG partendo dalla condivisione della maggior parte degli standard tra le due forme associative e favorendo così una crescita complessiva degli standard organizzativi della medicina generale.

La Medicina di Gruppo e/o in Rete è una modalità organizzativa della professione del medico di medicina generale in base alla quale un gruppo di medici condivide sede, mezzi ed organizzazione funzionale del lavoro per ottimizzare più aspetti della propria professione migliorando in definitiva le potenzialità assistenziali di ognuno. Di una "medicina di gruppo e/o in Rete" possono far parte da un minimo di tre ad un massimo di otto medici. Gli obiettivi della "medicina di gruppo" sono i seguenti:

1) realizzare forme di maggiore fruibilità ed accessibilità da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale (es.: migliorando l'organizzazione generale del lavoro)

2) facilitare il rapporto tra cittadino e medico (es.: il medico è meno preso da adempimenti burocratici ed è quindi più disponibile)

3) snellire le procedure di accesso ai servizi dell'Azienda (es.: prenotando direttamente esami e/o visite specialistiche direttamente in sede in collegamento con i centri di prenotazione della ASL - Progetto SOLE)

4) garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori per il monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza come ad es. il diabete, l'ipertensione, la broncopneumopatia cronica

4) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione fra medici (es.: organizzando a rotazione turni di disponibilità interna e/o esterna nei periodi di maggiore morbilità)

5) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione dell'attività professionale (es.: grazie ad una maggiore disponibilità economica del gruppo rispetto al singolo)

6) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica (es.: il lavoro di gruppo porta inevitabilmente ad una maggiore uniformità dei comportamenti).

I medici di famiglia associati in rete, pur svolgendo la propria attività in sedi differenti, sono collegati tra loro per via informatica, in rete, appunto. In questo modo, ogni medico ha l'accesso alla storia clinica dell'assistito, contenuta nelle schede individuali e può, in caso di necessità, rilasciare una prescrizione farmaceutica o specialistica.

Nel corso del 2013 è proseguito lo sviluppo dell'associazionismo dei Medici di Medicina Generale di cui l'87% fa parte di una associazione (il 47% in medicina in rete e 40% in medicina di gruppo) (Fig.8.4). I Pediatri di Libera Scelta (PLS) nell'80% dei casi sono aggregati in qualche forma associativa (15% pediatria in associazione, 42% pediatria in rete, 24% pediatria di gruppo) (tab.8.5). Si evidenzia un ritardo nella costituzione della pediatria di gruppo rispetto alla medicina di gruppo (24% VS 40%) nonostante l'incremento rispetto al 2012 frutto di un lavoro condiviso di potenziamento del modello organizzativo.

Tab.8.4 - MMG e forme associative, anno 2013

DISTRETTO	MEDICINA DI GRUPPO		MEDICINA IN RETE		MMG NON ASSOCIATI		TOTALE MMG	TOTALE ASS.TI
	N. MMG	N. ASSISTITI	N. MMG	N. ASSISTITI	N. MMG	N. ASSISTITI		
CARPI	58	70532	11	11974	9	7930	78	90436
MIRANDOLA	25	31115	33	38164	6	2867	64	72146
MODENA	37	41251	85	108186	20	12797	142	162234
SASSUOLO	38	44930	40	53676	8	6823	86	105429
PAVULLO	13	12324	10	12824	9	9549	32	34697
VIGNOLA	19	24170	30	38546	14	13973	63	76689
CASTELFRANCO	17	19489	30	41938	2	234	49	61661
TOTALE	207	243811	239	305308	68	54173	514	603292

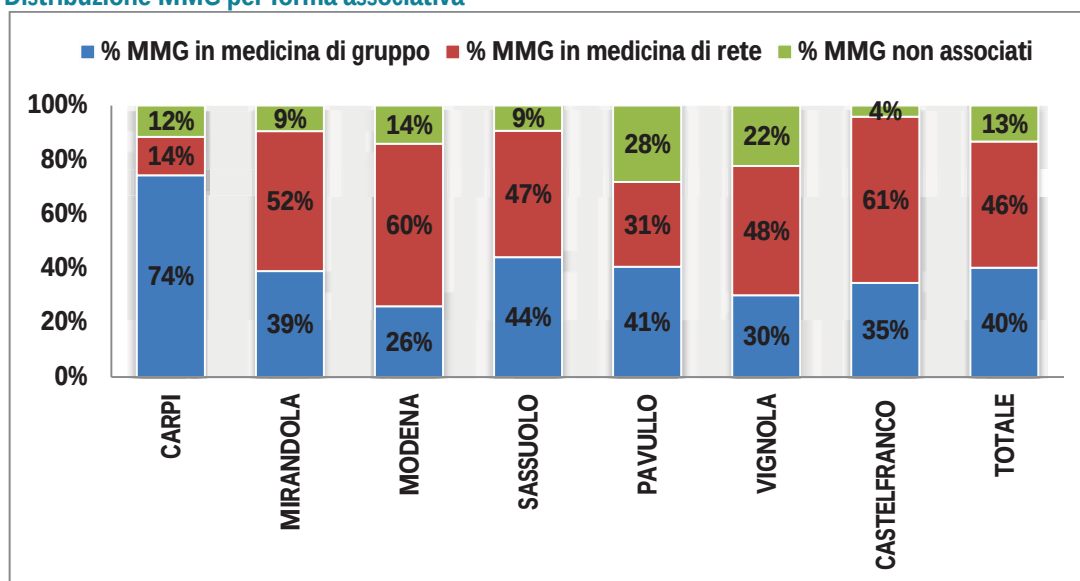
Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Tab.8.5 Forme associative - Assistiti per PLS e Numero PLS, anno 2013

DISTRETTO	PEDIATRIA DI GRUPPO		PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE		PEDIATRIA IN RETE		PLS NON ASSOCIATI		TOTALE PLS
	PLS	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI	PLS	ASSISTITI	
CARPI	5	4221	0	0	4	3543	5	3945	14
MIRANDOLA	3	2037	8	7015	0	0	1	776	12
MODENA	4	3715	7	5067	11	9227	5	3807	27
SASSUOLO	5	3953	0	0	12	10433	2	579	19
PAVULLO	3	3089	0	0	0	0	1	970	4
VIGNOLA	0	0	0	0	10	8637	3	2017	13
CASTELFRANCO	4	2721	0	0	6	4531	3	1932	13
TOTALE	24	19736	15	12082	43	36371	20	14026	102

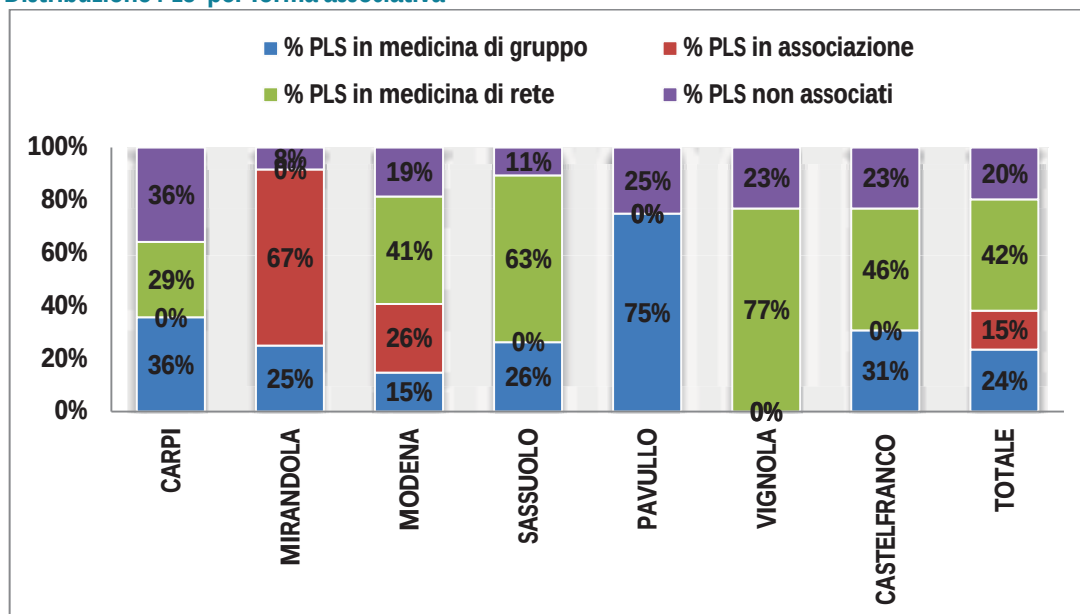
Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Fig.8.2 - Distribuzione MMG per forma associativa



Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Fig.8.3 - Distribuzione PLS per forma associativa



Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Nella Provincia di Modena sono presenti 5 cooperative di MMG dislocate in 4 distretti (Modena, Carpi, Castelfranco e Mirandola), per un totale di 263 MMG che corrispondono al 79% degli MMG di quei distretti e al 51% sulla Provincia e assistono l'83% della popolazione di quei distretti e 53% a livello provinciale (tab.8.6).

La cooperativa è una società di persone, che portano le loro competenze per la gestione di servizi complessi. I medici di MG sono contemporaneamente soci ed utilizzatori della cooperativa risponde agli obiettivi di integrazione e di gestione partecipata x dare servizi ai soci alle migliori condizioni e per agevolare la loro attività e qualificare il loro lavoro. In questi anni le cooperative dei MMG hanno sviluppato La gestione dei servizi e delle strutture complesse, l'organizzazione comune di attività, la realizzazione di attività nel campo della ricerca e dello sviluppo/integrazione di tecnologie.

Tab.8.6 - MMG aderenti a cooperative

DISTRETTO	TOTALE MMG del Distretto	TOT ASSISTITI SEGUITI DA MMG del Distretto	MMG IN COOP	% DI MMG IN COOP	TOT ASSISTITI MMG IN COOP	% ASSISTITI DI MMG IN COOP
CARPI	78	91063	56	72	70855	78
MIRANDOLA	63	72246	58	92	69886	97
MODENA (MDF+MEMO3)	144	167699	114	79	140541	84
CASTELFRANCO	47	61283	35	74	45664	75
TOTALE	332	392291	263	79	326946	83
TOTALE AZIENDA	513	611488	263	51	326946	53

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.2•Case della salute²⁵•

Nel 2013 è stato confermato il piano strategico per le Case della Salute approvato nel PAL, che prevede l'attivazione di Case della salute piccole, medie e grandi, sulla base dei servizi presenti in un territorio e del bacino di popolazione di riferimento:

la Casa della salute "piccola" garantisce assistenza di medicina generale per 12 ore al giorno, assistenza infermieristica, attività di Consultorio di primo livello con la presenza dell'ostetrica; comprende inoltre l'ufficio coordinamento cure domiciliari, l'assistente sociale, il Cup per la prenotazione di visite ed esami;

la Casa della salute "media" garantisce anche medici specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale, ambulatorio pediatrico, ambulatori di sanità pubblica per attività di vaccinazione e screening; eventuale presenza di palestra per esercizio fisico;

la Casa della salute "grande" garantisce tutte le attività assistenziali relative alle cure primarie, alla sanità pubblica e alla salute mentale. Assicura risposte ai bisogni sanitari e socio-sanitari che non richiedono ricovero ospedaliero. Le Case della Salute grandi possono quindi essere identificate come punti che garantiscono:

- la continuità di servizio d'urgenza di primo intervento medico, anche attraverso l'utilizzo del personale della continuità assistenziale, ed infermieristico, integrato funzionalmente con i dipartimenti di emergenza e urgenza;
- assistenza ambulatoriale specialistica, medica, chirurgica, diagnostica e terapeutica;
- lungoassistenza a gestione infermieristica per persone fragili, con quadri clinici complessi stabili ma con alta componente di non autosufficienza.

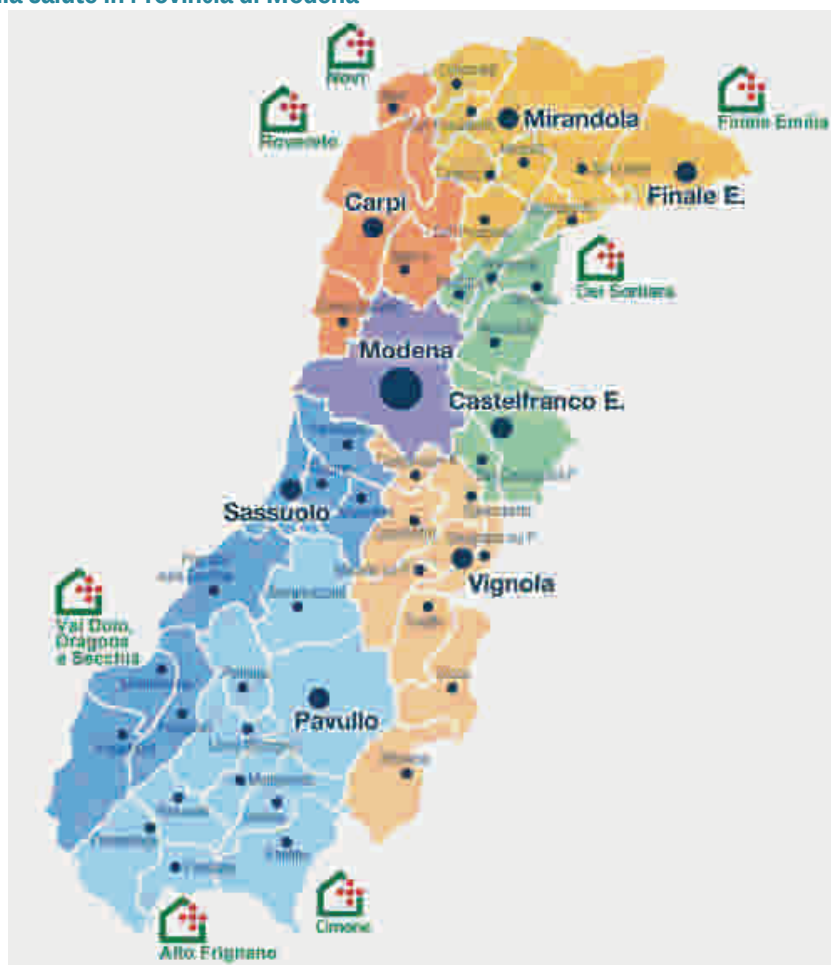
Nel 2013 sono state inaugurate 7 case della salute²⁶ strutture di erogazione di servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie (tab.8.7 e fig. 8.4). Nel 2013 si è lavorato per avviare altre Case della Salute (Fanano, Novi).

La "Casa della salute fornisce orientamento sui servizi, assicura presa in carico fin dal momento dell'accesso, garantisce assistenza per problemi ambulatoriali urgenti, per la gestione delle patologie croniche, per il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale. La Casa della salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie.

²⁵ <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10048>

²⁶ in applicazione della delibera di Giunta regionale 291/2010

Fig.8.4 - Le case della Salute in Provincia di Modena



Fonte: Le “Case della Salute” funzionanti in Emilia-Romagna: A che punto siamo. L’attuazione delle Case della Salute: il monitoraggio regionale, i programmi integrati di intervento, Report 2014 (maggio 2014) <http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/CdS%20Report%202014%20TUTTO.pdf>

La tabella che segue riporta sede e tipologia delle prime Case della Salute inaugurate in provincia di Modena, tutte sono state attivate nel corso del 2013, nel biennio 2014 – 2015 si prevede l’attivazione di altre 12 strutture.

Tab.8.7 - sede e tipologia delle prime Case della Salute inaugurate in provincia di Modena

Distretto	Denominazione	Comune	Tipologia ai sensi della DGR 291/2010	Struttura nuova/esistente	Inaugurata il
Carpi	Casa della Salute Novi e Rovereto	Rovereto	piccola	nuova	29 giugno 2013
Mirandola	Casa della Salute Finale Emilia	Finale Emilia	grande	esistente	18 maggio 2013
Sassuolo	Casa della Salute Valli Dolo Dragone Secchia	Montefiorino	piccola	esistente	6 luglio 2013
Pavullo	Casa della Salute Alto Frignano	Pievepelago	piccola	esistente	22 giugno 2013
Fanano	Casa della Salute 'Cimone'	Fanano	media	esistente	funzionante nel 2013, inaugurata il 10 maggio 2014
Castelfranco Emilia	Casa della Salute del Sorbara "Dott.Roberto Bertoli"	Bomporto	piccola	esistente	13 settembre 2013

8.3 Il Servizio di Continuità Assistenziale (Ex guardia medica)

Il servizio di Continuità Assistenziale (CA) ha lo scopo di assicurare, in continuità con l'assistenza del MMG e del PLS, dalle 10.00 del giorno prefestivo alle 8.00 del giorno successivo a quello festivo e dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni feriali, le prestazioni assistenziali territoriali (a domicilio e nelle strutture residenziali) non rimandabili. Il servizio è gratuito per tutta la popolazione residente di ogni fascia di età e si svolge su attivazione dell'utente, attraverso la chiamata telefonica al numero indicato dall'Azienda per ogni territorio di riferimento. Il medico di continuità assistenziale (MCA) effettua tutti gli interventi ritenuti appropriati alle condizioni cliniche dell'utente che hanno determinato la chiamata, compresa l'attivazione del servizio di emergenza e urgenza territoriale (118).

Nell'ambito della riorganizzazione del sistema Emergenza-Urgenza Territoriale nel 2013 sono stati attivati:

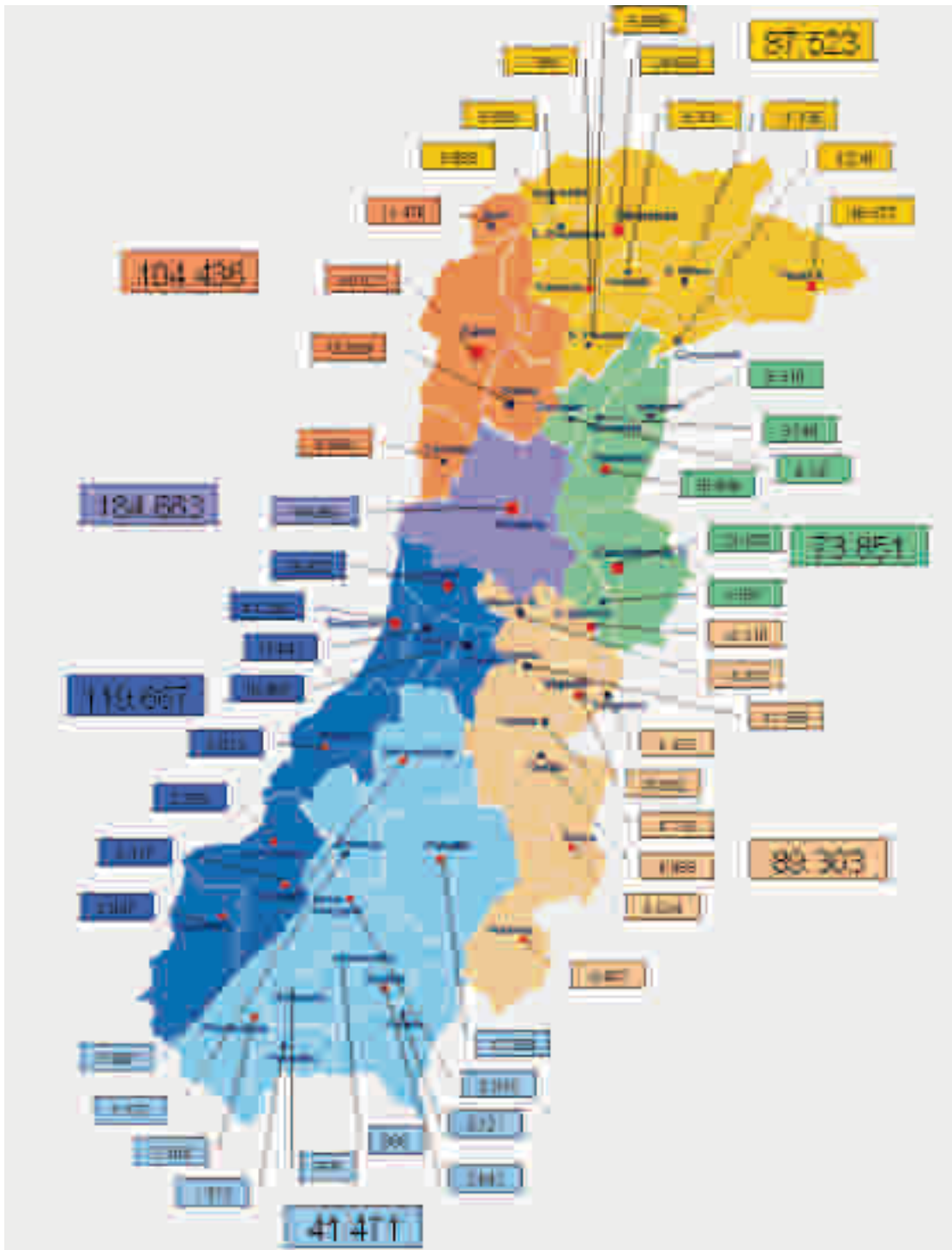
- a Castelfranco Emilia, da febbraio 2013 l'ambulatorio di CA dalle 20 alle 8 presso l'ospedale di Castelfranco;
- a Finale, da luglio 2013 Punto di Primo Intervento di Finale è integrato nella Casa della salute e l'attività è svolta h 24 dai MCA.
- Fanano-Sestola-Montecreto, il PPI di Fanano è garantito da dicembre dai MCA e dai MMG, nell'ambito delle attività della Casa della Salute;
- Sassuolo: tutte le sedi sono strutturate per attività ambulatoriale: le sedi di Formigine e di Sassuolo hanno attività dedicata tutti i giorni (20-24); le sedi di Montagna fanno attività mista e aggregata
- Vignola: Strutturate tutte per l'erogazione di attività ambulatoriale. Le sedi di Vignola e Spilamberto, prevedono la presenza di 2 MCA in turno rispettivamente sempre (Vignola) e il turno 8-20 dei prefestivi e festivi (Spilamberto). Le sedi di Montagna prevedono, oltre al Progetto E-U integrato con il 118, anche attività ambulatoriale (codici bianchi). Progetto di E.U. attivo su Zocca e Montese: in definizione la riorganizzazione dell'EU 118 (auto/supporto infermieristico) e del protocollo operativo per la C.A.

Tab.8.8 -Dati di attività servizio di continuità assistenziale Provincia di Modena

Attività continuità assistenziale	valori assoluti	per 1000 abitanti
Punti di continuità assistenziale	24	0.03
di cui solo notturni	14	0.02
solo prefestivi/festivi	14	0.02
medici titolari di incarico a tempo indeterminato al 31.12.2013	80	0.12
medici titolari di incarico a tempo determinato al 31.12.2013	42	0.06
numero complessivo di ore annuali di attività	186649	271
numero medio di ore mensili effettuate dai medici con incarico a tempo indeterminato	112	0.2
Totale prestazioni eseguite	115523	168
di cui:		
visite domiciliari	16303	24
di cui notturne	8058	12
prefestive/festive	8245	12
visite ambulatoriali	57382	83
consigli telefonici	41838	61
numero medio di visite domiciliari effettuate da un medico in ciascun turno	1	0.002

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Fig. 8.5 - Prestazioni nei punti di guardia medica per comune e distretto



8.4•Pediatria•di•comunità

La Pediatria di Comunità tutela la salute dei bambini e dei ragazzi che appartengono alla fascia della minore età (0 - 17 anni), attraverso interventi di prevenzione e di sostegno.

Tale attività viene effettuata in stretta integrazione con i Pediatri di Libera Scelta, ma anche in collaborazione con le Pediatrie Ospedaliere, i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, i Consultori, i Comuni, le Scuole pubbliche e private e le Associazioni di volontariato.

Le principali attività di cui si occupa sono:

- vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
- interventi di sorveglianza igienico-sanitaria
- profilassi delle malattie infettive in comunità
- educazione alla salute
- partecipazione ai corsi di preparazione al parto
- screening per l'infezione tubercolare
- sostegno alle famiglie con minori affetti da patologia cronica o disagio
- inserimento scolastico di minori affetti da patologia cronica

Gli obiettivi 2013 della Pediatria di Comunità in applicazione del “Piano regionale della prevenzione, consolidamento degli interventi di prevenzione e promozione della salute nei bambini e adolescenti”, sono stati i seguenti:

- Ī mantenimento delle coperture vaccinali raccomandate cercando di contrastare il progressivo incremento della obiezione vaccinale incrementando la formazione e la collaborazione con i PLS e i MMG;
- Ī offerta della vaccinazione antinfluenzale alle categorie a rischio;
- Ī offerta della vaccinazione antiepatite A ai minori sotto ai 6 anni che si recano in zone endemiche;
- Ī effettuazione delle vaccinazioni in ambiente protetto per i minori a rischio;
- Ī effettuazione di colloqui con i genitori di minori obiettori alle vaccinazioni;
- Ī mantenimento della campagna regionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita;
- Ī partecipazione alla progettazione delle attività promosse dai tavoli di lavoro distrettuali (PDZ);
- Ī effettuazione degli interventi di Educazione alla salute richiesti tramite la guida “Sapere salute”;
- Ī implementazione del protocollo provinciale per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico.

Il raggiungimento di tali obiettivi è riscontrabile in quanto presentato di seguito.

Tab. 8.9 - Dosi vaccinali effettuate – anno 2013

Anno	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	CFranco	Totale
2013	13634	13067	23544	16900	5292	12853	10609	95899
2012	13794	11094	24627	17429	5532	13653	11701	97830
2013 vs 2012 %	-1.2%	17.8%	-4.4%	-3.0%	-4.3%	-5.9%	-9.3%	-2.0%

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

I dati di copertura vaccinale, per le vaccinazioni dell'obbligo, rimangono superiori al valore raccomandato pari o superiore al 95% della popolazione target, come si evidenzia dai dati di copertura delle coorti dei 12 e dei 24 mesi, anche se nei distretti di Carpi e di Modena la situazione appare già critica. Ai 24 mesi, le coperture per MPR e meningococco C sono a livelli inferiori; su questo dato influisce in modo significativo anche la presenza al denominatore di un 1,8% di popolazione domiciliata all'estero o irreperibile. Occorre rilevare come sia sempre in progressivo aumento, soprattutto nel capoluogo, il numero dei minori non vaccinati per obiezione dei genitori alla pratica vaccinale. Questo fenomeno richiede al servizio vaccinale un impegno organizzativo e gestionale piuttosto rilevante fatto di inviti ripetuti, raccomandate, inviti a colloqui, effettuazione di colloqui, ricerca di materiale e suo invio ai genitori, ecc. Attualmente il fenomeno della obiezione vaccinale interessa circa il 2,5% della popolazione infantile e il suo aumento è proporzionale alla capacità di diffusione degli argomenti anti vaccinali sui siti internet.

Tab. 8.10 - Copertura immunitaria per distretto - anno 2013 vs 2012

Distretto	Obbligo 12 mesi	Obbligo 24 mesi	MPR 24 mesi	Rosolia 16 anni
Carpi	91.70 vs 94.50	92.80 vs 94.90	88.60 vs 91.70	95.20 vs 95.10*
Mirandola	95.80 vs 96.50	96.80 vs 93.70	94.30 vs 92.80	98.60 vs 97.60*
Modena	95.10 vs 96.20	94.80 vs 95.70	90.40 vs 92.00	92.20 vs 94.00*
Castelfranco Emilia	97.00 vs 97.80	96.20 vs 97.50	92.10 vs 94.60	96.60 vs 96.10*
Sassuolo	98.30 vs 98.70	98.20 vs 97.50	96.00 vs 97.00	98.60 vs 95.50*
Pavullo	97.50 vs 96.00	95.50 vs 96.70	92.20 vs 95.20	98.30 vs 96.70*
Vignola	96.30 vs 96.80	95.50 vs 96.60	92.30 vs 94.40	96.20 vs 95.80*
Ausl MO	95.80 vs 96.70	95.60 vs 96.00	92.10 vs 93.70	95.90 vs 95.50*

* confronto con la coorte dei 14 enni

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Tab. 8.11 - Copertura immunitaria nella coorte dei bambini di 7 anni (residenti nati nel 2006) - anno 2013

Tipo di vaccino	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Morbillo	97.5%	97.3%	97.1%	97.1%
Tetano	96.4%	96.2%	95.2%	95.4%
Polio	96.9%	95.5%	94.9%	95.0%
Pertosse	94.5%	94.1%	94.3%	94.4%

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Tab. 8.12 - Copertura immunitaria nella coorte delle bambine di 11 anni - anno 2013

Papillomavirus	Anno 2012	Anno 2013
coorte 1997	80.3%	81.7%
coorte 1998	79.5%	81.4%
coorte 1999	79.4%	81.2%
coorte 2000	75.2%	79.8%
coorte 2001	0.0%	74.7%

nota.: nella tabella sono riportati i dati relativi alle ragazze che hanno completato il ciclo di vaccinazione per il Papillomavirus

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Rispetto alla vaccinazione contro il papillomavirus si evidenzia l'effetto di trascinamento che caratterizza questo tipo di vaccinazione, fino ad ora collegato strettamente alla prevenzione del tumore del collo dell'utero e alla attività sessuale della donna, con adesione all'offerta vaccinale per un periodo di tempo prolungato, anche diversi anni, dalla chiamata routinaria che viene fatta al compimento degli 11 anni.

Tab. 8.13 - Coperture immunitaria nella coorte dei ragazzi di 13 anni (residenti nati nel 2000) - anno 2013

Tipo di vaccino	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Epatite B	97.7%	97.5%	97.4%	n.d.
Morbillo	96.8%	96.5%	96.0%	n.d.
Rosolia	95.8%	95.4%	95.5%	n.d.

Nota: Questo target è stato eliminato dalla rilevazione regionale

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Tab. 8.14 - Copertura immunitaria nella coorte dei ragazzi di 15 anni (residenti nati nel 1997) - anno 2013*

Tipo di vaccino	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Meningococco C	84.6%	85.9%	88.6%	89.8%
Morbillo	n.d.	n.d.	n.d.	96.6%
Rosolia	n.d.	n.d.	n.d.	95.9%
Tetano	n.d.	n.d.	n.d.	91.8%

Nota: target inserito quest'anno nella rilevazione regionale

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Di seguito (Tab.8.15) vengono riportati informazioni sulla attività vaccinale che riguardano vaccinazioni raccomandate dal Calendario regionale per specifiche categorie a rischio. In particolare l'offerta della vaccinazione contro l'epatite A per i minori, fino a 6 anni di età, che si recano in zone dove la malattia è endemica e l'offerta della vaccinazione contro la varicella agli adolescenti che non hanno già contratto la malattia, per prevenire le complicanze della malattia nell'adulto e nella donna gravida.

Significative sono anche le attività di vaccinazione dei minori con condizioni di rischio per le patologie da pneumococco, da emofilo b e da meningococco. Sempre consistente il numero dei minori che vengono recuperati alla vaccinazione contro Morbillo, Parotite e Rosolia in coerenza con il Piano di eliminazione delle stesse malattie. Di notevole impatto gestionale è anche la richiesta di titoli anticorpali per valutare la condizione di immunità in situazioni, per lo più di minori immigrati, privi di documentazione vaccinale o insufficiente.

Elementi di qualità sono poi rappresentati dalle valutazioni di situazioni a rischio vaccinale aggiuntivo che esitano in circa la metà dei casi in vaccinazioni in ambiente protetto (ospedaliero) e dalla vaccinazione dei forti prematuri a rischio di apnea, presso la neonatologia del policlinico (13 forti prematuri nel 2013), espressione dell'attenzione dei servizi vaccinali alle condizioni di salute individuali.

Rilevante l'impegno richiesto al servizio dalla gestione dell'obiezione vaccinale che richiede numerosi contatti, l'invio di materiale informativo dettagliato sulla base delle diverse richieste dei genitori, la proposta di un colloquio informativo, la sua esecuzione e successivamente la segnalazione dell'obiezione alle autorità previste dalla specifica Delibera di Giunta Regionale.

Tab. 8.15 - Attività vaccinale per specifiche categorie di minori - anno 2013

Vaccino	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco Emilia	Totale
Epatite A	310	961	616	593	264	419	493	3656
Varicella	184	266	133	170	75	107	61	996
Influenza	204	296	398	515	122	172	241	1948
dTp/dT 14 enni	886	990	1362	1179	310	700	457	5888
Rischio Pneumo	8	66	25	67	8	60	24	258
Rischio Meningo	4	9	25	15	7	20	7	87
Rischio Hib	1	0	3	2	0	4	3	13
Recupero MPR	201	165	316	128	64	348	98	132
Nati madre HBsAg+	10	5	37	11	4	15	6	88
Titoli anticorpali	235	170	320	214	46	220	113	1318
Valut. Ambiente protetto	12	16	42	23	8	2	11	114
Vacc. Ambiente protetto	11	9	23	12	3	3	5	66
Colloqui Obiettori	47	50	92	21	14	41	14	279
Segnalaz. Obiezioni	52	7	29	17	8	33	4	150

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Rilevante l'impegno gestionale ed organizzativo nella profilassi delle malattie infettive nelle comunità scolastiche; quando la segnalazione di malattia infettiva interessa una comunità scolastica (fascia 0 – 18 anni), la Pediatria di Comunità interviene effettuando incontri con la dirigenza scolastica e/o gli insegnanti e/o i genitori e/o diffondendo materiale informativo e/o controllando i minori- contatti a seconda del tipo di malattia. Nell'ambito della profilassi della malattia TBC sono stati oltre 700 i minori cui è stato eseguito il test tuberculinico con oltre 90 invii al 2° livello.

Tab. 8.16 - Attività Profilassi delle Malattie Infettive - anno 2013

Attività	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco Emilia	Totale
Interventi	25	26	97	63	2	5	18	236
Controllati	342	253	1	263	0	90	467	2
Test TBC	288	0	169	188	26	33	1	705
Invii 2 liv.	26	0	49	1	12	7	0	95

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Nella tabella successiva sono evidenziate le ulteriori attività della pediatria di comunità che rientrano più specificamente nell'ambito assistenziale delle cure primarie.

Le visite domiciliari vengono attivate a sostegno della genitorialità in condizioni di fragilità genitoriale o di patologia a carico del neonato per il quale è necessario pianificare un intervento integrato socio-sanitario; tutta questa attività dovrebbe essere prossimamente programmata su indicazione del PUASS distrettuale.

Nel 2013 è stato siglato l'accordo provinciale per la somministrazione dei farmaci a scuola: come previsto dal protocollo sono stati attivati incontri di formazione a tematica generale con il personale della scuola e incontri specifici, sul singolo caso, con la famiglia ed il personale addetto a quel minore.

Infine, nell'ambito della attività di educazione alla salute, va rimarcata la diffusione del progetto Sorridi alla Prevenzione, gestito in autonomia dal personale infermieristico della pediatria di comunità e che ha visto effettuati, nel 2013, 385 incontri nelle classi della 1° elementare della provincia. Inoltre sono stati effettuati interventi di educazione alla salute sul tema del primo soccorso e della rimozione dei corpi estranei inalati accidentalmente dai bambini, temi che sono stati inseriti nelle offerte di sapere e salute del 2014.

In diversi distretti della provincia viene poi effettuata una attività pediatrica consultoriale per effettuare visite specialistiche pediatriche a favore di minori privi di assistenza pediatrica di base. Attività in progressiva espansione stante la difficoltà di ricoprire le zone carenti dell'area montana o più in generale della periferia dell'azienda.

Tab. 8.17 - Attività Pediatria di Comunità - anno 2013

Attività	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco Emilia	Totale
Visite Domicilio	0	1	144	147	1	11	2	306
Incontri Somm. farmaci	10	9	12	7	6	5	1	50
Cronici inseriti scuola	14	28	33	31	5	5	8	124
Corsi Parto	0	15	23	0	0	13	1	52
Ed. Salute Sorridi	4	21	183	93	6	36	42	385
Ed. Salute Prevenz.	0	11	18	0	8	0	1	38

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.5 Progetti aziendali per le patologie croniche e per la salute dei bambini

Nel 2013 è stata ulteriormente implementata l'attività dei Nuclei di Cure Primarie e delle Case della Salute per la presa in carico della cronicità ad alta prevalenza (diabete, disturbi cognitivi, malattie cardiovascolari, Tao) e per la salute dei bambini (Bambino cronico, neonato sano) attraverso un percorso di cura condiviso multidisciplinare. La filosofia alla base di questa presa in carico si fonda sul concetto per cui il paziente deve essere curato non solo nel momento in cui esprime un bisogno ma anche prevedendo attività di prevenzione ed educazione terapeutica volta a migliorare la gestione della malattia da parte del paziente (medicina di iniziativa).

Fra i percorsi attivati nelle Aziende sanitarie regionali che evidenziano come l'Ausl di Modena presenti la percentuale di presa in carico degli assistiti più alta, 6% rispetto ad una media regionale del 4.4%.

Di seguito una descrizione breve dei programmi presenti nell'Ausl di Modena: diabete, disturbo cognitivi, neonato sano, bambino cronico, tao, leggieri.

Diabete

La gestione integrata del diabete tra specialisti e medici di medicina generale, che l'Azienda USL di Modena ha implementato dal 1997, ha permesso di migliorare gli esiti clinici dei pazienti diabetici, L'esigenza di cambiamento nell'assistenza diabetologica, espressa come necessità di integrazione tra i diversi livelli assistenziali, recupero delle

professionalità e ottimizzazione delle risorse, ha trovato una risposta pratica nel coinvolgimento del medico di medicina generale e dei servizi territoriali.

Per una più efficace integrazione con il territorio ed i medici di medicina generale e per favorire il miglioramento delle attività specialistiche le strutture diabetologiche della provincia afferiscono al Dipartimento Aziendale di Cure Primarie sia in termini di personale, di attrezzature e di locali. Gli ambulatori di diabetologia sono presenti in tutti i distretti.

Sono presi in carico dalla Struttura Diabetologica (SD):

i nuovi pazienti con diabete tipo 1 insulino-dipendente o diabete giovanile;

pazienti diabetici tipo 2 già trattati con insulina od antidiabetici orali che intendono essere seguiti dal SD;

paziente con lesioni agli arti inferiori (piede diabetico);

pazienti con complicanze maggiori in atto;

donne in gravidanza con diabete gestazionale;

episodi di scompenso metabolico in atto;

pazienti iperglicemici in carico al DH Oncologico.

Situazioni cliniche urgenti

Gestione integrata dei Disturbi cognitivi

Il Progetto Demenze, consente di mettere in atto strategie che migliorano l'assistenza e riducono le complicanze a cui questi pazienti (i "più fragili dei fragili" secondo le indicazioni della letteratura) possono andare facilmente incontro.

Il maggiore fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e l'Italia è uno dei paesi con la più alta percentuale di anziani; in Europa si stima che la prevalenza delle demenze incrementi dall'1,6 % della popolazione nella classe di età 65-69 anni al 22,1 in quella maggiore di 90 anni. La demenza di Alzheimer, che è la forma più frequente, rappresenta circa il 54 % di tutte le demenze che comprendono una serie di patologie che hanno un impatto notevole in termini socio-sanitari sia perché un sempre maggiore numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono l'attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Le demenze, inoltre, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità.

L'Azienda USL di Modena, fin dall'attivazione del Progetto Regionale Demenze (DGR 2581/99), è sempre stata in prima linea, insieme alla rete socio-assistenziale provinciale e alle associazioni dei familiari, nella gestione del problema demenza attraverso:

Centri per i Disturbi Cognitivi (7 Centri Distrettuali e 3 Centri Ospedalieri)

Nuclei di Cure Primarie

Strutture semiresidenziali e residenziali dedicate

Nucleo Ospedaliero Demenze presso l'Ospedale Privato Accreditato di Villa Igea (20 posti letto)

5 Associazioni di Volontariato dei familiari delle persone con demenza.

Nel 2013 circa 15.000 pazienti con demenza sono stati seguiti presso i 10 Centri Disturbi Cognitivi della provincia di Modena (3 ospedalieri e 7 distrettuali); circa il 60% di essi, in linea con i dati di epidemiologia più recenti, è affetto da malattia di Alzheimer. Nel 2013 4.530 sono state le prime visite e 11.733 le visite di monitoraggio (follow-up), per un totale di 16.633 visite. Va sottolineato che su un totale di 4.530 prime visite nel 54,33% è stata effettuata diagnosi di demenza, nel 22,85% si è trattato di pazienti a rischio di evoluzione in demenza e quindi con necessità di essere monitorati nel tempo, nel 9,25% dei casi sono pazienti ancora in studio e solo nel 13,56% dei casi la patologia è stata esclusa.

L'incidenza annuale di nuovi casi di demenza è stata pari all'1,8% della popolazione ultra65enne, risultato simile a quello riscontrato in molti studi europei, il che vuol dire che sono stati intercettati la maggior parte dei nuovi casi attesi per il 2013 che, nell'ambito della popolazione ultrasessantacinquenne provinciale pari a 154.066 persone, è pari a 2.778. Fondamentale è il contributo dei Medici di Medicina Generale che hanno aderito al progetto di presa in carico e gestione del paziente con disturbi cognitivi e della sua famiglia; al fine 2013 risultano attivi 5.195 progetti assistenziali verso persone con demenza sottoscritti dai Medici di Medicina Generale; la maggior parte di questi progetti riguardano persone appartenenti alla fascia di età più elevata (85-94 anni)

La lettura dei dati relativi ai pazienti seguiti in assistenza domiciliare nel 2013 dalla Azienda USL di Modena mostra come la demenza sia diventata la seconda patologia più importante (dopo le cardiopatie e prima dei tumori) per la quale sia richiesta questa tipologia di assistenza. I pazienti con demenza seguiti in assistenza domiciliare (2.210 progetti attivi) rappresentano inoltre il 42% dei progetti

attivati dai MMG nell'ambito del progetto aziendale Disturbi Cognitivi (5.195 progetti assistenziali) evidenziando come il ricorso alla domiciliarità stia diventando un modello assistenziale a cui si fa più ricorso soprattutto nelle fasi più avanzate di malattia. Da non sottovalutare inoltre il ruolo del Servizio di Psicologia Clinica aziendale per le attività di sostegno nei confronti dei familiari, i cosiddetti "caregivers": nel 2013 sono stati seguiti e monitorati 489 familiari di persone con demenza, per un totale di 1.624 prestazioni complessive. Inoltre, le Associazioni di Volontariato, in integrazione con i servizi della rete socio-sanitaria, riescono a gestire una serie di attività importanti per i pazienti e le famiglie nell'ambito degli interventi non farmacologici o psicosociali, come i Caffè Alzheimer, i gruppi di mutuo aiuto, gli interventi di stimolazione cognitiva, musicoterapia e terapia occupazionale.

Pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)

In base alle linee guida regionali "Indicazioni per l'uso della terapia anticoagulante orale e suo monitoraggio" è stato scelto, a livello aziendale, il modello a gestione mista del secondo tipo; i pazienti che vengono seguiti per un primo periodo (in genere tre mesi) da un Centro di riferimento ospedaliero (CTO) fino alla stabilizzazione vengono poi affidati al MMG per la prosecuzione del monitoraggio.

Si ritiene che tale modello dia le maggiori garanzie di efficienza delle risorse presenti ma richiede la integrazione con i sistemi informativi dei MMG con quelli dei CTO poiché il data base di quest'ultimo deve essere sempre aggiornato sui dati del paziente al fine di poter eseguire consulenze periodiche, intervenire tempestivamente in caso di complicanze, ricoveri, accessi al PS e verificare periodicamente la qualità del trattamento ai pazienti.

Il MMG avrà, previa formazione, accesso al software PARMA tramite portale SOLE e valutata la proposta terapeutica elaborata validerà e/o modificherà la proposta data. Il referto prodotto dovrà essere firmato dal MMG e consegnato al paziente con lo schema terapeutico. Tale referto è anche disponibile sul portale dei referti AUSL.

Con l'elaborazione dello schema terapeutico viene fissata anche la data del prelievo successivo che in automatico sarà disponibile presso il Punto prelievi scelto dal paziente.

Nel 2013 il progetto era sviluppato solo nei distretti di Sassuolo, Pavullo e Mirandola. Si è lavorato per integrare l'accordo aziendale con gli MMG per estendere l'attività progressivamente a tutti gli altri medici.

Neonato sano

L'obiettivo generale del percorso è quello di favorire l'adozione di modalità cliniche e assistenziali di gestione del neonato sano appropriate, efficaci, eque per la comunità, attraverso un processo di condivisione e allineamento dei professionisti (ginecologi, pediatri, infermieri, ostetrici).

Programma Leggieri

L'integrazione tra i sistemi di cure primarie e della salute mentale è il tema centrale del programma "Giuseppe Leggieri". La relazione tra medici di famiglia e psichiatri dei Centri di salute mentale costituisce un'opportunità per rispondere in modo più efficace ai bisogni della persona, per intervenire in modo precoce sulla diagnosi e con cure più appropriate, e creando le condizioni per valorizzare le competenze dei professionisti coinvolti. Per approfondimenti si rimanda al capitolo 9 Salute Mentale.

Le tabelle che seguono evidenziano, per ogni singolo progetto aziendale di presa in carico, i dati di attività 2013.

Tab.8.18 –Progetti aziendali per le patologie croniche e per la salute dei bambini

DIABETE					
DISTRETTO	Pazienti	MMG	media pz x MMG	pop. > 15	pz*1000 ab.
CARPI	4205	75	56.1	90004	46.7
MIRANDOLA	3492	59	59.2	74640	46.8
MODENA	5239	130	40.3	160801	32.6
PAVULLO	3969	80	49.6	102813	38.6
SASSUOLO	976	28	34.9	36052	27.1
VIGNOLA	1555	48	32.4	77415	20.1
CASTELFRANCO	2580	48	53.8	63282	40.8
TOTALE	22016	468	47.0	605007	36.4

DISTURBI COGNITIVI					
DISTRETTO	Pazienti	MMG	media pz x MMG	pop. > 15	pz*1000 ab.
CARPI	600	57	10.5	22320	26.9
MIRANDOLA	727	36	20.2	18705	38.9
MODENA	1598	112	14.3	42685	37.4
PAVULLO	926	61	15.2	23666	39.1
SASSUOLO	236	14	16.9	9897	23.8
VIGNOLA	260	16	16.3	19146	13.6
CASTELFRANCO	632	42	15.0	13827	45.7
TOTALE	4979	338	14.7	150246	33.1

TAO					
DISTRETTO	Pazienti	MMG	media pz x MMG	pop. > 15	pz*1000 ab.
CARPI	-	-	-	-	-
MIRANDOLA	751	54	13.9	72321	10.4
MODENA	-	-	-	-	-
PAVULLO	1313	77	17.1	9942	13.2
SASSUOLO	717	27	26.6	35016	20.5
VIGNOLA	-	-	-	-	-
CASTELFRANCO	-	-	-	-	-
TOTALE	2781	158	17.6	206757	13.5

LEGGIERI					
DISTRETTO	Pazienti	MMG	media pz x MMG	pop. > 15	pz*1000 ab.
CARPI	332	75	4.4	87263	0.9
MIRANDOLA	250	59	4.2	72321	0.8
MODENA	750	136	5.5	156091	0.9
PAVULLO	365	77	4.7	9942	0.8
SASSUOLO	153	29	5.3	35016	0.8
VIGNOLA	287	57	5.0	7514	0.8
CASTELFRANCO	326	48	6.8	61371	0.8
TOTALE	2463	481	5.1	586622	0.8

NEONATO SANO					
DISTRETTO	Pazienti	MMG	media pz x MMG	pop. > 15	pz*1000 ab.
CARPI	391	15	26.1	950	411.6
MIRANDOLA	439	12	36.6	843	520.8
MODENA	651	23	28.3	1671	389.6
PAVULLO	546	17	32.1	1111	491.4
SASSUOLO	204	4	51.0	370	551.4
VIGNOLA	583	13	44.8	967	602.9
CASTELFRANCO	339	15	22.6	789	429.7
TOTALE	3153	99	31.8	6701	470.5

BAMBINO CRONICO					
DISTRETTO	Pazienti	MMG	media pz x MMG	pop. > 15	pz*1000 ab.
CARPI	623	13	47.9	15247	40.9
MIRANDOLA	973	11	88.5	12579	77.4
MODENA	2664	26	102.5	25239	105.6
PAVULLO	1937	18	107.6	17571	110.2
SASSUOLO	406	4	101.5	5420	74.9
VIGNOLA	823	13	63.3	13326	61.8
CASTELFRANCO	633	11	57.5	12028	52.6
TOTALE	8059	96	83.9	10141	79.5

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.6•Ambulatorio infermieristico•

Gli ambulatori infermieristici delle Cure Primarie offrono assistenza infermieristica in collaborazione con la rete dei Medici di Medicina Generale e dei Servizi sociosanitari per rispondere alle esigenze di potenziamento dell'assistenza territoriale. Permettono di prendere in carico il paziente, curandolo dalla fase acuta fino al domicilio, affiancando le prestazioni dei medici di medicina generale. L'ambulatorio costituisce un nodo della più complessiva rete dell'assistenza territoriale e si rivolge alle persone con una situazione socio-sanitaria che permette loro di recarsi all'ambulatorio autonomamente ed è collegato con gli altri nodi della rete quali l'assistenza domiciliare.

Vi opera un'equipe di personale infermieristico che fornisce un ampio ventaglio di prestazioni che vanno dalle medicazioni di lesioni complesse (ad esempio, vascolari) a quelle chirurgiche, dalla cura di ustioni leggere, alla medicazione del piede diabetico, sino alla gestione di accessi venosi, cateteri vescicali e drenaggi. L'ambulatorio si occupa anche di insegnare a pazienti e famigliari come eseguire correttamente l'auto-somministrazione di farmaci.

Gli ambulatori infermieristici sono stati avviati nel corso del 2013 a Castelfranco Emilia, Finale Emilia, Modena, Pavullo, Montefiorino (distretto di Sassuolo).

Complessivamente le prestazioni erogate in tutta la Provincia sono state 16640, i pazienti trattati 1951.

Tab.8.19 - Prestazioni e pazienti trattati per ambulatorio infermieristico

	Prestazioni	Pazienti trattati
Finale Emilia*	1539	743
Pavullo	1910	158
Montefiorino*	361	48
Modena	9163	836
Castelfranco Emilia	3667	166
Totale	16640	1951

*6 mesi da luglio a dicembre 2013

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.7•Punto•Unico•di•Accesso•Socio-Sanitario•(PUASS)•

Il Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario è un punto di accesso unificato alle prestazioni rivolto alle persone con un disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali. Vengono trattate prestazioni di tipo sanitarie, sociosanitarie e sociali per i pazienti provenienti dagli ospedali e sanitarie e socio sanitarie per i pazienti provenienti dal territorio.

Nel 2013 si è consolidato il percorso di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari prevalentemente per anziani, pazienti con gravissime disabilità acquisite, nonché pazienti complessi con problematiche diverse (sociali, di salute mentale, clinico assistenziali ecc) promuovendo prioritariamente la domiciliarità e garantendo la continuità tra i diversi episodi di cura ed assistenza²⁷.

In tutti i Puass sono presenti la figura dell'infermiere e dell'assistente sociale che rappresentano gli operatori fondamentali nella raccolta delle segnalazioni, nell'organizzazione della valutazione multidimensionale e dell'accesso ai servizi .

Sono stati condivisi strumenti di valutazione multidimensionale omogenei a livello aziendale nell'area anziani ed è stata effettuata l'analisi per lo sviluppo nel 2014 di un unico programma informatico aziendale all'interno del programma ARIANNA ADI che permetterà di migliorare le comunicazioni e la gestione dei casi, nonché di raccogliere gli indicatori, che in aggiunta agli attuali (n° valutazioni, dati dimissioni) porteranno ad un migliore monitoraggio dell'intero processo.

La segnalazione tempestiva dai reparti e la valutazione precoce dei pazienti ricoverati da parte del PUASS (infermiera e assistente sociale) permette di rendere più appropriato il percorso in caso di dimissione difficile. Questo percorso, oltre che a Baggiovara è stato attuato nel 2013 al Policlinico, a Castelfranco , Vignola e Sassuolo . L'attuazione ha permesso di ottimizzare l'utilizzo delle Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) che prevede la partecipazione oltre che il MMG e dell'infermiere e dell'assistente sociale quella del geriatra, fisiatra o psichiatra a seconda del bisogno e l'individuazione del servizio necessario.

I Puass in cui nel 2013 è stata avviata la valutazione precoce dei pazienti ricoverati sono quelli di Modena, Vignola, Castelfranco e Sassuolo. Analoghe prassi si stanno sviluppando nelle altri PUASS.

Tab.8.20 - Valutazioni PUASS suddivise per Distretto e per sede della valutazione – Anno 2013

	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco	Totale
Sede Valutazione								
Ospedale	405	276	1149	392	362	198	203	2985
Struttura Residenziale	1	2	45	21	158	61	27	315
Tipo Valutazione								
Valutazione Socio-Assist.	188	12	439	40	9	13	45	746
Valutaz. ADI (MMG+Inf+Soc)	330	58	1068	469	14	145	203	2287
Valutaz. UVM (Spec+Inf+Soc)	177	211	497	804	614	493	365	3161
Totale complessivo	1248	1130	2365	1349	1032	1252	798	9174

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.8•Assistenza•domiciliare²⁸

L'assistenza domiciliare comprende prestazioni sanitarie di tipo socio-assistenziale, ha la finalità di mantenere il più possibile a domicilio i pazienti fragili in alternativa alla residenzialità o all'ospedalizzazione, e garantisce percorsi di cura personalizzati basati sull'integrazione di figure professionali sanitarie e sociali.

Assistenza domiciliare e cure palliative: garantiscono prestazioni sanitarie e di tipo socio-assistenziale con la finalità di mantenere il più possibile a domicilio i pazienti fragili in alternativa alla residenzialità o all'ospedalizzazione. Il Servizio, articolato in diversi livelli di intensità delle cure in relazione al bisogno assistenziale del singolo paziente, è

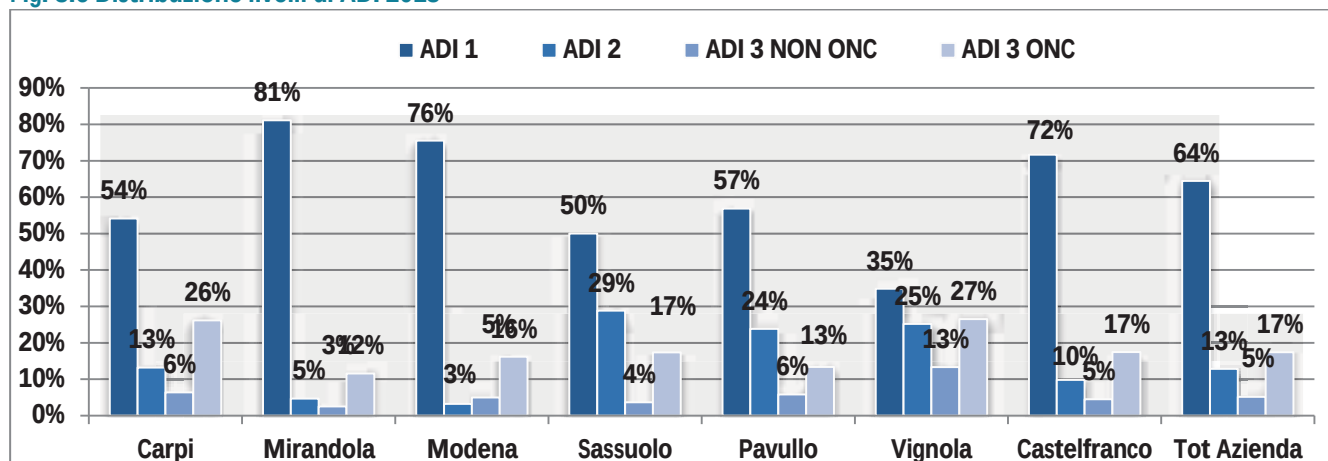
²⁷ Per approfondimenti sulla integrazione dei servizi socio-sanitari si rimanda al capitolo 7

²⁸ Per approfondimenti riguardanti l'integrazione socio-sanitaria si rimanda al capitolo 7

rivolto ai malati cronici, ad ammalati con patologie oncologiche ad uno stadio molto grave e terminali, a bambini con malattie croniche, a disabili gravi e gravissimi e vede il coinvolgimento di più operatori e l'integrazione di diversi servizi. Prevede la presa in carico del paziente da parte di un pool di professionisti (MMG, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base e il volontariato) e, in relazione ai bisogni assistenziali della persona, si articola su tre livelli di intensità crescente (ADI1, ADI2 ADI3) in base ai bisogni e alle intensità di cure fornite; in tutti i livelli viene redatto e verificato il progetto assistenziale personalizzato, formulato attraverso una valutazione multi-dimensionale dal Medico di Medicina Generale (MMG), dall'infermiere e, se necessario, dall'assistente Sociale.

I pazienti assistiti in ADI nel 2013 sono stati 6553. La figura sottostante mostra la distribuzione dei pazienti per tipologia ADI. La modalità assistenziale prevalente è quella a minore intensità ADI1 (64%), seguita da quella più intensiva ADI3 (17% oncologica e 5% non oncologica per un totale del 23%) e dall'ADI intermedia ADI2 13%.

Fig. 8.6 Distribuzione livelli di ADI 2013



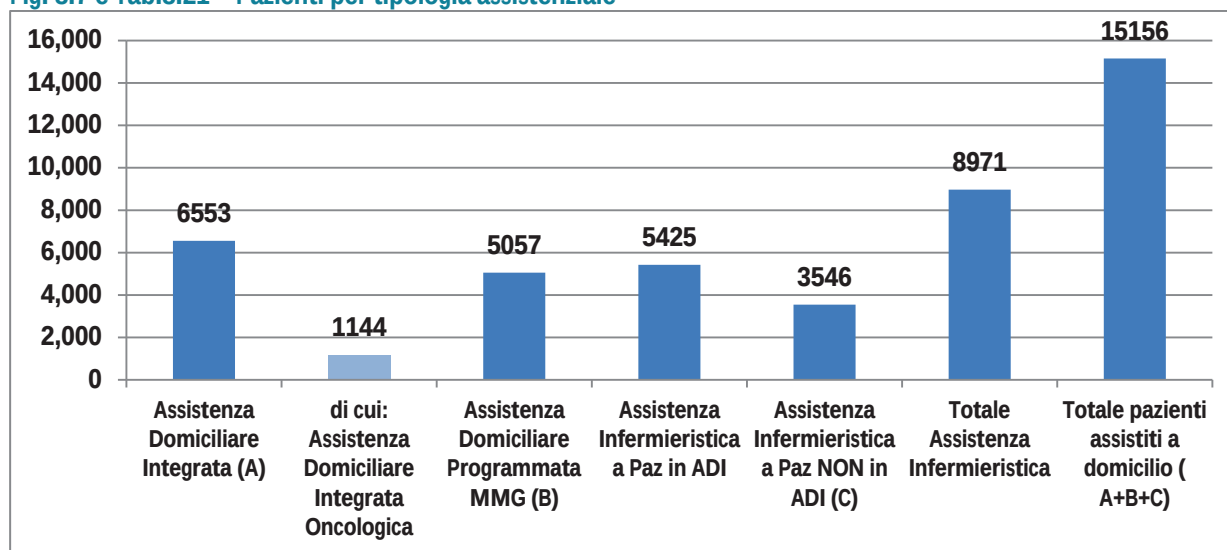
Fonte: Dipartimento di Cure primarie, flusso ADI, Ausl Modena

L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) è destinata a pazienti per i quali non è necessaria l'integrazione con altre figure professionali. Prevede da parte del MMG la programmazione di interventi domiciliari all'interno di un progetto assistenziale personalizzato; quando il paziente assistito è ospite di una residenza viene indicata con la sigla ADR. I pazienti in ADP sono 5057.

L'Assistenza Infermieristica Domiciliare consiste nell'attività assistenziale svolta a domicilio dagli infermieri del Servizio Assistenza Domiciliare Infermieristica (SADI), che intervengono in tutti i programmi assistenziali ADI e pazienti oncologici terminali ed in alcuni casi in cui sono necessarie le sole prestazioni infermieristiche. Gli assistiti dagli infermieri sono 8971 di cui 5421 assistiti insieme al MMG e altri specialisti necessari in ADI.

I pazienti assistiti a domicilio tra le diverse tipologie sono 15156.

Fig. 8.7 e Tab.8.21 - Pazienti per tipologia assistenziale



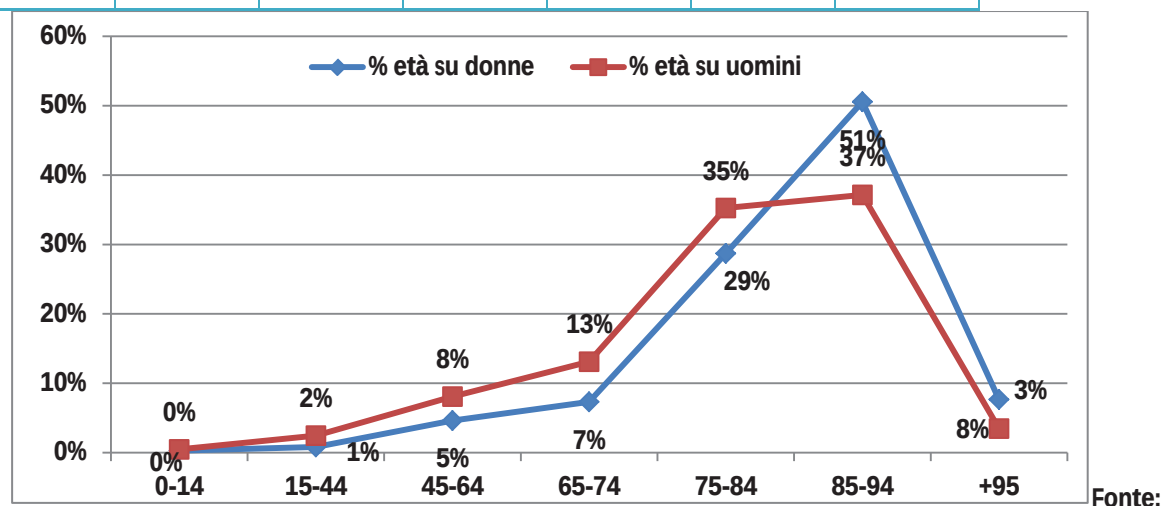
Tipo Assistenza	2009	2010	2011	2012	2013	2013 vs 2012
Assistenza Domiciliare Integrata (A)	6249	6557	6853	6778	6553	-3%
di cui: Assistenza Domiciliare Integrata Oncologica	1289	1236	1185	1153	1144	-1%
Assistenza Domiciliare Programmata MMG (B)	6336	6377	5220	5177	5057	-2%
Assistenza Infermieristica a Pazienti in ADI	5668	5672	5603	5502	5425	-1%
Assistenza Infermieristica a Pazienti NON in ADI (C)	2677	2638	3474	3204	3546	11%
Totale Assistenza Infermieristica	8345	8310	9077	8706	8971	3%
Totale pazienti assistiti a domicilio (A+B+C)	15262	15572	15547	15159	15156	0%

Nota: I pazienti in ADI sono seguiti prevalentemente dal MMG e dall'Infermiere in un progetto assistenziale integrato, i pazienti in ADP sono seguiti solo dal MMG. I pazienti in Ass. Infermieristica, sono compresi in ADI, ma possono anche essere seguiti solo dall'infermiere per interventi che non necessitano di un progetto assistenziale integrato con il MMG

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, flusso ADI, Ausl Modena

Tab 8.22 e Fig. 8.8 Pazienti Assistiti a Domicilio per sesso e fasce di età - Anno 2013

Fascia di età	Femmine		Maschi		Totale	
	n°	% di fascia sul totale	n°	% di fascia sul totale	n°	% di fascia sul totale
0-14	28	52%	26	48%	54	0%
15-44	80	38%	132	62%	212	1%
45-64	452	51%	436	49%	888	6%
65-74	715	50%	707	50%	1422	9%
75-84	2803	60%	1901	40%	4704	31%
85-94	4937	71%	2003	29%	6940	46%
+95	749	80%	187	20%	936	6%
Totale	9764	64%	5392	36%	15156	100%



Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Il tasso grezzo di pazienti assistiti a domicilio rapportati alla popolazione sono aumentati in 10 anni dal 2003 al 2013 dal 18.7‰ al 21.5‰, nei pazienti over 75 questo valore è passato da 141.4‰ a 162.9‰ per mille. Il tasso di ADI sulla popolazione è particolarmente rilevante nei distretti di Mirandola e Pavullo (rispettivamente 27.2 e 27.3) e a Mirandola considerando gli over 75 anni (198.1‰).

Tab.8.23 Pazienti in ADI totale e per over 75anni e tasso grezzo su popolazione per distretto

Anno 2013	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco	Totale
Pazienti assistiti a domicilio	1732	2376	4306	2521	1132	1541	1548	15156
Pazienti assistiti a domicilio >=75anni	1377	1959	3697	2041	964	1248	1294	12580
Tasso Grezzo pz ADI su popolazione	17	27.2	23	20.9	27.3	17	20.6	22
Tasso Grezzo Paz=> 75anni su popolazione	126	198.1	167	173.9	174.5	127	181.1	163

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.9 Assistenza residenziale (vedi capitolo 7 Integrazione socio-sanitaria)

8.10 Consulori familiari

Il Consultorio Familiare garantisce le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale per la donna, per la coppia e per i giovani, con equipe costituite da ostetriche, medici, psicologi che offrono percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture presenti nel territorio di riferimento.

I Consulori sono stati nel corso del 2013 riorganizzati all'interno del Dipartimento Aziendale di Cure Primarie attraverso una organizzazione per area e ridefinendo le sedi consultoriali alla luce della realizzazione delle Case della Salute e dei nuclei strutturati di cure primarie,

I consultori hanno la responsabilità dell'organizzazione dei percorsi socio-assistenziali integrati di competenza dell'area consultoriale, come ad esempio il percorso nascita, l'applicazione della legge 194 e la violenza domestica e di genere.

Per quanto riguarda la violenza domestica di genere si segnala che il consultorio familiare ha attivato, su progetto regionale ed in integrazione con la rete provinciale e distrettuale di contrasto alla violenza domestica, dal dicembre 2011 un servizio di presa in carico e trattamento degli uomini autori di violenza alle donne (LDV)²⁹. Il servizio è collocato presso il consultorio familiare di Modena e complessivamente nel 2012 e 2013 ha avuto contatti con 270 uomini di cui 23 erano in trattamento e 10 erano già "dimessi" per conclusione del trattamento.

Anche in ambito oncologico i consultori intervengono, in stretta correlazione con l'ospedale, nei percorsi diagnostici ginecologici, in particolare si occupano di tutta la gestione del primo e del livello dello screening citologico.

L'attività dei consultori familiari, offerta garantendo il supporto e l'assistenza alla donna, è sinteticamente richiamata nella tabella che segue (Tab.8.24, 8.25).

Gli utenti del consultorio familiare sono stati nel 2013 76.786 (di cui 15.614, 20%, straniere) pari al 17% della popolazione provinciale in età 15-64 anni (maschi e femmine).

Le donne gravide prese in carico nei consultori sono state 3673, pari al 58,1% dei nati da residenti del 2013 (6311). I certificati di interruzione di gravidanza sono stati 1019 corrispondenti all'80% delle IVG effettuate da donne residenti (sempre nel 2013).

Tab.8.24 -Consultori famigliari AUSL Modena - Accessi per distretto 2012-2013

Distretto	2012	2013	var % 2012-2013
Carpi	16122	18440	14%
Mirandola	7264	9554	32%
Modena	31651	32170	2%
Sassuolo	13101	13411	2%
Pavullo	7995	7238	-9%
Vignola	15834	16120	2%
Castelfranco	11312	12049	7%
Azienda		458	
Totale	103279	109440	6%

²⁹ <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/7775>

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

Il confronto del dato 2013 sul 2012 evidenzia un aumento degli accessi al consultorio familiare , con una variazione positiva nei distretti colpiti dal sisma nel 2012

Tab.8.25 – Utenti in carico ai consultori, gravide, certificati IVG e % straniere per distretto Ausl Modena – Anni 2012-2013

	Gravide in carico 2012	%straniere	Gravide in carico 2013	% straniere	Certificati IVG 2012	%straniere	Certificati IVG 2013
Carpi	561	61.9	565	57.8	141	53.2	115
Mirandola	325	72.2	341	67.0	112	56.3	89
Modena	1043	65.3	949	62.0	485	61.7	413
Sassuolo	590	38.8	619	44.5	134	36.0	157
Pavullo	185	52.1	169	48.0	45	26.5	36
Vignola	600	55.6	575	57.0	138	59.3	140
Castelfranco	390	39.8	343	55.0	67	36.7	69
Azienda	3694	57.3	3561	56.5	1122	54.4	1019

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

In accordo con le previsioni della DGR n.533/2008 per l'assistenza ostetrica della gravidanza, è stata promossa l'attivazione del DSA2 a gestione dell'ostetrica³⁰ e la rilevazione delle attività attraverso i flussi regionali ASA e SICO. Ciò è avvenuto attraverso l'adozione sistematica del sistema di classificazione delle gravidanze in carico.

Al tempo stesso si è provveduto all'adeguamento ed aggiornamento della cartella informatizzata sulla base dei nuovi strumenti acquisiti (DSA2), dei nuovi profili assistenziali e del database regionale SICO.

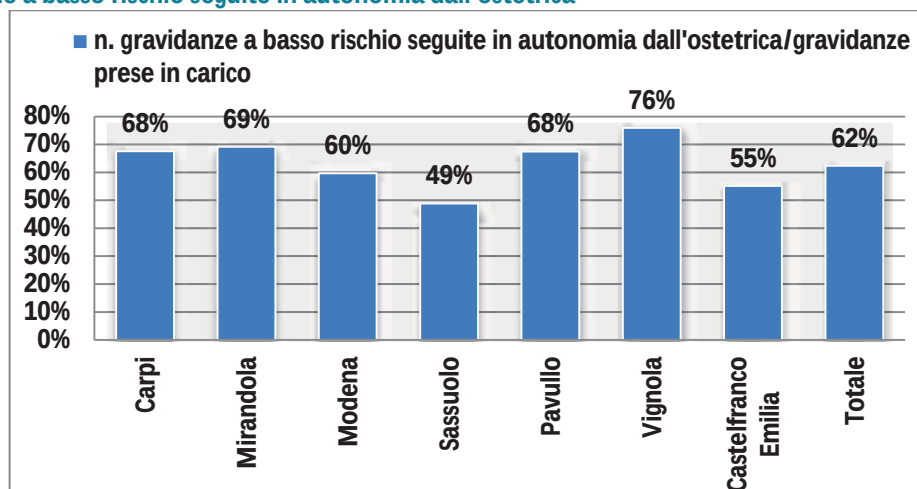
Sono stati elaborati i protocolli ABOM distrettuali per sei condizioni indicate dal Gruppo Project Management del Dipartimento Cure Primarie.

Passando alla diagnostica prenatale, è stata avviata l'offerta del test combinato in integrazione con le Unità Operative ospedaliere.

Da ultimo sul progetto diabete e gravidanza sono stati definiti ed implementati i protocolli distrettuali in integrazione coi servizi di diabetologia e con le Unità Operative ospedaliere ed è stata organizzata la formazione provinciale e si è lavorato sui percorsi integrati per gravidanze multiproblematiche ed in adolescenza (rivalutazione e confronto tra esperienze distrettuali).

Lo stato di avanzamento del progetto nel 2013 prevedeva la gestione da parte della sola ostetrica delle gravidanze a basso rischio; tutti i distretti hanno implementato la differenziazione dell'assistenza offerta sulla base del rischio: a livello aziendale nel 2013 il 62 % delle gravide assistite in consultorio è stato preso in carico dall'ostetrica in autonomia. Le gravide che rispettano i tempi d'attesa per colloquio (10gg) e 1° visita (15gg) sono il 75%.

Fig. 8.9 - Gravide a basso rischio seguite in autonomia dall'ostetrica



Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

³⁰ vedi anche DGR n.1097/2011

Il consultorio (medici, ostetriche e psicologi) ha inoltre assistito utenti per contraccezione (5890 di cui 28% straniere) , menopausa (984 di cui 10% straniere), problematiche psicorelazionali (691), sterilità , ginecologia e andrologia curativa (25.374 di cui 22%stranieri), oncologia ginecologica , compreso pap test (52.016 di cui 16,7% stranieri), le attività degli spazi giovani consultoriali a livello provinciale hanno accolto 2896 utenti (età14-19 anni) , e hanno coinvolto più di 5000 adolescenti negli interventi di promozione del benessere sessuale e relazionale svolti a scuola (peer education anche in integrazione col SERT) e nei gruppi extrascolastici.

Tab.8.26 – Utenti consultori Provincia di Modena per tipologia di assistenza – Anno 2013

Tipologia assistenza consultori	Utenti 2013
Contraccezione	5890
Menopausa	984
Sterilità , ginecologia e andrologia curativa	25374
Oncologia, ginecologica , compreso pap test	52016
Spazi giovani consultoriali età14-19 anni	2896
Promozione del benessere sessuale e relazionale svolti a scuola	5000

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.11 Medicina penitenziaria

La medicina penitenziaria si occupa dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti e si propone di favorire la crescita di un servizio multidisciplinare orientato a soddisfare le necessità assistenziali previste nei tre momenti fondamentali della esperienza penitenziaria:

accoglienza dei nuovi Giunti

permanenza in regime detentivo

dimissione per altro istituto o/e ritorno in libertà secondo un modello coerente con quanto caratterizza l'assistenza primaria nel territorio regionale dell'Emilia-Romagna, sostenuto da una intensa attività formativa in ogni Istituto Penitenziario.

Nella Provincia di Modena sono presenti una Casa circondariale a Modena e una casa di lavoro a Castelfranco Emilia.

I detenuti sono 556 a Modena e 96 a Castelfranco rispettivamente il 252% e 86% in più rispetto alla capienza regolamentare, il carcere di Modena risulta il più sovraffollato della Regione. Le donne costituiscono il 6% dei detenuti a Modena, mentre non sono presenti nell'istituto di Castelfranco. Gli stranieri rappresentano la maggior parte degli internati il 69% a Modena e il 16% a Castelfranco Emilia.

La dotazione di personale a tempo indeterminato e determinato presente nelle strutture corrisponde a 7.5 addetti su 100 detenuti nel carcere di Modena e 12 su 100 nella Casa di lavoro di Castelfranco Emilia.

Tab.8.27 - Internati e personale al 31/12/2013 nelle strutture penitenziarie della Provincia di Modena

	Casa circondariale Modena	Casa di lavoro Castelfranco Emilia
Internati al 31/12/2013	556	96
Medici di medicina di servizi + SERT	11*	4
Specialisti	13	2
Infermieri	14	4
Educatore SERT**	1	1
Psicologi SERT**	2	1
Personale totale	41	12
Personale /Detenuti %	7%	13%

*a tempo parziale

** tempo determinato

Fonte: internati DAP RER

Nel corso del 2013 si è avviata anche negli istituti penitenziari di Modena il progetto regionale sul promotore di salute in carcere che ha l'obiettivo di promuovere una maggior equità nella tutela della salute delle persone recluse attraverso un miglioramento della capacità di prendersi cura di sé con l'adozione di stili di vita salutari e sensibilizzare il personale dell'Amministrazione Penitenziaria sulla importanza della salubrità degli ambienti di vita e di lavoro sia per i detenuti che per tutto il personale che vi presta attività figura trait d'union tra il team sanitario e l'utente con una forte presenza nelle sezioni sul modello degli "operatori di strada".

Tale progetto coinvolge la Regione Emilia-Romagna, la Regione Veneto e la Regione Lombardia in collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria.

Nel 2013 si è mantenuto il programma della specialistica con incremento di nuove branche specialistiche, odontoiatria in particolare.

Il nuovo progetto di presa in carico risponde alle attese, con diminuzione degli accessi in infermeria e diventa essenziale per la gestione del nuovo padiglione.

Nel 2013 si è rilevata una presenza molto più significativa del Dipartimento Salute Mentale presso il carcere, con attivazione di una équipe multiprofessionale analoga a quella esterna. Da luglio 2013, vi è stato un incremento delle ore di psichiatria e di psicologia clinica, in parte recuperate dalla chiusura della Casa Circondariale Saliceta San Giuliano.

Notevole è stato l'incremento della copertura per gli screening per MST, che ha raggiunto il 94% della popolazione reclusa con permanenza oltre 10 giorni. Inoltre, c'è stato un forte impulso alle vaccinazioni ANTI-HBV, DIFTERITE, TETANO, INFLUENZA E PNEUMOCOCCO ed un mantenimento dell'adesione agli screening del colon retto e per la prevenzione dei tumori femminili:

- pap test: 100 % di copertura,
- mammografia: i casi sono molto pochi e vengono richiesti i controlli,
- colon-retto: l'adesione degli over 50 è circa l'80% a Castelfranco Emilia, mentre è inferiore al 50% nel carcere S. Anna.

E' stato mantenuto, seppure con grandissima difficoltà, lo screening per il rischio suicidario, che ha coinvolto la totalità dei nuovi ingressi = 100%.

La tabella di seguito riportata evidenzia i principali ambiti di attività della medicina penitenziaria (nella sezione relativa agli obiettivi di esercizio saranno dettagliati ulteriori elementi).

n. aree specialistiche coinvolte nell'assistenza nelle carceri	psichiatria, dipendenze patologiche, infettivologia, medicina riabilitativa, diabetologia, odontoiatria
n. prestazioni erogate	In fase di rilevazione per adozione nuovo programma
mappatura rischio (screening suicidio)	100%
screening infettivologici - n. test HIV	nel 2013 aumento di oltre 200 persone con rallentamento degli screening insieme a difficoltà inerenti alla nuova cartella clinica informatizzata
n. screening oncologici	pap test: 100 % di copertura mammografia: i casi sono molto pochi e vengono richiesti i controlli colon-retto: l'adesione degli over 50 è circa l'80 a Castelfranco Emilia, inferiore al 50% nel carcere S. Anna

8.12 Assistenza specialistica ambulatoriale

Il piano di produzione della specialistica 2013 è stato predisposto pianificando l'offerta delle aziende modenesi sulla base dell'analisi del fabbisogno, della committenza espressa dai distretti, della negoziazione con i diversi dipartimenti e degli accordi di fornitura e prevede una più corretta gestione delle agende dando piena attuazione alle direttive regionali.

Al fine di dare una migliore risposta ai cittadini, l'assistenza specialistica è stata riorganizzata attraverso la programmazione dell'offerta e la definizione di percorsi differenziati che riguardano l'accesso alle urgenze ed al follow-up delle patologie croniche.

La principale finalità è la garanzia di prestazioni in tempi adeguati alla valutazione tempestiva dei problemi di salute, da perseguire attraverso:

- sistemi di valutazione dell'appropriatezza della domanda;
- il monitoraggio dell'equilibrio fra committenza e produzione;
- l'adozione di modalità di accesso alle prestazioni, che tengano conto dei principi di equità, di facilitazione dell'accesso e di priorità del bisogno

Gli ambiti di attività previsti dal progetto sono i seguenti:

- urgenze U: per alcune prestazioni definite sulla base di priorità cliniche, le Aziende Sanitarie si impegnano a garantire l'erogazione entro 24 ore dalla richiesta in accesso diretto presso le strutture ospedaliere nelle tre aree della provincia;
- urgenze B: viene definito un piano di revisione dell'offerta per prestazioni urgenti differibili, entro 7 giorni. Per la maggior parte delle prestazioni si prevede la messa a CUP delle disponibilità, associata ad un'eventuale revisione dell'offerta, al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dalla regione. Fanno eccezione alcune prestazioni per le quali è necessaria la gestione integrata MMG/specialista, tramite percorsi extra-CUP;
- follow-up: sono state individuate delle branche prioritarie per le quali devono essere attivati percorsi di presa in carico delle malattie croniche.

Per quanto riguarda l'attività programmata (priorità D: entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali), si conferma il mantenimento del Percorso Garanzia. Tale progetto, attivo da qualche anno, prevede che per determinate prestazioni (1° visita cardiologica + ecg, dermatologica, oculistica, neurologica, ecografia addome, RM encefalo) in caso di indisponibilità, venga offerto al cittadino un posto presso un centro privato accreditato che ha aderito al progetto, impegnandosi a garantire i tempi di attesa previsti dalla regione.

Un obiettivo importante, ma precedentemente non conseguito dall'Azienda USL di Modena, garantire l'apertura sine die delle agende di prenotazione, così come previsto dalla normativa; a tal fine, sono state fornite indicazioni per la proiezione costante delle disponibilità, con valenza annuale. Il processo ha previsto una progressione in due fasi: una prima proiezione di 6 mesi e la successiva definizione della programmazione di ogni agenda di prenotazione ai fini dell'apertura annuale dei calendari. Alla fine del 2013 è stata completata la programmazione delle agende di prenotazione e la conseguente apertura annuale delle disponibilità, compresa quella relativa ai centri privati accreditati.

In considerazione della criticità che da tempo caratterizza il governo della specialistica in provincia di Modena, importante è stato l'impegno per dare piena attuazione alle indicazioni regionali (piano regionale dei tempi di attesa) e per conseguire migliori livelli di appropriatezza nell'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, da garantire in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti. Parimenti si è operato per garantire il puntuale e periodico monitoraggio dell'andamento delle performance indispensabile al governo dell'offerta; ciò è avvenuto con particolare riferimento a urgenza, urgenza differibile e follow-up.

Dopo una fase propedeutica di studio del fenomeno e di condivisione della strategia e degli ambiti con i clinici interessati, nel corso del 2013 sono stati definiti i percorsi di accesso privilegiati per le urgenze U (urgenze a 24 ore con accesso direttamente ai servizi senza passare preventivamente dal CUP), tale modalità semplificata di accesso alle prestazioni è attiva dal 27 maggio 2013. Nel corso del 2013 sono stati definiti anche i percorsi per le urgenze B: il progetto prevede di rendere disponibili e prenotabili tramite CUP le prestazioni identificate dal gruppo provinciale. Fa eccezione la colonscopia che viene prenotata attraverso un percorso dedicato, in questo caso, infatti, il prescrittore deve contattare direttamente il Call Center ad un numero verde dedicato e concordare la data di erogazione della prestazione.

I percorsi delle urgenze 7 giorni sono stati oggetto di ridefinizione anche con riferimento alla "committenza", ovvero alle prestazioni necessarie nei diversi distretti; la messa a regime del progetto ha infatti previsto un piano di revisione/adeguamento dell'offerta per le prestazioni identificate e l'organizzazione delle agende di prenotazione con la disponibilità delle urgenze B. I criteri clinici individuati risultano appropriati in base alle linee-guida basate su prove di efficacia o in funzione di documenti di consenso locale basati su indicazioni di buona pratica clinica, sono stati messi a punto in collaborazione con la funzione di Governo Clinico e sono stati condivisi con gli specialisti ospedalieri e convenzionati interni delle due Aziende sanitarie della provincia e con i Medici di Medicina Generale. L'avvio del percorso Urgenze B è stato formalizzato alla fine di dicembre del 2013, e risulta operativo dal gennaio 2014.

In tema di percorso garanzia, si precisa che sono stati implementati i "percorsi garanzia" per: 1° visita oculistica, 1° visita dermatologica, 1° visita neurologica, 1° visita cardiologica + ECG, ecografia addome e risonanze magnetiche cerebrali (si veda tabella sottostante); il monitoraggio più stringente sulla garanzia ha portato ad avere in tutti i distretti e con continuità la disponibilità a CUP delle prestazioni individuate (fanno eccezione la visita neurologica e la RMN encefalo che hanno, da progetto, ambito di garanzia provinciale).

La tabella che segue fornisce la dimensione del progressivo aumento dei volumi che si è registrato negli ultimi anni.

Tab.8.28 - Percorso garanzia: prenotazioni effettuate Anni 2010 – 2013

Tipologia prestazioni	2010	2011	2012	2013
1° visita oculistica	3411	5401	8164	10396
1° visita dermatologica	994	1549	2007	3203
1° visita neurologica	76	212	317	340
1° visita cardiologica + ECG	792	1648	2503	4156
Ecografia addome	4408	6656	6817	10784
RMN (da settembre 2010)	111	349	374	550
Totale prestazioni	9792	15815	20182	29429

Discorso a parte, per impegno e complessità, merita il riordino della senologia: fra il 2012 ed il 2013 si è proceduto con la riorganizzazione dei percorsi di accesso alle prestazioni in coerenza con le indicazioni regionali. Di fatto può essere considerata conclusa la messa a regime delle diverse delibere regionali relative ai percorsi per le donne, comprese quelle a rischio eredo-familiare.

Il riordino ha visto operare insieme, in modo coordinato i servizi centrali (CSA e governo clinico), il dipartimento di diagnostica per immagini, gli specialisti, i centri privati accreditati e le cure primarie, che hanno condiviso le strategie e portato avanti la riorganizzazione (criteri clinici, priorità, modalità di accesso, tempi e presa in carico per accertamenti successivi), che ad oggi può considerarsi completamente adottata: l'azzeramento delle liste a CUP che vedevano diverse migliaia di donne in attesa di ottenere una mammografia e la chiarezza dei percorsi di accesso ne sono la evidente testimonianza.

Punto di forza del progetto è l'aver attivato percorsi di accesso differenziati in base alle caratteristiche cliniche e all'età delle donne. La modalità di accesso alle prestazioni visita senologica, ecografia, mammografie e diagnostica di approfondimento, è ora conforme alle indicazioni delle DGR n.1035/09 e n.1414/12.

Inoltre, al fine di migliorare l'appropriatezza dell'ecografia della mammella e nell'ottica di favorire un utilizzo più efficiente delle risorse, unitamente al Dipartimento di Diagnostica per Immagini sono stati definiti i criteri clinici che giustificano una richiesta di ecografia della mammella con priorità B (entro 7 giorni) e D (entro 60 giorni) e le modalità di accesso alle prestazioni senologiche nell'uomo, sia in urgenza che programmate.

E' stato pianificato un percorso formativo che ha interessato tutti gli attori coinvolti nei percorsi senologici, articolato in incontri che si sono tenuti nei diversi distretti della provincia.

Anche diverse prestazioni di specifica rilevanza quali quelle di endoscopia digestiva, diagnostica pesante (RM e TAC), dermatologia, reumatologia ed oculistica, come pure la diagnostica di laboratorio sono state oggetto di riorganizzazione e/o interventi in ambito di appropriatezza prescrittiva e di percorso di accesso. Nello specifico delle indagini di laboratorio, sono da tempo a regime tutte le indagini reflex (TSH, PSA, epatite, autoimmunità) previste dalla DGR n.1779/2010 e sono stati implementati sistemi di warning e altri algoritmi volti a ridurre la richiesta impropria di analisi da parte di ospedale e territorio.

Per la dermatologia e reumatologia sono stati formalizzati ed implementati i protocolli clinico-organizzativi relativi rispettivamente alle lesioni pigmentate, avviato operativamente il 15 luglio 2013, ed alle urgenze e alle riacutizzazioni delle malattie croniche, che è stato poi avviato nel gennaio 2014, dopo un percorso formativo condotto con i MMG e gli specialisti reumatologi conclusosi nel dicembre 2013.

Il percorso propedeutico al passaggio al nuovo programma di prenotazione ha subito un'accelerazione notevole nella seconda metà del 2013, con incontri praticamente quotidiani per consentire la messa a punto e la completa definizione delle procedure che interessano il front-office ed il back-office (avvio operativo 3 marzo 2014).

Fermo restando lo sviluppo garantito in corso di 2013 dei percorsi di garanzia e dei percorsi relativi alle urgenze U e B, la tabella sopra riportata evidenzia diverse criticità sui tempi d'attesa che sono da porre in relazione da un lato ad un indice di offerta che effettivamente risulta inferiore alla media regionale e dall'altro ad un effetto legato all'implementazione dei percorsi di appropriatezza clinico-organizzativa che ancora non ha dato pienamente i risultati attesi.

8.13 Assistenza odontoiatrica

Il Servizio garantisce alla generalità dei cittadini, anche non destinatari del Programma regionale di Assistenza Odontoiatrica, alcune prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (visita odontoiatrica, visita e prestazione urgente in coerenza con le indicazioni delle DGR 2678/2004 e 374/2008, al fine di garantire ai cittadini equità di accesso alle cure.

Il Programma di Assistenza Odontoiatrica garantisce, oltre all'assistenza odontoiatrica di base, cure protesiche, ortodontiche e di conservativa ai cittadini che si trovano in una condizione di vulnerabilità sociale, vulnerabilità sanitaria e vulnerabilità socio sanitaria.

L'assistenza ambulatoriale odontoiatrica in Provincia di Modena è articolata su 22 ambulatori dell'Azienda USL presenti nei distretti di Carpi, Mirandola, Modena, Sassuolo, Vignola, Pavullo, Castelfranco comprensivi dei Penitenziari di S. Anna e Castelfranco Emilia).

Il coordinamento provinciale dell'attività odontoiatrica è all'interno del Dipartimento di Cure Primarie sotto il diretto controllo nell'ambito della UOC di Odontostomatologia e Chirurgia Orale dell'Azienda

Dal 4 giugno 2008 sono entrate in vigore le nuove regole in materia di assistenza odontoiatrica erogata dal Servizio Sanitario Regionale che hanno definito nuovi e più ampi livelli di assistenza garantiti.

Il programma di cure odontoiatriche, ortodontiche e protesiche è rivolto a coloro che si trovano in condizioni di vulnerabilità sanitaria, con patologie che determinano problemi di natura odontoiatrica o di vulnerabilità sociale, cioè a chi in ragione del reddito può trovarsi in condizioni economiche disagiate per poter accedere alle cure.

Fra le principali novità, l'introduzione della condizione di vulnerabilità socio-sanitaria (cioè l'ampliamento delle diagnosi alle persone con grave disabilità psicofisica e sociale e coinvolgimento delle commissioni aziendali per il riconoscimento della disabilità). La certificazione di questa condizione avviene in sede di commissione disabilità o mediante presentazione di domanda alle segreterie disabilità dell'Unità Operativa di Medicina legale e gestione del rischio presenti nei vari distretti se già in possesso di certificato di invalidità.

L'accesso avviene con prenotazione CUP prima visita che rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), a fini diagnostici comprensiva di quelle prestazioni del nomenclatore LEA in odontoiatria che viene garantita a tutti.

Attività odontoiatrica riservate per gli ospiti dell'istituto di pena Sant'Anna e Castelfranco Emilia.

L'Attività è svolta presso i rispettivi ambulatori odontoiatrici delle carceri di Sant'Anna e Castelfranco Emilia da specialisti dell'A.U.S.L. per gli ospiti della struttura. In questo ambulatorio sono erogate prestazioni di conservativa, di chirurgia, di igiene e protesi, per pazienti tossicodipendenti e detenuti normali. È stato realizzato nell'autunno del 2013 il nuovo ambulatorio odontoiatrico presso l'Istituto Penitenziario di Castelfranco Emilia.

Le prestazioni fornite dall'Ausl di Modena nel 2013 sono state 49.201 con un incremento rispetto all'anno precedente del 2.5%. Incremento di prestazioni di conservativa del 3.5% e a visite odontoiatriche del 8%. Riduzione prestazioni di protesi -7.8% e i trattamenti ortodontici (Tab.8.29).

Tab 8.29 – Prestazioni odontoiatriche 2012 e 2013

Prestazioni odontoiatriche	2012	2013	diff % 2013 vs 2012
prestazioni erogate	47993	49201	2.5%
prestazioni di conservazione	23816	24616	3.4%
prestazioni di protesi	5621	5184	-7.8%
trattamenti ortodontici	5954	5763	-3.2%
visite odontoiatriche	11264	12163	8.0%

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.14 Assistenza protesica e fragilità

L'area fragilità e protesica si propone di garantire alle persone fragili, prevalentemente anziani a rischio di perdita dell'autosufficienza o con autonomie ridotte o assenti e alle persone con disabilità interventi sia di promozione della salute, sia finalizzati a garantire una qualità di vita che corrisponda al più alto grado di benessere possibile in relazione alla situazione, attraverso molteplici risorse, sia proprie che in integrazione con i servizi sociali, con l'associazionismo e il territorio. In particolare gli ambiti di cui si occupa sono:

- la promozione della salute e la prevenzione delle complicanze;
- Il governo dell'accesso ai servizi socio-sanitari mediante un'organizzazione socio-sanitaria integrata (Punto Unico di Accesso Socio Sanitario).
- l'assistenza e la cura attraverso:
 - l'attività di diagnosi e cura nelle strutture residenziali e semiresidenziali;
 - Il monitoraggio dell'assistenza erogata nelle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili attraverso la collaborazione con l'ente locale sia per la definizione e il controllo dei contratti di servizio, sia per la valutazione della qualità dell'assistenza;
 - La partecipazione con l'ente locale e con i servizi della NPIA e del CSM, alle Unità di Valutazioni dei disabili adulti, per la definizione e la rivalutazione dei progetti di vita assistenziale ed educativi;
 - La valutazione e il monitoraggio della presa in carico per le gravissime disabilità;
 - L'assistenza alle demenze attraverso il centro disturbi cognitivi di 1° livello ed iniziative per favorire l'integrazione della rete della demenza e il miglioramento e il supporto all'assistenza;
- L'autorizzazione, erogazione e monitoraggio dell'assistenza protesica e integrativa
- La Gestione giuridica, amministrativa e contabile a supporto della rete, in particolare in particolare per quanto concerne i contratti di servizio, gli interventi economici erogati sia mediante il Fondo Sanitario Nazionale che il Fondo Regionale e Nazionale per la Non Autosufficienza.

Tab.8.30 – Assistenza protesica Assistiti 2013

Distretto	N. Assistiti 2013	N. Assistiti 2012	D ANNUA ASSISTITI	D% ANNUA ASSISTITI
Carpi	1896	1938	-42	-2%
Mirandola	1471	1608	-137	-9%
Modena	3845	3835	10	0%
Sassuolo	1952	2152	-200	-9%
Pievepelago	643	689	-46	-7%
Vignola	1370	1336	34	3%
Castelfranco Emilia	1340	1372	-32	-2%
TOTALE	12517	12930	-413	-3%

Fonte: Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena

8.15 La Rete delle cure palliative e della terapia del dolore

Nel 2013 si è data piena applicazione a quanto previsto dalla Legge n.15/2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” attraverso la rilevazione del dolore di tutti i pazienti in assistenza domiciliare e nelle strutture residenziali da parte dell'équipe curante ed alla ridefinizione del modello delle cure palliative basato sull'individuazione di medici ed infermieri Inter Pares esperti in cure palliative che offrono supporto e consulenza ai colleghi.

La rete delle cure palliative è integrata secondo le ultime indicazioni nazionali e regionali e rimane centrata sugli interventi domiciliari e territoriali, con tre livelli di competenze:

- di base e diffusa attraverso MMG e Infermieri dell'assistenza domiciliare;
- di II livello MMG e Infermieri inter pares con funzione di consulenza per l'équipe di base;
- di III livello per funzioni elevata expertise e/o responsabilità organizzative.

La politica delle cure palliative nel 2013 si è sviluppata nella direzione di soluzioni extra ospedaliere, ferma restando la necessità di promuovere una cultura specifica anche a livello ospedaliero per garantire l'avvio tempestivo dei percorsi. In ciascun distretto è stata istituita una Unità di Cure Palliative Territoriale, e sono stati individuati e formati per le cure palliative domiciliari MMG ed Infermieri esperti in cure palliative.

La rete delle cure palliative garantirà inoltre la presenza di:

- una funzione di cure palliative all'interno di ogni struttura ospedaliera della provincia;
- una funzione di cure palliative e di terapia del dolore a livello pediatrico.

La rete della Terapia del dolore provinciale sarà articolata su tre livelli di competenza per rispondere ai diversi gradi di complessità diagnostico-terapeutica dei pazienti affetti da dolore cronico:

un primo livello a valenza territoriale, attualmente già identificabile con gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e relative forme di aggregazione funzionale, in grado di formulare un primo orientamento diagnostico e impostare il trattamento terapeutico anche con il supporto di esperti inter pares. Eventi formativi diretti all'acquisizione di competenze specifiche in merito alla valutazione, diagnosi e trattamento del dolore cronico sono stati già attuati e saranno ulteriormente estesi nei prossimi mesi.

un secondo livello a valenza ospedaliera, sarà rappresentato da tre centri Spoke, ubicati per aree di competenza territoriale, Nord, Centro e Sud. Ogni centro Spoke, dotato di ambulatorio chirurgico per l'esecuzione di metodiche invasive semplici, risulterà funzionalmente costituito dalla cooperazione degli ambulatori di Terapia del dolore attualmente operanti nei singoli ospedali ed afferenti alle Unità Operative di Anestesia. Questo livello specialistico si farà carico prevalentemente di pazienti più complessi inviati dai medici di medicina generale oltre che delle consulenze antalgiche per i reparti ospedalieri e garantirà come da normativa la copertura di almeno 18 ore settimanali.

un terzo livello a valenza Ospedaliera e inter-ospedaliera, svolge la funzione di centro Hub provinciale per assicurare prevalentemente le prestazioni specialistiche di alto livello per pazienti complessi inviati sia dai centri spoke che dagli specialisti ospedalieri e territoriali o dai medici di medicina generale. Il ricorso a tecniche invasive di chirurgia antalgica maggiore richiede, infatti, la disponibilità della Sala Operatoria con diagnostica radiologica, di posti letto per il ricovero ordinario e di day hospital, e ovviamente di ambulatori chirurgici. Come previsto dalla normativa sarà garantita una copertura di almeno 36 ore settimanali.

Capitolo 9 - La salute mentale e le dipendenze patologiche

Il Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche (DSM-DP) è la struttura preposta all'erogazione delle prestazioni relative alla tutela della salute mentale e delle dipendenze patologiche. Al proprio interno integra, secondo i principi della continuità assistenziale, i seguenti Settori: Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Psicologia Clinica. I Distretti e il Dipartimento condividono la responsabilità della definizione degli obiettivi, delle strategie e delle azioni concrete volte alla tutela della salute mentale di quel determinato territorio. I Distretti, inoltre, sono garanti dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria necessaria al perseguimento degli obiettivi sia assistenziali che di salute mentale, secondo un'ottica di psichiatria di comunità.

9.1 I servizi offerti

Nella nostra provincia l'offerta assistenziale complessiva è garantita da:

- 8 Centri di Salute Mentale con 11 ambulatori periferici,
- 7 Ser.T. con 7 Centri Alcolologici,
- 7 Centri Antifumo,
- 7 Centri di Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza con 5 ambulatori esterni,
- 4 Centri di Psicologia Clinica,
- 4 Centri di Consulenza e Terapia Familiare,
- 7 Centri di Tutela Minori,
- 6 Centri per l'Adolescenza
- 2 Ambulatori di Psicologia Ospedaliera.

Sono inoltre operanti 2 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e 3 Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi (SPOI), oltre ad una rete di Residenze Sanitarie, Socio Riabilitative e Terapeutico Riabilitative e di strutture Semiresidenziali ospedaliere e territoriali.

9.2 Settore Salute Mentale Adulti

Le persone afferenti ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche sono state caratterizzate nel modo seguente: 1) persone al primo contatto (persone che si presentano per la prima volta ai CSM), 2) persone in carico (persone che hanno attivo un progetto di cura con i CSM), 3) persone trattate (persone che nell'arco dell'anno ricevono almeno una prestazione da parte dei professionisti dei CSM).

Nel 2013, nel territorio provinciale di competenza del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Ausl di Modena, mediamente il 2,0% della popolazione residente è stata trattata presso i CSM, in particolare l'1,74% della popolazione maschile e il 2,17 % di quella femminile. Circa lo 0,45% della popolazione era al primo contatto (lo 0,41% della popolazione maschile e lo 0,55% di quella femminile) e circa l' 1,5% ha avuto un progetto di assistenza condiviso con i servizi, precisamente l'1,4 % della popolazione maschile e l'1,7 % di quella femminile.

Considerando la ripartizione per CSM di residenza degli utenti, si registra una discreta eterogeneità; il CSM di Mirandola registra bassi tassi di primi contatti (37.1 x 10000), di presa in carico (120 x 10000) e di trattamento (160 x 10000), mentre nel CSM di Pavullo si registrano i tassi più elevati di primi contatti (65.1 x 10000), di presa in carico (184.8 x 10000) e di trattamento (2507 x 10000).

Rimane una netta prevalenza della popolazione femminile su quella maschile in ogni classe considerata, in ogni distretto.

Tab.9.1 - Tassi di trattamento e primo contatto nel DSM-DP di Modena (x10.000 residenti maggiorenni) – Anno 2013

Distretto residenza	Trattati			Primo contatto 2013 (primo contatto nella vita)			In carico		
	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne
Carpi	184.3	164.6	219.3	40.7	38.3	49.5	152.8	137.3	184.6
Mirandola	160.0	133.8	183.4	37.1	28.7	44.0	120	100.8	138.9
Castelfranco Emilia	203.2	184.7	227.8	60.5	56.3	70.3	156.3	144.7	169.1
Modena	192.3	184.4	213.3	46.7	43.1	57.3	147.5	143.6	160.8
Pavullo	250.7	208.9	307.5	65.1	54.8	83.7	184.8	162.8	225.0
Sassuolo	196.5	183.1	217.0	43.6	42.1	49.4	164.6	154.2	180.7
Vignola	184.5	164.2	205.4	38.1	32.0	48.5	149.3	134.3	163.0
Settore SMA	191.5	173.9	217.1	45.5	41.1	55.0	151.2	139.3	169.9

Distretto residenza	Trattati			Primo contatto 2013 (primo contatto nella vita)			In carico		
	Complessivo	Uomini	Donne	Complessivo	Uomini	Donne	Complessivo	Uomini	Donne
Carpi	184.3	164.6	219.3	40.7	38.3	49.5	152.8	137.3	184.6
Mirandola	160.0	133.8	183.4	37.1	28.7	44.0	120.0	100.8	138.9
Castelfranco Emilia	203.2	184.7	227.8	60.5	56.3	70.3	156.3	144.7	169.1
Modena	192.3	184.4	213.3	46.7	43.1	57.3	147.5	143.6	160.8
Pavullo	250.7	208.9	307.5	65.1	54.8	83.7	184.8	162.8	225.0
Sassuolo	196.5	183.1	217.0	43.6	42.1	49.4	164.6	154.2	180.7
Vignola	184.5	164.2	205.4	38.1	32.0	48.5	149.3	134.3	163.0
Settore SMA	191.5	173.9	217.1	45.5	41.1	55.0	151.2	139.3	169.9

Fonte: Banca dati SMA, Regione Emilia-Romagna

Nel corso del 2013, 2.486 utenti al primo contatto con i CSM (pari al 56,8% del totale) hanno avuto come canale di accesso quello del Medico di Medicina Generale, precisamente il 55,2% degli uomini e il 58,0% delle donne al primo contatto. In particolare, un'alta percentuale di invio MMG è registrata nel CSM di Modena Est (69,5%), come negli anni precedenti.

Tab.9.2 –Primi contatti programma Leggeri, anno 2013

	Complessivo			Uomini			Donne		
CSM di afferenza	Primi contatti	Da MMG	% da MMG	Primi contatti	Da MMG	% da MMG	Primi contatti	Da MMG	% da MMG
Carpi	601	345	57.4%	234	130	55.6%	367	215	58.6%
Mirandola	424	246	58.0%	169	91	53.8%	255	155	60.8%
Castelfranco	586	332	56.7%	248	131	52.8%	338	201	59.5%
Modena Est	586	407	69.5%	240	162	67.5%	346	245	70.8%
Modena Ovest	683	335	49.0%	278	127	45.7%	405	208	51.4%
Pavullo	390	161	41.3%	146	71	48.6%	244	90	36.9%
Sassuolo	588	366	62.2%	264	162	61.4%	324	204	63.0%
Vignola	517	294	56.9%	214	115	53.7%	303	179	59.1%
Settore SMA	4375	2486	56.8%	1793	989	55.2%	2582	1497	58.0%

Fonte: Banca dati SMA, Regione Emilia-Romagna

Ospedalizzazione in reparti psichiatrici

Nell'anno 2013, il tasso complessivo di ospedalizzazione in acuto dei residenti maggiorenni nella provincia di Modena è stato pari a 25,7 x 10.000.

A livello distrettuale, il tasso di ospedalizzazione più elevato si registra per il distretto di Modena (31,5 x 10.000) mentre quello più contenuto si registra per i residenti nel distretto di Mirandola (17,0 x 10.000). Come si vede dalla tabella, il tasso di ospedalizzazione è complessivamente maggiore nella popolazione maschile (28,7 x 10.000) rispetto a quella femminile (23,7 x 10.000); il rapporto si inverte a favore della popolazione femminile solo nei distretti di Carpi e di Pavullo. Nel calcolo sono state considerate le dimissioni ordinarie effettuate dei reparti psichiatrici delle strutture a gestione diretta e private accreditate dell'Ausl di Modena, escludendo l'effetto provocato dal trasferimento dei reparti SPDC e SPOI. In altri termini, un ricovero iniziato in SPDC e proseguito con trasferimento in SPOI è stato calcolato come un solo episodio di ricovero. Nei tassi non è stata considerata la mobilità passiva extraregionale, ovvero i soggetti residenti nel territorio regionale ricoverati nelle strutture fuori dalla regione Emilia-Romagna.

Tab.9.3 - Ospedalizzazione in reparti psichiatrici, tasso per 10.000 abitanti maggiorenni, anno 2013

	Tasso x 10.000 abitanti maggiorenni								
	In acuto			di cui in SPDC			di cui in SPOI		
Distretto sanitario di residenza	Complessiv o	Uomini	Donne	Complessiv o	Uomin i	Donn e	Complessiv o	Uomin i	Donn e
Carpi	21.9	21.4	22.8	11.7	13.1	11.1	10.2	8.3	11.7
Mirandola	17.0	18.7	16.8	9.3	9.5	10.2	7.8	9.2	6.6
Castelfranco	19.7	20.9	19.3	10.6	11.9	9.9	9.1	8.9	9.3
Modena	31.5	35.5	29.2	19.3	23.1	17.2	12.1	12.4	12.0
Pavullo	24.1	23.1	24.9	13.5	9.8	17.0	10.6	13.3	7.9
Sassuolo	29.0	35.1	23.2	13.4	16.7	10.2	15.6	18.4	12.9
Vignola	27.6	32.5	22.9	10.8	12.4	9.5	16.8	20.2	13.4
Settore SMA	25.7	28.7	23.7	13.6	15.5	12.5	12.1	13.2	11.1

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Ospedalizzazione per Trattamento Sanitario Obbligatorio

Nell'anno 2013, il tasso di ospedalizzazione per Trattamento Sanitario Obbligatorio degli utenti residenti maggiorenni nel territorio di Modena è stato pari a 1,9 x 10.000 abitanti maggiorenni. Il distretto in cui il tasso di ospedalizzazione per TSO è più elevato è il distretto di Carpi (2,3 x 10.000, in particolare con il 2,4% per le donne) mentre i distretti in cui il tasso ha il valore più contenuto sono quelli di Castelfranco e di Mirandola (1,0 x 10.000). Il tasso di ricovero in TSO in ambito provinciale si mantiene in calo rispetto al 2012, anno in cui è stato del 2,4 x 10.000 abitanti maggiorenni e uno dei tassi più bassi in regione.

Tab.9.4 -Tasso TSO, tasso per 10.000 abitanti maggiorenni, anno 2013

	Tasso TSO x 10.000 abitanti maggiorenni		
Distretto sanitario di residenza	Complessivo	Uomini	Donne
Carpi	2.3	1.9	2.4
Mirandola	1.0	0.3	1.6
Castelfranco	1.0	1.3	0.3
Modena	2.2	1.9	2.7
Pavullo	2.0	1.2	2.8
Sassuolo	2.1	2.7	1.2
Vignola	2.1	2.4	1.8
Settore SMA	1.9	1.8	1.9

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

9.3 Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

Il settore di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) della Ausl di Modena riconosce, nelle tre aree geografiche (Nord, Centro e Sud), la presenza di due Unità Operative Complesse di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA):

UONPIA Area Centro-Nord, suddivisa nei CNPIA di Carpi e Mirandola (Area Nord), Castelfranco Emilia e Modena (Area Centro)

l'UONPIA Area Sud, costituita dai CNPIA di Pavullo, Sassuolo e Vignola

Ciascun CNPIA è costituito da almeno una équipe multidisciplinare che può operare su più sedi, denominati "poli erogativi". A sua volta ciascuna équipe vede rappresentato almeno un operatore per ciascuno dei seguenti profili professionali: medico (neuropsichiatra infantile), psicologo, fisioterapista, logopedista, educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica. Coadiuvano l'attività delle diverse équipe: infermiere, ortottista, pediatra, fisiatra, personale amministrativo.

L'équipe multidisciplinare garantisce la gestione unitaria, in un'ottica bio-psico-sociale, dei diversi approcci in ambito preventivo, diagnostico, terapeutico, abilitativo/riabilitativo e delle complesse interrelazioni individuo-famiglia-società.

Il settore di NPIA, attraverso le strutture (pubbliche e private) ad esso afferenti, svolge varie funzioni:

- eroga direttamente prestazioni sanitarie diagnostiche, terapeutiche, abilitative-riabilitative secondo progetti terapeutici personalizzati, anche in collaborazione con altre strutture;
- interagisce con le altre strutture della rete aziendale, in particolare con le altre Unità Operative delle diverse discipline, in ambito distrettuale, dipartimentale e interdipartimentale, secondo percorsi clinico-assistenziali approvati dalla direzione aziendale;
- collabora con la rete dell'assistenza pediatrica (ospedaliera, di comunità, di libera scelta) e dei medici di medicina generale per la predisposizione di percorsi clinico-riabilitativi e assistenziali integrati ospedale-territorio;
- collabora con varie strutture extra-aziendali (privato accreditato), come Enti Locali, Istituzioni (Istituti scolastici, Tribunale Generale e Minorile) e Associazioni, sulla base di protocolli d'intesa e accordi di programma;

- raccordandosi ai vari organismi regionali di governo della sanità, soddisfa il debito informativo e svolge la funzione di “osservatorio epidemiologico locale”, fornendo dati utili per analizzare il bisogno di salute neuropsichica in età evolutiva e comprendere le sue modificazioni longitudinali;
 - svolge, anche in collaborazione con le suddette strutture extra-aziendali, attività di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), di promozione della salute mentale (interventi educativi e formativi su gruppi, parent training, teacher training), di contrasto allo stigma.
- Ogni CNPIA è aperto per almeno 40 ore settimanali distribuite su 5 o 6 giorni.

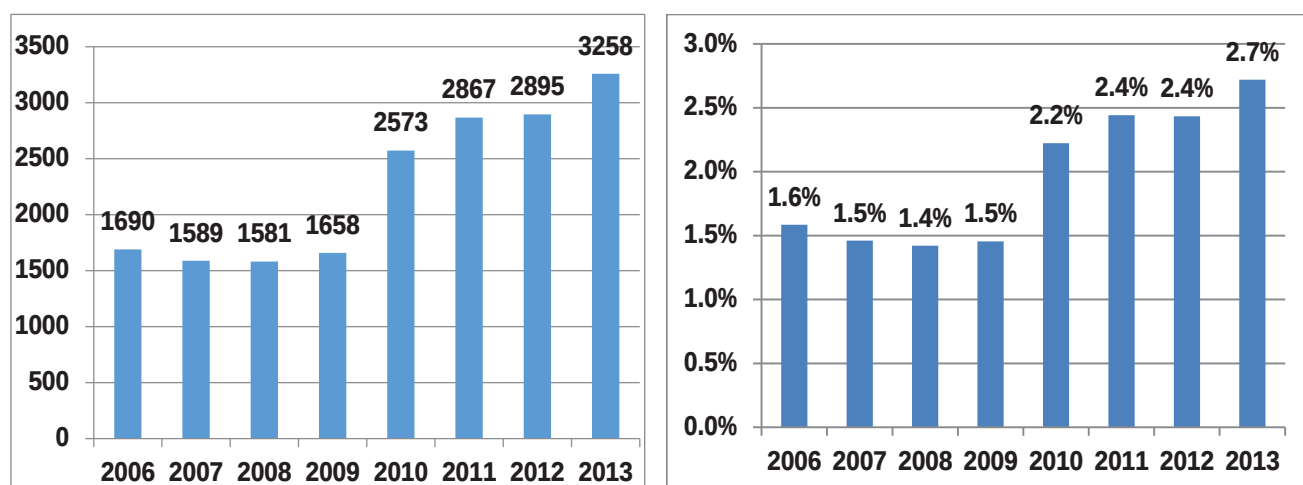
Tab.9.5 - “Nuovi utenti” e “Utenti in carico” (valori assoluti, tassi per 1.000 minori residenti) - Settore di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (NPIA), anno 2013

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nuovi utenti	1690	1589	1581	1658	2573	2867	2895	3258
Utenza in carico	6002	6344	7173	8102	7191	7931	8771	9735
Popolazione minorile (0-17 anni) di riferimento	106601	108754	111224	113950	115766	117400	118961	119795
Tasso*1.000 di incidenza (nuovi utenti)	15.9	14.6	14.2	14.6	22.2	24.4	24.3	27.2
Tasso*1.000 di prevalenza (totale utenti)	56.3	58.3	64.5	71.1	62.1	67.6	73.7	81.3

Fonte: NPIA Ausl Modena

La tabella illustra la serie storica 2006-2013 dei “Nuovi utenti” (che per la prima volta hanno preso contatto con il servizio) e della “Utenza in carico” (gli utenti con una cartella clinica attiva nel corso dell’anno solare 2013). Sono riportati sia i valori assoluti, sia i tassi riferiti a 1.000 minori residenti. È evidente il continuo incremento sia della popolazione minorile, sia dell’utenza, considerata sia in valori assoluti (nuovi utenti, utenti in carico), sia come tasso riferito a 1.000 minori residenti (incidenza, prevalenza). Nel 2013 gli utenti dimessi sono stati 2.809 (+23,5% rispetto al 2012).

Fig.9.1 e 9.2- “Nuovi utenti” per anno solare (serie storica) in valori assoluti e percentuali riferiti alla popolazione minorile residente - Settore di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (NPIA)

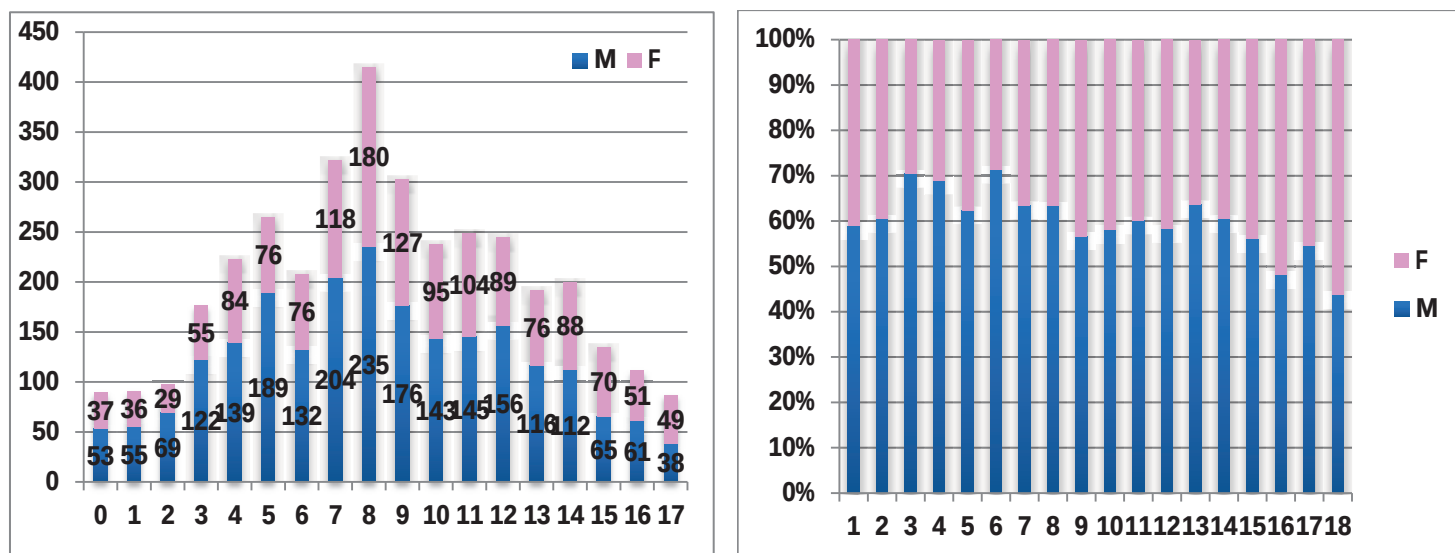


Fonte: NPIA Ausl Modena

I grafici mostrano la serie storica relativa al numero di nuovi utenti per anno di riferimento, sia in valori assoluti, sia in percentuale riferita alla popolazione minorile (popolazione target) residente nella provincia di Modena (vedi anche a pagina 26, tabella con serie storica in valori assoluti). Si noti la tendenza all’incremento dei nuovi casi/anno, sia in termini assoluti, sia in valori percentuali, nell’ultimo quadriennio. L’incremento nel numero di nuovi utenti registrato tra il 2009 e il 2010 (45,95%) è da porre in relazione ad interventi atti a favorire l’accessibilità del servizio mediante

l'istituzione di un "numero verde" per la richiesta di prima visita e alla definizione di standard dei tempi d'attesa per la prima visita. Dopo il 2010 l'incremento è in larga misura conseguente alla Legge 170/2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico" che ha comportato l'incremento dell'utenza con diagnosi di disturbo specifico di apprendimento (ICD-10 F80) del 132%, passando da 1.468 utenti nel 2010 a 3.402 nel 2013 (vedi oltre).

Fig.9.3 e 9.4 - Nuovi casi suddivisi per sesso ed età puntuali, valori assoluti e percentuali - Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) -Anno 2013



Fonte: NPIA Ausl Modena

I grafici riportano, in valori assoluti e percentuali rispetto alla popolazione minorile di pari età, i nuovi casi giunti all'osservazione nel 2013, suddivisi per sesso ed età puntuali. Nel grafico di sinistra si osserva un picco in concomitanza con gli 8 anni, in rapporto all'elevata frequenza dei disturbi di apprendimento (dislessia).

Si osservi come il sesso maschile sia predominante in ogni fascia d'età, eccetto che nella tarda adolescenza, per la maggior incidenza nel sesso maschile dei disturbi del neurosviluppo (disabilità intellettiva, disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, disturbi dello spettro autistico, sindromi ipercinetiche) che si manifestano nei primi anni di vita. Nella tarda adolescenza, invece, tende a prevalere il sesso femminile per la maggior incidenza, in questa fascia d'età, dei disturbi del comportamento alimentare e delle sindromi depressivo-ansiose.

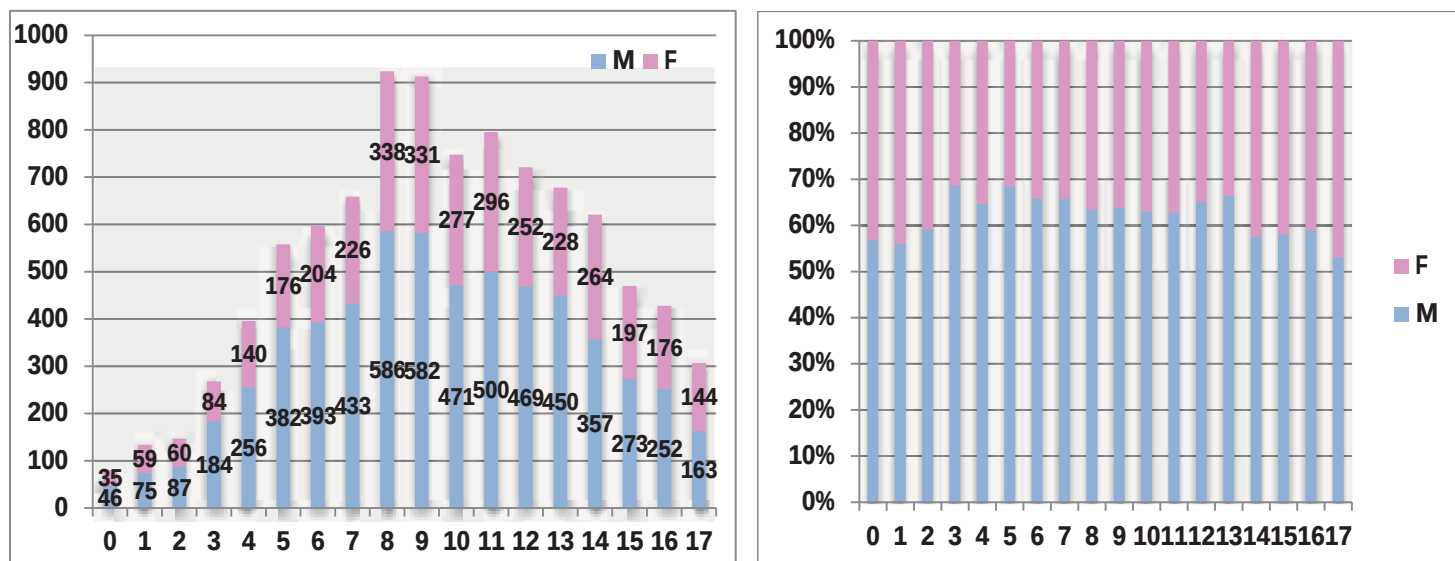
Tab.9.6 - Utenti in carico nell'anno 2013 suddivisa per distretto di residenza - Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), Anno 2013

Distretto sanitario	Utenti in carico	Tasso x10.000 su pop minorile (variazione % 2013 vs 2012)
Carpi	1.371	762,2 (+9,86%)
Mirandola	1.270	852,5 (+3,25%)
Castelfranco	1.227	880,3 (+16,19%)
Modena	2.859	954,6 (+13,18%)
Pavullo	497	769,8 (+13,47%)
Sassuolo	1.552	740,3 (+9,37%)
Vignola	959	614,7 (+12,30%)
Settore NPIA	9.735	812,6 (+10,99%)

Fonte: NPIA Ausl Modena

La tabella riporta l'utenza in carico nel 2013, in valori assoluti e riferiti alla popolazione minorile (tasso di prevalenza per 10.000 minori residenti) per singolo distretto. Inoltre sono presentate, tra parentesi, le variazioni percentuali intercorse rispetto al 2012.

Fig.9.5 e 9.6 - Utenza suddivisa per sesso ed età puntuali - Anno 2013, valori assoluti e percentuali



Fonte: NPIA Ausl Modena

Il grafico illustra la distribuzione dell'utenza 2013, in valori assoluti e percentuali, suddivisa per sesso ed età puntuali. Sono maggiormente rappresentate le classi d'età della preadolescenza, corrispondenti agli 8-12 anni.

Tab.9.7 - Codifiche diagnostiche espresse secondo gli assi ICD-10 per l'utenza - Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), Anno 2013

		2013 (variazione % 2013 vs 2012)							
Asse	Definizione ICD-10	Carpi	Mirandola	Castelfranco	Modena	Pavullo	Sassuolo	Vignola	Settore NPIA
Asse I	disturbi mentali e comportamentali	449	264	331	952	130	365	143	2.634
		(+18,8%)	(+7,8%)	(+25,9%)	(+23,2%)	(+35,4%)	(-8,8%)	(-4,7%)	(+14,3%)
Asse II	disturbi evolutivi specifici	743	803	929	1.876	381	968	460	6.160
		(+34,6%)	(+31,6%)	(+62,7%)	(+27,5%)	(+36,1%)	(+23,3%)	(+21,7%)	(+32,6%)
Asse III	ritardo mentale (disabilità intellettiva)	161	139	134	403	41	223	102	1.203
		(+35,3%)	(+13,0%)	(+39,6%)	(+17,8%)	(+10,8%)	(+1,8%)	(+43,7%)	(+19,5%)
Asse IV	disturbi neuromotori e neurosensoriali, sindromi disgenetiche, cromosomopatiche e malformative	352	264	327	637	116	385	170	2.251
		(+5,1%)	(+2,7%)	(+10,1%)	(+17,3%)	(+20,8%)	(-5,9%)	(+14,9%)	(+8,0%)
Asse V	condizioni psicosociali associate	274	183	392	523	38	252	16	1.678
		(+25,1%)	(-4,7%)	(+14,3%)	(+6,1%)	(-2,6%)	(+9,6%)	(-20,0%)	(+9,2%)
	totale	1.979	1.653	2.113	4.391	706	2.193	891	13.926
		(+23,5%)	(+15,8%)	(+34,6%)	(+21,2%)	(+28,8%)	(+7,3%)	(+16,2%)	(+20,3%)

Fonte: NPIA Ausl Modena

Nella tabella le codifiche diagnostiche formulate nell'utenza del settore di NPIA sono state raggruppate secondo gli assi ICD-10. Tra parentesi le variazioni percentuali rispetto al 2012. Si noti la larga prevalenza di disturbi evolutivi specifici, in particolare del linguaggio e dell'apprendimento, di cui la dislessia è il più comune, e il continuo incremento di tali disturbi (+32,6% rispetto al 2012).

Ricoveri

Presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) situato nel Nuovo Ospedale Civile San Agostino Estense (NOCSAE) di Baggiovara sono disponibili due posti letto per minori di entrambi i sessi, con età comprese tra 14 e 17 anni, dedicati alla gestione delle emergenze e delle urgenze psicopatologiche dell'adolescenza. Le tabelle seguenti riportano i dati relativi ai minori ricoverati nel 2013 suddivisi per numero di utenti ricoverati, numero di ricoveri, giornate di degenza totale, durata media della degenza.

Tab.9.8 - Ospedalizzazioni in reparti psichiatrici per acuti di pazienti minorenni – anno 2013 e variazione rispetto al 2012

• Distretto sanitario di residenza	2013 (var % 2013 vs 2012)			
	Numero utenti ricoverati	Numero di ricoveri	Giornate di degenza totali	Durata media degenza
Carpi•	3	4	8	2,0
•	(-50,0%)	(-33,3%)	(-85,5%)	(-78,2%)
Mirandola•	2	2	7	3,5
•	-	-	-	-
Castelfranco•	3	3	8	2,7
•	(+50,0%)	-	(-63,6%)	(-63,6%)
Modena•	4	5	37	7,4
•	(-42,9%)	(-37,5%)	(-58,4%)	(-33,5%)
Pavullo•	1	1	1	1,0
•	(-66,7%)	(-75,0%)	(-97,5%)	(-90,0%)
Sassuolo•	8	9	39	4,3
•	(+166,7%)	(+125,0%)	(+129,4%)	(+2,0%)
Vignola•	1	1	5	5,0
•	(-50,0%)	(-50,0%)	(-66,7%)	(-33,3%)
DSM-DP Modena•	22	25	105	4,2
•	(-4,3%)	(-7,4%)	(-55,9%)	(-52,4%)

Fonte: NPia Ausl Modena

Il tasso di ospedalizzazione su 10.000 minori è stato di 1,93 nel 2012 e di 1,84 nel 2013. Rispetto al 2012 si è osservata una riduzione nel numero di utenti ricoverati (-4,3%), nel numero di ricoveri (-7,4%), nelle giornate totali di degenza (-55,9%) e nella degenza media (-52,4%).

La successiva tabella riassume, in valori assoluti, gli inserimenti in strutture sanitarie e sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali (anni 2012-2013).

Tab.9.9 - inserimenti in strutture sanitarie e sociosanitarie, residenziali e semiresidenziali (anni 2012-2013).

•	2012					2013				
	Sanitarie			Socio-sanitarie	TOTALE	Sanitarie			Socio-sanitarie	TOTALE
	NESPOLO	LUCCIOLA	FORMIGINE			NESPOLO	LUCCIOLA	FORMIGINE		
Residenziale•	26	-		28	54	41	-		43	84
Semi-residenziale•	29	20	34	11	94	53	21	74	24	172

Fonte: NPia Ausl Modena

Attività volte all'integrazione scolastica degli alunni disabili (L 104/1992 e successive integrazioni)

Tab.9.10 - Popolazione scolastica e alunni disabili (Legge 104/1992) nell'anno scolastico 2013-2014

Grado scolastico	infanzia	primaria	1° grado	2° grado	TOTALE
Popolazione scolastica	10.541	31.278	19.503	30.924	92.246
Alunni con disabilità	177	955	610	704	2.446
Percentuale di alunni disabili su totale popolazione scolare	1.67 %	3.05 %	3.12 %	2.27 %	2.65 %

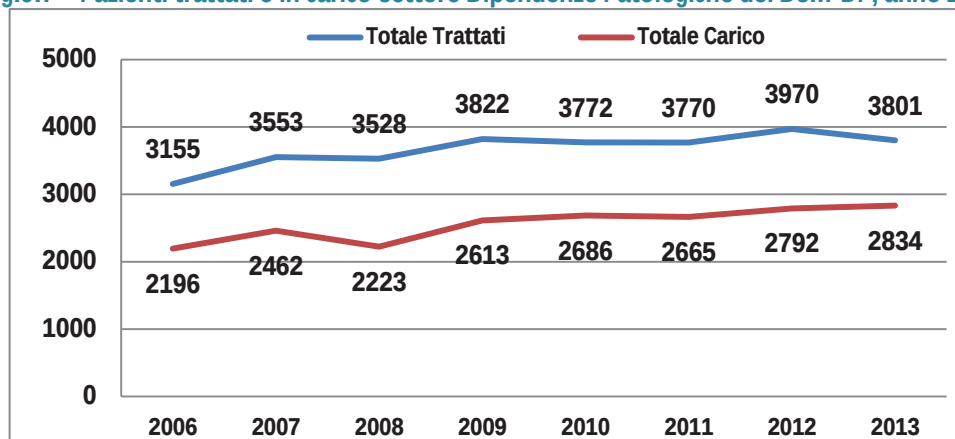
Fonte: NPIA Ausl Modena

Il dato provinciale è sostanzialmente allineato con la media regionale dei soggetti certificati nell'anno scolastico 2013-2014, che è stata del 2,62% (dato aggregato, relativo alle scuole di ogni ordine e grado), con i seguenti dati disaggregati: scuola dell'infanzia 1,51%, scuola primaria 2,84%, scuola secondaria di 1° grado 3,29%, scuola secondaria di 2° grado 2,32%.

9.4 Dipendenze Patologiche

Nel corso dell' anno 2013 l' attività del Settore Dipendenze Patologiche del DSM-DP è proseguita in sostanziale continuità con gli anni precedenti; il numero totale degli utenti in carico, che iniziano e proseguono un percorso di cura e riabilitazione è in costante crescita dal 2011, non solo come numeri in assoluto, ma anche come percentuale sul totale delle persone che si rivolgono ai servizi per chiedere una consulenza, ed è passato dal 70 % del 2011 / 2012 al 75 % nel 2013, a riprova di una migliorata capacità dei servizi di motivare i potenziali pazienti ad iniziare un percorso ambulatoriale o di comunità per uscire dalla dipendenza da droghe, alcol, tabacco o gioco d' azzardo.

Fig.9.7 – Pazienti trattati e in carico Settore Dipendenze Patologiche del DSM-DP, anno 2013



Fonte: Dipendenze Patologiche, Ausl Modena

Per quanto riguarda la tipologia dell' utenza, al primo posto abbiamo i consumatori di droghe, a seguire, alcolisti, tabagisti e giocatori d' azzardo, questi ultimi in costante crescita negli ultimi anni.

Tab.9.11 – Pazienti nuovi e in carico Settore Dipendenze Patologiche del DSM-DP, anno 2013, tasso per 10.000 abitanti 15-64 anni

	Tasso x 10.000 abitanti 15-64 anni									
	Utenti Nuovi					Utenti In carico				
Distretto di residenza	Droghe	Alcol	Tabacco	Gioco	Totale	Droghe	Alcol	Tabacco	Gioco	Totale
Carpi	5.2	3.5	4.3	1.0	14.0	34.1	19.1	4.4	2.8	60.4
Mirandola	4.6	6.1	2.5	2.0	15.2	24.3	21.6	2.5	2.3	50.8
Castelfranco	2.6	2.5	1.2	1.0	7.4	15.5	8.9	1.2	1.9	27.4
Modena	8.0	8.5	7.5	0.9	24.8	55.1	28.4	8.2	2.9	94.6
Pavullo	12.2	8.8	5.0	1.1	27.1	27.5	45.1	10.7	1.9	85.3
Sassuolo	7.9	9.6	4.5	2.7	24.7	37.9	36.7	5.0	5.7	85.3
Vignola	9.1	6.1	4.4	1.8	21.4	34.4	27.5	5.3	3.2	70.4
Settore DP	6.1	5.8	3.9	1.4	17.2	31.9	23.0	4.5	2.9	62.3

Fonte: Dipendenze Patologiche, Ausl Modena

Più in dettaglio per i consumatori di droghe, possiamo notare che tra i pazienti in cura i 2/3 sono eroinomani, ma tra i nuovi utenti al primo posto abbiamo i consumatori di cannabis, spesso giovani infraventenni, e a seguire i consumatori di cocaina, di norma 30-40enni. Il consumo di eroina è sempre presente, ma pare stabile da anni, con una tendenza recente alla riduzione della età di primo uso; nel 2013 abbiamo avuto l'accesso ai servizi anche di alcuni casi di minorenni eroinomani. I cocainomani in carico al settore negli ultimi anni hanno un andamento altalenante, in media una ottantina di casi l'anno.

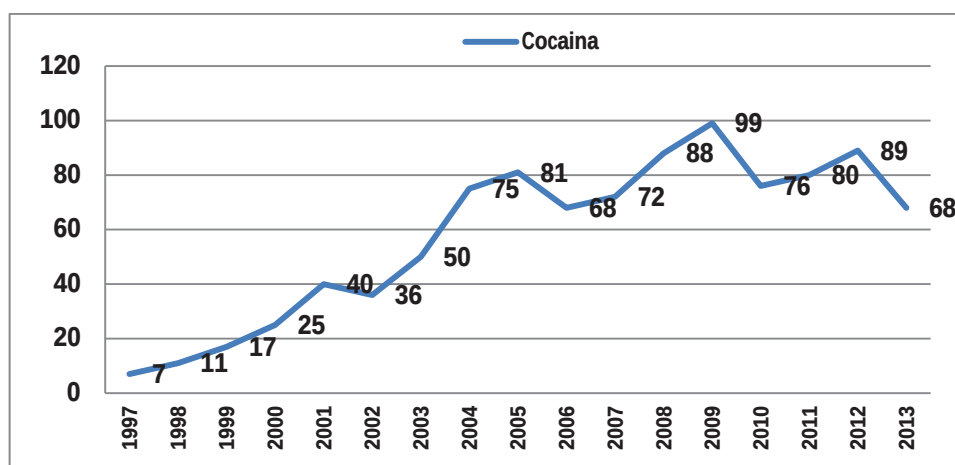
Sono a tutt'oggi pochissimo rappresentati nella casistica in carico al Settore Dipendenze Patologiche i consumatori di droghe chimiche da sballo in discoteca (amfetamine, extasy, ketamina, cannabinoidi sintetici), che pure altri indicatori ci dicono essere un fenomeno importante (stimati circa 3000 consumatori/anno in provincia di Modena), e a volte con gravi conseguenze, financo letali, sulla salute dei giovani: la presa di contatto precoce tra i professionisti del settore Dipendenze Patologiche e questi consumatori, finalizzata ad informare, motivare e promuovere scelte di salute, può essere una innovativa direttrice di lavoro per i prossimi anni, da sviluppare in collaborazione con l'SPDC e il Dipartimento Emergenza Urgenza del Presidio Ospedaliero.

Tab.9.12 – Pazienti nuovi e in carico per tipologia di tossicodipendenza, tasso per 10.000 abitanti 15-64 anni, anno 2013

	Tasso x 10.000 abitanti 15-64 anni													
	Tossicodipendenti Nuovi							Tossicodipendenti In Carico						
Distretto di residenza	Eroi na	Coc aina	Can nabi noi di	Ecst asy	Benz od.	Altre Sosta nze	Total e	Eroi na	Cocai na	Cann abino idi	Ecst asy	Benz od.	Altre Sosta nze	Tot ale
Carpi	1.3	1.0	2.7	0.0	0.1	0.0	5.2	25.6	3.3	4.9	0.0	0.3	0.1	34.1
Mirandola	0.9	1.6	1.8	0.2	0.0	0.0	4.5	15.6	4.1	3.2	0.5	0.4	0.4	24.1
Castelfranco	0.7	0.6	1.0	0.0	0.0	0.2	2.5	9.1	4.1	1.9	0.0	0.0	0.3	15.3
Modena	2.0	1.5	2.9	0.0	0.5	0.5	7.5	38.8	7.1	6.7	0.3	0.9	0.6	54.3
Pavullo	1.5	2.3	7.3	0.4	0.0	0.8	12.2	9.9	5.4	9.6	0.4	1.1	0.8	27.1
Sassuolo	0.7	2.4	4.3	0.0	0.2	0.3	7.9	17.2	11.2	8.2	0.0	0.5	0.7	37.8
Vignola	1.4	2.6	4.0	0.0	0.0	0.4	8.5	17.0	7.5	7.5	0.0	0.6	0.8	33.4
Settore DP	1.2	1.5	2.8	0.0	0.1	0.3	5.9	19.4	5.8	5.2	0.1	0.4	0.5	31.5

Fonte: Dipendenze Patologiche, Ausl Modena

Fig..9.8 – Pazienti in carico per cocaina, anno 2013



Fonte: Dipendenze Patologiche, Ausl Modena

Il grafico riporta l'andamento annuale dei nuovi pazienti cocainomani che si sono rivolti ai servizi dipendenze patologiche dal 1997 al 2013; dagli inizi degli anni 2000 vi è stato un consistente incremento dei pazienti, che poi si sono stabilizzati su una media di circa 80 nuovi casi l'anno; in totale negli ultimi 10 anni sono stati trattati 793 cocainomani. Per far fronte a questa nuova tipologia di pazienti, dal 2004 è stata avviata una formazione specifica sul trattamento del cocainismo, con la partecipazione sia del personale dell'AUSL sia delle comunità del privato sociale e delle case di cura modenesi. A seguito di questa formazione il Settore Dipendenze Patologiche ha messo a punto il "Progetto Cocaina", un percorso specifico di cura di gruppo, che ha preso avvio nel febbraio 2012 ed è tutt'ora in corso. Il progetto prevede due tipi di gruppo, uno intensivo breve (12 incontri per interrompere l'uso di cocaina) e un gruppo permanente di prevenzione della ricaduta che si riunisce una volta la settimana. A tutt'oggi sono stati effettuati 7 corsi intensivi con la partecipazione di 55 pazienti, mentre il gruppo permanente ha effettuato finora 121 incontri, con 26 pazienti.

Le prestazioni effettuate dal personale del Settore Dipendenze Patologiche nel 2013 evidenziano gli elevati volumi di attività e la "intensità" della relazione di cura che si crea con i pazienti del settore; per ciascun paziente in trattamento nel corso del 2013 i servizi hanno erogato in media 150 prestazioni/anno, il che significa una intervento ogni due giorni per ogni paziente; è prevalente il peso delle prestazioni infermieristiche (circa 2/3 del totale), seguono i colloqui e le visite mediche.

Per quanto riguarda i ricoveri rileviamo che in 4 pazienti su 5 il ricovero è stato effettuato in ospedali pubblici.

Tab.9.13 – Dipendenze patologiche - Tasso di ricovero per 10.000 abitanti 15-64 anni, anno 2013

Servizio DP di residenza	Tasso x 10.000 abitanti 15-64 anni					
	Ospedali Pubblici		Ospedali Privati		Totale	
Carpi	16	2.4	14	2.1	30	4.4
Mirandola	21	3.8	6	1.1	27	4.8
Castelfranco	17	1.4	3	0.3	20	1.7
Modena	22	2.8	4	0.5	26	3.3
Pavullo	10	3.8	0	0.0	10	3.8
Sassuolo	23	3.9	6	1.0	29	5.0
Vignola	27	5.5	3	0.6	30	6.1
Settore DP	136	3.0	36	0.8	172	3.8

Fonte: Dipendenze Patologiche, Ausl Modena

Negli ultimi anni , su impulso del Direttore del DSM-DP, è stata rivolta particolare attenzione alla tutela della salute dei pazienti in carico ai servizi dipendenze patologiche, con l' obiettivo di effettuare il migliore monitoraggio possibile della diffusione della malattie infettive correlate alla tossicodipendenza, nello specifico la infezione da HIV e l' epatite da HCV.

Come si può notare nelle tabelle seguenti, dal dicembre 2010 al dicembre 2013 si è ridotto in modo consistente il numero di pazienti tossicodipendenti nei quali non è stato mai effettuato il test per l' HIV (dal 36.8.% al 11,1%) e per l' HCV (dal 37,9 % al 14,9 %). Questo miglioramento, conseguente all' impegno nel counselling di tutto il personale dei servizi, rende i dati attuali più affidabili : abbiamo notato che si sono stabilizzate nell' ultimo anno (la rilevazione viene effettuata ogni tre mesi) le percentuali di soggetti positivi all' HIV (tra il 6 ed il 7%) e all' HCV (tra il 35 ed il 40 %) .

Tab.9.14 – Pazienti tossicodipendenti e test per l' HIV e HVC, distribuzione %, anni 2010 e 2013

TEST per HIV	2010	2013
Mai effettuato	36,8%	11,1%
Positivo	6,8%	6,9%
Negativo	70,4%	72,7%
Rifiuto test	0,7%	7,3%

TEST per HCV	2010	2013
Mai effettuato	37,9%	14,9%
Positivo	31,7%	37,8%
Negativo	30,1%	41,4%
Rifiuto test	0,3%	5,3%

Fonte: Dipendenze Patologiche, Ausl Modena

Capitolo 10 - La riorganizzazione dei servizi sanitari a seguito del sisma e degli altri eventi straordinari

Azienda USL Modena

I Distretti dell'Azienda Usl interessati dagli eventi sismici sono stati tre - Carpi, Mirandola e Castelfranco – per un totale di 18 Comuni. Altrettanti gli ospedali dell'Azienda Usl che sono stati evacuati: Finale (39 posti letto) e Mirandola (170 posti letto) il 20 maggio, e poi, il 29, dopo la seconda scossa, l'ospedale di Carpi (280 posti).

La risposta agli eventi sismici ha riguardato due principali fronti di intervento: la gestione dell'emergenza sanitaria e la successiva riorganizzazione tempestiva dei servizi sanitari resasi necessaria a seguito dell'evacuazione dei poli ospedalieri.

Le riattivazioni degli ospedali di Carpi e Mirandola e la nuova Casa della salute di Finale Emilia a 18 mesi dal sisma. Tutti i servizi dell'azienda Usl di Modena sono stati direttamente o indirettamente coinvolti dall'emergenza sisma, la cui onda lunga arriva a ben oltre un anno dal sisma, considerati gli ingenti investimenti ritenuti necessari per garantire il tempestivo ripristino della rete provinciale sanitaria.

Ciò è avvenuto in un contesto in cui all'ordinarietà è andata a sommarsi una intensa attività di programmazione, ristrutturazione e revisione dell'offerta sanitaria. I servizi tecnici, le direzioni sanitarie, il servizio bilancio e tutti i servizi interessati dal piano di emergenza in una prima fase e dalla riorganizzazione della rete provinciale in una seconda fase, sono stati direttamente e fattivamente coinvolti nella realizzazione e nel collaudo della nuova macchina.

I risultati sono oggi visibili e condivisibili con la cittadinanza e con tutte le parti interessate alla tempestiva ripresa delle attività sociali, economiche e in generale di sviluppo del territorio. Di seguito si riporta una panoramica degli interventi di ripristino che hanno riguardato le principali strutture dell'Azienda Usl.

La nuova Casa della Salute di Finale Emilia

Nella nuova Casa della Salute di Finale Emilia sono state attivate diverse funzioni tra cui un Punto di primo intervento, una radiologia, Cup, Centro prelievi e un ambulatorio infermieristico. Tra gennaio e febbraio 2013 sono state riattivate Pediatria di comunità, Consultorio salute donna, Psicologia clinica, Salute mentale e NPJA, Ambulatori di diabetologia e odontoiatria, Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Fisiatria, Oculistica, Oncologia, Neurologia, Audiometria. Si sta ancora lavorando per l'implementazione del progetto per la nuova casa della salute, la cui realizzazione prevede attività di primo livello, attività specialistiche, attività di Continuità Assistenziale, Punto di primo intervento e anche 20 posti di Lungoassistenza. Il 18 maggio 2013 è stato inaugurato il primo stralcio della 'Casa della salute' di Finale Emilia, grazie al recupero della parte più recente e meno danneggiata dell'ospedale, permettendo così ai medici di medicina generale, ancora operanti in container, di usufruire di una struttura muraria con tutti i vantaggi che ne derivano per loro e per i pazienti, e di iniziare a lavorare su percorsi di medicina pro attiva coerenti con il modello assistenziale della casa della salute. Sono già in funzione 5 ambulatori dei medici di famiglia e un ambulatorio per il pediatra di libera scelta.

La stima dei danni e il reperimento di fondi per gli investimenti necessari

La prima stima dei danni al patrimonio immobiliare, comprendendo i tre ospedali e le sedi di Distretto danneggiate, ammonta a circa 38 milioni di euro. Se si tiene conto degli investimenti necessari per le tecnologie sanitarie, le tecnologie informatiche e gli arredi sanitari, il totale sfiora i 45 milioni di euro. Se si considerano complessivamente le spese per l'emergenza e gli investimenti programmati per il ripristino funzionale delle sedi aziendali, a questa cifra vanno aggiunti 2,7 milioni assegnati in precedenza all'Azienda Usl per la ristrutturazione della Casa della salute di Finale Emilia nonché i 7,9 milioni di altre spese per beni e servizi per l'emergenza (acquisto o locazione di beni e strutture, predisposizione e gestione dei PMA, temporaneo bisogno di ulteriori professionisti sanitari e non) si arriva ad un totale di circa 55 milioni, cifra che può essere considerata come il totale delle spese fino ad ora sostenute per le opere provvisorie e interventi urgenti per il ripristino delle funzioni sanitarie.

A seguito della LR n.16/2012 l'Azienda Usl ha richiesto fondi per ulteriori e necessari interventi per la ricostruzione e per il miglioramento delle sedi più danneggiate, la stima dei danni è quindi aumentata di circa 27 milioni di euro, totalizzando così 72 milioni di euro complessivi per danni al patrimonio immobiliare e tecnologico dell'azienda Usl.

A fronte di questi costi, fra il dicembre 2012 e il febbraio 2013, l'Azienda Usl si è già vista riconoscere, con tre diverse ordinanze del Commissario per opere provvisorie e ripristini funzionali, 27 milioni di euro a parziale copertura dei danni al patrimonio immobiliare, nonché gli incassi relativi ai rimborsi assicurativi per 7,5 milioni e le donazioni per circa 3,9 milioni. Tra queste cifre, sono compresi 1,8 milioni, frutto del concerto per l'Emilia andato in scena il 25 giugno allo stadio Dall'Ara di Bologna. A settembre con DGR 1388/2013 sono stati approvati gli ulteriori fondi per la

ricostruzione ex LR 16/2012 per circa 27 milioni di euro complessivi, di cui circa 24 milioni effettivamente disponibili per gli interventi da realizzare a far tempo dal 2014.

Azienda•Ospedaliero•Universitaria•Policlinico•

L'anno 2012 si è caratterizzato per la concomitanza di due eventi assolutamente diversi nella loro natura, ma assimilabili nella loro eccezionalità: gli eventi sismici di maggio e giugno 2012 e il caso "Cardiologia". A questi si è aggiunto, ad aprile 2013, il crollo della palazzina A1, evento che ha impattato pesantemente sulla funzionalità dell'ospedale e sulla realizzazione dei lavori edili conseguenti al sisma.

Se il secondo evento ha portato a pesanti effetti a breve e medio termine, uniti alla necessità di avviare specifiche attività a supporto dei cittadini coinvolti, il primo, si è trattato in realtà di più eventi succedutisi a partire dal 20 maggio 2012, ha inciso in modo pervasivo sulla vita dell'ospedale e dispiegherà i propri effetti nel lungo periodo, fino al termine dei lavori edili necessari per riportare spazi ed attività in condizioni tali da garantire la piena funzionalità, assistenziale, didattica e di ricerca, alla struttura. Il crollo della palazzina cosiddetta A1, facente parte del complesso originario del Policlinico, ma soggetta a concessione amministrativa trentennale a favore della Azienda USL di Modena, pur non essendo causalmente correlato agli eventi sismici, ha avuto ulteriori effetti pesanti in termini di riduzione dei margini operativi aziendali e ha portato alla necessità di ridefinire in modo importante la programmazione dei lavori di riqualificazione del Policlinico.

Pur in questo contesto assolutamente straordinario, che ha visto per quasi tutto il secondo semestre 2012 un calo di quasi 200 posti letto ordinari, si è mantenuta una costante attenzione al conseguimento di obiettivi di qualificazione delle attività assistenziali e di rispetto degli obiettivi gestionali. La relazione che segue tenterà, dopo una descrizione dettagliata dei fatti straordinari di cui trattasi, di dar conto dei risultati conseguiti in ottemperanza a quanto indicato nel decreto di nomina.

Gli•eventi•straordinari•del•2012•e•del•2013•

Eventi sismici e crollo palazzina A1

Gli eventi sismici del maggio e giugno 2012 hanno impattato su una struttura già caratterizzata da una rilevante disomogeneità fra i diversi corpi di fabbrica relativamente agli aspetti di vulnerabilità degli edifici. Tale disomogeneità era in parte legata all'esistenza di corpi di fabbrica costruiti in periodi molto diversi e in parte al fatto che la condizione di vulnerabilità di tutti gli edifici storici è stata negli anni affrontata attraverso un piano di consolidamento che non era ancora stato portato a termine e la cui realizzazione solo per due dei dieci corpi di fabbrica originari era stata condotta in modo sistematico da terra a cielo.

Tenuto conto di questo stato di cose e degli effetti del sisma, effettivi e potenziali, si è provveduto in via prudenziale a spostare tutte le funzioni assistenziali poste ai piani 6°-7°-8°, tutte le attività di degenza dai corpi di fabbrica nei quali la realizzazione del processo di consolidamento non era stata completata, e a collocare a piano terra, con accesso dall'esterno, l'area nascita.

Tali modifiche hanno portato ad una riduzione drastica della capacità ricettiva dell'ospedale che, il 29 maggio 2012, è passata da 682 posti letto a 467 attivi, con una riduzione di 205 posti letto, pari al 32%.

La riduzione è stata particolarmente pesante nell'area materno-infantile, collocata tutta ai piani sesto e settimo, che ha perso 70 posti letto, pari al 58% del totale. Proprio per ricollocare le funzioni materno-infantili in spazi più ampi, si è successivamente acquisita la disponibilità di una struttura ospedaliera privata accreditata per il trasferimento di una sezione di degenza internistica (20 posti letto). Questo, insieme ad una serie di ulteriori interventi miranti a rendere utilizzabili per attività di degenza aree non utilizzate a tal fine prima del sisma, ha permesso di attestare la riduzione di posti letto a -170.

Soltanto successivamente al parere circa i vincoli all'utilizzo delle diverse aree dell'ospedale, espresso dal Comitato Tecnico Scientifico Regionale per l'antisismica all'inizio del novembre 2012, si è avviato il ritorno alle sedi originarie dei reparti posti ai piani alti con i conseguenti trasferimenti, iniziati il 30 novembre e portato a termine, con alcune importanti eccezioni, a gennaio 2013. Le eccezioni hanno riguardato quelle aree e quelle attività interessate dall'avvio dei lavori ricompresi nel piano di riqualificazione del Policlinico che, nel frattempo, era stato predisposto e del quale si dirà più oltre.

Gli eventi sismici hanno comportato dunque un impatto di considerevole rilevanza sia sugli aspetti organizzativi legati all'erogazione delle cure che sugli aspetti economici.

Dal punto di vista economico, gli eventi sismici hanno determinato una significativa contrazione di ricavi e un emergere di nuovi costi. Questi ultimi, quando analiticamente rendicontabili agli Uffici regionali preposti, sono stati inseriti nelle richieste di rimborso presentate al livello regionale. Sul fronte dei ricavi cessanti, invece, espressamente esclusi dalle rendicontazioni, si evidenzia che essi, al netto dei conseguenti costi cessanti, legati questi ultimi a minori

costi variabili di gestione (utenze, pasti, pulizie), hanno influito sul risultato di esercizio per un importo stimato di -1,7 milioni di euro. A questi importi si è fatto fronte con le risorse regionali di cui a DGR 479 del 22 aprile 2013.

(Riferimento: "Relazione sulla gestione – Bilancio di Esercizio anno 2012" dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena).

Il 24 aprile 2013 il crollo della palazzina A1 ha ulteriormente ridotto i margini operativi all'interno dell'ospedale poichè le aree immediatamente adiacenti a quella crollata sono state prudenzialmente evacuate: ciò ha portato ad una ulteriore riduzione di 41 posti letto, che ha reso vano gran parte del lavoro fatto a partire da giugno 2012 per riportare l'ospedale a migliori condizioni operative. Tale crollo ha poi impattato molto negativamente sui lavori in corso nelle diverse aree del Policlinico, come si dirà qui di seguito.

Come accennato più sopra, le necessità di ripristino e messa in sicurezza post-sisma hanno portato alla predisposizione di un piano di riqualificazione del Policlinico con lo scopo di contemperare tali necessità con quelle di mantenere un livello di operatività adeguato a dare risposta appropriata agli utenti, pazienti, familiari, studenti, docenti, ricercatori ed operatori, della struttura. Tale piano, attualmente solo in parte finanziato ed in via di realizzazione, combina interventi di ripristino e messa in sicurezza a nuove realizzazioni e demolizioni. A partire da gennaio 2013 sono stati attivati numerosi cantieri e ad oggi (settembre 2013) ne sono attivi 27 cantieri nell'ambito del progetto di riqualificazione.

L'attività dei cantieri, la cui attivazione simultanea si è resa necessaria in relazione ai tempi brevi richiesti per la realizzazione degli interventi, tempi il cui rispetto, in molti casi, è vincolante per l'erogazione dei finanziamenti, ha subito una preoccupante battuta d'arresto a seguito del crollo della palazzina A1. Il crollo di cui trattasi ha portato una molteplicità di soggetti, fra cui le ditte che operano all'interno dell'ospedale, a richiedere una revisione complessiva del programma dei lavori. Il lavoro che ne è conseguito di ridefinizione delle procedure di sicurezza ed operative di cantiere, validato anche all'interno di un gruppo di lavoro interistituzionale, con nuova verifica della sequenza dei lavori originariamente prevista, ha portato a rallentare i tempi e a rendere necessaria la messa a disposizione di ulteriori spazi per garantire la realizzazione contestuale di lavorazioni originariamente previste in sequenza.

Capitolo 11 – Le Politiche d'Area Vasta e politiche per l'acquisto di beni e servizi

Il processo di integrazione tra le Aziende di Area Vasta è proseguito nel rispetto di quanto indicato dagli indirizzi regionali ed in una logica di continuità con le esperienze già maturate negli anni precedenti. Gli obiettivi dell'Area Vasta Emilia Nord sono stati definiti in coerenza con gli indirizzi regionali e possono essere raggruppati in tre aree di intervento, per ciascuna delle quali si dà di seguito, in modo sintetico, conto delle principali attività sviluppate.

11.1. Attivazione del sistema di logistica integrata di area vasta

La prima parte dell'anno è stata dedicata all'allestimento interno del nuovo magazzino di Area Vasta. Sono stati, infatti, completati i lavori impiantistici che ancora residuavano e si provveduto all'approntamento delle aree per la gestione dello stock e del picking dei beni gestiti. All'interno di tali aree sono state effettuate scelte tecnologiche differenziate in base alle caratteristiche fisiche dei prodotti (peso, volume, temperatura di conservazione) ed al loro ottimale indice di rotazione.

In particolare:

- per i prodotti a volume medio, alta rotazione ed alta quantità di prelievo sono state montate scaffalature a gravità;

- per i prodotti a volume medio, alta rotazione e bassa quantità di prelievo, nonché per prodotti a bassa rotazione è stato installato un sistema automatizzato a cassette (traslo elevatore) caratterizzato da un'alta produttività (200 prelievi ora per postazione attiva per un massimo di 4 postazioni ed una capacità di stock di oltre 10.000 cassette);

- nell'area dedicata ai prodotti ad alto volume o alto peso sono state collocate scaffalature porta pallet (poco meno di 5.000 postazioni).

L'attività del nuovo magazzino di Area Vasta ha avuto inizio l'8 luglio, concluso il lavoro di allestimento interno, ed ha riguardato, nell'immediato, tre Aziende (Azienda USL di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda USL di Modena in quota parte). Tali Aziende utilizzavano già i servizi del magazzino precedentemente attivo presso l'Azienda USL di Reggio Emilia.

Alla metà di settembre si è completato l'ingresso dell'Azienda USL di Modena (territorio ed Ospedali di Vignola e Pavullo) nel rispetto del programma definito. Contemporaneamente è stata assunta anche la completa gestione della merce in transito delle Aziende in questione. Le altre Aziende entreranno, secondo il programma stabilito, nel corso dell'anno 2014.

L'ingresso di ciascuna Azienda (per quanto parziale) ha comportato un preliminare intenso e puntuale lavoro su tre versanti:

- messa a punto delle interfacce informatiche per la gestione degli scambi informativi tra i gestionali aziendali e quello del magazzino;

- allineamento delle codifiche dei prodotti aziendali con quelle del magazzino;

- assunzione da parte dell'Azienda USL di Reggio Emilia della gestione amministrativa (contratti, prezzi, fornitori) di competenza di ciascuna delle aziende servite dal magazzino;

Questa fase ha comportato la definizione di una metodologia di approccio e, successivamente, un lavoro operativo che hanno impegnato rilevanti risorse.

A fine anno il magazzino aveva oltre 3.000 referenza a scorta e gestiva circa 100 ordini in transito al giorno.

11.2. Acquisti centralizzati

Il settore degli acquisti è stato sicuramente un ambito prioritario dell'attività di AVEN per l'anno 2013. La sottoscrizione della Convenzione Attuativa, avvenuta in corso d'anno, istitutiva del Dipartimento Interaziendale Acquisti (DIA) a valenza gestionale ha permesso, da un lato, di consolidare ulteriormente l'attività comune di acquisto di beni e servizi, dall'altro, di avviare un percorso di razionalizzazione organizzativa destinato a produrre i primi risultati nel corso del 2014.

Con maggiore forza è stato possibile avviare un processo di programmazione coerente ed integrato tra le diverse Aziende e sempre più strettamente connesso ed interdependente con quello della centrale di committenza regionale (Intercent-ER).

Su quest'ultimo versante intensa è stata l'attività di coordinamento e di raccordo tra la Direzione Operativa AVEN, la direzione del DIA e quella di Intercent-ER, così come continua la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER.

E' stato perfezionato uno strumento per rilevare e governare le tempistiche di gara per garantirne un miglioramento mediante lo sviluppo delle capacità di far lavorare in sinergia i vari professionisti coinvolti nelle procedure di gara, con particolare riferimento a coloro (clinici, farmacisti, ingegneri clinici) che presiedono alle fasi di selezione/valutazione dei prodotti, definizione dei requisiti e delle esigenze cliniche.

Le performance complessive rilevate per quanto leggermente migliorate rispetto all'anno precedente presentano ancora significativi margini di ottimizzazione.

Nello specifico, inoltre, va sottolineato il contributo fornito allo svolgimento delle gare dal gruppo dei farmacisti con specifica competenza e conoscenza nel settore dei Dispositivi Medici (DM) e da quello degli Ingegneri Clinici

E' stato, inoltre, completato il lavoro per la messa a punto di un sistema per la produzione di una reportistica inerente gli esiti di gara e la valutazione della performance di tale attività.

Con riferimento alle politiche di acquisto di beni e servizi, coerentemente con quanto già praticato negli anni scorsi e con gli indirizzi regionali, le Aziende AVEN hanno operato per raggiungere l'obiettivo della progressiva riduzione delle gare aziendali a favore dell'adesione alle gare aggregate (Area Vasta o Intercent - ER). La Tabella che segue riassume numericamente l'attività svolta relativamente alle gare di Area Vasta ed i risultati economici conseguiti.

n. gare programmate per il biennio 2013 – 2014	189
n. gare aggiudicate nell'anno 2014	67
n. gare non aggiudicate o deserte	3
n. procedure in corso di svolgimento al 31.12.2013	15
n. procedure in contenzioso amministrativo	1
n. gare avviate al 31.12.2013	41
n. gare programmate ancora da avviare	62
valore dei contratti definiti nel corso dell'anno 2013	133.087.019
stima dei risparmi indotti	24.963.200,36 (-18,76%)
n. procedure di Proroga/Rinnovo concluse nel 2013	52

Relativamente alle adesioni alle convenzioni Intercent – ER, il valore complessivo degli “ordinativi di fornitura” emessi dalle Aziende associate all'AVEN risulta pari ad €. 185.971.368,27 (si allega tabella riassuntiva relativa alle adesioni delle diverse aziende alla specifiche convenzioni avvenute nel corso dell'anno 2013)

Per quanto concerne i rapporti con l'Agenzia Regionale Acquisti, è proseguita la collaborazione per l'attuazione della programmazione gare, assicurando:

la partecipazione del Direttore Operativo e del Responsabile DIA di AVEN alle attività del Comitato Operativo di Intercent-ER;

l'attività di coordinamento e raccordo della Direzione Operativa tra Intercent-ER, le Direzioni Aziendali, le strutture (Provveditorati, Servizi di Farmacia, di Ingegneria Clinica, ecc.) ed i professionisti coinvolti nelle gare;

la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER;

l'attività dei Servizi Provveditorato, dei Servizi di Farmacia ed Ingegneria Clinica per la trasmissione ad Intercent-ER di tutti i dati (fabbisogni, prezzi, tipologia di prodotti, segnalazioni, variazioni, ecc.), sia per la fase di preparazione delle procedure di gara, che per la fase di applicazione delle convenzioni.

In tema di acquisti, l'anno 2013 ha visto la prosecuzione del percorso di centralizzazione della domanda, previa adesione alle seguenti convenzioni quadro regionali:

per i beni economici e tecnici:

automezzi,

personal computer e notebook,

cancelleria,
servizi di telefonia mobile,
arredi sanitari,
detergenti,
per i dispositivi medici:
vaccini ad uso umano,
prodotti per nutrizione enterale,
lenti intraoculari e materiale visco elastico,
endo protesi coronariche
per le apparecchiature sanitarie:
ecocardiografi,
ecotomografi,
ecografi.

Per quanto riguarda l'acquisto dei farmaci, è proseguita la collaborazione con la centrale di committenza regionale essendo l'Azienda USL di Modena capofila di Area Vasta, sia fornendo i dati tecnici e di fabbisogno per i procedimenti di gara di competenza di Intercent-ER, sia attivando le procedure autonome di competenza di AVEN, la cui gestione contrattuale è poi confluita nell'unità logistica centralizzata di Reggio Emilia.

Sullo stesso versante è proseguito il percorso delle gare di Area Vasta con l'impiego della personalità giuridica dell'Azienda capofila, le più significative delle quali sono state le seguenti:

fornitura di pacemaker e defibrillatori impiantabili,
apparecchiature per la gestione controllata della temperatura dei pazienti,
servizio di point of care testing per le apparecchiature dei laboratori analisi.

L'anno 2013 ha visto anche l'attivazione di due importanti strutture:

1. il Dipartimento Interaziendale Acquisti, quale macro articolazione sovra aziendale deputata ai processi di acquisto di Area Vasta, inserito anch'esso nel generale processo di accorpamento delle strutture aziendali voluto dalla Regione;
2. l'unità logistica centralizzata del farmaco e dei dispositivi medici di Reggio Emilia deputata alla gestione dei contratti dell'intera Area Vasta, con lo stoccaggio comune delle merci e con l'ordinazione centralizzata per tutte le Aziende.

Infine, si segnala la crescente attività svolta nell'ambito del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione, che ha portato ad aggiudicare sulla piattaforma informatica Consip importanti forniture sia di beni economici, che informatici, che di apparecchiature sanitarie.

11.3. Integrazione in ambito amministrativo-gestionale e clinico-assistenziale

Sono proseguite, sia pure con modalità diversificate fra gruppo e gruppo, le attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi di integrazione sia in ambito amministrativo-gestionale che clinico-assistenziale.

In particolare sono state sottoscritte dai Direttori Generali quattro Convenzioni Attuative (oltre a quella relativa al Dipartimento Interaziendale Acquisti a valenza gestionale di cui si è trattato in precedenza) con l'intento di rafforzare la collaborazione in ambiti ritenuti strategici:

gestione comune dei concorsi relativi al personale del comparto: è stato deciso, per economia di gestione ed efficacia della stessa, di condividere procedure comuni per lo svolgimento dei concorsi relativi al personale del comparto. All'interno della Convenzione sono state definite le modalità operative per lo svolgimento comune dei concorsi ed il successivo utilizzo delle graduatorie;

Coordinamento dei Dipartimenti/Servizi Farmaceutici con l'obiettivo di garantire una costante integrazione tra le Aziende relativamente alle competenze di ambito farmaceutico, nonché un adeguato supporto al processo di centralizzazione degli acquisti;

Coordinamento dei Servizi di Ingegneria Clinica per garantire una continua collaborazione per le attività connesse all'acquisizione e gestione delle apparecchiature/tecnologie sanitarie, nonché la gestione unitaria ed integrata delle attività connesse all'acquisto delle apparecchiature sanitarie e dei dispositivi medici di competenza;

Coordinamento dei Servizi Formazione a cui affidare la progettazione e la realizzazione di eventi formativi di interesse comune e la progettazione e realizzazione congiunta dei corsi FAD.

I gruppi attivi sia di area amministrativo-gestionale che clinico-gestionale hanno sviluppato un proficuo lavoro di confronto la cui attività può essere ricondotta ad alcuni ambiti principali:

interpretazione ed applicazione omogenea della normativa: in questo ambito si segnalano in particolare le attività svolte dai gruppi dei responsabili del personale, della libera professione e degli odontoiatri. E' stato avviato un confronto anche in materia di trasparenza ed anticorruzione;

elaborazione di specifici progetti: vanno ricordati quelli intrapresi dal gruppo dei laboratoristi (gare in comune, monitoraggio appropriatezza ed accentramento esami rari) e dal gruppo dei Fisici Sanitari (studio rischio radiologico e sorveglianza dosimetrica, studio modalità di controllo attività delle RMN). Il gruppo Riabilitazione e quello Percorso Nascita hanno continuato la loro attività secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo regionale;

confronto su temi specifici per l'adozione delle migliori pratiche individuate: particolarmente attivi in materia il gruppo gestione del Rischio Clinico e quello della Medicina Legale. Analogamente è stato costituito un gruppo per l'analisi e diffusione delle migliori pratiche relativamente all'ambito della protesica territoriale. E' proseguito il confronto anche all'interno dei gruppi delle Direzioni Infermieristiche e dei responsabili della Specialistica;

sviluppo di attività comuni ed adozione di modelli organizzativi integrati: oltre a quelli legati alle Convenzioni Attuative di cui si è detto (Formazione, concorsi comparto) vanno ricordate le attività, da tempo avviate, di progressiva unificazione dei contratti di manutenzione sia di ambito informatico che relativi alle apparecchiature biomedicali.

Va, infine, segnalato che si è concluso lo studio per la realizzazione di un'unica centrale operativa 118 tra le Aziende di Piacenza, Parma e Reggio Emilia ed è in corso l'elaborazione del progetto per la realizzazione del centro unico di produzione sangue ed emocomponenti.