

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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

# BILANCIO DI MISSIONE 2011

Visita il sito [www.bilanciomissione.modena.it](http://www.bilanciomissione.modena.it)  
per accedere alla versione online del documento  
con gli ultimi aggiornamenti disponibili

## **Gruppo di Lavoro**

Il bilancio di missione dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico vede il contributo di un gruppo di redazione del progetto, un gruppo di supporto con il compito di rendere lo strumento sempre più fruibile, e il lavoro di numerosi professionisti responsabili delle parti di competenza.

Il gruppo di redazione è composto da Massimo Brunetti, Elena Pirillo, Elisa Reggianini, Alessandra Susi e Graziella Turci (coordinatori), Loretta Casolari, Monica Daghighio, Viola Damen, Giuseppe Fattori, Maurizia Gherardi, Carlo Goldoni, Massimiliano Laviola, Diana Molesini, Antonio Pignatiello, Nicoletta Poppi, Paola Artoni, Silvana Borsari, Monica Dotti, Cinzia Zanolì, Ubaldo Bonacorsi, Lorenza Gamberini, Nilla Viani, Federico Barbani, Roberto Labanti, Massimo Garagnani, Vania Maselli, Giuliano Carrozzi, Cristina Florini, Adriana Giannini, Rocco Amendolara, Stefano Mimmi, Fabrizio Starace, Adriana Franzé, Maria Luisa De Luca, Trevisani Barbara, Bertacchi Alessandro, Frascarolo Angelo, Sapone Antonio, Gentile Maria, Maglittero Alfredo, Bertacchini Giorgio, Seidenari Anna, Cavana Mara, Marchegiano Patrizia, Gualmini Monica, Ferrari Stefania, Basili Consuelo, Trani Nicoletta, Montagnani Giuliano, Pantaleoni Monica, Martani Filippo, Vandelli Paola, Cantaroni Mirella, Sorrentino Gabriele, Visintin Massimo, Amerio Sabrina, Donati Ferdinando, Lugli Mario, Castanò Cosimo, Vandelli Carmen, Roncaglia Katia, Martelli Lucia.

Il gruppo di supporto è formato da rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti, dei Collegi di Direzione Aziendale, della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Provincia di Modena e dei Distretti sanitari.

Il presente documento rappresenta la versione cartacea del documento in versione web del mese di agosto 2012 disponibile sul sito [www.bilanciomissione.modena.it](http://www.bilanciomissione.modena.it).

## **Presentazione dei Direttori Generali**

Il bilancio di missione rappresenta il momento in cui le aziende sanitarie sono chiamate a rendicontare in modo chiaro e trasparente i risultati che hanno ottenuto con le risorse messe a disposizione dalla collettività.

A partire da quest'anno l'Azienda USL di Modena e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena hanno voluto rispondere a questo impegno in modo congiunto, elaborando un unico bilancio di missione. I motivi che ci hanno spinti a prendere questa decisione, primi in Emilia Romagna, sono molti, non ultimo quello di cercare di dare una lettura unica e chiara della sanità modenese ponendosi dalla parte di chi usufruisce del servizio, e non dal punto di vista della organizzazione.

Nel 2011 si è chiuso il percorso del nuovo Piano Attuativo Locale ([www.pal.provincia.modena.it](http://www.pal.provincia.modena.it)) che ha visto fra i principali impegni quello di una maggiore integrazione fra le due aziende. Il bilancio di missione rappresenta proprio la volontà di andare in questa direzione, informando con un linguaggio semplice e diretto i cittadini della provincia di Modena e gli altri portatori di interesse sui traguardi raggiunti in termini di salute, dei servizi offerti, della loro qualità e delle modalità in cui sono state utilizzate le risorse a disposizione.

L'idea di fondo è sempre quella di rispondere in modo adeguato alle esigenze dei cittadini e raggiungere il traguardo comune di un nuovo welfare di comunità così come previsto dal Piano Sociale e Sanitario Regionale. E' fondamentale quindi comprendere come gli obiettivi di salute siano stati perseguiti e, contestualmente, guardare al futuro, ricercando una completa integrazione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Dalla lettura di questo documento emerge con chiarezza che il contesto in cui le nostre aziende operano è sempre più complesso, essendo legato alla sempre maggiore spinta verso l'efficienza della spesa pubblica e agli elementi di contesto che caratterizzano la nostra società, fra cui la crisi economica che ci sta colpendo che ha ricadute anche di tipo sociale e sanitario sui cittadini.

Ci auguriamo che questa modalità di rendicontazione sia di aiuto a tutti i cittadini, alla Regione, alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e agli altri portatori di interesse per conoscere in modo sempre più approfondito la rete dei servizi aziendali e sia nel contempo uno stimolo per avere sempre più un sistema sanitario di eccellenza.

D.ssa Mariella Martini  
Direttore Generale  
Azienda USL di Modena

D.ssa Licia Petropulakos  
Direttore Generale  
Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico di Modena

# Indice

<b>CAPITOLO 1 – IL CONTESTO</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 - La popolazione</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2 L'ambiente</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 Territorio e mobilità</b> .....	<b>14</b>
<b>1.4 Stili di vita</b> .....	<b>15</b>
<b>1.5 Lo stato di salute</b> .....	<b>17</b>
<b>1.6 La Sicurezza</b> .....	<b>21</b>
<b>1.7 Il profilo socio-economico</b> .....	<b>23</b>
<b>CAPITOLO 2 - I PROFILI AZIENDALI</b> .....	<b>28</b>
<b>2.1 - La sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale</b> .....	<b>29</b>
<b>2.2 Impatto sul contesto territoriale</b> .....	<b>43</b>
2.2.1 Impatto economico.....	44
2.2.2 Impatto sociale .....	48
2.2.3 Impatto culturale .....	51
<b>2.3 - I Livelli Essenziali di Assistenza</b> .....	<b>60</b>
2.3.1 - I costi per livello essenziale di assistenza .....	60
2.3.2 - Assistenza collettiva di vita e di lavoro.....	62
2.3.3 - Assistenza territoriale.....	629
2.3.4 L'Assistenza ospedaliera .....	92
La qualità dell'assistenza.....	105
<b>2.4 Ricerca e Didattica all'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico</b> .....	<b>106</b>
2.4.1 La Ricerca .....	106
2.4.2 La didattica 2011-2012 .....	110
<b>2.5 –Assetto Organizzativo</b> .....	<b>119</b>
<b>2.6 - Le relazioni dell' Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico con l'Università di Modena e Reggio Emilia</b> .....	<b>123</b>
<b>CAPITOLO 3 - OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI</b> .....	<b>125</b>
<b>3.1 - La partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria</b> .....	<b>125</b>
<b>3.2 - L'universalità e l'equità di accesso</b> .....	<b>125</b>
<b>3.3 - Centralità del cittadino</b> .....	<b>138</b>
<b>3.4 - Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale</b> .....	<b>143</b>

<b>CAPITOLO 4 - CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE .....</b>	<b>185</b>
<b>4.1 - Carta di identità del personale .....</b>	<b>185</b>
<b>4.2 - Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa .....</b>	<b>190</b>
<b>4.3 - Gestione del rischio e sicurezza.....</b>	<b>191</b>
<i>Azienda USL.....</i>	<i>191</i>
<i>Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico .....</i>	<i>199</i>
<b>4.5 - Ridefinizione ruoli professionali in relazione a sviluppo strategie aziendali .....</b>	<b>206</b>
<b>4.6 - Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti .....</b>	<b>207</b>
<b>4.7 - La Formazione.....</b>	<b>209</b>
<b>4.8 - Sistema informativo del personale .....</b>	<b>220</b>
<b>4.8 - Relazioni con personale dipendente e sue rappresentanze.....</b>	<b>222</b>
<b>4.9 – Promozione della salute e benessere psico-fisico dei dipendenti.....</b>	<b>225</b>
<b>CAPITOLO 5 - SISTEMI DI RELAZIONI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE .....</b>	<b>226</b>
<b>Azienda USL.....</b>	<b>236</b>
<b>5.1 - Strumenti e canali per l'informazione al cittadino .....</b>	<b>226</b>
<b>5.2 - La Comunicazione per la Salute .....</b>	<b>234</b>
<b>5.3 - Comunicazione Interna .....</b>	<b>234</b>
5.3.1 La partecipazioni delle associazioni di volontariato .....	235
5.3.2 - L'Utenza straniera e la mediazione culturale .....	235
<b>Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico .....</b>	<b>236</b>
<b>5.4 I Rapporti con i Media.....</b>	<b>236</b>
<b>5.5 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità.....</b>	<b>238</b>
<b>CAPITOLO 6 - GOVERNO DELLA RICERCA E INNOVAZIONE.....</b>	<b>239</b>
<b>Azienda USL.....</b>	<b>239</b>
<b>Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico .....</b>	<b>249</b>
<b>CAPITOLO 7 - OBIETTIVI SPECIFICI DI RILEVANZA ISTITUZIONALE.....</b>	<b>264</b>
<b>7.1 - Programma sperimentale per il trattamento della violenza di genere e intrafamiliare LIBERIAMOCI DALLA VIOLENZA (LDV).....</b>	<b>264</b>
<b>7.2 – Un progetto di sviluppo del benessere organizzativo in Azienda USL di Modena.....</b>	<b>266</b>

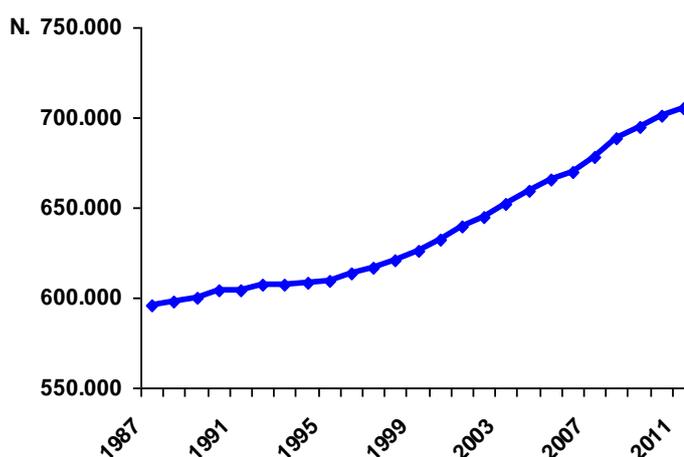
## Capitolo 1 – IL CONTESTO

Questo primo capitolo raccoglie il contesto nel quale le due Aziende sanitarie modenesi operano e riporta i principali risultati in termini di salute. Esso è composto da sette ambiti diversi, ognuno dei quali coglie caratteristiche e aspetti del territorio provinciale che incidono sulle scelte programmatiche, influenzano l'uso dei servizi da parte delle persone e condizionano il perseguimento degli obiettivi aziendali.

- La popolazione
- L'ambiente
- Il territorio
- Gli stili di vita
- Lo stato di salute
- La sicurezza
- Il profilo socio-economico

### 1.1 - La popolazione

In provincia di Modena al 31.12.2011 risiedono 705.164 persone, con un incremento di oltre 4.200 unità rispetto all'anno precedente (+0,6%). La quota femminile è del 51%, cioè 360.274 residenti. La crescita della popolazione è principalmente sostenuta dai flussi migratori, legati alle dinamiche del mercato del lavoro e alle scelte politiche nazionali, e da una ripresa della natalità a cui un forte contributo è dato ancora dalla popolazione straniera.



*Graf 1 - Popolazione provincia di Modena. Anni 1988-2011.  
Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena*

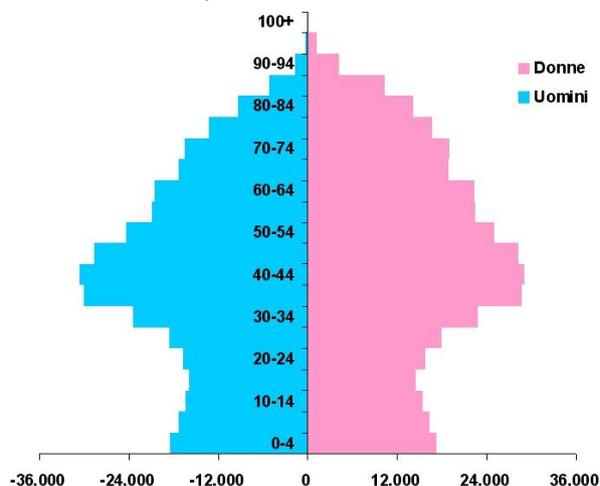
Rispetto al 2010 tutti i distretti hanno visto aumentare o rimanere stabile la loro popolazione: a fronte di un incremento complessivo provinciale dello 0,6%, sopra la media è aumentata la popolazione nei distretti di Carpi (1%), Vignola (1%) e Castelfranco Emilia (0,8%).

Classi di età	2007	2011	% sul totale 2011	Variaz.% rispetto al 2007
0-14	93.473	100.860	14,3%	7,9%
15-64	442.648	456.390	64,7%	3,1%
65 e oltre	141.551	147.914	21,0%	4,5%
<b>Provincia di Modena</b>	<b>677.672</b>	<b>705.164</b>	<b>100%</b>	<b>4,1%</b>

*Tab. 1 - Popolazione residente in provincia di Modena per classi di età. Anni 2007 e 2011.  
Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena*

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

Quattordici comuni hanno fatto registrare nel 2011 un decremento della popolazione residente rispetto all'anno precedente. Alcuni sono situati nella zona montana e hanno scarsa consistenza demografica gli altri sono caratterizzati da una elevata densità demografica.



**Immagine 1** - Piramide per età della popolazione residente in provincia di Modena. Anno 2011. Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena

In termini di **composizione per classi di età**, l'aumento più consistente rispetto all'anno 2007 si è registrato nella popolazione di età 0-14 anni (+7,9%), seguita da quella in età avanzata (+4,5%); queste due classi nel loro insieme costituiscono il 35% dei residenti. Aumentata anche la fascia di età centrale (+3,1%), quella che interessa la forza lavoro. Il dato regionale è molto simile (rispettivamente +9.2%, +3,7% e +3,5%).

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. Gli anziani ultra 65enni a fine 2011 sono 147.914. **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 2011 assume per la provincia di Modena un valore di 147, con un andamento crescente fino al 1997, lievemente decrescente dal 1998 al 2010 e una piccola ripresa nel 2011. L'indice di vecchiaia provinciale rimane comunque sempre al di sotto dei valori regionali (168 nel 2011): Modena risulta essere una delle province meno anziane della regione Emilia-Romagna.

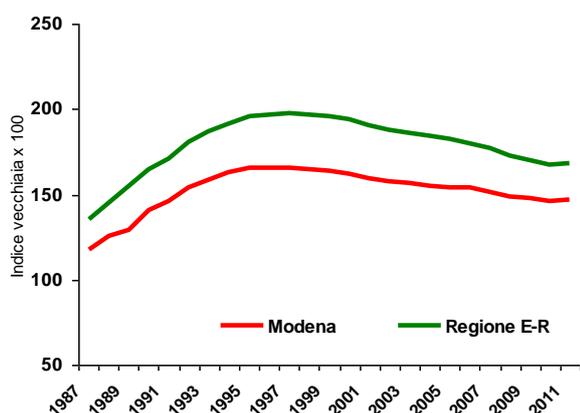
Popolazione	65 e oltre		75 e oltre		85 e oltre	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Maschi	59.861	63.283	26.706	29.536	5.965	7.099
Femmine	81.690	84.631	44.083	46.716	13.559	15.984
Totale	141.551	147.914	70.789	76.252	19.524	23.083
% sulla popolaz	20,9%	21,0%	10,4%	10,8%	2,9%	3,3%

**Tab. 2** - Invecchiamento della popolazione residente in provincia di Modena. Anni 2007 e 2011. 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 (21% nel 2011) con un progressivo invecchiamento dei modenesi

nel corso degli anni (18,5% nel 1992, equivalente ad un aumento percentuale del 13% in un ventennio).

Il valore provinciale risulta comunque tra i meno alti della regione e rimane sempre inferiore al valore regionale stesso (22,5%).



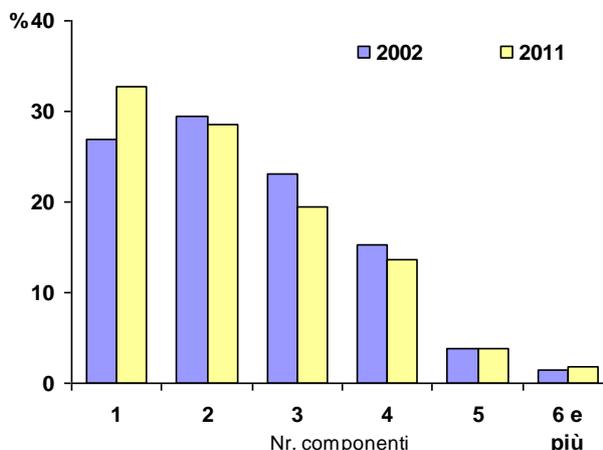
**Graf.2** - Indice di vecchiaia della popolazione residente in provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna. Anni 1988- 2011. Fonte: Regione Emilia-Romagna

Considerazioni analoghe si possono fare relativamente ai **grandi anziani**. Nel 2011 in provincia di Modena la percentuale delle persone in età maggiore di 74 anni, è del 10,8 (9,9% nel 2002, con un aumento del 9% nell'ultimo decennio), valore inferiore rispetto a quello regionale (10,5%). I grandi anziani invece, cioè la popolazione di 85 anni e oltre,

rappresentano il 3,3% della popolazione residente nella provincia modenese al 31/12/2011 (2,5% nel 2002) mentre in regione Emilia-Romagna sono il 3,6%.

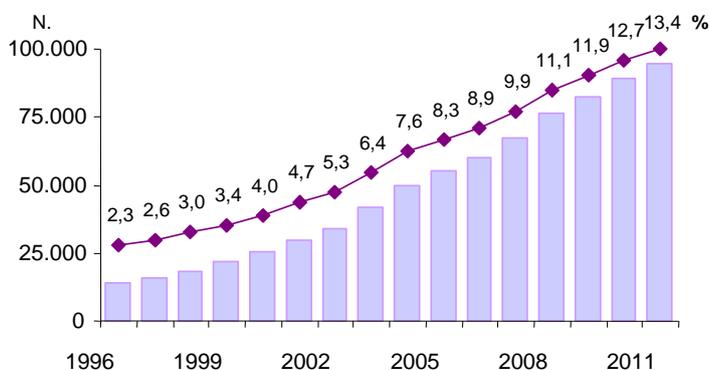
I Distretti sanitari meno anziani sono Castelfranco, Sassuolo e Carpi, ad alta attrattiva di forza lavoro, mentre quello con la maggior quota di persone in età avanzata è quello di Pavullo nel Frignano appartenente alla fascia montana.

In provincia di Modena a fine 2011 vi erano 300.045 **famiglie**. Nell'ultimo decennio si è assistito ad un progressivo aumento del loro numero (+15% rispetto al 2002), 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 2011 erano oltre 98.000 (il 33%), e da quelle di due persone (29%). 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 (39,5%) e nel Distretto urbano di Modena (38,8%). 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.



**Graf. 3 - Famiglie residenti in provincia di Modena per numero di componenti. Anni 2002 e 2011. Fonte: Provincia di Modena**

Al 31.12.2011 la popolazione straniera residente nella provincia di Modena si è attestata a 94.359 unità, pari al 13,4% della popolazione complessiva. Ha registrato un aumento del 5,6% rispetto all'anno precedente, evidenziando un momento di rallentamento della velocità di crescita della popolazione residente straniera rispetto all'anno precedente dopo il forte impulso tra il 2007 ed il 2008 (+8.966 unità). Le immigrazioni dall'estero e l'emersione dall'irregolarità si confermano la componente che maggiormente contribuisce all'espansione della popolazione provinciale, con un sostenuto incremento ormai consolidato da alcuni anni.



**Graf 4 - Stranieri residenti e loro percentuale sulla popolazione complessiva. Trend 1996-2011. Fonte: Provincia di Modena**

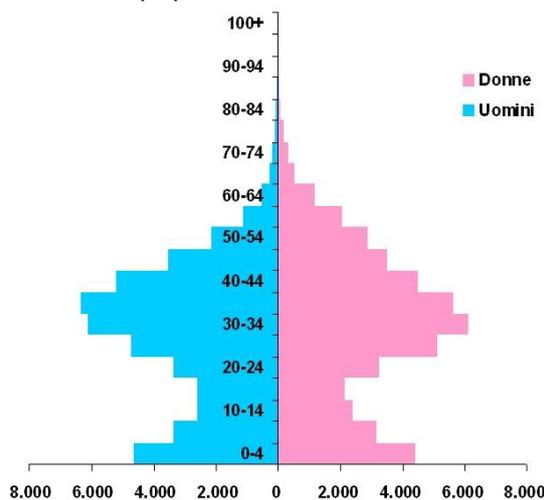
Dal 1991 la normativa ha in gran parte determinato l'andamento temporale delle domande di concessione del permesso di soggiorno, concentrate nei periodi immediatamente successivi all'emanazione della normativa di regolarizzazione, e del numero di conseguenti iscrizioni in anagrafe: la consistenza degli stranieri residenti dal 1996 ad oggi si è moltiplicata di quasi sette volte (circa 81 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 2006 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 e Mirandola, nel 2011 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 50,4% nel 2011.

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 14,3% 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 all'1,9%, se rapportata a quella nella popolazione generale che è, come già riferito più sopra, quasi del 21%.

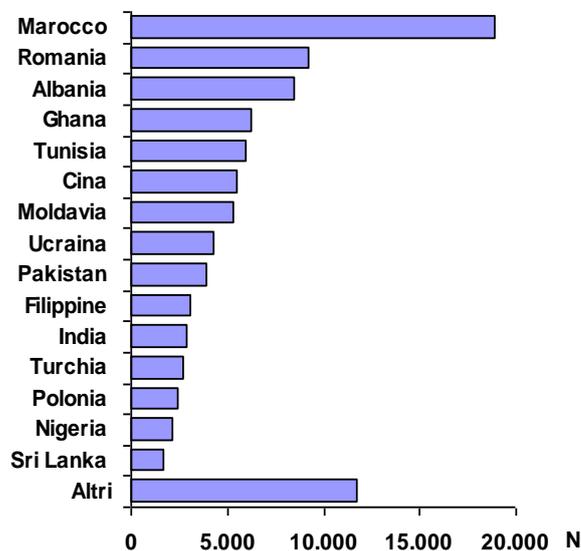


**Immagine 2** - Piramide per età della popolazione straniera residente in provincia di Modena. Anno 2011. Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena

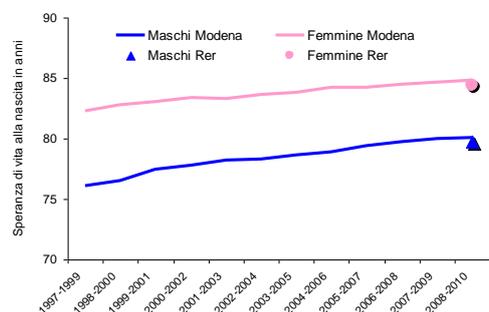
I dati mettono però in luce un primo progressivo invecchiamento della popolazione immigrata. Anche se le età lavorative tra i 15 ed i 64 anni rappresentano nel tempo una quota costante pari a circa i tre quarti dei residenti stranieri, è però in corso un cambiamento nel rapporto tra le due fasce che 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 28,2% nel 2011.

L'ammontare complessivo della popolazione straniera nel 2011 è composto per quasi l'82% da africani, asiatici ed europei appartenenti a Paesi non comunitari. Gli africani sono in netta maggioranza, con 36.403 unità e quasi il 39% del totale, seguiti da europei non comunitari ed asiatici.

Le comunità maggiormente rappresentate sono quelle provenienti dal Marocco (18.854 unità), Romania (9.182), Albania (8.464), e Ghana (6.278).



**Graf 5** - Principali Paesi di cittadinanza degli stranieri residenti al 31/12/2011. Fonte: Provincia di Modena

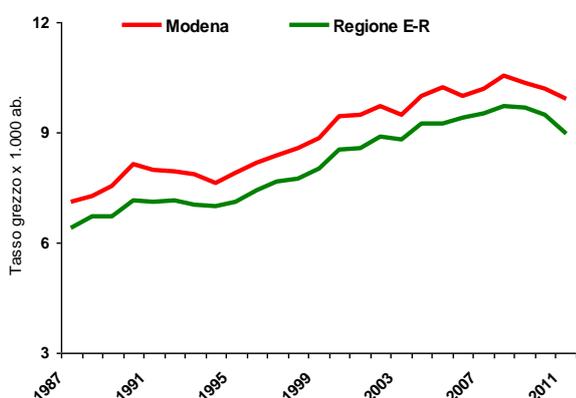


**Graf 6** - Speranza di vita alla nascita in anni maschile e femminile in provincia di Modena per triennio. Anni 1997-2010. Fonte: Rilevazione Mortalità e Popolazione Residente per età e sesso

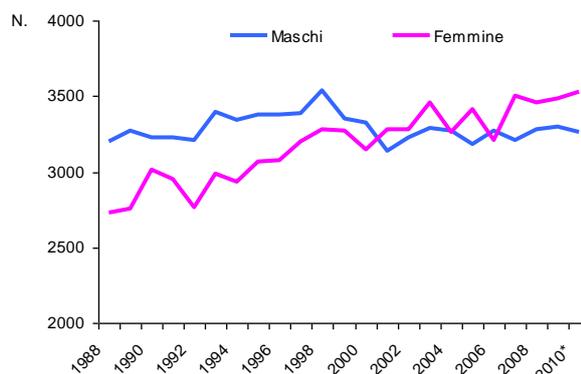
in tutti i distretti tranne Carpi che vede la nazionalità pakistana al primo posto. Esistono però alcune peculiarità territoriali, che evidenziano una forte presenza di cinesi nel distretto di Mirandola, di ghanesi, rumeni e di donne filippine a Modena, di albanesi e ghanesi nel distretto di Sassuolo, di rumeni e moldavi a Pavullo, di albanesi e cingalesi a Vignola e di rumeni e tunisini a Castelfranco Emilia.

La provincia di Modena, si caratterizza per una elevata **speranza di vita**: 80,1 anni per gli uomini e 84,8 per le donne nel triennio 2008-2010, con valori superiori sia a quelli regionali che nazionali. Anche il trend è positivo: oltre cinque anni negli uomini e oltre tre anni nelle donne in più rispetto al quinquennio 1988-1993.

La speranza di vita a 65 anni risulta sostanzialmente coincidente con il valore regionale sia per gli uomini (18) che per le donne (22).



**Graf 7** - Tasso grezzo di natalità della provincia di Modena e Regione Emilia-Romagna. Anni 1988-2011.  
Fonte: Regione Emilia-Romagna

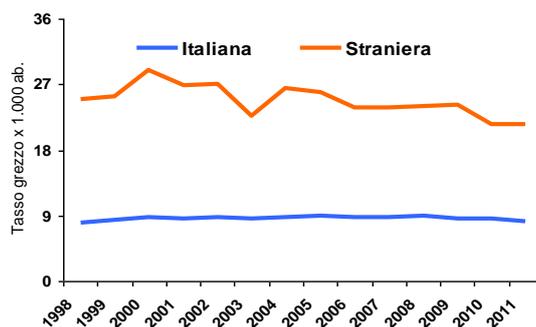


**Graf 9** - Mortalità per tutte le cause: trend delle frequenze. Anni 1988-2010. Fonte: Archivio provinciale di mortalità  
\* Fino al 2008 compreso i dati di mortalità sono codificati in ICD-9, dal 2009 in ICD-10

Il **tasso di natalità** della popolazione modenese nel 2011 è di 9,9 nati per mille residenti, circa il 40% 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.

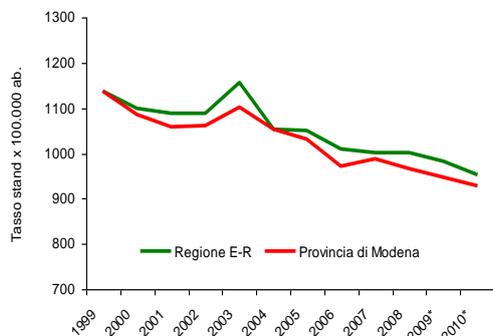
I valori più alti di natalità si registrano a Castelfranco Emilia (11,4‰) e Vignola (11‰).

I **nati** in provincia di Modena nel 2011 sono stati 6.946, oltre un quarto dei quali (28,5%) sono figli di cittadini stranieri, percentuale quadruplicata negli ultimi quindici anni (6,3% rispetto al 1996). Il tasso grezzo provinciale di natalità della popolazione straniera è del 21,5‰ (con oscillazioni che variano dal 23,9‰ del Distretto di Castelfranco Emilia al 19‰ per quello di Pavullo), 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 mentre quello degli italiani in lieve aumento.



**Graf 8** - Tasso grezzo di natalità della provincia di Modena per cittadinanza della popolazione residente. Anni 1998-2011.

Mediamente in provincia di Modena nel periodo 2006-2010 sono deceduti circa 6.700 residenti per anno, nel 2010 i **decessi** sono stati 6.789, di cui 3264 uomini (48,1%) e 3525 donne (51,9%). Il trend temporale delle frequenze assolute mostra un aumento fra le donne e un andamento discendente negli uomini negli ultimi dodici anni. I tassi standardizzati di mortalità, che non risentono dell'invecchiamento della popolazione, nel periodo 1999-2010 sono diminuiti



per entrambi i sessi: da 1.186 a 900 per 100.000 abitanti nei maschi (-124,1%) e da 1.092 a 942 (-13,8%) 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.

*Graf 10 - Mortalità totale per tutte le cause: trend dei tassi standardizzati\* (x 100.000 ab). Anni 1999-2010.  
Fonte: Archivi Regionale di Mortalità*

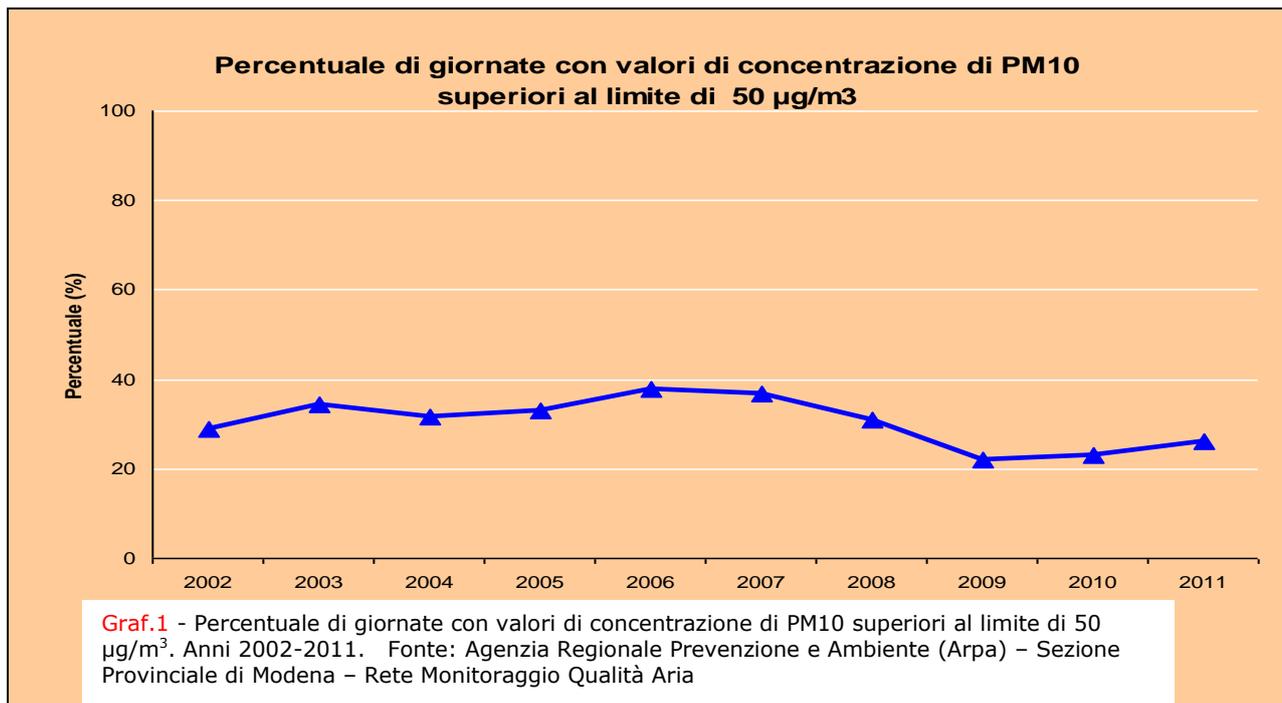
## 1.2 L'ambiente

### Inquinamento atmosferico

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 ai 35 consentiti e in alcuni casi risultano più del doppio. Nel 2011 a Modena la stazione peggiore (Via Nonantolana ) ha registrato 90 superamenti del limite giornaliero di 50 µg/m<sup>3</sup>, pari al 26% delle giornate con valori validi. Le medie annuali di PM10 nel 2011 sono inferiori al limite di 40µg/m<sup>3</sup> se si considerano le stazioni di fondo urbano, rappresentative dei livelli medi a cui la popolazione è esposta, mentre è superiore quella di Via Nonantolana (41 µg/m<sup>3</sup>) in quanto influenzata da strade ad alto volume di traffico. Se si analizzano i superamenti della media giornaliera di PM10 dall'anno 2002, si può notare un calo progressivo più evidente dal 2006 al 2011, che è di circa il 30%: la stazione peggiore è passata 130 a 90 giorni di superamento. Il trend delle medie annue di PM10, mostra invece una diminuzione negli ultimi sei anni, meno evidente rispetto al precedente, circa il 13% .



Per quanto riguarda le polveri PM2.5 emerge una situazione abbastanza differente rispetto a quella del PM10; infatti, nel 2011 tutte le stazioni di monitoraggio rispettano il valore limite annuale di 25µg/m<sup>3</sup>, unico limite previsto dalla normativa da valutare per la prima volta nel 2015. Se si analizza il trend delle medie annue del PM2.5, si notano concentrazioni superiori al valore limite nei primi anni di monitoraggio (2001) con valori in diminuzione nel tempo; dal 2009, invece, le concentrazioni sono stabili su valori di poco inferiori o uguali al limite.

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 2011 si sono registrate 11 ore di superamento della Soglia di Informazione (180µg/m<sup>3</sup>) distribuite in 3 giorni e 76 giornate in cui è stato superato il Valore Bersaglio (massimo giornaliero della media mobile su 8 ore di 120 µg/m<sup>3</sup>, 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.

Una situazione in lieve miglioramento per quanto riguarda il Biossido di azoto (NO<sub>2</sub>) che nel 2011 registra medie annuali inferiori al limite di 40 µg/m<sup>3</sup> in tutte le stazioni di monitoraggio di fondo urbano; la situazione rimane critica nelle stazioni più influenzate dal transito veicolare, quali Giardini e Nonantolana a Modena. Il trend delle medie annuali di NO<sub>2</sub> evidenzia un calo di circa 11% se si analizzano gli anni dal 2006 al 2011, più evidente nelle stazioni lontane dal traffico.

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 2011 è stata di 2.3 mg/m<sup>3</sup> (valore limite 10 mg/m<sup>3</sup>).

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 1.4 µg/m<sup>3</sup>, molto inferiori rispetto al limite previsto per il 2010 pari a 5 µg/m<sup>3</sup>.

Per quanto riguarda il biossido di zolfo (SO<sub>2</sub>), 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 affluenti 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**

La classificazione ambientale delle acque superficiali determinata attraverso l'utilizzo di indicatori sintetici, classifica in classe "buona-elevata" il tratto montano del bacino del fiume Panaro fino alla stazione di Ponte Chiozzo a valle della confluenza dei torrenti Leo e Scoltenna e "buona" tutte le stazioni collinari e di pianura poste sui tratti più a valle fino alla stazione di Bomporto. Per il fiume Secchia risultano in classe "buona" solamente le stazioni del tratto montano-collinare fino alla stazione di Castellarano. I tratti terminali di entrambi i corsi d'acqua, confermano la classe "sufficiente", rimanendo ancora lontani dall'obiettivo normativo fissato per dicembre 2015. Scadente-Pessima risulta la qualità dei corpi idrici affluenti Naviglio e Collettore Acque Alte per il Panaro e Fossa di Spezzano e Tresinaro per il fiume Secchia.

La qualità delle acque di falda, risulta scadente per buona parte del territorio di alta pianura modenese; peggiore risulta lo stato qualitativo delle acque sotterranee nella conoide del fiume Secchia rispetto alle acque sotterranee nella conoide del fiume Panaro (entrambe in lieve miglioramento). Lo stato scadente delle falde è correlabile 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 determinante nella classificazione delle acque profonde, ma non esclusivo; in zona pedecollinare permane una presenza puntuale di composti clorurati (organo-alogenati) superiori al limite normativo. Permane l'assenza di 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 Territorio e mobilità

### Territorio

La provincia di Modena si estende su una superficie di 2.683 kmq, ed è al terzo posto, per ampiezza, in Emilia Romagna; al 31/12/2011 vi abitano 705.164 persone con una densità di 263 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.



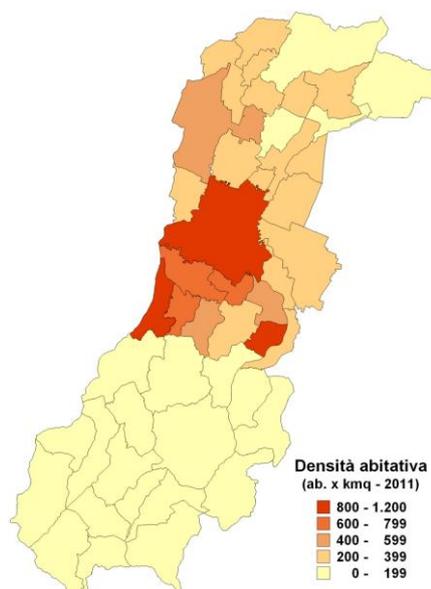
In relazione alla conformazione del territorio, la conseguente suddivisione in zone altimetriche è la seguente:

- "Pianura": 1.273 kmq, pari al 47,4% del territorio complessivo; vi risiedono 514.611 abitanti (73% della popolazione modenese) con la più elevata densità abitativa di 404 abitanti per kmq
- "Collina": 463 kmq, il 17,3% del territorio complessivo; risiedono in questa zona 142.372 abitanti (20,2% della popolazione modenese), mediamente 308 abitanti per kmq
- "Montagna": 947 kmq, il 35,3% dell'intero territorio provinciale; i residenti sono 48.181 (6,8% dei residenti modenesi) con una densità abitativa di 51 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 1 Comunità Montana e 6 forme associative di Enti Locali (Unioni di Comuni).

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

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



Fonte: Regione Emilia-Romagna e Provincia di Modena

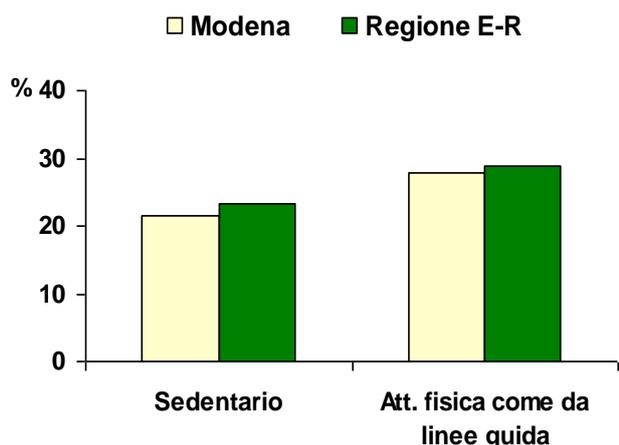
## Mobilità

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.

## 1.4 Stili di vita



*Graf.1 - Attività fisica: sedentari e persone che effettuano attività fisica ai livelli raccomandati in provincia di Modena.  
Fonte: sorveglianza PASSI 2008-2011*

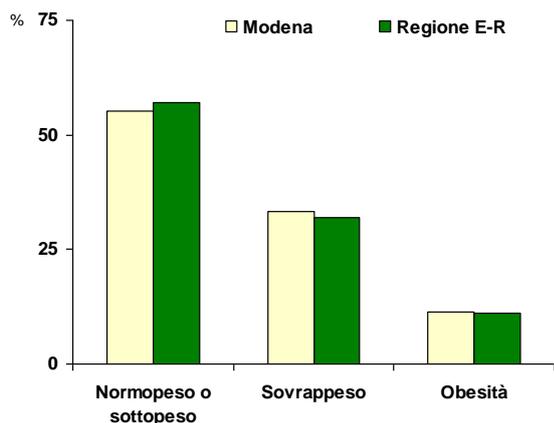
Gli stili di vita non idonei rappresentano un importante fattore di rischio per le malattie cardiovascolari e per l'insorgenza di tumori.

In particolare l'eccessiva **sedentarietà** e l'alimentazione scorretta comportano un progressiva tendenza al sovrappeso e all'obesità. Nel quadriennio 2008-2011 in provincia di Modena riferisce di essere completamente sedentario il 21% delle persone tra i 18 e 69 anni e solo il 28% dichiara di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica. Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio: lo è il 24% degli ipertesi, il 25% delle persone con eccesso ponderale, il 28% dei fumatori e il 29% di chi riferisce sintomi di depressione.

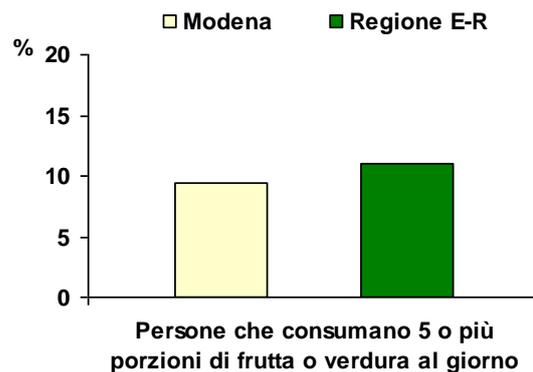
Dall'indagine OKkio 2010 emerge che, secondo i loro genitori, circa 3 bambini su 10 all'età di otto anni fanno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 7,6% neanche un giorno e solo il 12,7% da 5 a 7 giorni. Inoltre nella mattina dell'indagine il 71% ha riferito di essere andato a scuola in automobile, il 7% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico e il 22% dei bambini si è recato a piedi o in bicicletta.

Il 45% dei residenti intervistati riferisce un **eccesso ponderale**, mentre i veri e propri obesi sono l'11% della popolazione. L'eccesso ponderale è più frequente col crescere dell'età (61% tra i 50 ed i 69 anni), nel sesso maschile (54%) e nelle persone con livelli più bassi di istruzione. Il peso eccessivo si associa anche a una non corretta percezione del proprio stato nutrizionale: il 41% delle persone in sovrappeso si considera normopeso. Anche il giudizio sul proprio regime alimentare non pare sempre corretto poiché oltre l'86% delle persone in sovrappeso e il 76% di quelle obese considera corretto il proprio regime alimentare.

Il **consumo di frutta e verdura** risulta abbastanza diffuso: il 33% ne mangia 3-4 porzioni al giorno, ma solo il 9% aderisce alle raccomandazioni internazionali delle cinque porzioni al giorno; in modo particolare il rispetto di questa indicazione è scarso negli uomini (8%) e nei giovani (6%).

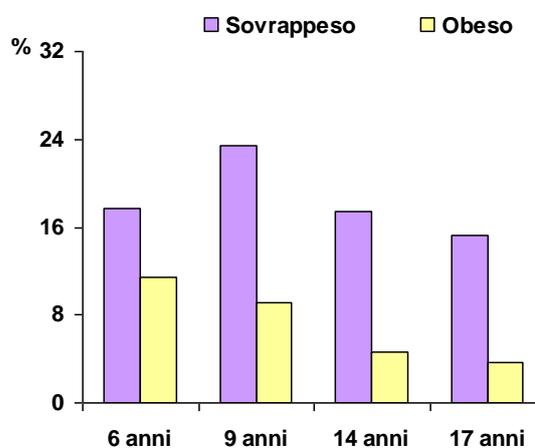


Graf. 2 - Caratteristiche ponderali della popolazione modenese. Fonte: sorveglianza PASSI 2008-2011



Graf. 3 - Consumo giornaliero raccomandato di frutta o verdura. Fonte: Sorveglianza PASSI 2008-2011

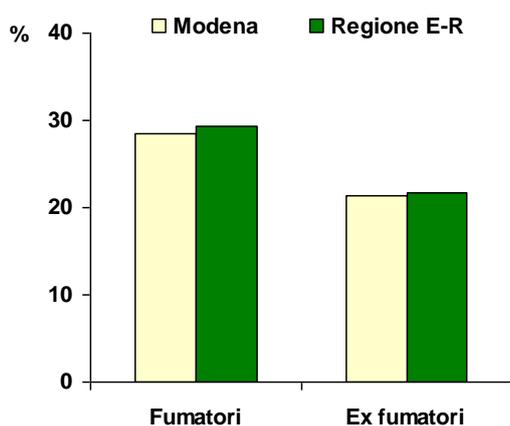
La tendenza all'eccesso di peso interessa anche l'età infantile e adolescenziale: il 29% dei bambini di sei anni è in sovrappeso, percentuale che sale al 33% a nove anni per poi scendere al 22% nei ragazzi di quattordici anni e al 19% in quelli di 17 anni. L'incremento della percentuale dei bambini con eccesso ponderale è infatti mitigato dall'aumento dell'attività fisica che si registra con il crescere dell'età, come dimostrano le percentuali di bambini e ragazzi che fanno sport (43% a sei anni, 65% a nove anni, 72% a quattordici e 85% a diciassette).



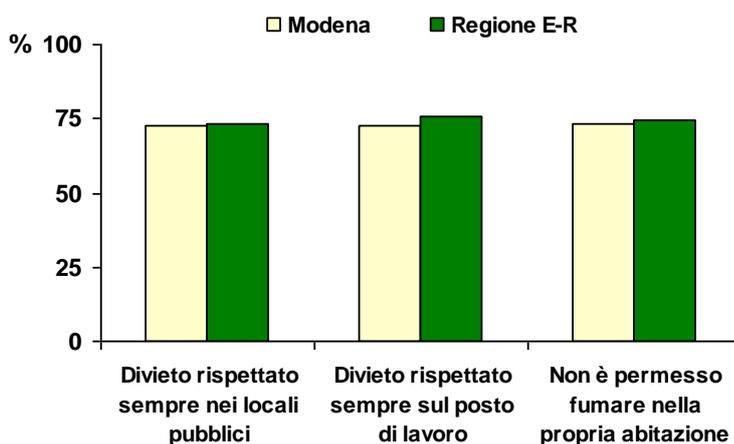
Graf. 4 - Sovrappeso e obesità in minori di 6, 9, 14 e 17 anni in provincia di Modena. Fonte: Progetto regionale di Sorveglianza Nutrizionale Infanzia ed Adolescenza (So.N.I.A), Anni 2003-2008

Secondo l'indagine OKkio 2010, i bambini di otto anni risultano normopesi nel 71%, in eccesso ponderale in quasi il 29% dei casi (20% sovrappeso, 9% obesi).

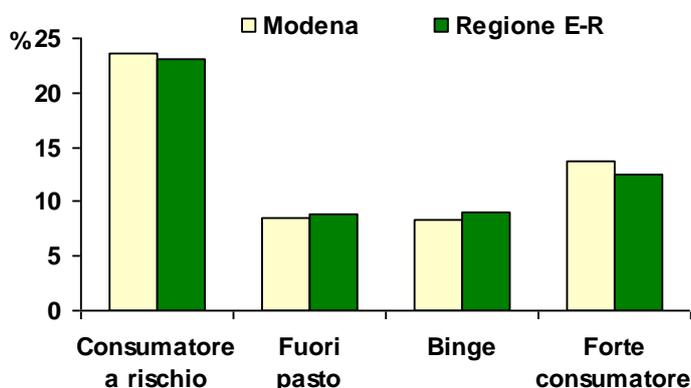
Il 29% dei residenti in provincia di Modena tra 18 e 69 anni si dichiara **fumatore**; fumano maggiormente gli uomini (33%), quelli con una bassa scolarità e quelli con molte difficoltà economiche riferite. Fumano meno le persone oltre i 50 anni (24% tra 50 e 69 anni). Il consumo medio è di 14 sigarette al giorno, ma circa il 8% ne fuma più di un pacchetto. Al 59% dei fumatori è stato consigliato di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il rispetto della normativa antifumo è in media coi valori regionali: il 72% degli intervistati dalla sorveglianza PASSI riferisce che il divieto di fumare nei locali pubblici viene rispettato sempre mentre il 18% quasi sempre; il 72% dichiara sempre rispettato tale divieto sui luoghi di lavoro mentre il 14% quasi sempre; il 73% dichiara inoltre che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare in alcun locale.



Abitudine al fumo. Fonte: sorveglianza PASSI 2008-2011



Rispetto del divieto di fumo. Fonte: sorveglianza PASSI 2008-2010



Graf. 7 - Bevitori a rischio\* per categorie.  
Fonte: sorveglianza PASSI 2008-2011

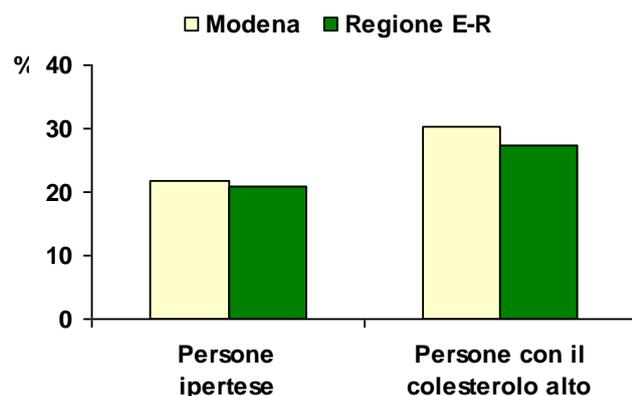
\*I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Il 69% della popolazione tra 18 e 69 anni consuma anche solo saltuariamente **alcol**, ma il 24% ha abitudini a rischio, cioè beve prevalentemente fuori pasto (9%) o smodatamente (8%), seppure in modo saltuario (binge drinking, secondo la definizione anglosassone), oppure è un forte consumatore (14%), consumando quotidianamente bevande alcoliche in quantità che a lungo termine possono risultare nocive.

In particolare, il binge drinking è diffuso tra gli uomini (13%) e tra i più giovani (16% tra i 18 e i 24 anni).

Per quanto riguarda la **prevenzione cardiovascolare**, il 90% delle persone con 35-69 anni ha misurato la pressione negli ultimi due anni. Globalmente il 22% delle persone tra 18 e 69 anni riferisce ipertensione, con valori crescenti all'aumentare dell'età (15% tra 35 e 49 anni e 41% tra i 50-69enni). L'ipertensione riferita è più alta nelle persone con livello di istruzione molto basso e in quelle in eccesso ponderale.

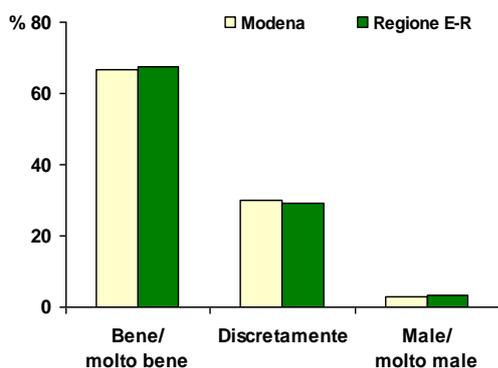
La rilevazione della colesterolemia è stata effettuata negli ultimi due anni dall'83% dei residenti in provincia di Modena di età 35-69 anni. Riferisce ipercolesterolemia circa il 30% della popolazione tra 18 e 69 anni, percentuale che aumenta al crescere dell'età (25% tra 35 e 49 anni e 45% tra i 50-69enni) ed è maggiore nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con eccesso ponderale.



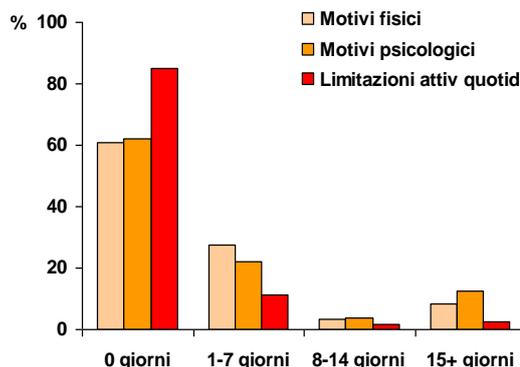
Graf. 8 - Ipertensione e colesterolemia.  
Fonte: sorveglianza PASSI 2008-2011

## 1.5 Lo stato di salute

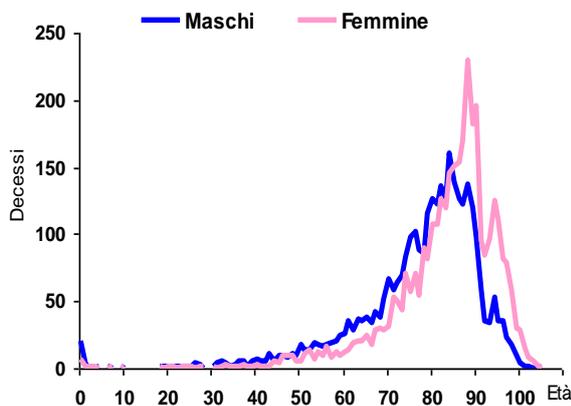
L'analisi della **salute percepita**, mostra che i residenti di provincia di Modena hanno una percezione positiva del proprio stato di salute: il 67% dei modenesi dichiara di sentirsi bene o molto bene, il 30% discretamente e il 3% male o molto male; valori molto simili a quelli regionali. L'8% dei modenesi riferisce più di due settimane in cattiva salute nel mese precedente per motivi fisici, il 12% per motivi psicologici e il 3% che riferisce limitazioni nelle attività quotidiane, valori simili a quelli della regione Emilia-Romagna.



Graf.1 - Salute percepita. Fonte: sorveglianza PASSI 2008-



Graf.2 - Giornate percepite in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e giornate con limitazioni delle attività abituali a causa dei problemi di salute. Fonte: sorveglianza PASSI 2008-



*Graf.3 – Decessi per anno di età in provincia di Modena per tutte le cause. Anno 2010. Fonte: Archivio provinciale di mortalità*

## Principali patologie

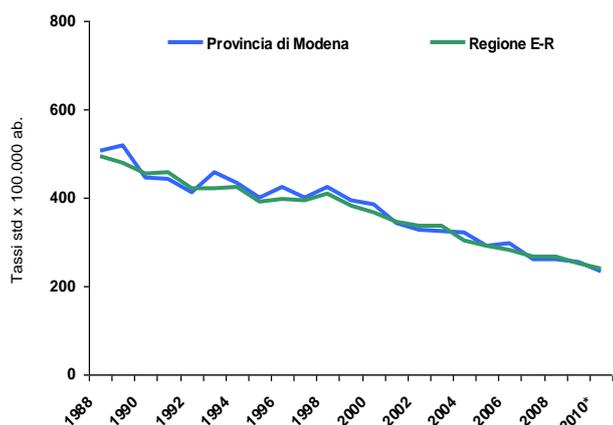
Di seguito sono riportate le prime stime del numero di alcune patologie ricavate dall'analisi delle banche dati sanitarie (schede di dimissione ospedaliera -SDO-, farmaceutica, esenzioni ticket), del Registro Tumori e del Registro provinciale di Cause di Morte. Quest'ultimo indica che nel territorio modenese, così come nella regione Emilia-Romagna, le principali cause di morte nel 2010 sono state: le malattie cardiovascolari (2.452), i tumori (2.087), 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 2006-2010, distinguendo per classi di età:

- sotto i 45 anni le prime cause di morte sono: i traumatismi ed avvelenamenti, con il 27,4% (soprattutto gli incidenti da traffico, da soli responsabili del 7,7% della mortalità in quella fascia di età), i tumori (25,2%) e le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (11,6%);
- fra i 45 e i 74 anni si registrano invece: i tumori (52,3%), le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (24,4%) ed i traumatismi e gli avvelenamenti (4,4%);
- nella classe di età più anziana infine prevalgono i decessi per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (43,5%), tumori (23,4%) e malattie dell'apparato respiratorio (8,2%).

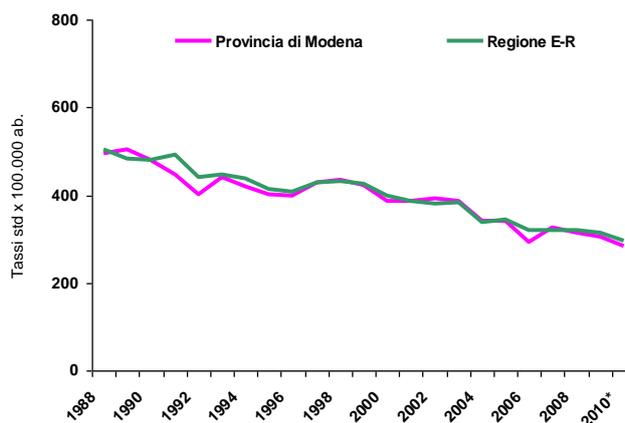
Nel 2010 in provincia di Modena le **malattie dell'apparato circolatorio**, come in Italia e nella regione Emilia-Romagna, rappresentano la principale causa di morte sia per le donne che in totale (36,1%). Tra il 1998 ed il 2010 si osserva una forte riduzione della mortalità dell'apparato circolatorio 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** circa 4.500 persone all'anno.



*Graf 4 – Mortalità per malattie sistema circolatorio- Maschi: trend dei tassi standardizzati\* (x 100.000 ab). Anni 1988-2010.*

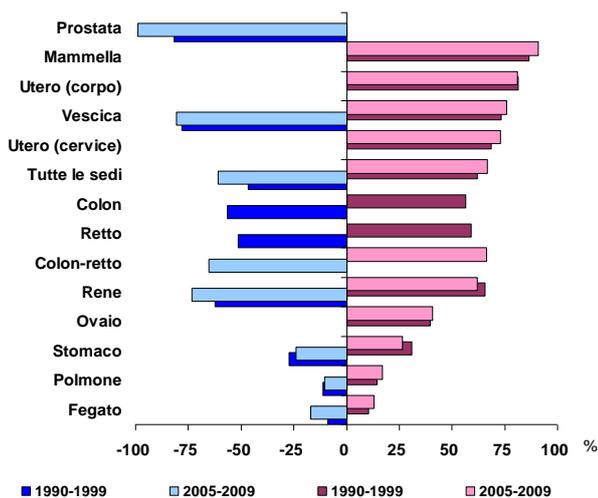
*Fonte: Archivi Regionale e Provinciale di Mortalità  
\* Fino al 2008 compreso i dati di mortalità sono codificati in ICD-9, dal 2009 in ICD-10*



*Graf 5 - Mortalità per malattie sistema circolatorio- Femmine: trend dei tassi standardizzati\* (x 100.000 ab). Anni 1988-2010.*

*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*

I dati del Registro Tumori indicano che nell'ultimo decennio il numero di nuovi casi (incidenza) è in aumento sia come frequenza assoluta che come tasso standardizzato.



*Immagine 1 - Percentuale di sopravvivenza a 5 anni dei principali tumori dei residenti nella provincia di Modena. Anni 1990-1999 e 2005-2009. Fonte: Registro Tumori di Modena*

di riferimento, la tendenza temporale è in riduzione, più marcata fra gli uomini. L'aumento sia dell'incidenza che della sopravvivenza comporta che un sempre maggior numero di persone sia portatore di una neoplasia o ne sia guarito.

Nel 2009 si sono ammalate (incidenza) 635 donne di tumore mammario pari al 29,5% 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 2005-2009 è stimata al 91%, mentre era all'87% negli anni 1990-1999.

A 30 donne è stato riscontrato un tumore del collo dell'utero pari all'1,4% dei casi di tumore maligno femminili; i trend dei tassi standardizzati di incidenza sono leggermente in calo nel lungo periodo. La sopravvivenza a cinque anni per il periodo 2005-2009 è stimata al 73%, quella degli anni 1990-1999 era del 69%.

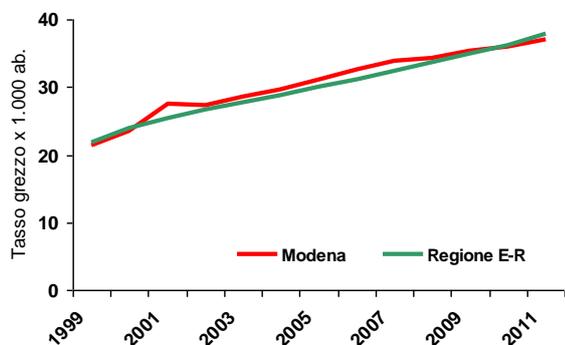
Nel 2009 si sono ammalate 602 persone di tumore del colon-retto pari al 13,2% dei casi di tumore maligno; i trend temporali dei tassi standardizzati di incidenza sono in aumento, più marcatamente per gli uomini che per le donne. La sopravvivenza a cinque anni per il periodo 2005-2009 è simile nei due sessi ed è circa del 65% in entrambi i sessi.

A 491 persone è stato diagnosticato un tumore del polmone (10,8% dei tumori maligni), con un rapporto tra i due sessi sfavorevole per gli uomini (335 contro 156); 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. La sopravvivenza a cinque anni per il periodo 2005-2009 è leggermente migliore per le donne: 17% contro il 11% degli uomini.

Le **malattie respiratorie** costituiscono la terza causa di morte in provincia di Modena (7,1% dei decessi complessivi), in Emilia-Romagna ed in Italia: nel 2010 sono morte nella nostra provincia 479 persone per questo gruppo di patologie, che hanno interessato gli uomini in maniera leggermente superiore (53,4%). Il trend delle frequenze assolute negli anni 1988-2010 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 non dissimili da quelli mostrati dalla sorveglianza PASSI che, per il quadriennio 2008-2011, indica una prevalenza delle malattie respiratorie del 7% in provincia di Modena per la fascia d'età 18-69 anni.

Per **malattie dell'apparato digerente** nell'anno 2010 sono decedute in provincia di Modena

218 persone, che costituiscono il 3,2% dei decessi per tutte le cause. Tali decessi sono lievemente preponderanti tra i maschi, ma le frequenze assolute del periodo 1988-2010 mostrano trend tendenzialmente decrescente per essi, al contrario, crescente quello delle donne. Analizzando i tassi standardizzati si ottiene la conferma del trend in leggera decrescita per entrambi i sessi pur con oscillazioni annuali.



**Graf 6** - Esenzioni ticket per diabete mellito: trend dei tassi grezzi x 1.000 ab. Tutte le età. Fonte: Regione E-R

In provincia di Modena muoiono per **traumatismi ed avvelenamenti** circa 240 persone all'anno (236 nel 2010, di cui 61% uomini e 39% donne), il 3,5% di tutti i decessi. Le frequenze assolute per il periodo 1988-2010 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 sia per gli

uomini che per le donne.

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 2010 risulta una prevalenza pari al 5,2% di diabetici, valori vicini a quelli forniti dalla sorveglianza PASSI.

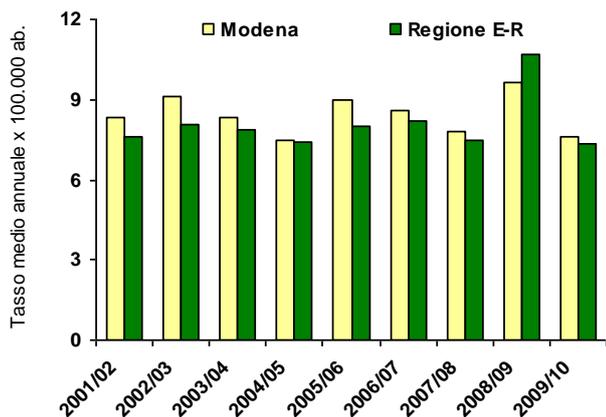
Sulla base dello studio nazionale ILSA si stima che in provincia di Modena ci siano oltre 13 mila persone affette da **demenze**, con un'incidenza annua di oltre 2 mila nuovi casi. Dallo studio Argento emerge che in Emilia-Romagna l'11% degli anziani nella classe 65-74 anni soffre di disturbi cognitivi, percentuale che sale al 25% negli ultra-settantacinquenni. Le malattie degenerative senili nel 2010 hanno provocato 465 decessi, in prevalenza donne (66%), con un trend in aumento, più spiccato per le femmine, dal 1988 sia come numeri assoluti che come tassi standardizzati.

Secondo la sorveglianza PASSI, nel quadriennio 2008-2011, il 10% 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, valore simile a quello della regione Emilia-Romagna (7%). Percentuale che sale, a livello regionale, al 19% negli intervistati ultra64enni, secondo quanto riportato dall'indagine PASSI d'Argento.

## Malattie infettive

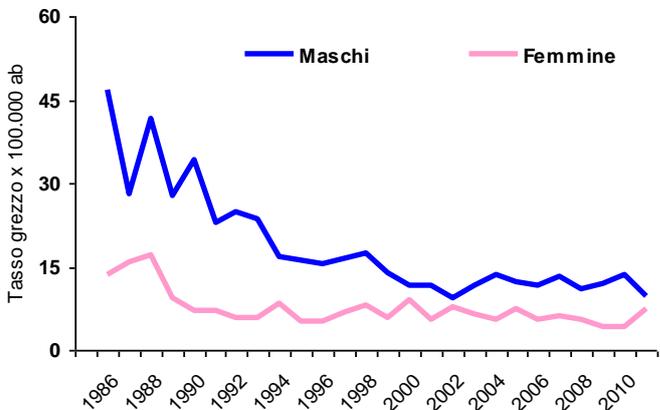
La **tubercolosi polmonare**, che in passato aveva mostrato tassi decisamente più elevati di quelli regionali, in questi ultimi anni si è progressivamente ridimensionata e stabilizzata mantenendosi con valori vicini a quelli regionali.

Nel 2010 sono stati notificati all'Osservatorio provinciale 59 nuovi casi di infezione da **HIV** in adulti residenti in provincia di Modena, di cui 45 uomini e 14 donne: negli ultimi anni l'incidenza sembra essersi infatti stabilizzata su poco meno di 60 casi all'anno.



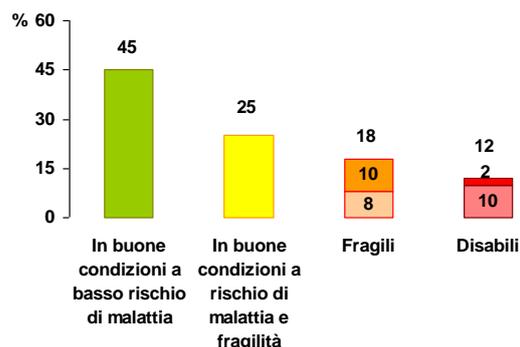
**Graf. 7** - TBC polmonare: tassi medi annuali di incidenza per 100.000 ab. in provincia di Modena. Bienni dal 2001 al 2010. Fonte: Regione E-R

Dal 1985 al 2010 sono stati diagnosticati 720 casi di **AIDS** tra i residenti in provincia di Modena, di cui 5 nel 2010. Analogamente anche il numero di decessi dal 1996 si è andato riducendo di molto, riguardando 8 soggetti nel 2010 (erano 70 nel 1994). Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo cambiamento della modalità di trasmissione: attualmente è fondamentalmente una malattia a trasmissione sessuale.



**Graf. 8 - HIV: tasso grezzo di incidenza (nuove infezioni) per sesso in provincia di Modena. Anni 1985-2010.**  
 Fonte: Osservatorio provinciale sull'infezione da HIV

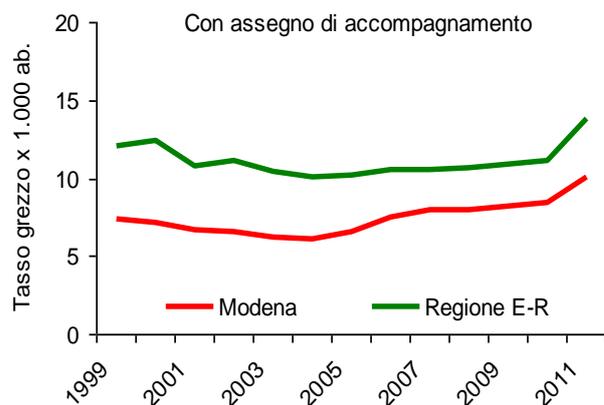
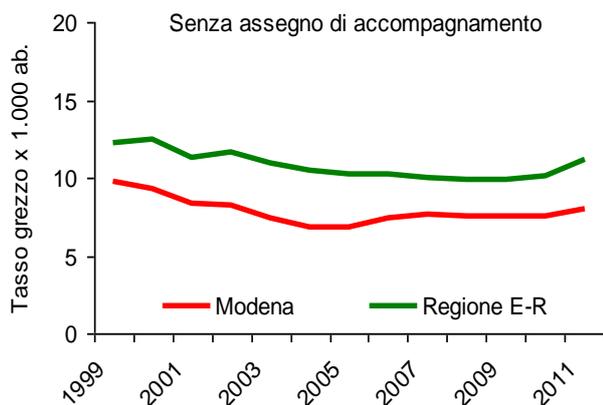
L'indagine PASSI d'Argento è stata realizzata in Emilia-Romagna nel 2009 per rilevare **comportamenti e bisogni di salute degli ultra 64enni**



**Graf.9 - Sottogruppi di popolazione ultra64enne in regione Emilia-Romagna.**  
 Fonte: PASSI d'Argento 2009

sia nel loro complesso che per sottogruppi di popolazione. Da ciò si stima che il 18% della popolazione ultra64enne emiliano-romagnola sia fragile (di cui un 8% presenta marcati segni di fragilità) e il 12% sia disabile (2% gravemente disabile). Il 13% delle persone intervistate ha problemi di vista: di queste il 28% non porta gli occhiali e il 72% vede male anche se porta gli occhiali; il 16% ha problemi di udito e l'83% di loro non porta la protesi acustica; il 28% ha problemi di masticazione, di essi il 21% non usa la protesi dentaria e il 65% non è andato dal dentista negli ultimi 12 mesi, prevalentemente perché pensa di non averne bisogno o perché costa troppo. Le persone intervistate a rischio di isolamento sociale sono risultate il 10%.

Il numero di persone con una **invalidità riconosciuta** in provincia di Modena a fine 2011 era 32.353, di cui 12.723 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

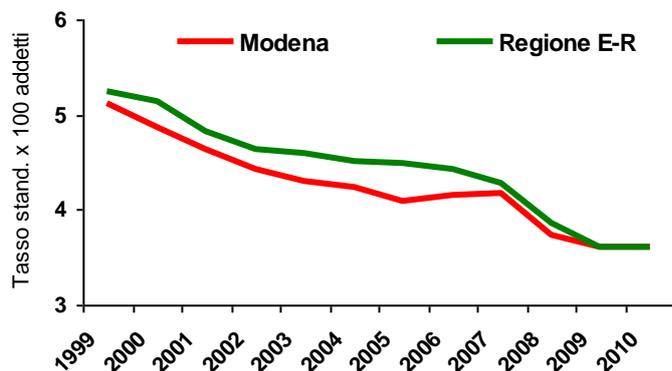


**Graf. 10 + Graf.11 - Invalidità civile al 100%: trend dei tassi grezzi x 1.000 ab. Tutte le età.**

rispetto a quelli regionali.

Secondo l'indagine PASSI d'Argento 2009, il 94% delle persone ultra 64enni sia fragili che disabili (100% nei disabili gravi) riceve aiuto nelle attività che non riesce a svolgere autonomamente, aiuto a carico essenzialmente della famiglia eventualmente supportata da personale a pagamento.

## 1.6 La sicurezza

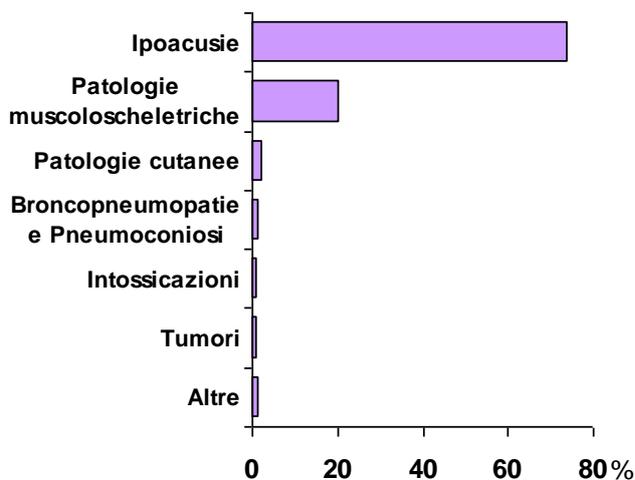


**Graf. 12 - Infortuni indennizzati: tassi standardizzati x 100 addetti INAIL. Anni 1999-2010. Fonte: Regione E-R**

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 22.302 eventi del 2006 ai 16.208 del 2010, pari a -27%, riduzione più consistente

di quella regionale (-21%) e nazionale (-17%). A tale diminuzione corrisponde anche un calo del numero di eventi indennizzati: dai 13.220 eventi indennizzati nel 2006 ai 10.073 del 2010 (-23.8%). Anche in Agricoltura la riduzione, nel quinquennio considerato, è stata consistente, registrando un - 20% degli eventi denunciati e un - 24% di quelli indennizzati.

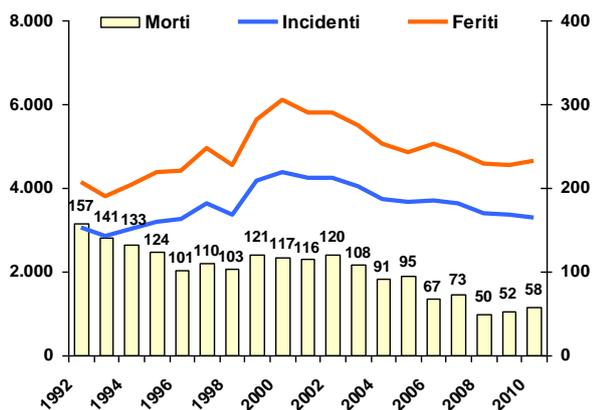
Per meglio inquadrare il fenomeno degli infortuni lavorativi occorre rapportarlo al numero di addetti: i tassi grezzi di infortuni indennizzati per il periodo 1999-2010 provinciali e regionali sono molto simili e decrescenti; standardizzando per il numero di addetti, il tasso provinciale è decrescente e in linea con il corrispettivo regionale. Riguardo le modalità di infortunio, i dati INAIL indicano che una elevata percentuale di feriti e decessi è avvenuta alla guida di veicoli (infortunio stradale o in itinere). I settori produttivi a maggior frequenza infortunistica, sono in ordine decrescente, il minerario-ceramico, i trasporti, le lavorazioni del legno, le lavorazioni agricole industriali e l'edilizia.



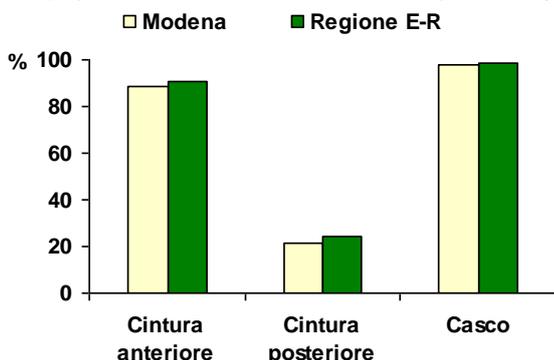
**Graf. 13** - Malattie professionali denunciate in provincia di Modena. Anni 1997-2011.  
Fonte: Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro AUSL Modena

Gli eventi mortali, a Modena, nei 5 anni considerati (2006-2010), sono stati 75 di cui più della metà (61,3%) costituiti da infortuni mortali in itinere e stradali in genere. La maggior parte dei rimanenti sono avvenuti in agricoltura e in edilizia, soprattutto per "ribaltamento di trattore" e "cadute dall'alto". Le **malattie professionali** denunciate sono state 1.177 nel 2010 contro le 355 del 1997. L'ipoacusia rappresenta da sola quasi i tre quarti dei casi, seguita da patologie muscolo-scheletriche. L'analisi dei dati correnti è resa difficile dalla notevole sottostima del fenomeno. È utile precisare che l'aumento delle malattie professionali denunciate all'INAIL e all'Azienda USL non è di per sé indice di

una reale maggiore incidenza di patologie, ma può invece essere espressione di una maggiore adesione dei medici alle corrette prassi di denuncia all'Organo di vigilanza e di certificazione all'Ente assicuratore.



**Graf. 14** - Incidenti stradali: numero di morti, incidenti e feriti 1992-2010



**Graf. 15** - Uso delle cinture di sicurezza e del casco. Fonte: sorveglianza PASSI 2008-2011

La provincia di Modena si colloca ai primi posti in regione ed in Italia per numero di **incidenti stradali** in rapporto alla popolazione residente. La frequenza assoluta di incidenti dopo un massimo registrato nel 2000, è in calo: nel 2010 si sono registrati 3.298 incidenti stradali (4.379 nel 2000). È aumentato lievemente il numero dei feriti e dei decessi (rispettivamente 4.639 e 58 nel 2010).

Il rapporto di mortalità (n° morti/n° incidenti), negli anni 1998-2010, si è ridotto restando sempre al di sotto dei valori regionali; stesso andamento evidenzia il rapporto di pericolosità, (n° morti/n° feriti), con valori molto 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 superando nel 2010 per la prima volta i valori regionali.

L'analisi della sicurezza stradale deve essere completata dall'analisi dei comportamenti.

Un'indicazione proviene dalla sorveglianza PASSI la quale informa che il 6,8% 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 (6,7%); percentuali più elevate si registrano tra i giovani e gli uomini. Inoltre il 9% riferisce di essere stato trasportato da un conducente che aveva bevuto in quantità superiore ai limiti di legge, valore solo leggermente superiore a quello regionale (8,6%).

Percentuali piuttosto elevate di intervistati riferiscono di utilizzare sempre i dispositivi di sicurezza il cui obbligo all'utilizzo è di più vecchia introduzione: il 98% dichiara di usare sempre il casco e l'88% la cintura anteriore, valori simili a quelli regionali; l'uso della cintura posteriore è ancora diffuso in maniera decisamente insufficiente (21%).

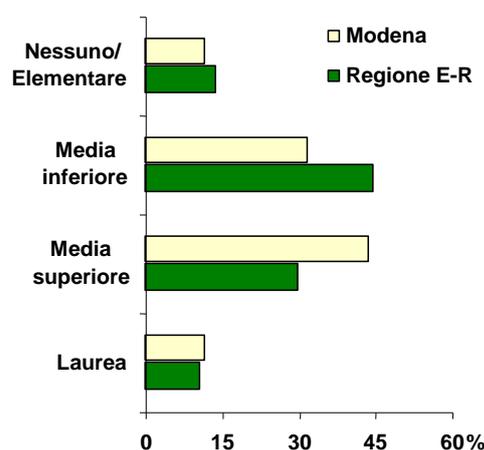
Gli **infortuni domestici**, fenomeno sottostimato a causa della difficoltà nella raccolta del dato, mostrano come in provincia di Modena si sono verificati mediamente circa 70 decessi all'anno in seguito a cadute in casa che, il più delle volte, hanno provocato traumi cranici e soprattutto fratture del femore, (oltre 300 all'anno, prevalentemente in donne di età avanzata). Gli infortuni domestici sono responsabili inoltre di circa 4.000 chiamate per infortunio domestico che la Centrale Operativa di Modena Soccorso (118) riceve, riferite per lo più a donne (64,8%) con un'età media più elevata (72 anni) rispetto agli uomini (61 anni).

Il 3,7% degli intervistati dalla sorveglianza PASSI, tra i 18 e i 69 anni, hanno riferito nel biennio 2010-11 un infortunio domestico negli ultimi dodici mesi che ha comportato il ricorso a cure mediche, pari a circa 17.500 infortunati. Il fenomeno infortunistico è in parte spiegato dalla bassa percezione del rischio: il 92% dei cittadini tra 18 e 69 anni lo considera assente o basso (valore pressoché identico a quello regionale).

Secondo l'indagine PASSI d'Argento 2009, in Emilia-Romagna nel mese precedente all'intervista complessivamente è caduto il 7% degli ultra64enni. Più in specifico, riportano con maggior frequenza cadute le persone con disabilità e fragilità (12% e 11%) e gli ultra74enni (9%). Oltre la metà delle persone cadute (53%) riferisce di essersi infortunate, e il 14% dei caduti è stato ricoverato in ospedale. Il 43% dichiara di essere caduto in casa.

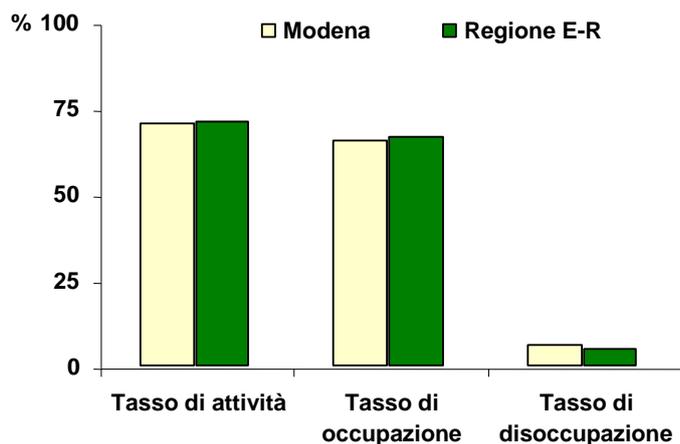
## 1.7 Il profilo socio-economico

In termini di scolarizzazione, il confronto fra le percentuali di laureati e diplomati in provincia e in regione evidenzia livelli di istruzione non molto diversi, sebbene la percentuale di laureati modenesi sia leggermente inferiore alla media regionale. Infatti il 54% della popolazione modenese 18-69enne riferisce un livello di istruzione alto (media superiore o laurea) senza sostanziali differenze tra i sessi nella distribuzione del titolo di studio. Questo fenomeno è probabilmente da mettere in relazione al fiorente mercato del lavoro



Graf. 1 – Distribuzione della popolazione 18-69 anni residente in provincia di Modena e regione Emilia-Romagna per titolo di studio. Fonte: sorveglianza PASSI 2008-2011.

esistente in provincia, che attira forza lavoro a discapito dell'Università, nonostante la buona qualità di quest'ultima. Il titolo di studio conseguito è fortemente correlato dall'età: nella classe 50-69 anni la percentuale di persone con un nessun titolo, licenza elementare o media inferiore è pari al



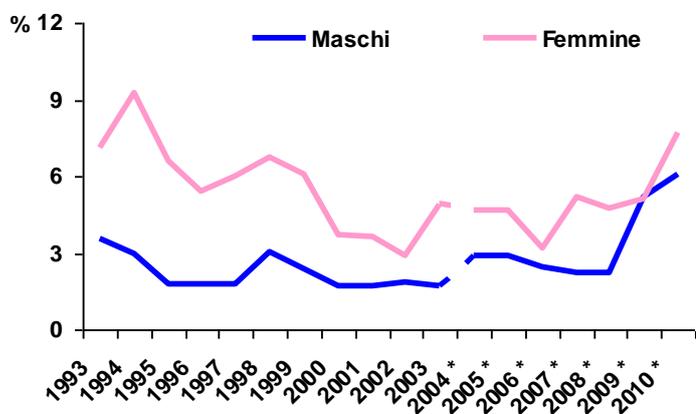
Graf. 2 - Tassi di attività e di occupazione (età 15-64 anni) e di disoccupazione della popolazione residente in provincia di Modena e regione Emilia-Romagna. Anno 2010. Fonte: elaborazioni Servizio Lavoro - R.E.R. su dati Istat.

59%, valore sensibilmente più alto rispetto alle classi 35-49 anni (38%) e 18-34 (31%).

Il **tasso di occupazione** (occupati rispetto alla popolazione 15-64 anni) si attesta su valori nettamente al di sopra della media nazionale ed in linea con il dato regionale. Il consolidamento del livello ragguardevole già raggiunto in passato testimonia la perdurante capacità del sistema economico di assorbire larghe fasce della popolazione in età da lavoro.

Questa "ricchezza occupazionale" è avvalorata dal **tasso di disoccupazione** che, nonostante l'aumento dovuto alla crisi economica, resta ad un livello nettamente inferiore di quello nazionale e leggermente superiore a quello regionale. Analoghe considerazioni valgono anche per la disoccupazione giovanile che, come il dato regionale, negli ultimi anni ha mostrato un forte aumento (dal 13% del 2008 al 27% del 2010), valore vicino a quello nazionale.

L'occupazione modenese è caratterizzata da una forte partecipazione della donna al mondo del lavoro, con un tasso di occupazione femminile (59,5% nel 2010) fortemente superiore al dato nazionale (46,1%).



Graf.3 – Tasso di disoccupazione della popolazione residente in provincia di Modena per sesso. Anni 1993-2010.

Fonte: elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati ISTAT

\* I dati non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti a causa di una modifica significativa del sistema di rilevazione

totale degli occupati residenti è di circa 304.000 ed è così distribuito: il 54,8 % nel terziario, il 42,7 nell'industria ed il 2,5 % nell'agricoltura. Questi indicano una realtà economica in cui il terziario riveste un ruolo prevalente, sebbene inferiore alla media regionale, in quanto il territorio provinciale risulta tra i più fortemente industrializzati in regione. Alcuni distretti produttivi sono infatti eccellenze nazionali o internazionali come i settori ceramico, tessile, biomedicale e metalmeccanico.

Il **Prodotto Interno Lordo (PIL)** per abitante conferma ulteriormente, pur con tutti i limiti dell'indicatore, l'alto tasso di benessere economico raggiunto dal territorio provinciale, determinato da elevato grado di specializzazione produttiva che gli ha permesso di misurarsi in settori ad alto contenuto tecnologico. Infatti, analogamente agli anni precedenti, anche nel 2010 l'indicatore colloca la provincia di Modena ai vertici della graduatoria delle province italiane a livelli superiori rispetto alla media regionale e nazionale.

La maggior parte della forza lavoro modenese presta la propria opera come lavoratore dipendente, anche il lavoro atipico rappresenta una modalità importante nella realtà provinciale. Dopo anni di continuo aumento dei contratti di lavoro atipico, nel 2008 si è assistito ad un calo ancor più manifesto nel 2009 (-5.525 contratti rispetto al 2008), con una

Questo fenomeno ha creato un'evoluzione nella gestione delle problematiche familiari con forti ripercussioni sociali soprattutto per quanto riguarda bambini e anziani, diventando concausa di nuovi fenomeni come quello delle badanti straniere. Tuttavia, nonostante l'evoluzione dei costumi che comporta un maggior coinvolgimento nelle attività familiari di entrambi i sessi, le donne lavoratrici continuano a sopportarne ancora il peso maggiore finendo per avere spesso un "doppio lavoro", sommando a quello fuori casa il maggior carico delle attività domestiche e di cura.

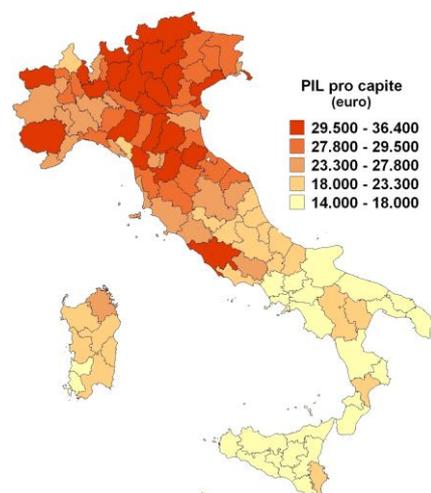
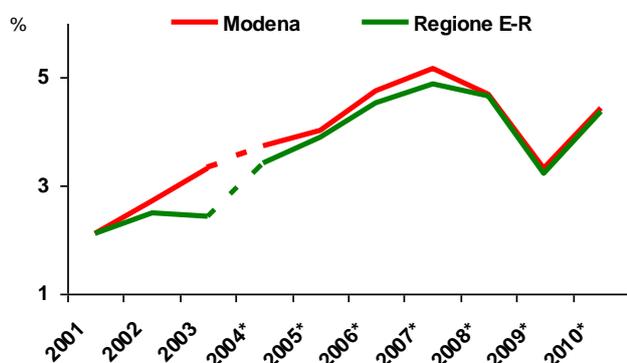


Immagine 1 – Prodotto Interno Lordo (PIL) per abitante in Italia. Anno 2010. Fonte: elab. Il Sole 24 Ore su dati Ist. Tagliacarne

Nel 2010, il unità % dati

un ha

ripresa nel 2010 (+30%) soprattutto a carico delle donne che però non compensa il calo dell'occupazione complessiva (-2,7%). Complessivamente il ricorso al lavoro temporaneo nel 2010 si è attestato al 4,5% degli occupati, valore simile a quello regionale. Ciò conferma che il calo occupazionale, conseguente alla crisi economica, ha interessato a Modena soprattutto il lavoro precario e prevalentemente maschile: fino al 2007 Modena aveva sempre registrato valori superiori a quelli regionali.



*Graf.4 – Lavoratori assunti con contratto di lavoro temporaneo rispetto agli occupati in provincia di Modena e regione Emilia-Romagna. Anni 2001-2010.*

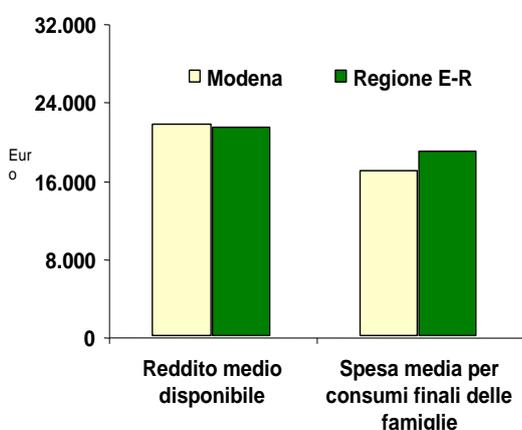
*Fonte: Sistema Informativo Lavoro dell'Emilia-Romagna - SILER*

*\* I dati non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti a causa di una modifica significativa del sistema di rilevazione*

L'elevato numero di stranieri si riflette anche a livello occupazionale. Il trend di utilizzo di manodopera straniera è costantemente in aumento con valori superiori a quelli regionali (+8.000 lavoratori rispetto al 2006); nel 2010 il 9,8% degli occupati in provincia di Modena era straniero, contro l'8,9% in regione. Il polo attrattivo principale è l'industria (in modo particolare Sassuolo per il settore ceramico e Carpi per il tessile), ma anche l'agricoltura e il terziario richiamano manodopera straniera.

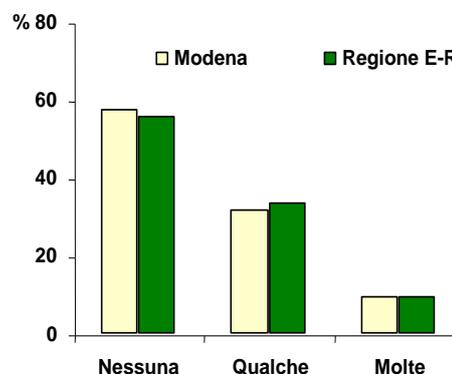
Il livello di benessere socio-economico, evidenziato dai dati esaminati, mostra per la provincia un tenore di vita superiore alla media nazionale ed in linea con la situazione regionale. Tuttavia, la maggiore disponibilità di reddito è soggetta all'influenza di un'accelerazione del livello dei prezzi più intensa rispetto al dato nazionale. È importante notare che a Modena l'indice specifico della crescita dei prezzi di acqua, luce e combustibili supera la media nazionale in misura anche più elevata rispetto al divario registrato per i prezzi dei beni di consumo in genere.

Modena è una provincia ricca: il **reddito pro capite** è in linea con la media regionale e i **consumi familiari** un po' inferiori. Dal sistema di sorveglianza PASSI<sup>1</sup>, nel triennio 2008-2011 emerge che il 58% dei modenesi dichiara altresì di non avere difficoltà ad arrivare a fine mese con le risorse economiche a disposizione, da reddito proprio o familiare, valore leggermente superiore a quello regionale (56%).



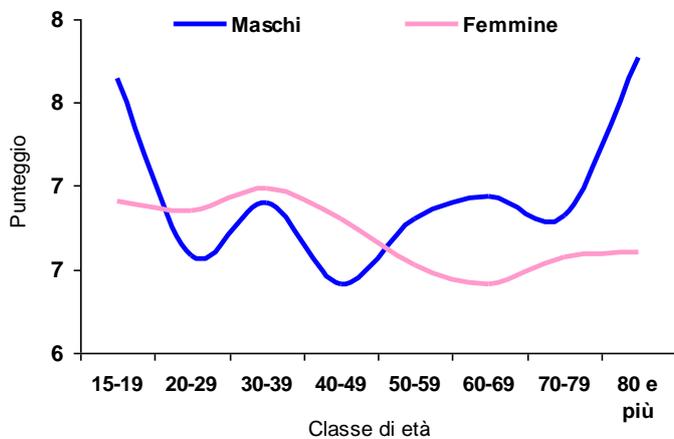
*Graf.5 – Reddito medio pro capite e spesa media per consumi familiari. Anno 2011.*

*Fonte: PROMETEIA*



*Graf.6 - Difficoltà economiche riferite.*

<sup>1</sup> Sistema di sorveglianza sulla salute coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità effettuato mediante intervista telefonica ad un campione di cittadini di età compresa tra i 18 e i 69 anni



**Graf.7** – Livello medio di soddisfazione per la propria vita per classe di età e genere. Anno 2006.

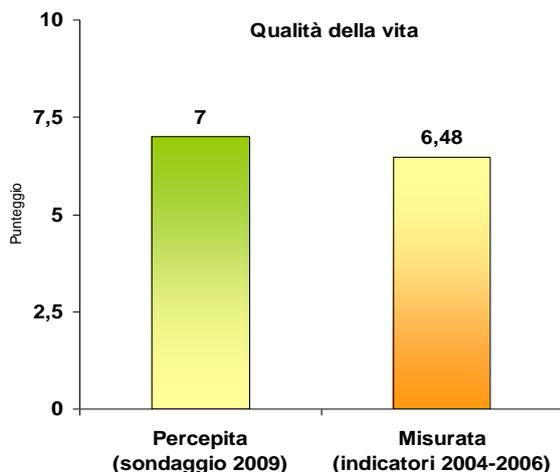
Fonte: Indagine ICESMO2, CAPP Università di Modena e Reggio Emilia

L'indagine ICESMO2 sulla condizione delle famiglie modenesi aggiunge diverse e importanti analisi della situazione socio-economica tra le quali quella sulla distribuzione del reddito. L'indagine ha evidenziato una migliore uguaglianza della provincia di Modena rispetto al Paese, come testimoniato dall'indice di Gini, un indicatore della concentrazione del reddito che varia da 0 quando il reddito è ugualmente distribuito a 1 quando si ha la disuguaglianza massima (una sola famiglia detiene tutto il reddito). Questi indici nel 2006 a Modena era pari a 0,28 ed in Italia a 0,33. Questa più omogenea ripartizione del reddito rispetto alla media italiana si sta però

riducendo: nel 2002 l'indice di Gini era infatti di 0,26. Pur essendo una provincia ricca esistono naturalmente aree di disagio economico, soprattutto in riferimento al concetto di povertà relativa. Considerando povero un individuo con un reddito equivalente inferiore al 60% della mediana di distribuzione del reddito provinciale disponibile equivalente (pari a 13.163 euro nel 2006), secondo i dati dell'indagine ICESMO2 risulta povero poco meno del 16% dei cittadini, un po' più le donne rispetto agli uomini (rispettivamente 17% e 15%), ciò perché la povertà tende a crescere all'aumentare dell'età e le donne sono più longeve.

La stessa indagine riferisce anche sul benessere delle persone. Le ricerche economiche recenti infatti utilizzano sempre più spesso la misura della **soddisfazione della propria vita** come efficace indicatore sintetico. Considerando una scala da 0 a 10 per indicare tale soddisfazione, il valore medio provinciale è risultato di 7, giudizio che nel corso degli anni assume valori più alti tra gli adolescenti e gli anziani.

Anche da un'indagine sulla **qualità della vita**, svolto dalla Provincia di Modena a gennaio 2009 su un campione di 3.000 residenti nel territorio, ne emerge un giudizio positivo che mostra la



**Graf. 8** - Gli indicatori di qualità della vita in provincia di Modena (PTCP 2008/2009)

Fonte: Provincia di Modena, Indagine sulla qualità della vita in provincia di Modena – gennaio 2009

consapevolezza dei cittadini modenesi sul fatto di risiedere in una realtà sostanzialmente favorevole sotto molteplici punti di vista. Un quadro simile si ottiene anche attraverso la valutazione di una batteria di indicatori per l'ambito sociale, economico ed ambientale relativi al triennio 2004-2006.

La **sicurezza urbana** è un aspetto fondamentale della qualità della vita dei cittadini per l'impatto che può avere anche sulle condizioni psicologiche e fisiche. La paura della criminalità, o l'aver subito un reato, induce infatti comportamenti di autolimitazione e restrizione della libertà di muoversi, vivere la città e socializzare, con importanti conseguenze sul benessere

psicofisico, soprattutto nel caso di donne e anziani.

Nel 2010 il totale dei reati denunciati nel territorio provinciale è stato di 35.588, con una riduzione del 2% rispetto al 2009, riduzione registrata anche a livello regionale (-2,3%). Stesso andamento si osserva per il numero dei furti, 20.336 nel 2010, che è in riduzione rispetto all'anno precedente (-3,2%). Di pari passo però, si è registrato un aumento della percezione di insicurezza: un'indagine realizzata nel comune di Modena indica che i cittadini intervistati (persone dai 18 anni in su) ritengono il controllo della criminalità prioritario (55% nel 2008 era 38% nel 2003) rispetto ad altre forme di sicurezza (lavoro, tranquillità economica e tutela della salute). Soprattutto i più giovani (18-24 anni) pensano alla relazione "sicurezza = controllo della criminalità", mentre i più anziani e le casalinghe sentono più degli altri il rapporto tra salute e sicurezza, e tra le persone di età intermedia e con maggiore scolarità assumono particolare rilevanza i temi di tutela ambientale.

La percezione della sicurezza non dipende soltanto dagli indici di criminalità reali di una determinata area, ma risulta influenzata anche da altri fattori quali la probabilità che ciascuno attribuisce al verificarsi di tali eventi. I reati commessi comportano non solo danni fisici, psichici, economici, ecc. a chi li subisce, ma la frequenza e la diffusione di condotte illecite condizionano le abitudini e gli stili di vita delle famiglie: il 24% dei modenesi non si sente sicuro nella zona in cui abita (29% nel resto del Paese), percentuale che cresce però all'aumentare dell'età ed è più forte tra le donne; quasi il 58% degli intervistati giudica l'operato dei tutori dell'ordine come adeguato e congruente con il livello di criminalità presente nel contesto comunale di residenza.

## 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
- l'assetto organizzativo

### I rapporti di fornitura tra le due Aziende sanitarie modenesi

L'Azienda USL ogni anno stipula 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:

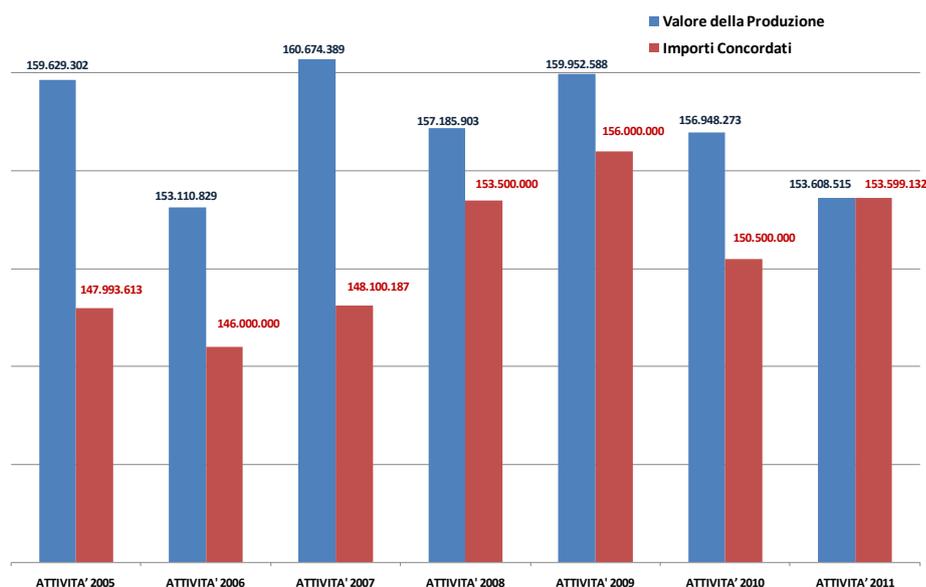
- assistenza ospedaliera;
- assistenza di specialistica ambulatoriale;
- assistenza farmaceutica.

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 volume e tipologia 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 di attività erogati dall'Azienda ospedaliera a confronto con il budget concordato con l'Azienda USL per ogni anno di riferimento:

Quadro riassuntivo rapporti Economici AOU Policlinico - AUSL di Modena, Anni 2005 - 2011, valori totali



## 2.1 - La sostenibilità economica e patrimoniale

In questa sezione vengono presentati i dati di tipo economico-patrimoniale e finanziario delle due aziende sanitarie presenti nella provincia di Modena: Azienda UsI e Azienda Ospedaliero-Universitaria. I dati derivano dai loro bilanci di esercizio.

### 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.

### Risultato netto di esercizio

	2009	2010	2011
<b>AUSL</b>	- 10.871	- 12.437	- 7.796
<b>incidenza AUSL su provincia</b>	<b>52%</b>	<b>56%</b>	<b>48%</b>
<b>AOSP</b>	- 9.852	- 9.813	- 8.539
<b>incidenza AOSP su provincia</b>	<b>48%</b>	<b>44%</b>	<b>52%</b>
<b>PROVINCIA</b>	- 20.723	- 22.250	- 16.335
<b>REGIONE</b>	- 140.425	- 119.422	- 101.576
<b>incidenza provincia su regione</b>	<b>15%</b>	<b>19%</b>	<b>16%</b>

Complessivamente, la percentuale di incidenza del risultato economico provinciale, dopo il picco registrato nel 2010, torna sui livelli del 2009 e risulta coerente con il coefficiente di assorbimento provinciale del FSR per livelli di assistenza.

**Conto Economico AUSL - Confronto Ricavi e Costi (in migliaia di euro)**

<b>Anno</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>incremento %</b>	<b>2011</b>	<b>incremento %</b>
Totale valore della produzione	1.267.782	1.288.670	+2%	1.275.172	-1%
di cui trasferimenti:	1.022.404	1.051.229	+3%	1.064.459	+1%
Totale costi della produzione	1.251.823	1.275.240	+2%	1.258.438	-1%
Differenza valore e costi della produzione	15.959	13.430	-16%	16.734	+25%
Totale proventi e oneri finanziari, rettifiche di valore di attività finanziarie, proventi e oneri straordinari	- 6.219	- 5.500	-12%	- 3.984	-28%
Risultato ante imposte	9.740	7.930	-19%	12.750	+61%
Imposte e tasse	- 20.612	- 20.367	-1%	- 20.546	+1%
Risultato netto d'esercizio	- 10.871	- 12.437	+14%	- 7.796	-37%

Fonte: Bilancio aziendale della AUSL Modena

**Conto Economico AOSP - Confronto Ricavi e Costi (in migliaia di euro)**

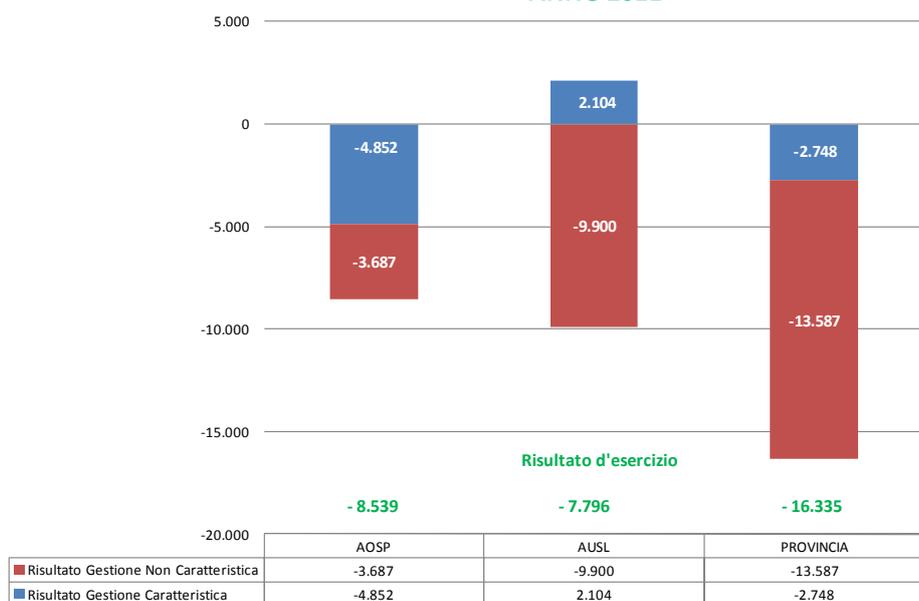
<b>Anno</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>incremento %</b>	<b>2011</b>	<b>incremento %</b>
Totale valore della produzione	284.280	281.230	-1%	275.798	-2%
di cui trasferimenti:	35.553	38.126	+7%	37.535	-2%
Totale costi della produzione	285.193	281.630	-1%	273.694	-3%
Differenza valore e costi della produzione	- 913	- 399	-56%	2.104	+627%
Totale proventi e oneri finanziari, rettifiche di valore di attività finanziarie, proventi e oneri straordinari	- 1.143	- 1.449	+27%	- 2.684	+85%
Risultato ante imposte	- 2.056	- 1.848	-10%	- 580	-69%
Imposte e tasse	7.796	7.965	+2%	7.959	-0,1%
Risultato netto d'esercizio	- 9.852	- 9.813	-0,4%	- 8.539	-13%

Fonte: Bilancio aziendale della AOU Modena

## 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.

### Incidenza della gestione caratteristica e non sul risultato d'esercizio ANNO 2011



Fonte: Regione Emilia Romagna

La composizione del risultato di esercizio a livello provinciale dipende per l'83% dalle risultanze delle componenti non caratteristiche, mentre la gestione caratteristica risulta più vicina al punto di pareggio.

Quest'ultimo aspetto rappresenta un miglioramento comune ad entrambi i bilanci: nel 2010, infatti, la gestione caratteristica dell'Azienda UsI aveva registrato un risultato negativo di circa 6 milioni di euro e quella dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di poco più di 8 milioni di euro.

Di seguito andremo ad analizzare nel dettaglio i costi di esercizio e il loro grado di assorbimento di ricavi disponibili nel 2011.

### Costi d'esercizio e ricavi disponibili

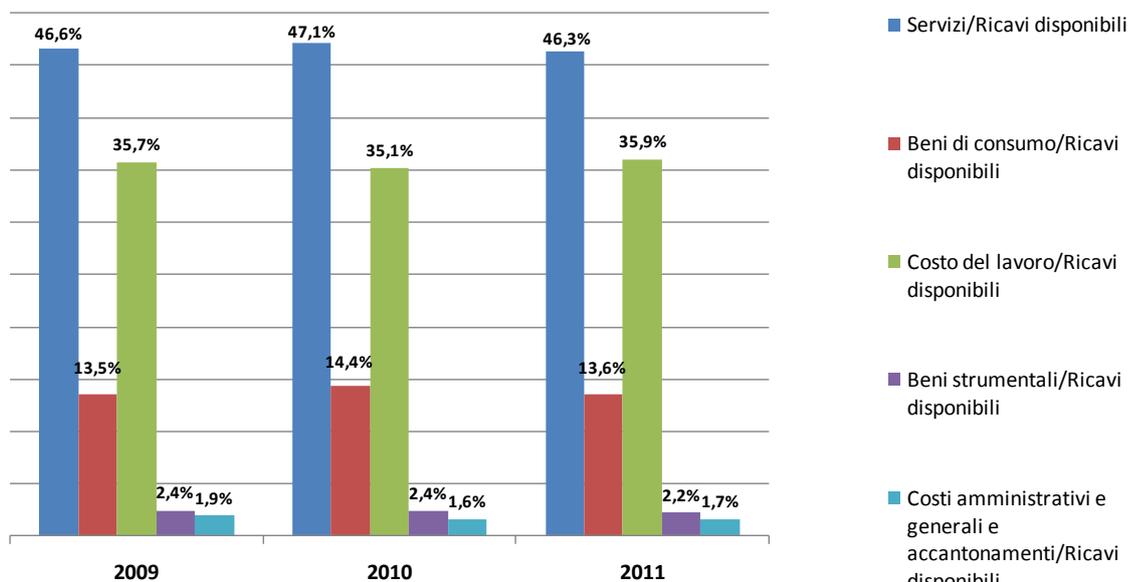
Per ricavi disponibili si intendono quei ricavi che non sono vincolati a finanziamenti specifici, come ad esempio le entrate destinate alla compensazione della mobilità sanitaria passiva (generata in corso d'anno dai residenti della provincia di Modena che usufruiscono di servizi sanitari fuori provincia 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.

Il grafico rappresenta le variazioni nel triennio 2009/2011 secondo le aggregazioni dei fattori produttivi individuate dalla Regione.

Per quanto riguarda l'Azienda UsI si evidenzia un andamento sostanzialmente omogeneo nel periodo, con uno spostamento reciproco di risorse nel 2010 tra i Servizi e il Costo del lavoro, che nel 2011 ritorna sulla composizione del 2009.

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".

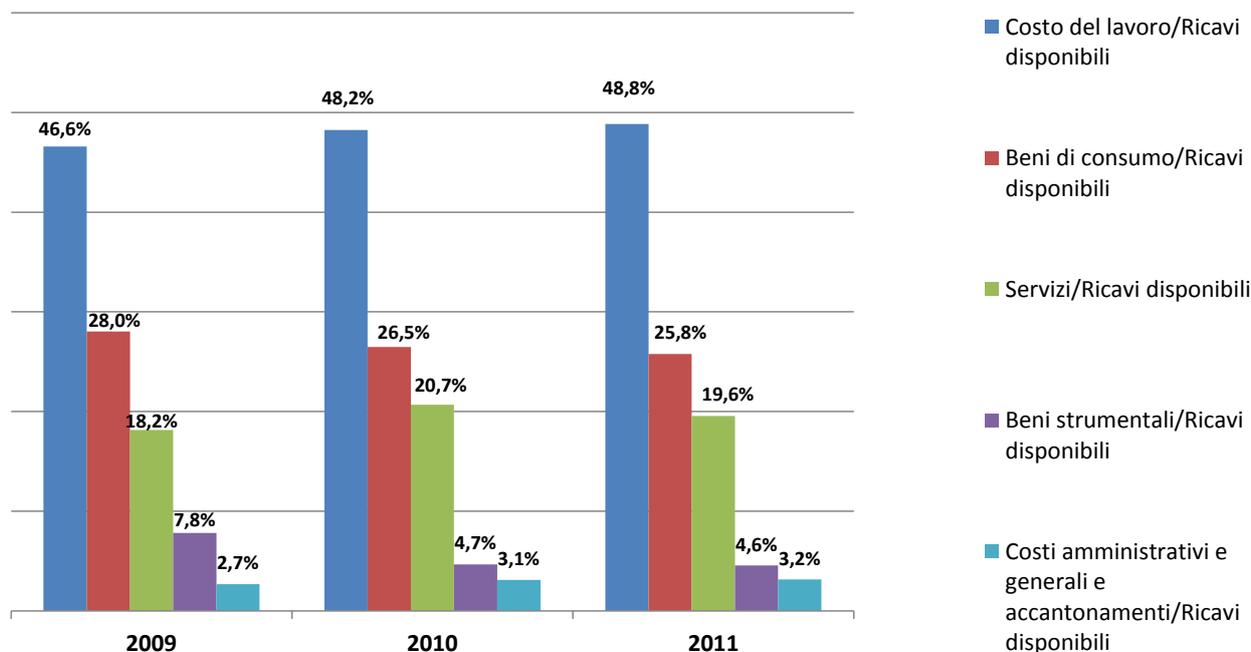
#### Incidenza dei principali fattori produttivi sui ricavi disponibili – AUSL



Regione Emilia Romagna

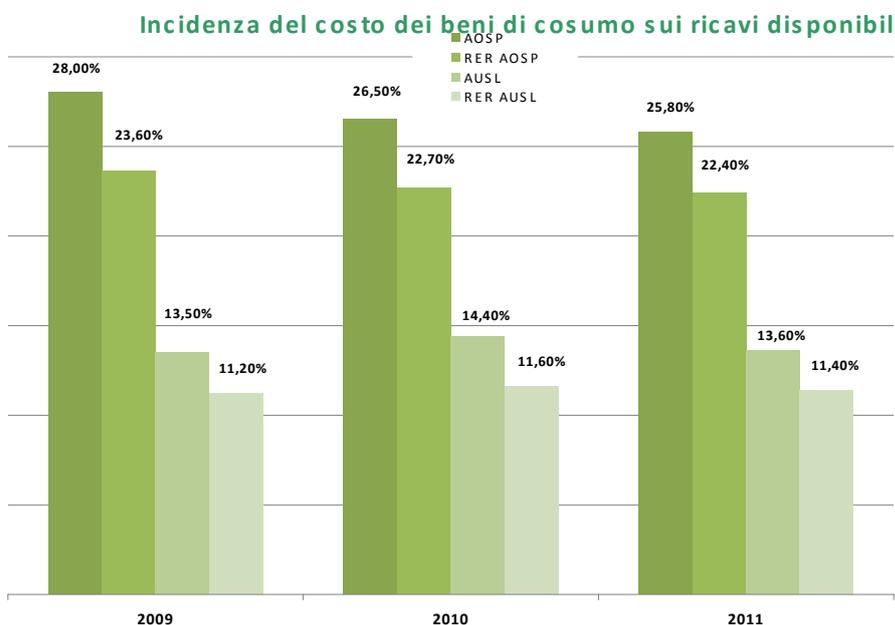
Fonte:

#### Incidenza dei principali fattori produttivi sui ricavi disponibili – AOSP



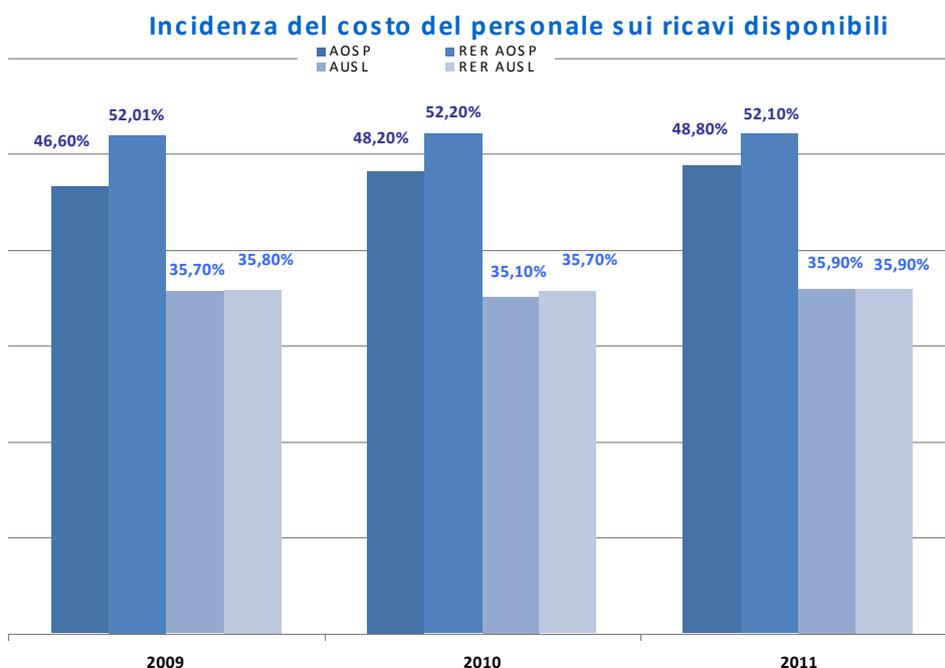
Fonte: Regione Emilia Romagna

Dal confronto con la media regionale, entrambe le Aziende riportano una percentuale di assorbimento dei ricavi disponibili da parte dei beni di consumo superiore di 2 – 3 punti: la differenza era più alta nel 2009, soprattutto per l’Azienda Ospedaliero-Universitaria, e si è progressivamente ridotta nel 2011, con un trend complessivamente coerente con quello registrato nel triennio dalla media regionale.



Fonte: Regione Emilia Romagna

Il costo del personale rappresenta uno dei fattori produttivi a maggior assorbimento di risorse per tutte le aziende sanitarie della Regione. L’Azienda ospedaliera di Modena si mantiene nel triennio su una percentuale inferiore alla media regionale delle altre Aziende ospedaliere, mentre l’Azienda UsI risulta allineata alla media regionale.



Fonte: Regione Emilia Romagna

## La distribuzione dei costi di esercizio

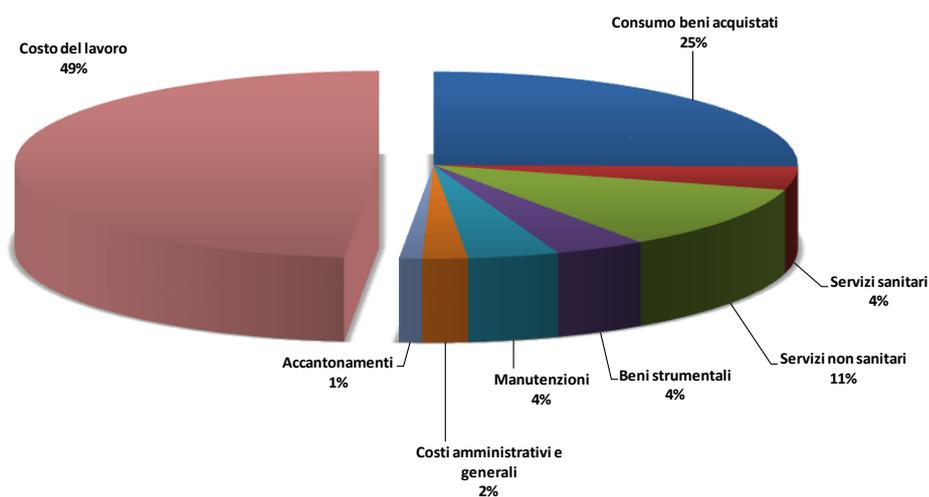
Di seguito la composizione percentuale dei costi delle due aziende sanitarie.

### Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali - Anno 2011

Valore % su totale costi	AOSP	TOT AOSP RER	AUSL	TOT AUSL RER
Consumo beni acquistati	25	22	14	11
Servizi sanitari	4	4	37	40
Servizi non sanitari	11	11	7	7
Beni strumentali	5	5	2	2
Manutenzioni	4	4	2	2
Costi amministrativi e generali	2	2	1	1
Accantonamenti	1	1	1	1
Costo del lavoro	48	51	36	36

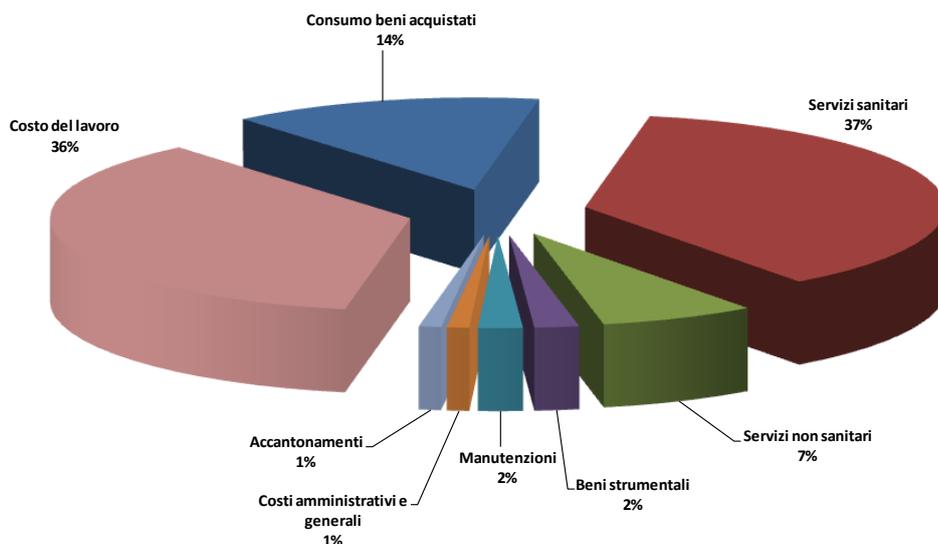
Fonte: Regione Emilia Romagna

### Composizione dei costi AOU Modena - anno 2011



Fonte: Regione Emilia Romagna

## Composizione dei costi AUSL Modena - anno 2011



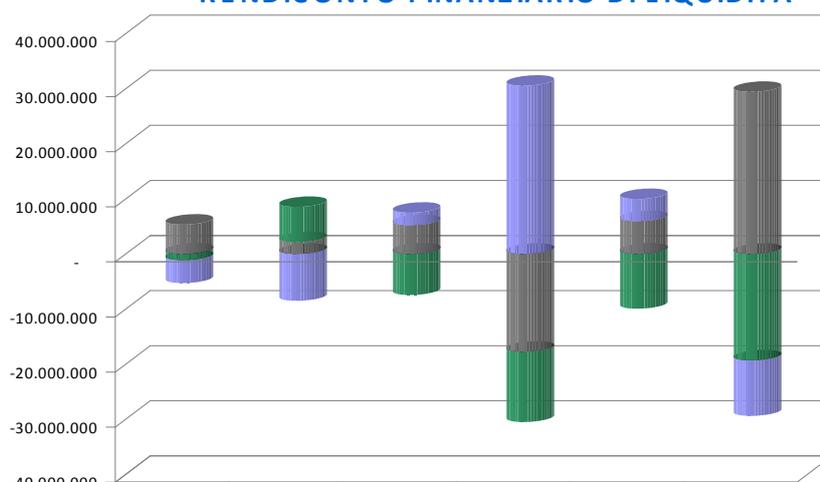
Fonte: Regione Emilia Romagna

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 75% 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...).

## 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.

### RENDICONTO FINANZIARIO DI LIQUIDITA'



	AOSP 2009	AUSL 2009	AOSP 2010	AUSL 2010	AOSP 2011	AUSL 2011
■ VARIAZIONE DI CASSA	-4.195.626	-8.533.094	2.246.644	30.520.917	4.018.566	-10.099.385
■ TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE	-1.116.743	6.387.369	-7.466.124	-12.780.269	-9.957.945	-19.314.566
■ TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE	5.312.369	2.145.725	5.219.479	-17.740.648	5.939.379	29.413.951
■ CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	-	-	-	-	-	-

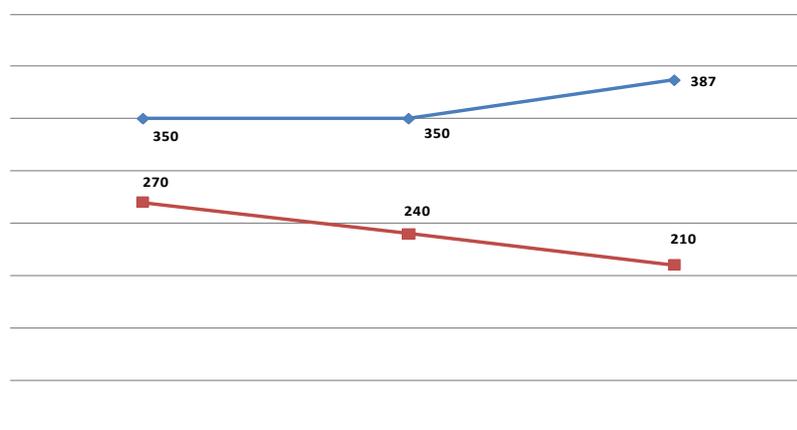
Fonte: Bilancio aziendale della AOU e della AUSL Modena

Il grafico evidenzia con immediatezza la discontinuità della gestione finanziaria che, in quanto dipendente da flussi di cassa esterni, difficilmente può essere ricondotta ad un andamento omogeneo.

In generale, nel triennio, l'elemento comune ad entrambe le aziende è quello di un avanzo della gestione corrente che consente l'equilibrio della extracorrente, con il contributo dell'anticipazione di cassa.

Resta una notevole disomogeneità nei tempi di pagamento delle forniture, in parte dipendente dalla diversa struttura dei due bilanci aziendali, in parte da situazioni risalenti ad anni passati.

**Tempi medi di pagamento fornitori (in giorni)**



	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
AOSP	350	350	387
AUSL	270	240	210

Fonte: Bilancio aziendale della AOU e della AUSL Modena

## 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

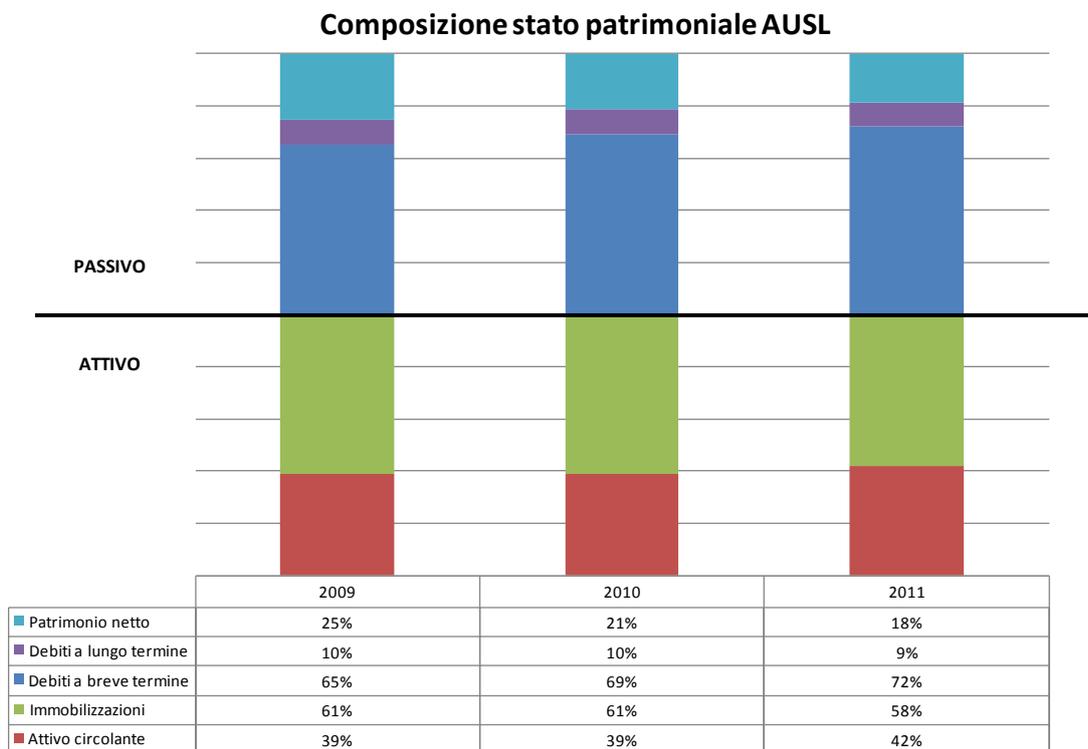
Per quanto riguarda l'Azienda Usl, nel 2011 le immobilizzazioni hanno trovato parziale copertura (47%) nei finanziamenti a lungo termine e nel patrimonio netto. Nel 2010 la copertura era pari al 51% ed il peggioramento dell'indicatore è dovuto alla perdita dell'esercizio, al mancato ripiano di perdite di esercizi precedenti ed al saldo negativo fra incrementi e decrementi dei contributi in c/capitale. Analoga considerazione vale per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, che però ha un grado di copertura delle immobilizzazioni con finanziamenti a lungo termine e patrimonio netto inferiore (27% nel 2011).

Si riportano di seguito le serie storiche 2009-2011 degli stati patrimoniali riclassificati in chiave finanziaria.

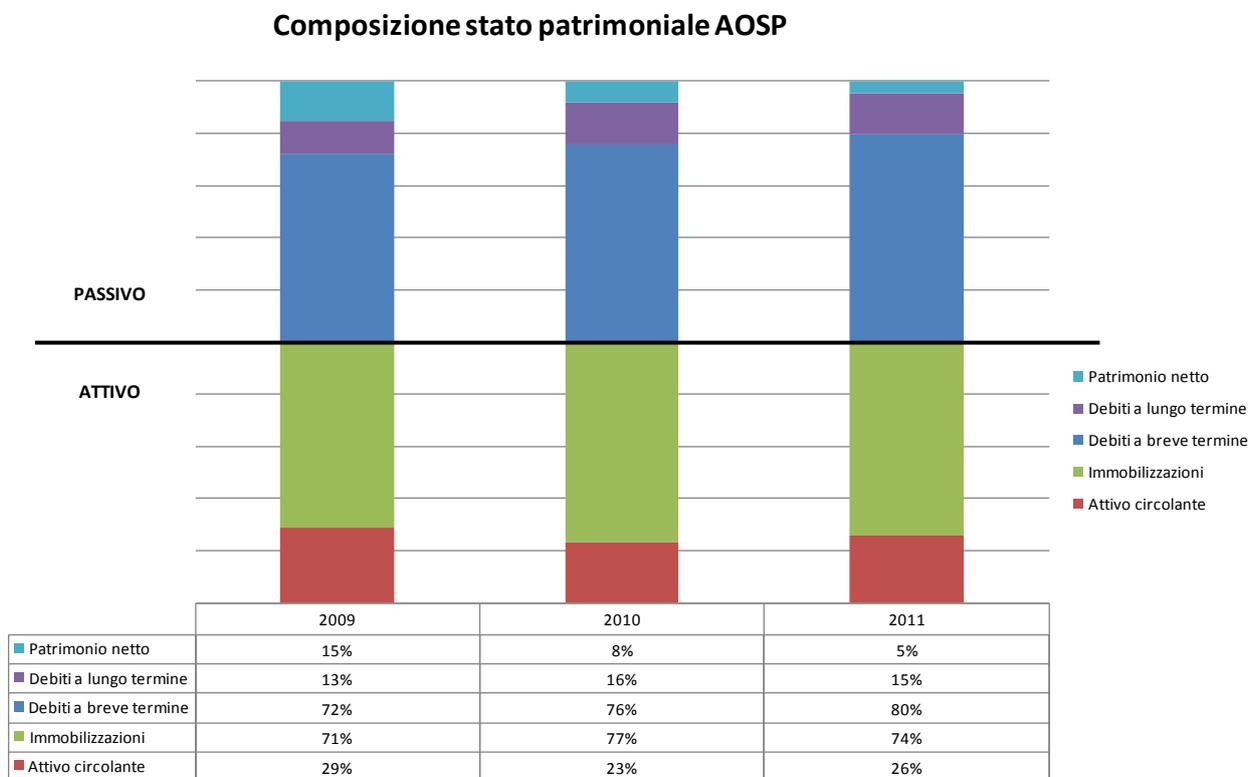
In entrambe le aziende si registra nel 2011 un lieve incremento dell'attivo circolante con uno speculare decremento della componente delle immobilizzazioni.

Sul versante del passivo patrimoniale, in maniera speculare nei due stati patrimoniali, il contributo delle passività a breve termine (debiti) evidenzia un aumento percentuale rispetto

alle altre componenti, ed è infatti compensato dal decremento dei finanziamenti a medio-lungo e dal decremento del patrimonio netto.



Fonte: Regione Emilia Romagna



Fonte: Regione Emilia Romagna

## Le dinamiche di investimento in atto

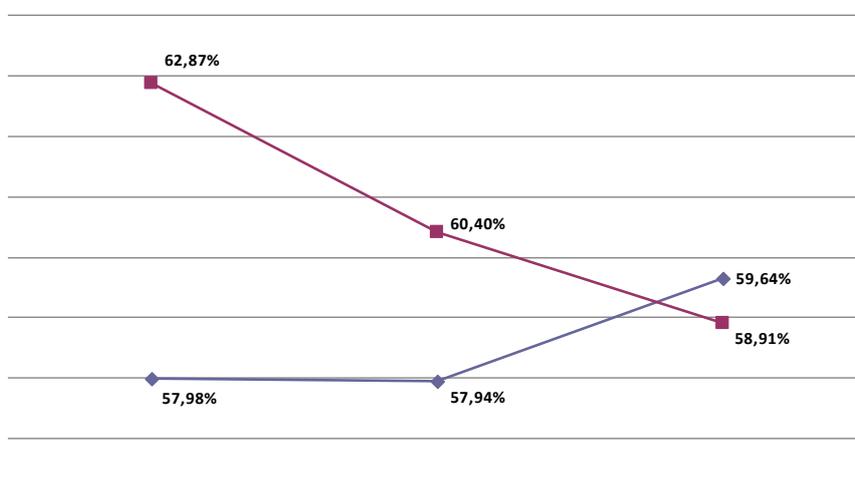
L'acquisizione delle immobilizzazioni materiali ed immateriali, strumentali all'erogazione dei servizi sanitari, può essere finanziata mediante risorse aziendali (in tale tipologia rientrano i mutui e l'utilizzo delle quote di ammortamento) o mediante contributi pubblici (contributi in c/capitale ai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

### A. Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici e donazioni

Il grafico successivo - copertura degli investimenti - mostra, nel triennio in esame, il rapporto tra contributi in conto capitale contabilizzati nei singoli esercizi ed il valore degli investimenti netti, cioè senza considerare i fondi ammortamento. La percentuale di copertura è sostanzialmente simile in entrambe le aziende.

Dal confronto tra gli anni, si nota come complessivamente l'importo delle risorse che confluiscono nella provincia sia stabile, con variazioni soltanto nella loro suddivisione tra le due aziende.

#### Grado di copertura investimenti con contributi pubblici



	2009	2010	2011
contributi in c. capitale/investimenti immobiliz. nette AOSP	57,98%	57,94%	59,64%
contributi in c. capitale/investimenti immobiliz. nette AUSL	62,87%	60,40%	58,91%

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:

### DETTAGLIO DEI NUOVI INVESTIMENTI PER ESERCIZIO (in euro) - AUSL

	2009	2010	2011
Immobilizzazioni immateriali	861.386	545.587	677.750
Migliorie su beni di terzi	106.964	134.532	244.145
Opere edili ed impiantistiche	742.904	2.262.449	2.334.706
Attrezzature sanitarie	2.854.345	5.889.483	5.572.398
Mobili e Arredi	969.713	1.491.863	189.460
Immobilizzazioni in corso	15.469.788	16.218.489	7.055.375
<b>TOTALE</b>	<b>21.005.100</b>	<b>26.542.403</b>	<b>16.073.834</b>

Fonte: Bilancio aziendale della AUSL Modena

Il trend evidenzia una tendenziale contrazione delle immobilizzazioni immateriali, costituite prevalentemente dall'acquisizione di licenze software, per effetto del contenimento dei piani di investimento sempre più finalizzati al, seppur parziale, rinnovo delle attrezzature sanitarie e all'esecuzione di interventi non procrastinabili sulle strutture sanitarie. Nel 2011 tuttavia anche le immobilizzazioni immateriali registrano un leggero incremento, pur non raggiungendo i valori del 2009.

### DETTAGLIO DEI NUOVI INVESTIMENTI PER ESERCIZIO (in euro) - AOSP

	2009	2010	2011
Immobilizzazioni immateriali	208.748	442.418	382.466
Migliorie su beni di terzi	-	-	-
Opere edili ed impiantistiche	5.729.496	5.210.270	5.674.890
Attrezzature sanitarie	1.793.205	2.483.007	3.340.553
Mobili e Arredi	1.037.437	384.508	291.595
Immobilizzazioni in corso	9.508.669	7.001.025	3.713.123
<b>TOTALE</b>	<b>18.277.555</b>	<b>15.521.228</b>	<b>13.402.627</b>

Fonte: Bilancio aziendale della AOU Modena

Il 2011 segna un'ulteriore contenimento del valore complessivo degli investimenti, concentrato nella categoria delle "Immobilizzazioni in corso". Infatti, si stanno progressivamente collaudando importanti realizzazioni finanziate con fondi dell'art.20 assegnati negli anni passati e, parallelamente, non si consegnano nuovi lavori non essendoci assegnazioni di contributi finalizzati recenti ed essendo ormai esaurite le fonti di finanziamento aziendale (mutui, alienazioni).

## C. Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

Il rapporto tra il totale degli investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali effettuati nell'esercizio e lo stock delle immobilizzazioni lorde alla chiusura dell'esercizio stesso determina

il grado di rinnovo del patrimonio aziendale. L'andamento dell'indicatore nel periodo 2009-2011 è riportato nel grafico sottostante.

Se nel 2010, anche per effetto delle varie "fasi" dell'articolo 20, l'indicatore per l'Azienda UsI mostra un miglioramento significativo seppur insufficiente, nel 2011 lo perde e si attesta a un livello inferiore anche rispetto al 2009, insufficiente quindi a contrastare il grado di obsolescenza delle immobilizzazioni tecniche.

Per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, l'indicatore si muove su un andamento di progressiva riduzione, coerente con il trend di contenimento dei nuovi investimenti.

### grado di rinnovo del patrimonio aziendale



	2009	2010	2011
◆ nuovi investimenti/valore immobilizzazioni lordo AOSP	5,2%	4,3%	3,6%
■ nuovi investimenti/valore immobilizzazioni lordo AUSL	3,3%	4,0%	2,4%

Fonte: Bilancio aziendale della AUSL e della AOU Modena

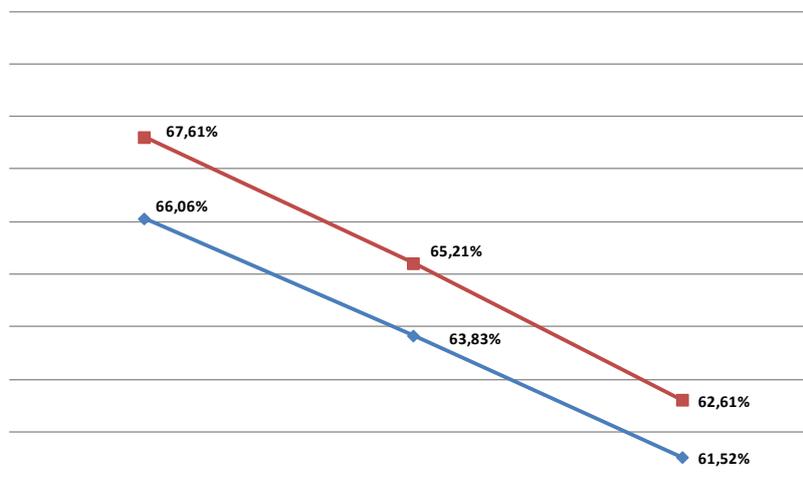
### D. Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

La disamina del profilo patrimoniale dell'Azienda si conclude con la valutazione sintetica del grado di vetustà della dotazione di immobilizzazioni materiali e immateriali. Essa è realizzata attraverso il confronto dello stock di investimenti dell'esercizio al netto e al lordo del fondo ammortamento. Tali valori e il corrispondente indicatore sono rappresentati nel grafico che segue.

L'indicatore ha per l'AUSL un andamento decrescente, da un buon valore di 67,6 del 2009 al 62,6 del 2011. Viene quindi progressivamente meno l'effetto "straordinario" degli investimenti effettuati dal 2005 al 2007 per la riorganizzazione della rete ospedaliera ed i nuovi investimenti dell'esercizio non sono in grado di compensare la progressiva e naturale obsolescenza del patrimonio. Il problema, se non opportunamente affrontato, si accentuerà nei prossimi esercizi con il progressivo esaurimento del ciclo di vita utile delle attrezzature sanitarie acquisite per l'Ospedale di Baggiovara.

Anche per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria l'indicatore registra un andamento decrescente, passando dal 66,1 del 2009 al 61,5 del 2011 per effetto della riduzione degli investimenti.

### Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale



	2009	2010	2011
immobilizzazioni al netto dei fondi amm.to/investimenti al lordo dei fondi amm.to AOSP	66,06%	63,83%	61,52%
immobilizzazioni al netto dei fondi amm.to/investimenti al lordo dei fondi amm.to AUSL	67,61%	65,21%	62,61%

### Le partecipazioni societarie

Il patrimonio immobilizzato dell'Azienda Usl di Modena contiene immobilizzazioni finanziarie per un ammontare complessivo al 31/12/2011 di 7,3 milioni di euro, costituiti quasi interamente da partecipazioni in società controllate, mentre per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria l'ammontare è di 46 mila euro.

Nel 2009 non si sono registrate acquisizioni, mentre nel 2010 il Policlinico acquisisce una partecipazione al Consorzio Programma Energia, già posseduta dall'Azienda Usl 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.

#### Acquisizione partecipazioni azionarie AUSL

	2009	2010	2011
Nuove partecipazioni azionarie	-	-	1.000

Fonte: Bilancio aziendale della AUSL Modena

#### Acquisizione partecipazioni azionarie AOSP

	2009	2010	2011
Nuove partecipazioni azionarie	-	800	1.000

Fonte: Bilancio aziendale della AOU Modena

### **Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza**

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) in attuazione dell'art. 51 della Legge Regionale 27/2004 è a regime.

L'obiettivo del Fondo resta il sostegno e lo sviluppo dei servizi sociosanitari destinati alla popolazione anziana non autosufficiente e alle persone adulte con disabili.

L'anno 2011 ha visto l'avvio del processo di accreditamento, di cui alla DGR n. 514/09 che si iscrive nelle politiche di sviluppo di un nuovo welfare locale, tese a portare a compimento quel processo di co-costruzione del sistema locale integrato dei servizi a rete, rappresentato dalla doppia integrazione: tra soggetti pubblici e privati, pur nel rispetto della funzione di programmazione, committenza e produzione dei diversi attori del sistema e tra competenza sanitaria e competenza sociale, dove esiste l'indivisibilità dell'intervento sanitario e sociale per rispondere in modo adeguato ai bisogni assistenziali complessi.

Il fondo complessivamente assegnato dalla Regione per l'anno 2011 al territorio della provincia di Modena è stato di 67.295.209 mln di euro (a fronte di 63,4 mln del 2010) con un incremento del 5,73% rispetto al 2010.

La suddivisione tra i Distretti è stata la seguente:

DISTRETTI	Anno 2010			Anno 2011		
	ANZIANI	DISABILI	TOTALE	ANZIANI	DISABILI	TOTALE
CARPI	6.361.596	2.623.229	<b>8.984.824</b>	6.893.665	2.673.392	<b>9.567.057</b>
MIRANDOLA	5.962.087	2.026.494	<b>7.988.581</b>	6.360.946	2.024.442	<b>8.385.388</b>
MODENA	12.976.702	5.693.223	<b>18.669.925</b>	14.009.726	5.658.821	<b>19.668.547</b>
SASSUOLO	6.687.799	2.722.985	<b>9.410.785</b>	7.242.130	2.867.157	<b>10.109.287</b>
PAVULLO	3.357.950	1.240.930	<b>4.598.880</b>	3.575.163	1.296.183	<b>4.871.346</b>
VIGNOLA	5.709.187	2.460.673	<b>8.169.860</b>	6.203.846	2.431.007	<b>8.634.853</b>
CASTELFRANCO	4.046.400	1.569.356	<b>5.615.756</b>	4.421.436	1.637.295	<b>6.058.731</b>
	<b>45.101.720</b>	<b>18.336.890</b>	<b>63.438.610</b>	<b>48.706.912</b>	<b>18.588.297</b>	<b>67.295.209</b>

Va precisato che con l'istituto dell'accreditamento dei servizi socio sanitari, la Regione ha stanziato risorse apposite tese a mantenere, nella fase di accreditamento transitorio, i livelli qualitativi garantiti da particolari forme di gestione dei servizi.

A tale scopo sono stati attribuiti 930.000 euro per favorire il percorso di accreditamento delle gestioni speciali.

La suddivisione tra i Distretti è stata la seguente:

DISTRETTI	ACCREDITAMENTO GESTIONI SPECIALI
CARPI	121.000
MIRANDOLA	238.000
MODENA	265.000
SASSUOLO	61.000
PAVULLO	41.000
VIGNOLA	144.000
CASTELFRANCO	60.000
	<b>930.000</b>

Nel 2011 come preannunciato nel 2010, essendo stato azzerato il Fondo Nazionale per la non autosufficienza, non vi è stata l'assegnazione di Fondi Nazionali, salvo una modesta cifra a residuo di anni precedenti che ammonta per l'intera provincia a 259.203 euro.

## 2.2 Impatto sul contesto territoriale

La sottosezione, dedicata tradizionalmente all'analisi di tre aspetti, quello economico, quello sociale e quello culturale, si è arricchita già da alcuni anni di nuovi contenuti, volti a dare conto di quanto fatto in tema di impatto ambientale. Con "impatto ambientale" s'intende l'insieme degli effetti causati da un evento, un'azione o un comportamento sull'ambiente nel suo complesso (non necessariamente ambiente naturale). L'impatto ambientale - da non confondere quindi con inquinamento o degrado - mostra quali effetti può produrre una modifica, non necessariamente negativa, all'ambiente circostante inteso in senso lato (sociale, economico ecc.). Si cerca cioè di prevedere quali saranno i costi ed i benefici (valutati in termini strettamente monetari) nel caso in cui si verificano delle modifiche di uno stato di fatto.

Si tratta di ambiti non direttamente legati alle finalità istituzionali dell'Azienda USL di Modena, che però hanno riflessi significativi sulle attività svolte dall'Azienda stessa.

Gli Enti pubblici generalmente incidono sul tessuto socio-economico di una comunità in modo rilevante, soprattutto in aree che non hanno raggiunto e consolidato un vero e proprio sviluppo e sono prive quindi di un tessuto industriale o commerciale in linea con quello sviluppatosi in altre parti del Paese; si tratta di un principio che, sia pure con dinamiche differenti, è riproponibile anche in zone economicamente più avanzate.

Esemplare è l'impatto dell'attività delle due Aziende Sanitarie in provincia di Modena. In modo schematico si può affermare che numero, complessità e continuità dei processi di lavoro diretti a tutelare il bene primario della salute comportano:

- una massiccia presenza di risorse umane all'interno delle strutture aziendali impegnate nell'erogazione diretta di prestazioni sanitarie o nelle attività di supporto ad esse, tale da collocare l'Azienda Sanitaria ai vertici, in termini occupazionali, nel territorio di riferimento; 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;
- altrettanto elevati volumi di acquisti di 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.

Essendo la tutela della salute un obbligo istituzionale delle Aziende Sanitarie, queste ultime 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 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 lasciati e donazioni tali da determinare un patrimonio di opere d'arte, sia mobiliare che immobiliare, di notevole importanza.

## 2.2.1 Impatto economico

### Le risorse umane

In questo capitolo si approfondiscono due distinte aree relative alle risorse umane:

- lavoratori stranieri;
- lavoratori appartenenti alle categorie protette.

Per un'analisi puntuale delle risorse umane aziendali si rimanda alla sezione 4.

### Lavoratori stranieri

I flussi di immigrazione intra ed extra UE, come evidenziato nella tabella sottostante, sono in lieve diminuzione anche nell'anno 2011.

**Numero totale di lavoratori stranieri (intra UE - extra UE) dipendenti dell'Azienda USL al 31/12 (trend 2004-2011)**

	intra UE	extra UE	totale stranieri	totale AUSL	% stranieri
<b>2004</b>	57	37	94	5.518	1,70%
<b>2005</b>	46	91	137	5.768	2,38%
<b>2006</b>	72	217	289	6.343	4,56%
<b>2007</b>	295	34	329	6.284	5,24%
<b>2008</b>	265	35	300	6.243	4,76%
<b>2009</b>	249	19	268	6.196	4,32%
<b>2010</b>	241	11	252	6.139	4,00%
<b>2011</b>	<b>237</b>	<b>7</b>	<b>244</b>	<b>6.106</b>	<b>4,00%</b>

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Personale

<b>Numero totale di lavoratori stranieri (intra UE) dipendenti dell'Azienda OSP al 31/12 (Trend 2007-2010)</b>		
<b>ANNO</b>	<b>TOTALE STRANIERI intra UE</b>	<b>TOTALE AOU</b>
31/12/2007	30	2619
31/12/2008	25	2599
31/12/2009	22	2587
31/12/2010	26	2593
31/12/2011	27	2567

### **Lavoratori appartenenti alle categorie protette**

Relativamente al numero dei dipendenti aziendali occupati nell'ambito delle categorie protette, la tabella che segue sintetizza quanto realizzato.

### **Numero dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette al 31/12 - trend 2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011**

<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
165	165	166	173	154	213	207	202

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Personale

Nel 2011 si conferma il trend in diminuzione come nell'anno precedente.

Per completezza di esposizione si analizza, relativamente all'anno 2011, la composizione per qualifica di coloro che sono occupati nell'ambito delle suddette categorie.

### **Dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette al 31/12/2011 suddivisi per qualifica - AUSL**

<b>Tipologia</b>	<b>Qualifica</b>	<b>numero</b>
<i>Disabile</i>	<i>categoria A</i>	1
	<i>categoria B</i>	44
	<i>categoria BS</i>	43
	<i>categoria C</i>	34
	<i>categoria D</i>	53
	<i>categoria DS</i>	16
	<i>medici e veterinari</i>	9
	<i>dirigenza sanitaria</i>	2
<b>totale</b>		<b>202</b>

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Personale

<b>Dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette al 31/12/2011 suddivisi per qualifica - AOSP</b>		
Tipologia	QUALIFICHE	NR
<b>DISABILI</b>	Categoria A	1
	Categoria B	27
	Categoria BS	15
	Categoria C	9
	Categoria D	9
<b>TOTALE DISABILI</b>		<b>61</b>
<b>CAT. PROTETTE</b>	Categoria B	2
	Categoria BS	4
	Categoria C	2
	Categoria D	2
	Medici e veterinari	1
<b>TOTALE CAT. PROTETTE</b>		<b>11</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>72</b>

Fonte: Azienda OSP di Modena – Servizio Personale

### **Le forniture di beni e servizi**

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 nella parte 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.).

Le tabelle che seguono intendono evidenziare il numero dei fornitori di beni e servizi, suddivisi per macroclassi di tipologia di forniture nonché l'ammontare dei corrispondenti acquisti, che rappresentano un ulteriore contributo all'economia del territorio di riferimento e non soltanto di questo, in quanto le notevoli dimensioni raggiunte dall'Azienda USL e la complessità delle prestazioni erogate impongono l'instaurazione di rapporti economici con fornitori ubicati in tutto il territorio nazionale.

Numero fornitori esterni - trend 2005-2011

Fornitori esterni	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Farmacie private e comunali	158	170	181	217	231	230	235
Ambulatori privati accreditati	49	61	62	61	61	55	61
Ospedali privati	46	48	49	47	50	49	44
Istituti termali	20	21	22	25	24	22	23
Fornitori di presidi protesici e riabilitativi	159	182	208	193	188	196	204
Fornitori di beni per l'assistenza integrativa	36	34	26	20	20	20	23
Enti senza scopo di lucro	163	175	251	247	248	184	174
Altri fornitori di beni e servizi	1.732	1.812	1.889	1.859	1.823	1.846	1.951
Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere	40	60	65	53	69	51	58
<b>Totale</b>	<b>2.403</b>	<b>2.563</b>	<b>2.753</b>	<b>2.722</b>	<b>2.714</b>	<b>2.653</b>	<b>2.773</b>

Fonte: Azienda USL di Modena - Servizio Informativo Aziendale

Valore forniture esterne (importi in migliaia di euro) - trend 2005-2011

Fornitori esterni	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Farmacie private e comunali	114.436	117.365	115.449	113.899	115.187	114.760	107.939
Fornitori di servizi socio sanitari privati	14.073	16.814	18.532	19.628	21.229	19.550	21.086
Fornitori di servizi socio sanitari pubblici	32.657	34.482	37.998	40.248	42.462	41.885	41.647
Altri soggetti accreditati	9.353	10.673	10.663	10.945	11.059	10.660	6.291
Ospedali privati accreditati	80.505	107.689 *	115.063	117.940	123.528	125.040	142.356
Enti senza scopo di lucro	13.591	14.452	16.334	17.004	17.945	17.850	47.257
Altri fornitori di beni e servizi	198.087	210.505	304.653	447.056	451.391	417.973	300.259
Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere	208.157	213.422	224.892	230.514	235.849	233.060	234.621
<b>Totale</b>	<b>670.859</b>	<b>725.402</b>	<b>843.584</b>	<b>997.234</b>	<b>1.018.650</b>	<b>980.778</b>	<b>901.456</b>

Fonte: Azienda USL di Modena - Servizio Informativo Aziendale

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

La tabella che segue evidenzia nel dettaglio come la maggioranza delle forniture richieste a soggetti sia pubblici che privati predilige ancora una volta coloro che hanno sede all'interno del territorio provinciale.

Forniture esterne divise per residenza del fornitore (importi migliaia di euro) - trend 2007-2011

Residenza del fornitore	2007	compos. %	2008	compos. %	2009	compos. %	2010	compos. %	2011	compos. %
<i>in provincia di Modena</i>	403.402	47,82	533.388	53,49	541.144	53,12	590.104	60,17	775.180	55,12
<i>in regione Emilia Romagna</i>	287.662	34,10	209.782	21,04	275.343	27,03	289.196	29,49	307.188	21,84
<i>fuori regione Emilia Romagna</i>	152.520	18,08	254.064	25,47	202.163	19,85	101.478	10,34	323.947	23,04
<b>Totale</b>	<b>843.584</b>	<b>100,0%</b>	<b>997.234</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.018.650</b>	<b>100,0%</b>	<b>980.778</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.406.315</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Informativo Aziendale

## 2.2.2 Impatto sociale

### Donazioni e contributi ricevuti dalle Aziende

Le Aziende hanno 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 tabelle che seguono riassumono rispettivamente il numero ed il valore delle donazioni prive di uno specifico titolo di destinazione, che per lo più si identificano con quelle effettuate da singoli cittadini o da famiglie, e di quelle invece contenenti un vincolo di destinazione, di norma rappresentate da liberalità effettuate da Enti istituzionali, da Associazioni di volontariato o da Aziende.

Le donazioni generiche nel loro complesso sono decisamente incrementate rispetto all'anno precedente, mentre, viceversa, il loro importo è diminuito.

Al contrario, quelle con vincolo di destinazione sono tendenzialmente costanti, sebbene il loro importo sia notevolmente aumentato.

## Azienda USL di Modena: Donazioni suddivise per numeri ed importi

<b>RIEPILOGO DONAZIONI</b>				
	<b>Generiche</b>		<b>Vincolate</b>	
	<i>numero</i>	<i>importo</i>	<i>numero</i>	<i>importo</i>
<b>2002</b>	77	55.236	60	1.042.625
<b>2003</b>	111	253.679	54	2.108.837
<b>2004</b>	133	333.082	77	1.439.097
<b>2005</b>	121	191.540	33	2.544.798
<b>2006</b>	133	552.399	46	1.260.592
<b>2007</b>	131	882.002	18	1.752.999
<b>2008</b>	121	350.003	49	477.374
<b>2009</b>	127	755.197	37	2.415.006
<b>2010</b>	100	864.483	47	1.957.077
<b>2011</b>	<b>177</b>	<b>595.181</b>	<b>48</b>	<b>2.501.387</b>

Fonte: Azienda USL di Modena – Servizio Economico Finanziario

### Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena

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

<b>Provenienza</b>	<b>Numero</b>	<b>Importo</b>
Ditte	11	€. 20.743,48
Cooperative	1 (Abitcoop)	€. 48.400,00
Associazioni	10	€. 278.830,97
Comitati	1 (CONI)	€. 4.800,00
Cittadini	5	€. 317,49
<b>Totale</b>	<b>28</b>	<b>€. 353.091,94</b>

### Donazioni liberali in denaro

Provenienza	Numero	Importo
Ditte	4	€. 24.750,00
Associazioni	8	€. 85.600,00
Comitati	4	€. 2.270,00
Cittadini	29	€. 25.316,00
Dipartimenti	2	€. 45.400,00
Banche	1 (BPER)	€. 120.000,00
Totale	48	€. 303.336,00

### Donazioni ed erogazioni liberali complessive

Provenienza	Numero	Importo
Ditte	15	€. 45.493,48
Cooperative	1	€. 48.400,00
Associazioni	18	€. 364.430,97
Comitati	5	€. 7.070,00
Cittadini	34	€. 25.633,49
Dipartimenti	2	€. 45.400,00
Banche	1	€. 120.000,00
Totale	76	€. 656.427,94

### 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 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 partners 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.

### **Progetti con Associazioni di Volontariato**

Nel settembre 2011 sono di nuovo venuti a Modena alcuni operatori dal Land Hessen con i quali la nostra regione da anni ha un gemellaggio: questa visita aveva come target principale la verifica di possibili collaborazioni e confronti con le associazioni di volontariato che si occupano di anziani.

La delegazione tedesca è rimasta una settimana, per presenziare ad incontri nel territorio della nostra provincia ed anche nella zona di Ferrara, Reggio Emilia e Bologna. Come sempre l'esperienza è stata molto stimolante: in particolare, un gruppo di nostri operatori e di rappresentanti di associazioni sono stati invitati nel novembre 2011 ad un convegno internazionale sul volontariato per i senior a Francoforte. In quella occasione è stata fatta, in tedesco, una replica della rappresentazione teatrale "Forma Mentis" prodotta a Modena, come nuovo approccio di sensibilizzazione ai temi della demenza senile.

### **2.2.3 Impatto culturale**

L'attività dell'Azienda così come la sua storia ed evoluzione hanno un impatto anche di tipo culturale sul territorio.

L'Azienda si fa portatrice d'interessi culturali per la comunità di riferimento sotto diversi aspetti, alcuni dei quali rappresentano forme di diffusione della cultura della buona salute e quindi sono direttamente connessi alle proprie finalità istituzionali, mentre altri rappresentano delle "derivate" in quanto di per sé estranei o comunque non direttamente connessi alle medesime finalità.

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 abbondante, 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 e "I luoghi della Cura", rassegna fotografica di luoghi e oggetti della sanità modenese. Per quanto riguarda Sassuolo si segnala il volume molto documentato "Dalla carità alla sanità" di Tullio Sorrentino.

Gran parte del Patrimonio Aziendale è visibile nel sito della Sovrintendenza 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.

È proseguito lo spostamento degli arredi di pregio dall'Ex Ospedale Estense in altri punti dell'Azienda e 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 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" della tela stessa in qualche sede diversa dalla propria. La tela necessita di un profondo restauro che si spera di poter fare quanto prima.

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.

#### **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.

### **2.2.4 Impatto ambientale**

Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale

#### **Azienda USL di Modena**

#### **Implementazione dei sistemi per l'uso razionale dell'energia**

##### **Realizzazione di impianto di cogenerazione presso l'ospedale NOCSAE**

Avendo come obiettivo la riduzione della spesa corrente per energia elettrica e termica e contemporaneamente il minor inquinamento, è stato realizzato il progetto per installare un impianto di cogenerazione presso l'Ospedale di Baggiovara.

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 e acqua calda a servizio dell'ospedale. La procedura di gara è stata realizzata in sinergia con l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena. In data 30.11.2010 l'Azienda USL con propria delibera ha recepito l'aggiudicazione della AOSP per la progettazione definitiva, esecutiva, costruzione, manutenzione e conduzione per 8 anni dell'impianto. Il 02.02.2011 è stata affidata la progettazione definitiva e il 30.03.2011 è stata depositata in Provincia la Domanda di Autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di impianto di cogenerazione. A seguito della conferenza dei servizi del 06.07.2011, con determina del 21.07.2011 la provincia di Modena ha rilasciato l'autorizzazione unica ed è stata avviata la progettazione esecutiva dell'intervento. Con delibera 198/DG del 27.12.2011 l'Azienda ha infine validato il progetto esecutivo, firmato

con riserva dal Raggruppamento Temporaneo di Imprese. Il 13.01.2012 sono stati consegnati i lavori di costruzione la cui durata è prevista in 400 giorni. I lavori sono in corso e proseguono regolarmente. Il RUP e la Direzione Lavori sono professionisti interni dell'Amministrazione.

### Gestione dell'energia

Proseguirà anche nel 2012 l'attenta azione di controllo sul corretto uso dell'energia da parte dell'ufficio dell'Energy Manager, in particolare rivolta a:

- 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.

### **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 di fregiarsi del marchio "Eaux de la Vallée Energia Pura". Infatti, il fornitore "Idroenergia", dalla primavera dell'anno 2005, ha iniziato una campagna stampa (su "Il Sole 24 Ore", "Repubblica", "l'Espresso", ecc.) per il lancio del marchio "Eaux de la Vallée Energia Pura", che può essere utilizzato dai propri soci/clienti e quindi anche dalla nostra Azienda.

Il marchio e logo, affissi agli ingressi delle strutture aziendali:

- certificano l'impiego di energia 100% idroelettrica, pulita e rinnovabile, proveniente da impianti situati in Valle d'Aosta,
- nascono per comunicare le scelte energetiche che contribuiscono a ridurre le emissioni di inquinanti e preservare l'ambiente,
- testimoniano pubblicamente la nostra scelta di valore: coniugare il risparmio e il rispetto dell'ambiente.

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 2012.

### **Informazione per gli operatori sanitari sull'uso razionale dell'energia e sulla corretta gestione ambientale**

Dopo l'esperienza effettuata negli anni precedenti di collaborazione con la RE-R alla definizione dei contenuti di un corso E-learning, sviluppato dell'Assessorato alla Sanità della RE-R stessa in collaborazione con ENEA, proseguirà anche nel 2012 l'impegno nell'azione di formazione e sensibilizzazione al personale sanitario, al fine di favorire la diffusione delle buone pratiche per l'uso razionale dell'energia, attivando una e-mail periodica di sensibilizzazione rivolta a tutto il personale ed un canale, sempre via e-mail di segnalazione all'Energy Manager di eventuali sprechi o non corretti usi dell'energia.

### **Il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia**

Verrà garantito come sempre il flusso informativo regionale relativo ai consumi elettrici e termici e su ogni altro aspetto inerente l'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia, nei tempi e modi indicati dalla Regione stessa.

In previsione del flusso informativo con la RE-R, utilizzando l'applicativo di CUP2000 sviluppato appositamente per il "Gruppo Energia", il Responsabile per l'energia ha partecipato all'apposito

corso per l'apprendimento ed utilizzo del programma.

### **Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico**

#### **1 - Monitoraggio quali-quantitativo sull'uso di energia elettrica e termica**

##### a) POLITICHE ENERGETICHE

- a.1) Gara regionale Intercent-ER: per quanto riguarda la fornitura di Energia Elettrica, anche per l'anno 2012 è stata data adesione alla Convenzione Intercent-ER per tutto il patrimonio immobiliare aziendale; il fornitore, in questo caso, è ora Gala Energia; anche per quanto riguarda l'acquisto del Gas Naturale, per il 2012 è stata data adesione alla corrispondente Convenzione Intercent-ER, per tutto il patrimonio immobiliare aziendale, per cui il fornitore è ora Hera Comm.
- a.2) Campagna di sensibilizzazione: nel corso del 2011 è proseguita la campagna di sensibilizzazione "Io spengo lo spreco", mediante affissione di poster, diffusione di messaggi, ecc.
- a.3) Monitoraggio energetico: il Gruppo Regionale Energia (di cui fa parte anche l'Energy Manager aziendale, Ing. Angelo Frascarolo) elabora ogni anno i dati sui consumi energetici che affluiscono dalle varie Aziende Sanitarie regionali. A questo scopo vengono forniti, periodicamente, i dati richiesti dal G.R.E. nell'ambito del suddetto bench-marking fra le Aziende Sanitarie regionali. In allegato è riportato il Bilancio Energetico 2011.
- a.4) Risparmio energetico: le iniziative attuate e/o in corso sono le seguenti
- ♦ prosegue l'installazione di inverter sulle nuove U.T.A. (Unità di Trattamento Aria), per poter aumentare o diminuire al bisogno i volumi di aria necessari negli ambienti, a seconda del regime diurno o notturno;
  - ♦ prosegue l'installazione di rilevatori di presenza negli spogliatoi del personale, in modo che le luci si accendano solo al bisogno, e cioè quando è presente il personale, senza restare accese 24 ore al giorno;
  - ♦ prosegue l'estensione ai reparti nuovi o ristrutturati, dell'impianto di condizionamento centralizzato, in modo da utilizzare al meglio la Centrale Frigorifera nel periodo estivo, riducendo progressivamente il numero di condizionatori locali (fissi o portatili), i quali sono più energivori e più rumorosi, quindi più inquinanti sotto vari profili;
  - ♦ prosegue l'installazione, in tutti i reparti nuovi o ristrutturati, di lampade a basso consumo energetico (lampade elettroniche e fluorescenti, nonché reattori elettronici per lampade fluorescenti);
  - ♦ è stato adottato un programma di svuotamento dei circuiti di raffrescamento, da attuare all'inizio della stagione invernale; per evitare che al suo interno l'acqua congelasse, essa veniva tenuta in movimento tramite alcune pompe: svuotando il circuito si sono potute spegnere le relative pompe, risparmiando una notevole quantità di energia elettrica; per poter porre in atto questa nuova modalità gestionale, sono stati installati condizionatori autonomi in alcuni particolari locali che necessitano di raffrescamento anche nei mesi invernali;
  - ♦ con gli interventi di miglioramento dell'efficienza energetica dell'impianto di riscaldamento autonomo presente nel box della Portineria Esterna (che, come si vede dal Bilancio Energetico 2010, era caratterizzato da consumi particolarmente elevati), si è ottenuta una riduzione del relativo consumo unitario di oltre il 50%, riportandolo ai livelli medi degli altri edifici aziendali (circa 18 Smc/anno\*mq)

b) MONITORAGGIO ENERGETICO

b.1) Dalla decisione di scindere la fornitura del combustibile dal servizio di manutenzione degli impianti termoidraulici, è conseguito un grande risparmio che, come detto nel Bilancio di Missione del 2010, è stimabile in quasi il 40% rispetto ai costi del servizio di Gestione Calore precedentemente attivo. Con gli aumenti di prezzo del Gas Naturale del 2011 rispetto al 2010, il risparmio in termini percentuali resta di queste proporzioni, ma aumenta in termini assoluti rispetto a quello che sarebbe stato il costo per un servizio di Gestione Calore come quello precedentemente in atto.

Tutte le analisi energetiche sono riportate nel Bilancio Energetico 2011, allegato al presente Bilancio di Missione.

b.2) Nell'ambito delle attività ricomprese nel suddetto appalto di manutenzione edile e impiantistica (Prog. MO-017-2007), l'appaltatore ha assunto l'onere di finanziare un progetto di ricerca / consulenza con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Dipartimento di Ingegneria Meccanica e Civile, dal titolo "Monitoraggio energetico e ottimizzazione dei consumi per la struttura Policlinico di Modena".

Il programma di ricerca / consulenza, nel suo complesso, consiste nel monitoraggio e analisi dei consumi elettrici e termici del Policlinico di Modena, e si sviluppa come segue:

1. assistenza nell'acquisto e implementazione di hardware e software per il monitoraggio;
2. monitoraggio dei consumi effettuato da personale qualificato DIMeC (docenti, ricercatori, assegnisti di ricerca e dottorandi);
3. interpretazione fisica dei risultati del monitoraggio in relazione alle caratteristiche dell'involucro edilizio, degli impianti della struttura in oggetto e dei rispettivi profili di utilizzo, nonché delle condizioni climatiche interne ed esterne;
4. elaborazione e analisi dei dati, nonché proposte di interventi correttivi e/o migliorativi, a cura del responsabile del progetto;
5. analisi preliminare del comportamento dinamico del sistema edificio-impianto, applicato a un numero progressivo di edifici del Policlinico; mappatura preliminare dei fabbisogni reali;
6. individuazione preliminare, di concerto con il gestore degli impianti, di strategie finalizzate alla creazione di un sistema di gestione di centrale termica, impianti e strutture;
7. analisi preliminare di fattibilità sull'utilizzo di fonti rinnovabili.

Attualmente nel 2011 è stata avviata la prima fase, relativa al Monitoraggio Energetico in campo Elettrico; in tale ambito sono state individuate alcune ipotesi di intervento, alcune delle quali in parte attuate, finalizzate al conseguimento di risparmi nella gestione energetica del Policlinico, consistenti in:

- o sostituzione delle pompe di circolazione nelle sottocentrali termiche;
- o sostituzione di plafoniere dotate di corpi illuminanti fluorescenti e/o di altro tipo, con altre dotate di corpi illuminanti a LED;
- o sostituzione motori UTA.

**Interventi per lo sviluppo della produzione e dell'utilizzo di energia derivante da fonti rinnovabili, da cogenerazione e da sistemi tecnologici innovativi presso il Policlinico**

a) Fonti rinnovabili, cogenerazione e sistemi tecnologici innovativi: nel corso del 2011 è stato sviluppato il progetto definitivo di un impianto di trigenerazione, la cui costruzione in leasing finanziario e successiva gestione per un periodo di 8 anni, è stata aggiudicata con una gara

europea; si tratta di una tecnologia innovativa, in quanto ai cogeneratori verrà associato un gruppo frigo ad assorbimento, venendo così a costituire un impianto di trigenerazione.

Il suddetto progetto definitivo è stato posto a base dell'Istanza di Autorizzazione Unica presentata alla Provincia sempre nel corso del 2011.

Inoltre si sta proseguendo con l'estensione del sistema di telegestione degli impianti meccanici ed elettrici.

- b) Diagnosi Energetica degli Edifici: tra gli adempimenti a carico dell'appaltatore del nuovo servizio di manutenzione impiantistica rientra anche il rilascio della Certificazione (o Attestazione) Energetica degli edifici costituenti il patrimonio immobiliare aziendale, comprendente anche la redazione della "Diagnosi Energetica degli Edifici", da cui potranno scaturire proposte di dettaglio relativamente agli interventi per il perseguimento del miglioramento energetico da porre in atto.

Questa Analisi Energetica è stata consegnata nel febbraio 2011 e da essa risultano le seguenti classificazioni:

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| - Sede Servizi Manutentivi: classe C;     | - Risonanza Magnetica: classe E; |
| - Palazzina Malattie Infettive: classe D; | - Pneumologia: classe E;         |
| - COM: classe D;                          | - Chiesa: classe E;              |
| - Policlinico: classe E;                  | - Camere Ardentì: classe E;      |
| - Poliambulatorio: classe E;              | - Officina: classe E;            |
| - Nuovo Blocco Tecnologico: classe E;     | - Capannone CED: classe E;       |
|   | - Modena Soccorso: classe E.     |

### **La gestione dei "RIFIUTI SANITARI"**

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena, sensibile alle tematiche di tutela ambientale, 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. 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. Negli anni passati è stato attivato un piano di formazione rivolto a tutti i dipendenti che ha raccolto notevole attenzione e nel 2011 sono stati organizzati incontri sistematici con i reparti/servizi ed i coordinatori per esaminare le peculiarità e le criticità delle varie realtà organizzative.

L'impatto della formazione sui comportamenti ha avuto oggettivi riscontri positivi in quanto nel corso degli anni 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.

Con riferimento alla produzione rifiuti per l'anno 2011:

- Risulta ridotta la produzione di rifiuti a rischio infettivo di circa il 12% ( a fronte di una riduzione di circa il 6% delle giornate di degenza) in controtendenza a quanto registrato mediamente in Regione nel 2010 ( vedi Relazione sulla gestione dei rifiuti sanitari in Emilia-Romagna dati produzione 2010 elaborati nel 2011 ); si valuta che questo possa essere il risultato della sensibilizzazione capillare del personale sanitario all'adesione al corretto smaltimento dei pannolini e pannoloni e delle sacche urine svuotate come rifiuti urbani
- E' stata rivista la classificazione di alcune tipologia di rifiuti ( es. materiali monouso nel laboratorio di preparazioni galeniche della Farmacia, pezzi in paraffina, ecc) che sono passati da CER 180103\* al 180104 (rifiuti sanitari non pericolosi)
- Risulta ridotto per motivi contingenti lo smaltimento di celle frigo CER 160211\* (riduzione del rinnovo delle apparecchiature per motivi economici)

- Risulta aumentato il CER 180106\* per aumento di attività del laboratorio di anatomia patologica
- E' aumentata la raccolta differenziata dei rifiuti urbani assimilabili , tranne per il vetro chiaro la cui quantità si riduce coerentemente con una riduzione di utilizzo
- E' migliorata la separazione del vetro scuro dal vetro chiaro

Nel 2011 è stato inoltre siglato un accordo tra la AUO di Modena, il Comune di Modena ed HERA S.p.A. per il ritiro dei rifiuti sanitari assimilabili agli urbani (Progetto TARGET).

L'accordo riguarda la gestione dei rifiuti speciali assimilabili derivati dalle aree soggette a TIA; si ritengono esclusi dall'accordo i rifiuti speciali prodotti nelle aree non sottoposti a TIA (come previsto dal regolamento ATO) ed i rifiuti pericolosi il cui smaltimento rimane di competenza dell'AOU ; questo progetto rientra nell'ambito delle iniziative di sviluppo sostenibile in ambito sanitario.

Nello schema seguente si descrivono, in particolare le tipologie di raccolta differenziata avviate (vedi riga 5 della precedente tabella)

### Codice colore

	Non raccolto
	Raccolto in parte (specificare nelle note)
	Raccolto in tutta l'Azienda
	Raccolto come rifiuto speciale (specificare CER nelle note)

Frazione rifiuto	Kg e codice colore*	Note
Rifiuti da cucine e mense e altri rifiuti alimentari	21200	Mensa degenti e bar interno
Vetro bianco	195.860	
Vetro colorato/misto	3.600	
Carta/cartone	162.020	
Plastica	34.740	
Metalli	****	In parte con ingombranti e in parte esternalizzati
Legno	2260	Esternalizzato
Materiali ingombranti	9.888	
Rifiuti di giardinaggio e manutenzione aree verdi	****	Esternalizzato
Oli e grassi commestibili	0	Non prodotto
Pile alcaline	238	
Rifiuto sterilizzato	0	Non prodotto
Altro (specificare)		

Si analizza nella tabella seguente l'andamento dell'indicatore di produzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo:

Anno	Posti letto	Giornate di degenza (DO+DH)	Kg 18.01.03*	Kg/GD	Kg/PLg	Variatz. Kg/GD
2009	765	266952	713.446	2.67	2.56	
2010	744	270457	740.756	2.74	2.73	+ 0.07
2011	744	254688	661.160	2.60	2.43	- 0.14
<b>Media</b>	<b>751</b>	<b>264032</b>	<b>705120</b>	<b>2.66</b>	<b>2.57</b>	
<b>Mediana</b>	<b>744</b>	<b>266952</b>	<b>713447</b>	<b>2.67</b>	<b>2.56</b>	

La riduzione della quantità di rifiuti infettivi prodotti nel 2011 viene confermata anche quando rapportata alle giornate di degenza registrate (che hanno subito una diminuzione) .

Si sottolinea , come peraltro già espresso nell'ambito del gruppo di lavoro regionale, che una migliore rappresentazione dei dati, finalizzata alla loro interpretazione e soprattutto al

confronto tra le varie Aziende sanitarie , dovrebbe tenere in considerazione anche i dati relativi alle specifiche attività non di degenza

(dialisi, attività di laboratorio, attività ambulatoriali in particolare chirurgiche, ecc) , che però si dimostrano aver un impatto significativo sulla produzione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, ha elaborato una procedura organizzativa sulla gestione dei rifiuti , nella quale sono riassunti i ruoli e le responsabilità relative a questo processo.

Nel redigere la procedura si sono tenuti come obiettivi prioritari la corretta individuazione delle tecniche di smaltimento e la conseguente promozione delle azioni per il contenimento e la raccolta differenziata dei rifiuti non trascurando la sicurezza degli operatori.

Si è prestata particolare attenzione:

- ✓ ai sistemi d'identificazione/classificazione dei rifiuti;
- ✓ alla raccolta differenziata di carta, vetro ed altri materiali;
- ✓ alla sicurezza nel trasporto interno del rifiuto (trasferimento ad "isola ecologica")
- ✓ alla tracciabilità

Nella procedura sono previste la raccolta delle segnalazioni spontanee e l'annotazione di tutte le "non conformità" nel processo complessivo; si sottolinea che tutte le non conformità sono oggetto di tempestiva analisi ed azioni correttive .

Tra gli strumenti di analisi dell'efficacia degli interventi di sensibilizzazione e formazione sono stati individuati:

- attività di controllo nei reparti/servizi con feed-back immediato ai coordinatori
- analisi mensile della produzione dei rifiuti , con particolare riferimento ai rifiuti speciali a rischio infettivo per singolo Centro di Costo. Dal 2010 è infatti stato attivato il sistema di pesatura di questa tipologia di rifiuti suddivisi per Centro di Costo (CDC); i report sono disponibili sul sistema informatico aziendale specifico e sono visibili dai coordinatori delle varie strutture.

La corretta attribuzione dei rifiuti al CdC produttore permettere la contestuale attribuzione dei costi dei servizi di loro raccolta e smaltimento costituendo una importante leva di sensibilizzazione alla corretta gestione per i coordinatori ed i Responsabili di U.O.

Tra le strategie adottate per la riduzione della produzione dei rifiuti l'azienda ha puntato, sin dalla sua fondazione nel 1994, sull'informatizzazione di tutti i processi gestionali e clinici investendo su nuove tecnologie "paperless" sia per la gestione clinica (cartella clinica informatizzata, prescrizione informatizzata dei farmaci, richiesta di indagini diagnostiche e relativa refertazione, ecc) che per la gestione amministrativa (ordini di magazzino, cedolini stipendio, gestione del protocollo, iscrizione ai corsi di formazione, ecc) e per la funzioni di comunicazione e fruizione di documentazione ( disponibilità on-line di siti tematici , rassegna stampa , ecc) .

### **Il mobility management**

Nell'ambito della mobilità sostenibile, il 2011 è caratterizzato dalla definizione di elementi aggiuntivi, dalla continuazione di iniziative e lavori intrapresi nell'anno precedente.

In particolar modo, si è proceduto alla risoluzione di alcune problematica del software e alla sua completa customizzazione (inizialmente con la collaborazione dell'azienda USL di Modena) ai fini di renderlo il più ottimale possibile alle esigenze aziendali e consentendo così la rispondenza agli indicatori regionali.

Successivamente al perfezionamento del software, si è proceduto a svolgere una campagna di informatizzazione e di sensibilizzazione, utile e necessaria , per la compilazione del questionario da parte dei dipendenti dell'azienda Policlinico (avvenuta nel mese di novembre 2011). Al fine di favorire l'adesione alla compilazione del questionario, sono state messe in

palio tra i compilatori una bicicletta elettrica ed una bicicletta tradizionale. Le informazioni elaborate, circa 600 questionari compilati su 2400 dipendenti, sono state indispensabili per iniziare la stesura del Piano Spostamento Casa-Lavoro, il quale è orientato ad individuare iniziative per la riduzione del traffico automobilistico monoutente; inoltre, la fase di raccolta dei dati ci consente di ottenere un database informativo sulla localizzazione dei dipendenti, quindi la base da cui partire per attivare un piano migliorativo della mobilità casa-lavoro (ad esempio sapere qual è la dimensione del gruppo potenziale di dipendenti su cui premere per l'uso della bicicletta).

Parallelamente, grazie al database aziendale, è stato possibile georeferenziare con software dedicato quasi tutto il personale dipendente, e "raggrupparlo" in fasce chilometriche distinte, in modo da differenziare per ogni gruppo le possibili azioni per conseguire l'obiettivo base del Mobility Manager, ovvero ridurre l'uso dell'automobile.

Al fine comunque di incentivare l'utilizzo della bicicletta, l'AOUOMO ha presentato domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'attribuzione di contributi economici a enti pubblici e soggetti privati, singoli o associati, fondazioni e associazioni per iniziative ed interventi in materia ambientale promosso dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del Territorio e del Mare a scadenza 29 aprile 2011 con il progetto 'In Bici ...Sicuramente'.

Tale progetto prevedeva, in linea con quanto richiesto dai dipendenti aziendali, la realizzazione di un box coperto per biciclette, ad accesso tramite badge e video controllato via WEB, in grado di garantire la sicurezza contro i furti dei mezzi.

Nel corso del 2011 sono state svolte attività di formazione e informazione, sia da parte del Mobility Manager che da parte dei suoi collaboratori, ai fini di mantenere un costante aggiornamento sul tema della mobilità e su attività ad essa connesse; inoltre, la partecipazione a corsi organizzati dalla Regione Emilia Romagna ha permesso il confronto con altre realtà locali e non.

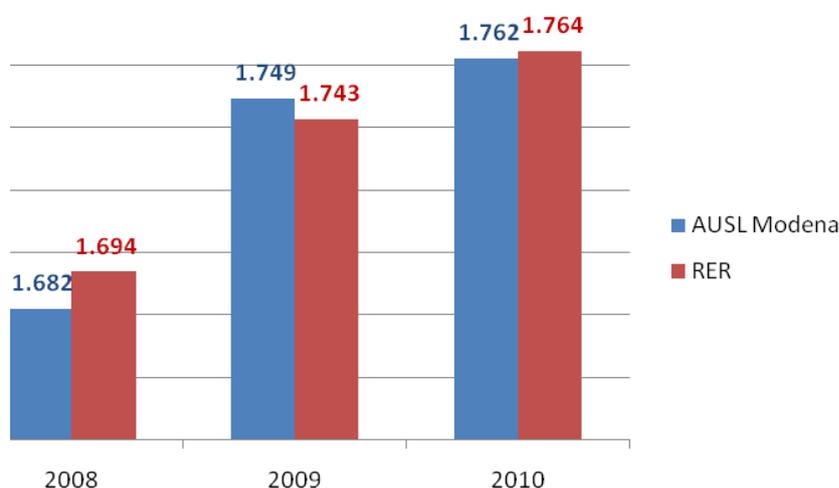
Oltre a svolgere attività a livello aziendale sono state condotte collaborazioni a livello istituzionale, tra le quali si segnala la condivisione con il Comune di Modena del percorso tecnico burocratico per la realizzazione di una pista ciclabile che collegherà il polo ospedaliero del Policlinico con il centro città, agevolando così i dipendenti che utilizzano abitualmente la bicicletta come mezzo di trasporto casa-lavoro.

## 2.3 - I Livelli Essenziali di Assistenza

### 2.3.1 - I costi per livello essenziale di assistenza

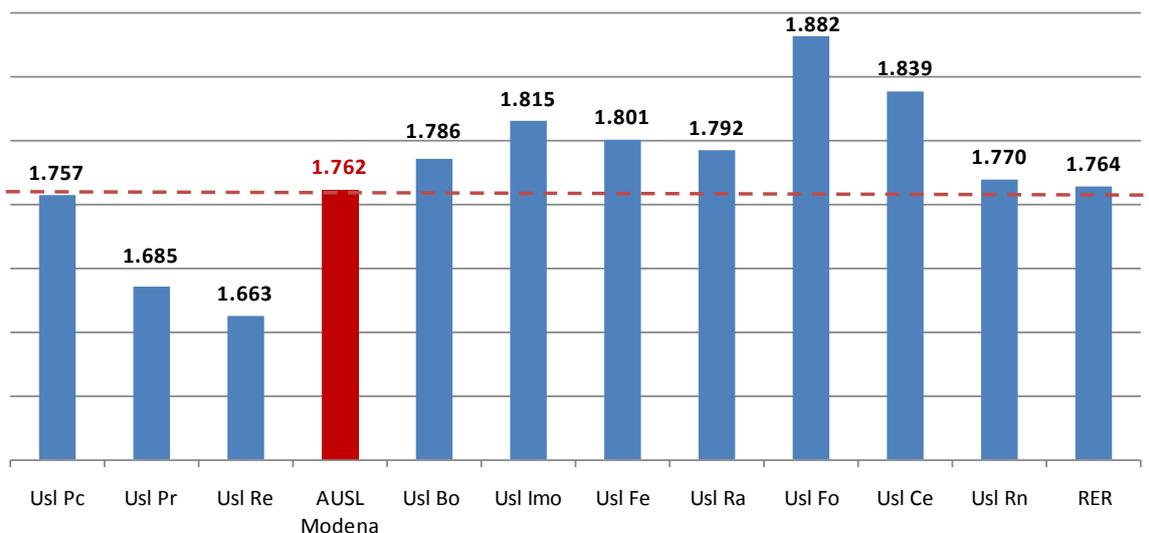
Nel 2010 i costi dell'AUSL di Modena sono leggermente inferiori se non sostanzialmente in media con il dato regionale.

#### **Costo pro capite ponderato a confronto con la media regionale**



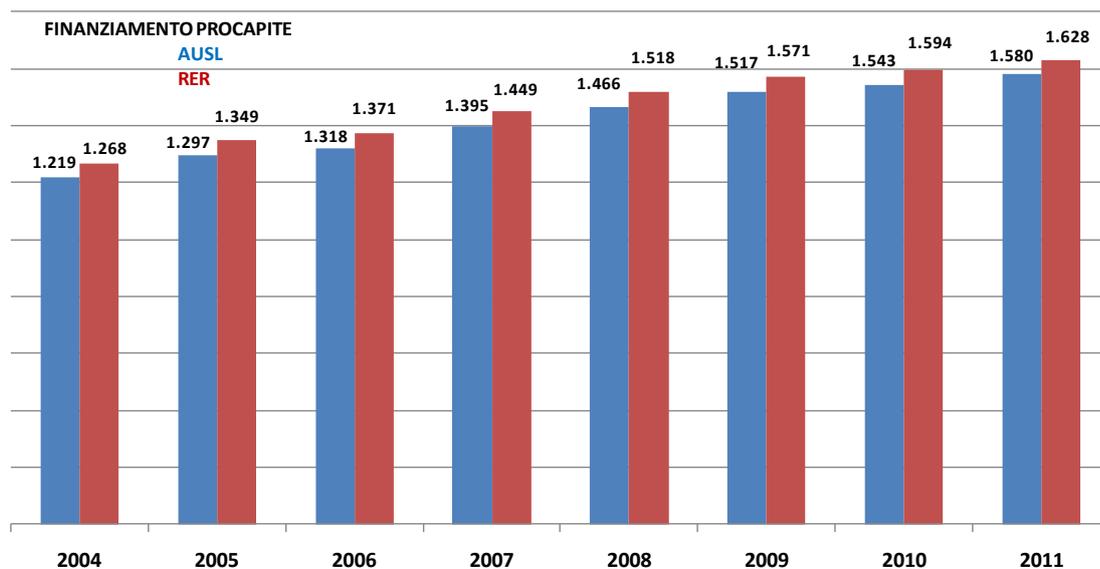
Fonte: Regione Emilia Romagna

## Costo procapite ponderato – Anno



010

## Finanziamento pro capite ponderato per la provincia di Modena (in euro)



Nel triennio 2008-2010 l'ammontare del finanziamento per i livelli essenziali di assistenza a favore dell'Azienda aumenta in misura equivalente a quello regionale, mantenendosi al di sotto del dato medio regionale.

Nel 2010 il finanziamento pro-capite ricevuto dall'Azienda è inferiore di € 54 rispetto alla media della Regione.

## Costi pro capite ponderato per livello di assistenza

		Ausl	%	RER	%
2008	Ospedale	679	40%	674	40%
	Territorio	942	56%	959	57%

	Prevenzione	61	4%	61	4%
<b>2009</b>	Ospedale	720	41%	59	3%
	Territorio	968	55%	997	57%
	Prevenzione	61	3%	687	39%
<b>2010</b>	Ospedale	711	40%	58	3%
	Territorio	988	56%	1.019	58%
	Prevenzione	62	4%	688	39%

Nella tabella è indicata la serie storica dal 2008 al 2010 della composizione del costo pro-capite ponderato per livello essenziale di assistenza.

Nel 2010 sia il costo dell'assistenza distrettuale (territorio) che quello della sanità pubblica (prevenzione) hanno visto un incremento rispetto al 2009, a fronte di una riduzione per l'assistenza ospedaliera.

### **2.3.2 - Assistenza collettiva di vita e di lavoro**

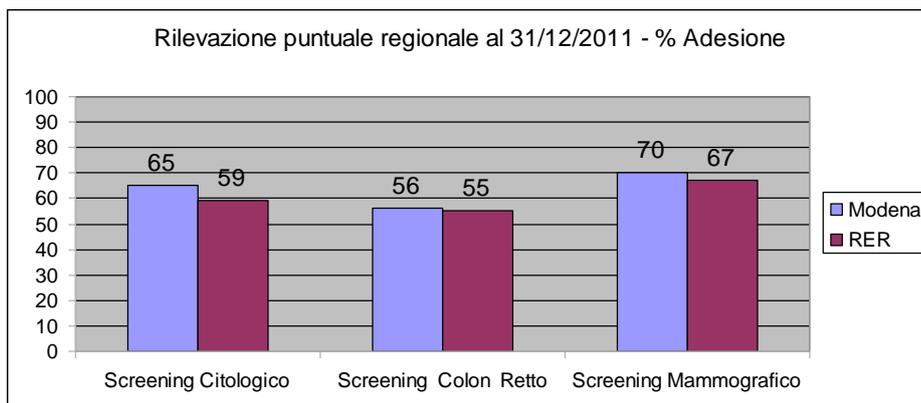
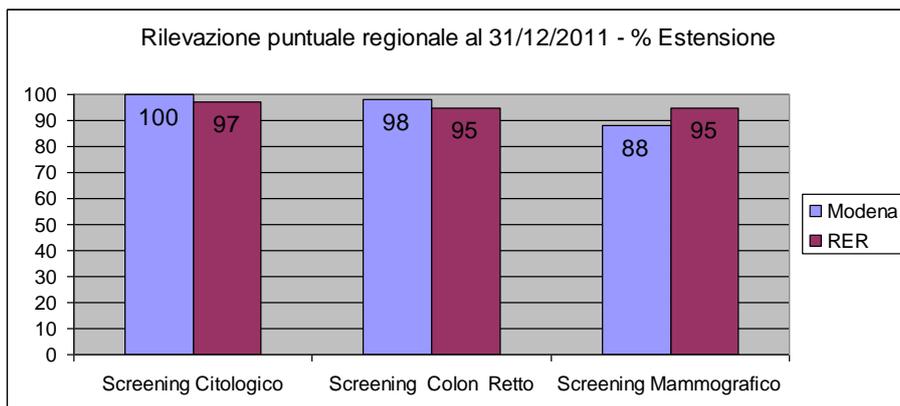
L'analisi dei livelli essenziali di assistenza relativi all'Assistenza collettiva di vita e di lavoro sarà condotta analizzando:

- Gli screening
- Controllo e prevenzione delle malattie infettive
- I controlli negli ambienti di lavoro
- I controlli sugli allevamenti e sulle industrie alimentari

#### **Screening**

Nell'ambito dei programmi aziendali di screening, a fine 2011 circa 128.000 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni hanno effettuato un PAP test nel triennio precedente, quasi 57.000 donne tra i 45 e i 74 anni una mammografia nel biennio precedente mentre, tra i 50-69enni, quasi 85.000 persone hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e circa 3.600 (risultati positivi) una colonscopia nel biennio 2010-2011. Sempre nello stesso biennio più di 2.200 colonscopie sono state effettuate in un percorso di follow up avviato negli anni precedenti.

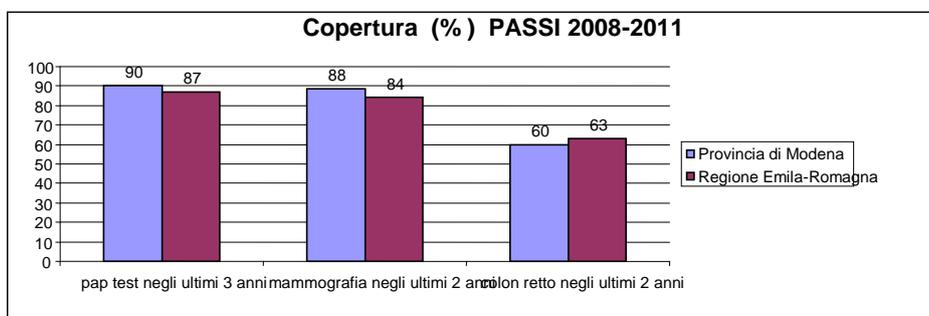
Dall'ultima rilevazione regionale si dimostra come i due principali indicatori (estensione e adesione) misurati a livello aziendale modenese siano in linea con quanto raccomandato (e raggiunto) a livello medio regionale.



Per quanto riguarda lo screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella è da segnalare che dal 2010 su raccomandazione regionale si è ampliata la offerta attiva di mammografia con periodicità annuale alle donne in fascia di età 45-49 anni e con periodicità biennale alle donne 70-74 anni.

Nel caso del programma di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon retto è consolidato l'intervento di chiamata attiva (con proposta di colonscopia) rivolto ai familiari dei casi incidenti di cancro diagnosticati nell'ambito del programma.

**Dalla sorveglianza PASSI 2008-2011**, che offre una visione ad ampio raggio e contempla la esecuzione del test di primo livello ( Pap test, mammografia, Ricerca sangue occulto) anche al di fuori del Programma organizzato aziendale, emerge che le percentuali di copertura totale degli esami preventivi in provincia di Modena sono anche in questo caso assolutamente in linea con quanto fotografato a livello regionale.



### Screening del tumore del collo dell'utero (sorveglianza PASSI)

Il 90% delle donne 25- 64enni intervistate ha eseguito il Pap test negli ultimi 3 anni come raccomandato.

Di queste il 28% riferisce di averlo effettuato al di fuori del programma organizzato di screening, ma più frequentemente del raccomandato o in modo completamente privato.

#### Screening del tumore della mammella (sorveglianza PASSI)

L'88% delle donne 45-74enni intervistate ha eseguito una mammografia negli ultimi 2 anni come raccomandato.

Di queste il 18% riferisce di averla effettuata al di fuori del programma organizzato di screening, anche in questo caso privatamente o più frequentemente del raccomandato.

#### Screening del tumore del colon-retto (sorveglianza PASSI)

Il 60% delle persone con 50-69 anni ha eseguito, a scopo preventivo, un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni. Solo il 2% dei casi lo ha eseguito privatamente.

### **Controllo e prevenzione delle malattie infettive**

#### **Coperture vaccinali nei bambini**

Nel 2011 le coperture vaccinali nei bambini, pur in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti, in parte per l'incremento dell'obiezione vaccinale (circa l'1,1%) e in parte per la presenza di minori anagraficamente residenti nei comuni del territorio provinciale ma non effettivamente presenti (poco più dell'1%), restano comunque superiori al 95% per tutte le vaccinazioni obbligatorie del 12° mese.

Al 24° mese il dato è superiore per tutte le vaccinazioni previste, tranne che per MPR (morbillo, parotite, rosolia) e Meningococco C; di seguito i dati specifici (fonte: Pediatria di Comunità):

- Copertura vaccinazioni obbligatorie al 24 mese: 96,3%
- Copertura per morbillo al 24 mese: 94,2%
- Copertura per vaccinazione antimeningococcica al 24 mese: 94,0%
- Copertura per vaccinazione antipneumococcica al 12 mese: 96,1%
- Copertura per vaccinazione contro la rosolia a 13 anni ( M+F): 95,4%
- Copertura per vaccinazione antimeningococcica a 15 anni: 85,9%
- Copertura per vaccinazione contro HPV (3 dosi):
  - a) coorte 1997: 78,5%
  - b) coorte 1998: 77,6%
  - c) coorte 1999: 75,2%.

#### **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 2004-2005, 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 due campagne vaccinali il dato si è notevolmente ridotto, in linea con il generale andamento a livello regionale.

#### **.Tassi vaccinali antinfluenzali anziani oltre 64 anni (obiettivo nazionale 75%)**

<b>2005- 2006</b>	<b>2006- 2007</b>	<b>2007- 2008</b>	<b>2008- 2009</b>	<b>2009- 2010</b>	<b>2010- 2011</b>	<b>2011- 2012</b>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

78,04%	77,71%	76,34%	75,83%	75,48%	65,2%	67,86%
--------	--------	--------	--------	--------	-------	--------

Nel 2011 sono proseguiti i programmi vaccinali nei confronti delle categorie a rischio.

## 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 di prescrizione/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 3.073 del 2011.

### % imprese controllate da SPSAL e UOIA

	2009	2010	2011
imprese controllate (SPSAL e UOIA) / imprese presenti sul territorio (%)	8,42 %	8,64 %	9,15 %

La percentuale delle aziende controllate sulle esistenti, nel 2011, sommando come da indicazioni regionali le imprese controllate dai SPSAL e i cantieri edili oggetto di verifica da parte del Servizio Impiantistico Antinfortunistico, è stata dell'9,67%, per la prima volta superiore al 9% corrispondente all'obiettivo fissato dalla Regione Emilia Romagna, anche per effetto del consistente calo del denominatore (PAT INAIL con almeno un dipendente o socio) passato dalle 39.306 utilizzate fino al 2009 alle 35.073 attuali).

Circa il 40-42% dell'attività si concentra nel settore delle Costruzioni edili, TAV - Grandi Opere, che è anche tra i settori a maggior frequenza di riscontro di irregolarità e, quindi, di contravvenzioni.

Al di fuori dell'attività connesse alla TAV-Grandi Opere, nel 2011 sono stati controllati circa il 20% dei cantieri attivati in provincia (665 cantieri controllati su 3211 notificati). 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.

Le irregolarità più frequentemente contestate variano nei diversi settori produttivi:

- carenze nei sistemi di protezione dalle cadute dall'alto (parapetti, ponteggi, scale, passerelle, sistemi di trattenuta) e nell'ottemperanza degli obblighi formali e documentali per quanto riguarda l'edilizia;
- carenze di sicurezza di macchine e impianti e degli obblighi formali e documentali nella metalmeccanica;
- carenze di sicurezza e di prevenzione dei rischi da polveri e fibre, sostanze chimiche, rumore, da fattori disergonomici in ceramica, questi ultimi prevalenti anche nel settore agroalimentare

Le percentuali più elevate di irregolarità vengono contestate nei settori legno, agroalimentare, metalmeccanica, ceramica ed edilizia, che sono in effetti tra i settori più caratterizzati da rischi sia infortunistici che di tipo igienistico.

Le percentuali di ottemperanza alle prescrizioni conseguenti al riscontro di irregolarità sono di norma elevate: pari al 99% nel settore Edilizia TAV-Grandi Opere ma sensibilmente inferiore negli altri comparti. Infatti su 436 violazioni verificate nell'anno, ne risultano ottemperate "solo" 355, pari al 81,4%. 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 (32 imprese irregolari sulle 51 controllate) una larga maggioranza di non ottemperanza, preferendo dette imprese la "cessazione formale dell'attività" alla regolarizzazione con successivo pagamento delle sanzioni.

### ***Attività di controllo sul rischio amianto***

L'attività di controllo sul rischio "amianto" prevede la valutazione dei piani di rimozione e notifiche di tutte le imprese che intendono effettuare lavori di rimozione o bonifica di materiali contenenti amianto debbono obbligatoriamente far pervenire ai SPSAL oltre ad azioni di vigilanza nei cantieri, durante gli interventi di bonifica, e presso gli immobili e/o le aree con presenza di materiali contenenti amianto oggetto di segnalazioni da parte di cittadini e/o Enti. Le funzioni assegnate prevedono inoltre attività di informazione, formazione e assistenza a cittadini e imprese.

A livello provinciale vi è un incremento dell'attività di bonifica di materiali contenenti amianto che ha riguardato principalmente la rimozione di lastre di copertura di edifici, sia industriali che civili, ma anche di pavimenti in vinil amianto all'interno di edifici pubblici (scuole e ospedali). Vi è stato un incremento dei piani di lavoro presentati (27,8% in più rispetto al 2009) dovuto alla concessione dei contributi per l'installazione del fotovoltaico che ha indotto la rimozione di coperture di grandi insediamenti produttivi. Secondo i dati raccolti, nel 2011 in provincia di Modena, sono state smaltite oltre 11.300 tonnellate di amianto (26% in più rispetto al 2009).

E' stata effettuata la vigilanza in 162 siti. Nell'ambito del Piano regionale "Mappatura amianto", attivato nel 2004 a seguito del D. M. del Ministero dell'Ambiente 101/03, relativo alla presenza di amianto negli edifici pubblici, sono stati effettuati 109 sopralluoghi sui siti interessati dalla mappatura, cancellando dall'elenco quelli bonificati a seguito di rimozione completa di amianto.

### ***Attività sanitarie e tutela della maternità***

Su istanza delle lavoratrici o dei datori di lavoro il SPSAL verifica la compatibilità delle mansioni assegnate con lo stato di gravidanza o di allattamento, assumendo provvedimenti di cambio/conferma della mansione assegnata o, in assenza di mansioni compatibili, di richiesta alla Direzione Provinciale del Lavoro di anticipare e/o prolungare fino a sette mesi dopo il parto il periodo di astensione obbligatoria per maternità, in ragione del lavoro a rischio.

Nel 2011 sono state gestite/valutate complessivamente dai vari Servizi PSAL della Provincia di Modena 1.779 pratiche di maternità: nell'ambito di tale attività sono stati effettuati 34 sopralluoghi il cui esito è stato in 11 casi la conferma della mansione individuata, in 4 la conferma dell'adeguatezza della mansione abitualmente svolta dalla lavoratrice e nei restanti 19 casi l'assunzione di provvedimenti di interdizione. Sono state effettuate inoltre 405 visite mediche.

### ***Attività di indagine per infortuni sul lavoro e malattie professionali***

Gli operatori SPSAL svolgono indagini di Polizia Giudiziaria in caso di infortuni e malattie professionali che abbiano causato lesioni gravi, configuranti quindi un'ipotesi di reato procedibile d'ufficio.

Nel corso del 2011, sulle 96 inchieste infortuni concluse nell'anno, in 33 casi (34%) l'indagine si è chiusa con l'individuazione di violazioni di norme correlate all'incidente; nelle 84 inchieste per malattia professionale concluse nello stesso anno, ciò è avvenuto in 28 casi (33,3%). Si segnala inoltre che 11 delle 14 inchieste per malattie professionali condotte per casi di mesotelioma pleurico, sono state effettuate per persone non più occupate (in pensione). Il mesotelioma è in effetti un tumore maligno la cui espressione clinica si manifesta, in genere, dopo latenze molto lunghe, a volte anche di 30-40 anni.

### ***Attività di informazione, formazione e assistenza ai soggetti della prevenzione***

Oltre alle attività di controllo e vigilanza, il D. Lgs. 81/08 e gli Atti di indirizzo e programmazione Nazionali e Regionali assegnano ai SPSAL anche compiti di assistenza ai vari soggetti della prevenzione (RSPP e Datori di Lavoro, RLS e Sindacati, Consulenti e Medici Competenti, Progettisti, Lavoratori), con la finalità di sostenere e promuovere lo sviluppo e la diffusione della cultura della prevenzione.

Nel 2011 sono state realizzate numerose iniziative di informazione, formazione e assistenza ai principali soggetti della prevenzione. Tra le più significative si citano: 2 Convegni nazionali nell'ambito di Fiera Ambiente Lavoro (Bologna 2011), 2 convegni nazionali (dBA incontri e Risch 2011), 9 corsi di formazione rivolti a RSPP e consulenti, 2 corsi per medici competenti e 2 seminari per RLS. Numerose e qualificate anche le iniziative realizzate nell'ambito della scuola, in continuità con una tradizione di collaborazione ormai ventennale.

### ***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 consentirne il funzionamento in sicurezza.

Oltre alle verifiche periodiche, vengono effettuate verifiche straordinarie, in caso di modifiche apportate agli impianti o quando le verifiche periodiche evidenziano la necessità di riparazioni o adeguamento dei dispositivi di sicurezza.

Complessivamente l'attività del servizio riguarda oltre 15.000 aziende con oltre 21.000 impianti ed apparecchi soggetti a verifica. Nel 2011 sono state effettuate in totale 8.399 verifiche periodiche e straordinarie; in 540 casi si sono riscontrate carenze che hanno comportato provvedimenti di adeguamento.

I risultati della vigilanza evidenziano irregolarità molto differenziate nelle diverse tipologie di impianti e apparecchi.

Per quanto riguarda gli impianti ad uso civile (ascensori e impianti di riscaldamento) si tratta prevalentemente di carenze inerenti al mancato funzionamento di dispositivi di sicurezza per usura o carenza di manutenzione.

Le irregolarità in ambito industriale sono mediamente di maggiore gravità e riguardano principalmente il settore dell'edilizia con particolare riferimento alle gru a torre. Segue il settore metalmeccanico e alimentare, in particolare il settore lattiero-caseario con carenze nei generatori di vapore. Per quanto riguarda gli impianti elettrici al contrario le irregolarità sono poco numerose e distribuite in tutti i settori produttivi senza evidenze specifiche.

### ***Salute, benessere animale e sicurezza alimentare***

#### ***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. Questa attività viene attuata mediante controlli mirati nei vari settori della filiera alimentare e attraverso l'esecuzione di attività di campionamento nell'ambito dei Piani Nazionali e Regionali. Il controllo riguarda:

- le produzioni zootecniche
- il controllo sull'alimentazione animale e sull'uso di medicinali veterinari
- la produzione e trasformazione di sottoprodotti di origine animale
- il benessere animale
- l'igiene degli allevamenti e delle strutture di produzioni zootecniche

Sulla base delle normative orizzontali in materia di sicurezza alimentare e prendendo in considerazione quelle verticali inerenti i singoli settori di attività, è stato elaborato un piano di attività che stabilisce i controlli obbligatori da eseguire nei principali settori.

Le principali irregolarità riscontrate nell'anno 2011 riguardano le caratteristiche igienico-sanitarie delle produzioni zootecniche, il mancato rispetto delle condizioni di benessere, la mancata conservazione di documenti, nonché carenze nella tenuta dei registri e delle registrazioni obbligatorie.

Oltre all'attività di controllo vera e propria è stata svolta un'opera di prevenzione, attuata mediante interventi di educazione sanitaria, che si sono esplicitati nei corsi di formazione per gli allevatori (obbligatori ai sensi della normativa sul benessere animale), organizzati da enti esterni, ma mediante utilizzo di docenti del Servizio Veterinario.

**Attività di controllo sugli allevamenti – anno 2011\***

<b>Tipologia di allevamenti</b>	<b>Allevamenti presenti</b>	<b>Allevamenti controllati</b>	<b>N° controlli area C**</b>	<b>N° irregolarità area C</b>	<b>N° prescrizioni area C</b>	<b>N° sanzioni area C</b>
Allevamenti bovini	1.496	1.273	9.778	122	35	1
Allevamenti suini	346	208	2.454	65	25	1
Allevamenti ovicaprini	426	200	749	7	2	1
Allevamenti equini	1.261	477	517	15	12	0
Altri allevamenti	2.649	116	1135	9	9	0
<b>TOTALE</b>	<b>6.178</b>	<b>2.274</b>	<b>14.633</b>	<b>218</b>	<b>83</b>	<b>3</b>

\*sono inclusi anche gli allevamenti destinati all'autoconsumo familiare

\*\* n.° verifiche effettuate

Fonte: Servizio Veterinario AUSL Modena

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

Il controllo degli alimenti di origine animale, per essere efficace, deve essere svolto lungo tutta la filiera di produzione (dalla fattoria alla tavola).

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

Tale attività è volta ad assicurare al consumatore la salubrità degli alimenti di origine animale per prevenire le malattie trasmesse dagli stessi all'uomo.

L'attività del Servizio Veterinario per l'anno 2011 è stata effettuata tenendo conto della categorizzazione del rischio delle diverse tipologie di strutture sottoposte a controllo e della complessità degli interventi richiesti in rapporto alle diverse attività svolte.

Tutti gli animali avviati alla macellazione sono sottoposti a controllo veterinario, che comprende la verifica della documentazione di accompagnamento degli animali al macello, le visite sugli animali prima e dopo la macellazione, eventuali accertamenti di laboratorio.

Sul territorio aziendale sono presenti 27 macelli e nel corso dell'anno 2011 sono stati macellati 5.212.930 capi, 8.507 dei quali sono stati sequestrati nell'ispezione ante o post mortem.

**Attività di controllo presso impianti di macellazione – anno 2011**

<b>Impianti macellazione</b>	<b>di</b>	<b>N° impianti presenti</b>	<b>N° impianti controllati</b>	<b>N° accessi</b>	<b>N° impianti con non conformità</b>
Macelli carni rosse CE		21	21	1.813	18
Macelli avicoli CE		2	2	469	2
Macelli cunicoli CE		2	2	480	2
Centri abbattimento selvaggina da pelo		2	2	39	0
<b>TOTALE</b>		<b>27</b>	<b>27</b>	<b>2.801</b>	<b>22</b>

**Attività di controllo presso impianti di lavorazione, deposito e commercializzazione prodotti di origine animale – anno 2011**

<b>Attività controllate</b>	<b>N° impianti presenti</b>	<b>N° impianti controllati</b>	<b>N° accessi</b>	<b>N° verifiche effettuate</b>	<b>N° impianti con non conformità</b>
Impianti di lavorazione carni	224	224	2.916	10.750	159
Impianti di lavorazione prodotti ittici	13	13	83	1.311	6
Impianti di lavorazione del latte	89	89	749	4.267	76
Depositi prodotti di origine animale	54	54	174	1.340	17
Strutture di commercializzazione prodotti di origine animale	791	791	1.541	9.016	266
<b>TOTALE</b>	<b>1.380</b>	<b>1.380</b>	<b>5.713</b>	<b>26.684</b>	<b>625</b>

Fonte: Servizio Veterinario AUSL Modena

**Vigilanza e controllo sulla produzione e commercializzazione delle bevande e degli alimenti non di origine animale e sulla somministrazione**

L'attività è finalizzata ad assicurare la salubrità degli alimenti non di origine animale e delle bevande, comprese le acque potabili, per prevenire le malattie trasmesse da alimenti nell'uomo. Tale obiettivo viene perseguito fundamentalmente attraverso l'attività di controllo e attraverso la attività di formazione/informazione nei confronti degli operatori alimentari, primi responsabili della sicurezza di ciò che producono.

Il numero delle aziende alimentari, in costante incremento, non consente un monitoraggio continuo e, pertanto si pone la necessità di creare un ordine di priorità di intervento basato sulla categorizzazione del rischio.

<b>Strutture</b>	<b>N°aziende presenti</b>	<b>N° aziende controllate</b>	<b>N° accessi</b>	<b>N° aziende con non conformità</b>
Produzione primaria		29	29	3
Trasformazione	1812	593	709	305
Ristorazione	5614	1571	1793	788
Commercio	2108	585	715	206
Trasporti	144	2	5	-
<b>Totale</b>	<b>9678</b>	<b>2780</b>	<b>3251</b>	1302*

*\*dall'anno 2011 vengono rendicontate anche le non conformità classificate come si piccolo: requisito sostanzialmente rispettato,ma è possibile ancora un miglioramento da parte dell'operatore.*

*Fonte: Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione AUSL Modena*

Vengono programmati campionamenti di alimenti secondo le indicazioni regionali ed in particolare secondo i piani regionali per la ricerca residui di fitosanitari, per la ricerca di micotossine, OGM, radioattività e secondo il piano microbiologico.

<b>Campioni</b>	<b>N°controlli</b>	<b>N° irregolarità</b>
Campioni su alimenti	588	5

*Fonte: Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione AUSL Modena*

### **Acque destinate al consumo umano**

L'attività di controllo è programmata sulla base dei criteri e disposizioni del D.Lgs. 31/01 e della Circolare Regionale 9/2004; la programmazione ha portato alla redazione di un piano di attività articolato in:

- Programma di vigilanza e controllo tramite campionamento;
- Piano di controllo su acque utilizzate in aziende alimentari (approvvigionamenti autonomi);
- Piano di controllo su pozzi di approvvigionamento di pubblici acquedotti tramite ispezione per l'aggiornamento dei dati del censimento regionale.

<b>Campioni</b>	<b>N°controlli</b>	<b>N° irregolarità</b>
Campioni su acque	1704	22

Fonte: Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione AUSL Modena

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

L'attività è volta all' eradicazione o alla sorveglianza, al controllo delle malattie infettive del bestiame in grado determinare 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.

L'attività dei Servizi nel 2011 è stata caratterizzata dalla normale attività ordinaria ed al regolare andamento dei piani obbligatori di sorveglianza ed eradicazione delle malattie infettive del bestiame.

Nel 2011 sono stati evidenziati due focolai sospetti: uno di tubercolosi bovina e uno di brucellosi ovicaprina. Entrambi i casi sospetti non sono stati confermati.

I dati riportati nella tabella si riferiscono alle malattie infettive soggette a denuncia obbligatoria, riscontrate nel 2011 e comunicate al Centro Emiliano Romagnolo di Epidemiologia Veterinaria (CEREV).

<b>Malattia</b>	<b>specie</b>	<b>n° focolai</b>	<b>n° presenti</b>	<b>n° infetti</b>	<b>n° abbattuti</b>
leishmaniosi	canina	0	1.609	54	-

Fonte: Servizio Veterinario AUSL Modena

Per quanto riguarda l'area di sanità animale nelle tabelle seguenti sono riportati i dati dei controlli in generale effettuati nel 2011.

### **Attività di controllo sugli allevamenti\* – anno 2011**

<b>Tipologia allevamento</b>	<b>Allevamenti presenti</b>	<b>Allevamenti controllati</b>	<b>Controlli effettuati</b>
allevamenti bovini	1.496	1.273	10.994
allevamenti suini	346	208	2.833
allevamenti ovicaprini	426	200	322
allevamenti equini	1.261	477	1.075
allevamenti avicoli	1.991	46	203
allevamenti conigli	23	4	8
apiari	247	9	13
allevamenti selvaggina	11	1	6

allevamenti animali da pelliccia	1	1	2
allevamenti animali da affezione	25	12	16
allevamenti ittici	49	14	25
<b>Totale</b>	<b>5.876</b>	<b>2.245</b>	<b>15.497</b>

*\*sono inclusi anche gli allevamenti destinati all'autoconsumo familiare*

*Fonte: Servizio Veterinario AUSL Modena*

I controlli, oltre che in allevamento, sono stati effettuati anche in altre strutture (mercati bestiame, ippodromi, stabulari, canili ecc.) per un totale di 867 controlli; le strutture controllate sono state 83 strutture su 121 esistenti.

### ***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.

Complessivamente nel 2011 sono stati effettuati 2.196 interventi per queste attività, riscontrando 14 irregolarità.

Sono state effettuate inoltre 410 visite di animali in seguito a morsicature, ai sensi del Regolamento di Polizia Veterinaria, per escludere la possibilità di trasmissione della rabbia e, nel caso di morsicature causate da cani, ogni animale segnalato è stato sottoposto a visita specifica per la valutazione dell'aggressività non controllata e provvedimenti conseguenti.

## **2.3.3 L'assistenza territoriale**

### **2.3.3.1 L'assistenza farmaceutica**

#### **Azienda USL**

Ai cittadini residenti in Provincia di Modena vengono messi a disposizione dall'AUSL di Modena i farmaci rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso le farmacie aperte al pubblico o attraverso le strutture aziendali.

L'andamento della spesa farmaceutica è in gran parte influenzata dai Provvedimenti in tema di ammissione alla rimborsabilità e di definizioni dei prezzi emanati livello nazionale dall'[Agenzia Italiana del Farmaco](#). E' possibile analizzare in modo dettagliato l'andamento nazionale dell'assistenza farmaceutica all'interno del Rapporto Osmed.

<b>Spesa farmaceutica - Anno 2011</b>									
	Spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate		Spesa per erogazione diretta farmaci fascia A		Spesa per erogazione diretta altri farmaci		Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)		Spesa farmaceutica totale SSN
	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro
Area Modena	102.890.865	-8,19	38.492.847	2,02	25.078.290	9,7	42.713.448	-11,8	209.175.450
Totale Regione	678.219.850	-8,69	232.261.101	1,93	147.925.553	12,8	253.115.860	-2,3	1.311.522.364

Fonte: Regione Emilia Romagna

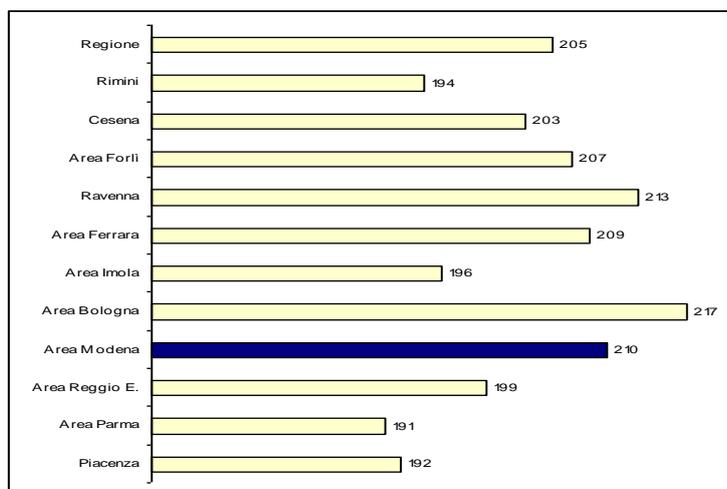
Per Area Modena si intende l'AUSL Modena più l'Azienda Ospedaliera Universitaria

### Assistenza farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata nell'anno 2011 è stata per l'Azienda USL di Modena di circa 102.891.000 di euro, con un decremento dello 8,19% rispetto all'anno precedente; anche quest'anno ha contribuito al contenimento della spesa la riduzione dei prezzi dei farmaci equivalenti stabilito da AIFA ad aprile 2011.

La spesa farmaceutica territoriale si è chiusa con un incremento del 2,02%.

Pur rimanendo superiore all'incremento medio regionale (+1,21%) l'aumento nel numero delle ricette spedite dalle farmacie del territorio di Modena (+2,61%) nel corso del 2011 è inferiore a quello registrato nel 2010 confermando l'impegno dei prescrittori all'adesione al progetto aziendale "I farmaci non sono ruote di scorta".

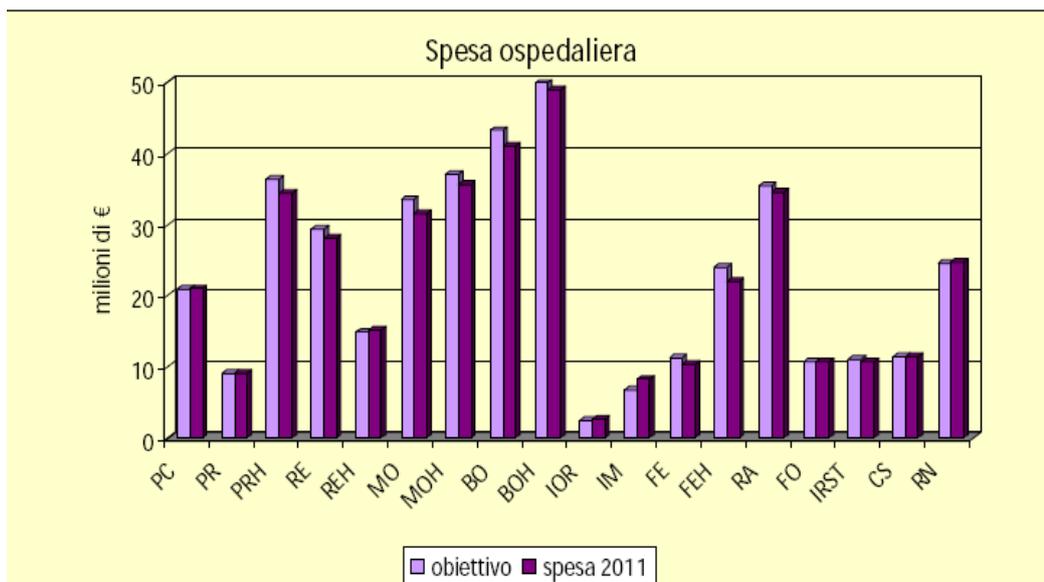


Spesa pro capite pesata per assistenza farmaceutica territoriale

Fonte Regione Emilia Romagna

Nei 7 Distretti dell'Azienda sono stati realizzati, in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie, incontri con tutti i NCP per l'illustrazione: dei dati di spesa e di consumo dei farmaci, degli obiettivi per l'anno 2011, del report relativo ai Profili di Nucleo, dei pacchetti informativi realizzati dal CeVEAS sull'utilizzo di Ace inibitori e Sartani nell'ipertensione arteriosa, nello scompenso cardiaco, nella malattia renale e nella prevenzione secondaria cardio-cerebrovascolare e del Documento regionale di indirizzo per gli usi appropriati di ACE-inibitori e sartani.

### Assistenza farmaceutica ospedaliera



Fonte dati: flusso AFO (2011 - 12° invio)

La spesa farmaceutica ospedaliera dell'Azienda USL di Modena, intesa come somma della spesa per l'assistenza farmaceutica per i pazienti ricoverati all'interno delle unità operative (degenza ordinaria e day hospital) e per i pazienti trattati con farmaci di fascia H Osp2 sia in ambulatorio che a domicilio, ossigeno escluso, è stata nel 2011 di 32.029.246 € ed ha fatto registrare un incremento del 2,8% rispetto al 2010, pari a quello medio regionale.

La spesa ospedaliera per l'Area di Modena è stata di 67.791.738 € (di cui 32.029.246 € per l'Az. USL e 35.762.492 € per l'Az. Policlinico) ed è aumentata dello 0,9% rispetto al 2010, l'aumento di spesa provinciale è stato inferiore a quello medio regionale del 2,8%.

In entrambe le Aziende è calata la spesa per consumi interni (area Modena -11,8% vs -2,3% RER) ed è aumentata quella per la distribuzione diretta dei farmaci ex OSP2 (area Modena 9,7% vs 12,8% RER).

Nel corso dell'anno 2011 è stato effettuato il monitoraggio dell'applicazione delle Linee Guida Terapeutiche per il trattamento sistemico della Psoriasi cronica a placche moderata-grave e dell'Artrite Reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici prodotte dai gruppi regionali.

Sono stati diffusi, per l'implementazione, i documenti di indirizzo prodotti dal GReFO per l'impiego dei farmaci oncologici innovativi.

Relativamente all'appropriatezza d'uso dei farmaci, i prescrittori sono stati richiamati ad un uso controllato degli antibiotici, con particolare attenzione all'insorgenza di ceppi batterici resistenti.

### **Governo dei dispositivi medici**

Nel corso del 2011 sono stati realizzati una serie di interventi finalizzati al monitoraggio e governo dell'impiego di Dispositivi Medici e Materiale Protesico; la Commissione Aziendale per i Dispositivi Medici ha proseguito la propria attività di analisi e valutazioni delle richieste di introduzione di nuovi dispositivi nel Repertorio Aziendale, producendo anche specifici approfondimenti.

E' proseguito il lavoro, in coordinamento con le altre Aziende Sanitarie dell'Area Vasta, per l'aggiornamento di tutti i prodotti presenti in anagrafica con l'attribuzione del parametro della Classificazione Nazionale Dispositivi (CND), finalizzato alla realizzazione di un Repertorio AVEN e, quindi, al miglioramento della futura gestione logistica centralizzata, del flusso informativo e della Dispositivo Vigilanza.

Sono stati inviati in regione i flussi informativi, con i dati dei contratti e dei consumi dei dispositivi medici dell'Azienda USL di Modena, idonei ad attivare il sistema informativo regionale dei dispositivi medici (DiMe).

La spesa Aziendale 2011 per Materiali sanitari, all'interno della quale è compresa la spesa per i Dispositivi Medici, è stata di 51.844.221€ circa, superiore del 2,68% a quella del 2010; l'incremento registrato nella spesa è stato accompagnato da analoga percentuale di incremento nei consumi (+2,63%).

### **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

#### **Attività di approvvigionamento, distribuzione e somministrazione farmaci e dispositivi medici – AOU**

Nel corso del 2011, l'assistenza farmaceutica ospedaliera ha registrato un **decremento** generale nel consumo interno dei fattori produttivi farmaci ed emoderivati rispetto al 2010 del **4,8%**.

Analizzando il dato, si evidenzia per i consumi interni un decremento del 6% sui farmaci e un incremento del 3,7% sugli emoderivati.

Le classi terapeutiche che maggiormente hanno determinato questi scostamenti sono gli antibiotici (-7,97%) e gli antitumorali (-2,34%), classi che incidono fortemente sulla spesa farmaceutica complessiva.

In ottemperanza alla legge 405 /2001 è continuata l'attività di **Distribuzione diretta di farmaci in dimissione e da visita ambulatoriale specialistica**; hanno beneficiato di tale servizio nel 2011 nr 27.616 pazienti registrando un numero di accessi 67.064 pari al 1,4% in più rispetto al 2010 (nr accessi 66.125).

#### **a) Consumi in compensazione :**

- per pazienti modenesi si è registrato un **decremento** del 1% della spesa (spesa 2010 euro 19054806 -spesa 2011 euro 18.861.191 )
- per i pazienti fuori modena si è registrato un aumento del 5,9% della spesa (spesa 2010 euro 4.908.685 ,spesa 2011 euro 5.199.213 determinato da trattamenti emofilici).

Il progetto rappresenta un importante momento di collaborazione con l'AUSL di Modena sia per l'impatto sul contenimento della spesa farmaceutica territoriale, sia in termini di condivisione di una politica del farmaco unitaria, di respiro provinciale.

Nella distribuzione, si pone la massima attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni sia in termini di aderenza alle Note AIFA e alle indicazioni dei registri OncoAIFA che in termini di aderenza al PTR e alla prescrizione per Principio attivo.

#### **b) Prescrizione farmaci alla dimissione :**

Trimestralmente sono state analizzate le lettere di dimissione di tutti i reparti relativamente al mese di riferimento rilevando sia l'adesione al prontuario che la prescrizione per P.A..

La tabella seguente riporta l'andamento prescrittivo registrato relativamente all'aderenza al P.T :

<b>Periodo di riferimento</b>	<b>Marzo 2011</b>	<b>Giugno 2011</b>	<b>Settembre 2011</b>	<b>Dicembre 2011</b>
<b>Lettere di dimissione esaminate</b>	2693	2626	2348	2614
<b>Lettere con prescrizione in</b>	2518	2454	2184	2466

<b>aderenza al PT.</b>				
<b>Rapporto % tra lettere con prescrizione in aderenza al PT. e lettere esaminate</b>	93,5 %	93,45%	93%	94,33 %

## PROTESI

La gestione delle protesi ha registrato una riduzione nei consumi del 24%.

Tale importante risultato è stato ottenuto grazie ad un monitoraggio mensile dell'andamento dei consumi nelle diverse U.O., all'adesione alle gare Aven , e locali ed ad una differente attività in alcuni ambiti in particolare nell'interventistica coronarica..

Importante la gestione in Conto Deposito ,gestione che permette al professionista di usufruire di una gamma adeguata di prodotti e misure e all'Azienda di acquistare solo il materiale impiantato.

## DISPOSITIVI MEDICI

Anche in tale ambito si è registrato un decremento dei consumi del 17% legato prevalentemente all'attività interventistica cardiologica.

## DIAGNOSTICI E REAGENTI

Si è registrato anche in tale settore una riduzione del consumato e della spesa del 7%.

I laboratori che hanno determinato tale risparmio:

- laboratorio analisi chimico cliniche -5% dovuto ad una riduzione di attività e a una diversificazione di tipologia di esami (non più autoimmunità ma esami endocrinologici) ;
- laboratorio di tossicologia : - 14% per trasferimento di parte delle attività all'ASL nel secondo semestre del 2010;
- laboratorio di anatomia patologica -14% per attivazione nuova gara.
- Laboratorio trasfusionale :-6% per modifica attività(cessazione WESTNILE – attività per tutto l'anno del test NAT e sierologia per Reggio Emilia) .

### 2.3.3.2 - Le Cure Primarie

Nel corso del 2011 è proseguito lo sviluppo dell'associazionismo dei Medici di Medicina Generale, che ha portato ad avere nel territorio provinciale **39 Nuclei di Cure Primarie (NCP)**, in cui operano 519 MMG, circa l'85% dei quali è aggregato in associazione (medicina in rete e medicina di gruppo). I Pediatri di Libera Scelta (PLS) sono 101 (l'85% aggregati in forma associativa), 131 gli Infermieri dell'Assistenza Domiciliare e 23 i punti di Continuità Assistenziale.

La formula associativa più gradita alla popolazione è rappresentata dalle medicine di gruppo, ove i professionisti operano presso un'unica sede, spesso assistiti da personale infermieristico e di segreteria. Questo modello organizzativo consente un significativo ampliamento delle fasce orarie di apertura al pubblico, una più puntuale organizzazione delle attività, un più facile interscambio delle conoscenze, nonché snellimenti operativi (vaccinazioni, gestione cronicità, ecc). Nell'AUSL di Modena sono presenti 5 cooperative di MMG, dislocate in 5 distretti , 29 di medicine di gruppo e 47 medicine di rete.

## Gli attori delle Cure Primarie al 31/12/2011

	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco E.	Totale
Medici di Medicina Generale	78	67	143	86	32	64	49	519
Nuclei di cure primarie	8	5	9	7	4	3	3	39
MMG associati	61	58	122	74	22	51	47	435
Forme associative MMG	15	9	17	10	5	12	8	76
- di cui medicine gruppo	9	2	3	3	3	6	3	29
- di cui medicine in rete	6	7	14	7	2	6	5	47
Pediatri di Libera Scelta	16	11	27	18	4	12	13	101
Forme associative PLS	3	3	6	5	1	2	3	23
PLS associati	9	10	23	17	3	9	12	83
Infermieri Ass. domiciliare	17	13	39	24	11	13	14	131
Punti continuità ass.le	1	4	1	6	5	4	2	23

Per le **Case della salute** i progetti a cui si è lavorato e che continueranno nel corso del 2012 sono quelli della Casa della Salute di Fanano, Pievepelago, Montefiorino, Bomporto e Finale Emilia andando a definire percorsi di cura condivisi in merito alle patologie croniche ad alta prevalenza quali diabete, scompenso cardiaco e disturbi cognitivi, sviluppando contestualmente un modello organizzativo che risponde all'idea che il paziente venga 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) fondamentale sarà lo sviluppo dell'integrazione informatica e la definizione dei ruoli, di competenze e di modalità di lavoro dei professionisti che prestano il proprio contributo all'interno delle Case della Salute.

### Le cure domiciliari

Al fine di realizzare un'assistenza che risponda alle esigenze dei malati e dei loro famigliari, nell'AUSL di Modena le Cure Domiciliari vengono erogate attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali al domicilio del paziente, con un progetto di cura personalizzato.

L'assistenza domiciliare rientra tra le prestazioni sanitarie di tipo socio-assistenziale che ha la finalità di mantenere il più possibile a domicilio i pazienti fragili in alternativa alla residenzialità o all'ospedalizzazione. Il servizio, articolato in tre livelli di intensità delle cure in relazione al bisogno assistenziale del singolo paziente, è rivolto ai malati cronici, terminali, disabili gravi e gravissimi e vede il coinvolgimento di più operatori e l'integrazione di diversi servizi: medici di medicina generale, infermieri, specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, OSS e volontari, tutto questo in continuità con l'apporto fondamentale della rete familiare e di un caregiver di riferimento. La domanda di attivazione delle Cure Domiciliari avviene attraverso il Punto Unico di Accesso socio sanitario che riceve tutte le segnalazioni provenienti dal territorio e dall'ospedale e valuta il caso attivando il MMG e scegliendo il setting assistenziale appropriato. La valutazione viene fatta con l'unità di valutazione multidimensionale che a seconda della complessità del paziente coinvolge professionisti diversi: oltre al MMG, all'Assistente Sociale e all'Infermiere possono essere presenti il Geriatra o altri professionisti individuati e definisce il Piano di Assistenza individuale.

Nel corso dell'anno si è consolidata l'evoluzione del PUASS che si connota sempre più come punto strategico del territorio in grado di gestire i percorsi dei pazienti, di governare complessivamente i servizi della rete e di porsi come momento di incontro e mediazione tra domanda e offerta, non esclusivo per i servizi domiciliari ma per l'accesso a tutti i servizi della rete garantendo l'integrazione tra area sanitaria e area sociale e costituendo una interfaccia con la rete ospedaliera provinciale per le dimissioni protette e difficili.

Nel 2011 i pazienti assistiti nelle varie tipologie di assistenza sono stati 15.547 pari al 22,2 per mille; di questi 12.775, pari al 169,6 per mille, avevano un'età maggiore di 75 anni. Le fasce di

età maggiormente prese in carico sono quelle dei pazienti grandi anziani tra gli 85 e i 94 aa (6.652 pazienti) e tra i 75 e 84 aa (4.965 pazienti).

DISTURBI COGNITIVI 2011					
Distretto	PZ	MMG	MEDIA x MMG	POPOL. > 65	TASSO x1000
1	814	65	12,5	21.328	38,2
2	669	35	19,1	18.313	36,5
3	1.705	118	14,4	41.362	41,2
4	1.104	54	20,4	22.663	48,7
5	188	14	13,4	9.753	19,3
6	135	16	8,4	18.364	7,4
7	516	39	13,2	13.206	39,1
<b>AUSL</b>	<b>5.131</b>	<b>341</b>	<b>15,0</b>	<b>144.989</b>	<b>35,4</b>

Le principali patologie di cui erano affetti i pazienti sono le patologie cardiovascolari (17,5%) e i disturbi cognitivi (12,8%) - quest'ultimi sono aumentati del 30% rispetto al 2010- ed infine le patologie tumorali (12,5%). La maggior parte dei pazienti sono stati presi in carico in assistenza domiciliare integrata a bassa o media intensità e in assistenza domiciliare programmata in cui generalmente vengono inseriti i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative.

Una attenzione tutta particolare è stata dedicata al **"PRENDERSI CURA"** delle persone che attraversano la fase terminale di patologie croniche ed inguaribili per accompagnarli con dignità e liberi da sintomi disturbanti , insieme alle loro famiglie , grazie a scelte di cura che producano la miglior qualità di vita e di morte possibili. All'interno del Dipartimento Cure Primarie il Programma Cure Palliative ha , nel corso dell'ultimo anno, avviato un processo di riorganizzazione per poter rispondere al mandato della legge 38 . Il modello delle Cure Palliative Territoriali è stato ridisegnato attraverso un documento recepito dalla Direzione Aziendale. Inoltre tale modello è stato presentato come progetto ai bandi di modernizzazione della Regione trovando un elevato apprezzamento e ottenendo un finanziamento finalizzato a monitorarne i risultati. Il modello descritto si basa su cure palliative erogate da una molteplicità di soggetti secondo i progetti assistenziali e i setting nei quali il paziente è curato. In particolare sul territorio si affida ad ogni équipe assistenziale curante la responsabilità di attuare le cure palliative fornendo supporti esperti di diversa professionalità.

L'organizzazione dell'assistenza si realizza all'interno delle cure primarie e dell'assistenza domiciliare con modalità organizzative, strumenti, intensità e standard di cura differenziati rispetto all'attuale percorso ADI.

Oltre a ciò, continua anche l'attività dei NCP verso la presa in carico della cronicità (diabete, disturbi cognitivi, malattie cardiovascolari) che ha nella multidisciplinarietà tipica dell'approccio

#### **Assistenza Domiciliare Azienda USL di Modena**

##### 1.1 Pazienti Assistiti a Domicilio - Anno 2011

##### Incidenza sulla popolazione per Distretto

Anno 2010	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco	Totale
Totale pazienti assistiti a domicilio	1.782	2.401	4.459	2.493	1.232	1.695	1.485	<b>15.547</b>
di cui Paz => 75 aa	1.479	1.956	3.745	1.979	1.023	1.357	1.236	12.775
Tasso Grezzo Tot Paz 2011	17,1	27,4	24,1	20,8	29,7	19,0	20,1	<b>22,2</b>
Tasso Grezzo Tot Paz 2010	18,5	26,1	24,1	21,4	27,2	19,1	22,3	22,4
Tasso Grezzo Paz=> 75 aa 2011	138,7	198,8	172,8	176,7	185,0	141,4	180,7	<b>169,6</b>
Tasso Grezzo Paz=> 75 aa 2010	149,7	189,4	173,3	184,9	173,4	141,9	197,6	172,0

*In questa tabella sono rappresentati i Pazienti assistiti a domicilio nei Distretti dell' Azienda USL di Modena conteggiati solo 1 volta indipendentemente dalla tipologia di assistenza in cui sono inseriti e Dal professionista o servizio che li assiste.*

delle cure primarie, nel lavoro in team e nell'integrazione tra competenze professionali diverse ma convergenti sugli stessi bisogni assistenziali un aspetto chiave del *disease management*.

DIABETE 2011					
Distretto	PZ	MMG	MEDIA x MMG	POPOL. > 15	TASSO x 1000
1	4.082	76	53,7	89.385	45,7
2	3.350	61	54,9	75.039	44,6
3	4.227	130	32,5	160.078	26,4
4	3.360	76	44,2	102.210	32,9
5	862	29	29,7	36.065	23,9
6	1.191	44	27,1	76.516	15,6
7	2.152	42	51,2	62.218	34,6
<b>AUSL</b>	<b>19.224</b>	<b>458</b>	<b>42,0</b>	<b>601.511</b>	<b>32,0</b>

TAO 2011					
Distretto	PZ	MMG	MEDIA x MMG	POPOL. > 18	TASSO x 1000
1	-	-	-	-	-
2	652	61	10,7	72.786	9,0
3	-	-	-	-	-
4	1.261	75	16,8	98.889	12,8
5	788	28	28,1	35.026	22,5
6	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-
<b>AUSL</b>	<b>2.701</b>	<b>164</b>	<b>16,5</b>	<b>206.701</b>	<b>13,1</b>

### L'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili

Il 2011 è stato l'anno in cui si è avviato il consolidamento del processo di accreditamento che si iscrive nelle politiche del nuovo welfare locale, tese a portare a compimento quel processo di costruzione del sistema locale integrato dei servizi a rete, rappresentato dalla doppia integrazione: tra soggetti pubblici e privati, pur nel rispetto della funzione di programmazione, committenza e produzione dei diversi attori del sistema e tra competenza sanitaria e competenza sociale, dove esiste l'indivisibilità dell'intervento sanitario e sociale come risultato dell'assistenza.

DISTURBI COGNITIVI 2011					
Distretto	PZ	MMG	MEDIA x MMG	POPOL. > 65	TASSO x 1000
1	814	65	12,5	21.328	38,2
2	669	35	19,1	18.313	36,5
3	1.705	118	14,4	41.362	41,2
4	1.104	54	20,4	22.663	48,7
5	188	14	13,4	9.753	19,3
6	135	16	8,4	18.364	7,4
7	516	39	13,2	13.206	39,1
<b>AUSL</b>	<b>5.131</b>	<b>341</b>	<b>15,0</b>	<b>144.989</b>	<b>35,4</b>

Con la messa in rete dell'accreditamento si è, tra l'altro, assicurato una compiuta valutazione dell'offerta attuale e potenziale delle strutture e dei servizi del territorio.

Nella tabella sottostante si riporta la serie storica dei posti letto residenziali e semiresidenziali per anziani.

DISTRETTI	POSTI AUTORIZZATI		POSTI ACCREDITATI				Popolazione > 75 al 1/1/2011	% Copertura SSR (posti accreditati)
	Residenziali	Centro diurno	Anziani	Demenza	Temp.	Totali		
CARPI	324	88	311	0	5	<b>316</b>	10.663	3,0%
MIRANDOLA	485	79	293	9	1	<b>303</b>	9.839	3,1%

MODENA	1103	170				<b>0</b>	21.670	0,0%
SASSUOLO	551	65	338		11	<b>349</b>	11.202	3,1%
PAVULLO	438	45	185	7	15	<b>207</b>	5.530	3,7%
VIGNOLA	520	37	267	0	4	<b>271</b>	9.596	2,8%
CASTELFRANCO	231	60	152	2	14	<b>168</b>	6.839	2,5%
<b>TOTALI</b>	<b>3652</b>	<b>544</b>	<b>1.546</b>	<b>18</b>	<b>50</b>	<b>1.614</b>	<b>75.339</b>	<b>2,1%</b>

Come si evidenzia, anche nella tabella, la suddivisione distrettuale dei posti accreditati residenziali e semiresidenziali per anziani, vede, nell'ambito provinciale, la percentuale di copertura dei posti attestarsi sul 2% rapportata alla popolazione anziana con età superiore ai 75 anni.

La programmazione dei posti che avviene a livello di Comitato di distretto, nell'anno 2011 ha visto altresì, l'implementazione del monitoraggio e della verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e riabilitative e il concorso alla valutazione della qualità assistenziale erogata all'interno dei servizi accreditati per anziani e per disabili.

## **Gravissime disabilità acquisite**

Nel corso degli anni per le situazioni di lungo-assistenza di persone con gravissima disabilità acquisite si è registrato un trend di crescita ( nel 2010 i casi sono stati 164 nel 2011 invece 151).

<b>DISTRETTI</b>	<b>POSTI LETTO ACCREDITATI GDA</b>
CARPI	5
MIRANDOLA	4
MODENA	
SASSUOLO	11
PAVULLO	9
VIGNOLA	2
CASTELFRANCO	5
<b>TOTALI</b>	<b>36</b>

Questo è da ricondurre alle migliori possibilità di trattamento in fase acuta di eventi gravi e per la possibilità di governare patologie concomitanti che spesso portavano all'exitus precoce delle persone affette da patologie vascolari, traumatiche o degenerative.

Da sottolineare l'integrazione, nelle gravissime disabilità acquisite, tra ospedale e territorio, dove i primi ricevono i pazienti in fase acuta ed effettuano la riabilitazione, attivando preventivamente l' equipé territoriale che con la presa in carico del paziente e del nucleo familiare consente il rientro a domicilio del paziente. La famiglia, infatti, continua a rimanere la maggiore risorsa per questi pazienti, nel 2011 sono stati registrati pochi ingressi in struttura socio sanitaria ( 63 ), mentre al domicilio sono stati assistiti 88 pazienti.

### **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.

#### **Indici di consumo extra Aziende 2007-2011**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Visite ambulatoriali</b>					
Indice di consumo	1.335	1.333	1.296	1.302	1.347
% di fuga fuori Aziende	6,0	6,3	6,6	6,4	6,6
<b>Diagnostica</b>					
Indice di consumo	1.440	1.448	1.496	1.501	1.478
% di fuga fuori Aziende	8,6	8,1	7,8	7,9	8,1
<b>Prestazioni terapeutiche</b>					
Indice di consumo	449	448	511	426	410
% di fuga fuori Aziende	6,8	6,8	6,2	7,3	8,37
<b>Riabilitazione</b>					
Indice di consumo	271	295	308	326	316
% di fuga fuori Aziende	4,3	4	4,0	4	4,09
<b>Laboratorio</b>					
Indice di consumo	10.958	12.181	12.125	12.377	12.010
% di fuga fuori Aziende	3,6	3,7	3,3	3,2	3,31

*Indici di consumo standardizzati per età per 1.000 abitanti e % fuga extra-aziendale (escluso PS e OBI). Fonte RER (Reportistica predefinita ASA)*

Nella tabella sono riportati i principali valori, riferiti agli ultimi quattro anni, degli indici di consumo e delle percentuali di fuga fuori azienda.

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, una situazione stabile di consumo, con 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 è in lieve aumento con una riduzione della percentuale di fuga, dovuta alla definizione di accordi contrattuali e protocolli specifici su alcune prestazioni.

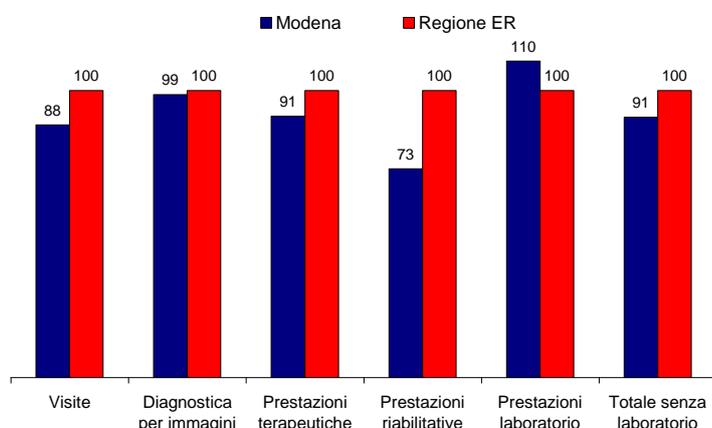
Appartengono al gruppo delle **prestazioni terapeutiche**: la radioterapia, la dialisi, l'odontoiatria, le trasfusioni, la chirurgia ambulatoriale e l'insieme delle altre prestazioni terapeutiche non definite. Dalla tabella si evidenzia un andamento in lieve aumento nel 2009 e un ritorno a valori più bassi nel 2011. 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 2007-2011 è aumentato il consumo di prestazioni riabilitative, mentre la percentuale di fuga fuori azienda è 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 e si è ridotta la percentuale di fuga fuori azienda.

### **Il confronto regionale e la variabilità territoriale**



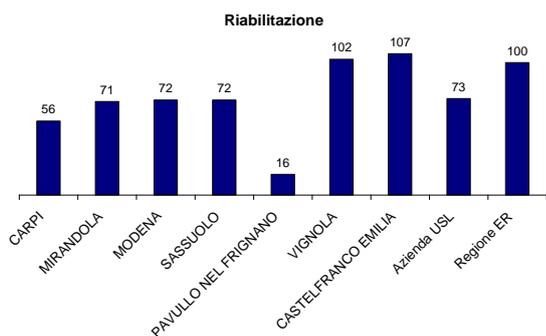
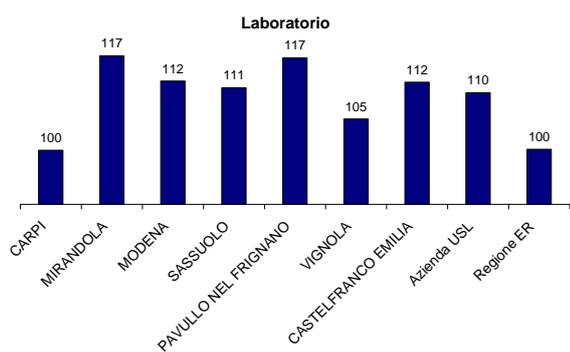
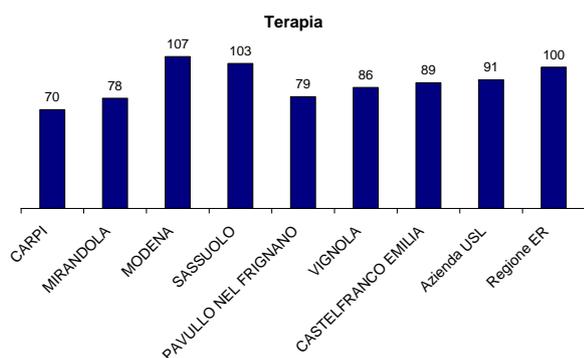
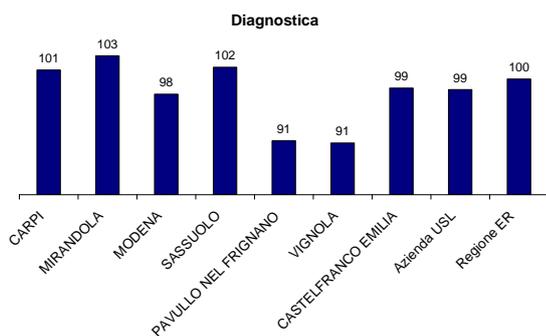
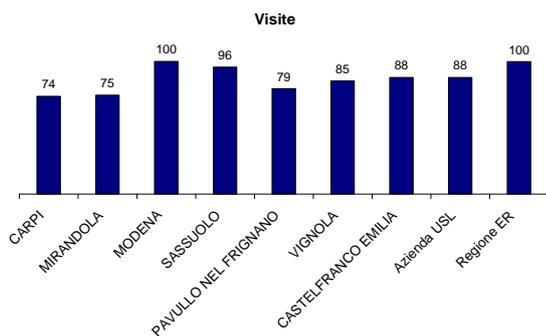
*Indice consumo standardizzato per età popolazione residente (esclusi pronto soccorso ed OBI) - Numeri indice: RER = 100. Anno 2010. Fonte RER (Elaborazioni su dati Reportistica predefinita ASA).*

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.

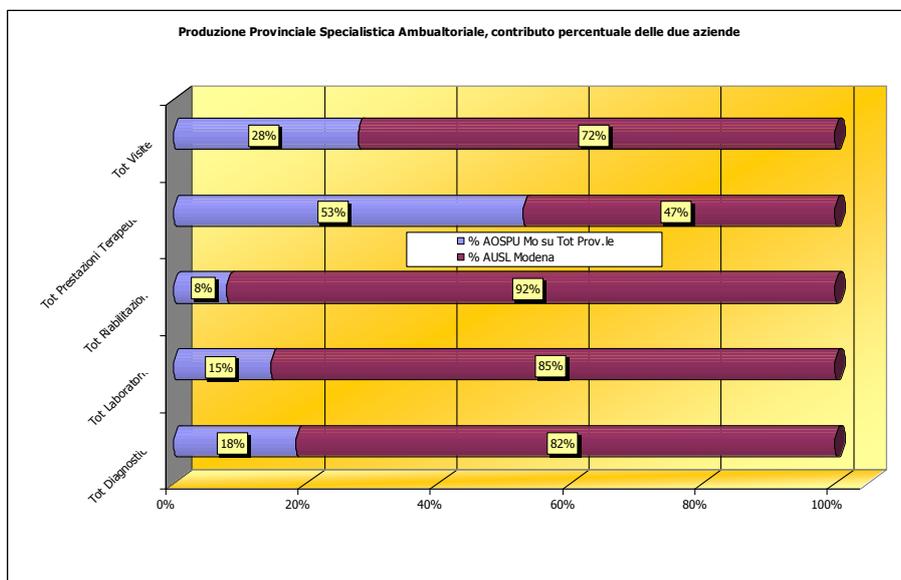
Dalla figura è possibile osservare come per i raggruppamenti di prestazioni indagati il consumo di risorse da parte dei cittadini modenesi sia pressoché in linea rispetto ai cittadini della Regione, tranne che per il laboratorio di analisi (con un consumo più elevato) e per le prestazioni riabilitative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

Nelle figure successive vengono presentati i dati per singolo distretto sanitario.



Indice consumo standardizzato per età (esclusi pronto soccorso ed OBI) - Numeri indice: RER = 100. Anno 2010. Fonte RER (Elaborazioni su dati Reportistica predefinita ASA).

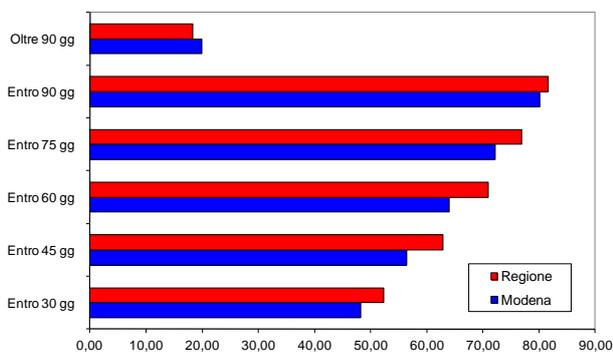
Il grafico seguente evidenzia il contributo percentuale delle due aziende all'erogazione delle prestazioni di specialistica sopra analizzate.



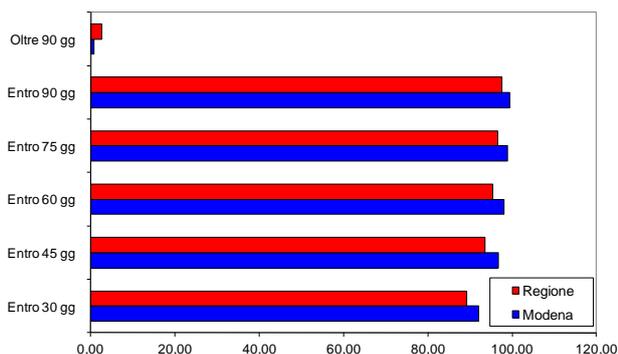
### Tempi di attesa per i residenti della Provincia di Modena

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

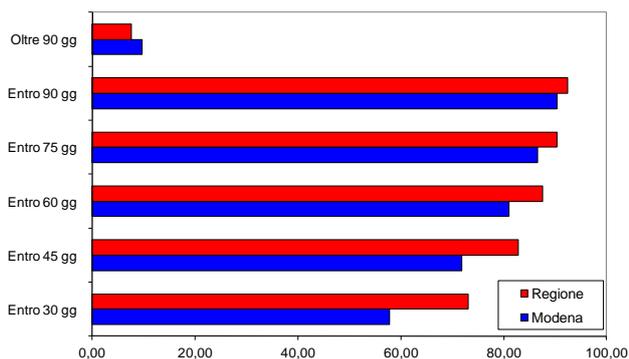
Tempi di attesa Diagnostica



Tempi di attesa Laboratorio

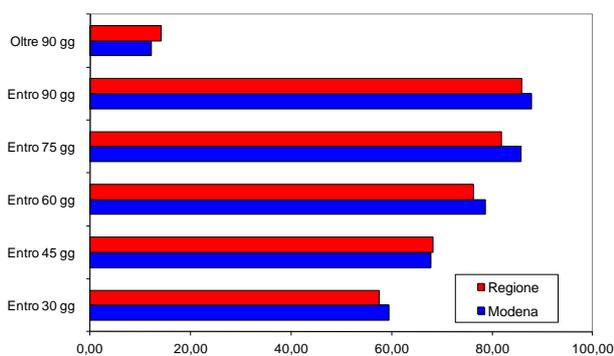


**Tempi di attesa Riabilitazione**



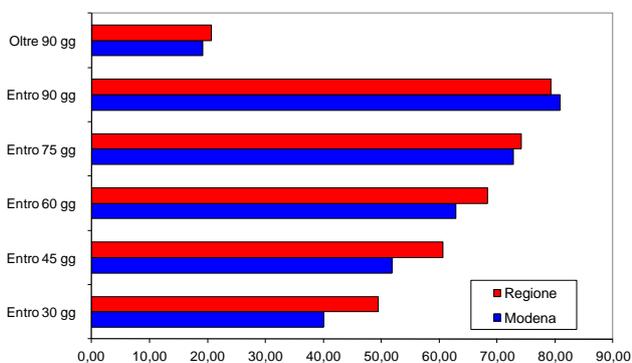
**Tempi di attesa Prestazioni Terapeutiche**

%



**Tempi di attesa Visite**

%



*Tempi di attesa per tipologia di prestazioni: percentuale di prestazioni erogate per giorni di attesa (in classi). Confronto AUSL e AOSP Modena – Regione ER. Anno 2010.*

*Sono considerate le prestazioni erogate a carico SSN con tempi di attesa  $\geq 1$  giorno. Sono escluse le modalità: OBI e Pronto Soccorso non seguito da ricovero.*

*Fonte RER (Elaborazioni su dati Reportistica dinamica ASA).*

#### 2.3.3.4 La salute mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche (DSM-DP) è la struttura preposta all'erogazione delle prestazioni relative alla tutela della salute mentale. Al proprio interno integra, in un'ottica di processo e di continuità assistenziale, le seguenti aree: Psichiatria Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile, 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.

Nel corso dell' anno 2011 sono stati seguiti dal Dipartimento i seguenti pazienti, in 4 diverse aree:

- **psichiatria adulti:** 11.149 pazienti (4.202 primi contatti)
- **dipendenze patologiche:** 2.665 pazienti di cui 1.462 tossicodipendenti, 950 alcolisti, 160 tabagisti e 93 giocatori d'azzardo
- **neuropsichiatria infantile:** 7.929 (2.867 prime visite)
- **psicologia clinica:** 6.250 pazienti (di cui 3.733 primi contatti)

#### ***I servizi offerti***

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 Alcologici,
- 7 Centri Antifumo e 80 posti letto in strutture dirette da Enti Accreditati,
- 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.

È inoltre attivo una rete di Presidi Ospedalieri di Diagnosi e Cura e Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi, da un Sistema di Residenze Sanitarie, Socio Riabilitative e Terapeutico Riabilitative, da posti di Semiresidenza.

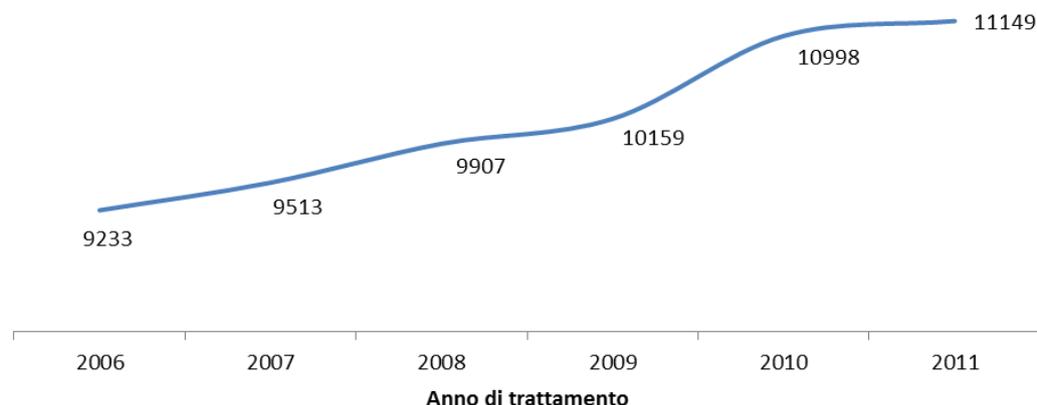
Le persone afferenti ai servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche sono state caratterizzate nel modo seguente: 1) **persone al primo contatto** (persone che si presentano per la prima volta ai CSM), 2) **persone in carico** (persone che hanno attivo un progetto di cura

<sup>2</sup> con i CSM), 3) **persone trattate** (persone che nell'arco dell'anno ricevono almeno una prestazione da parte dei professionisti dei CSM).

#### **Settore Salute Mentale Adulti**

Il numero dei soggetti trattati presso gli otto CSM nel periodo 2006-2011 mostra un incremento costante nel tempo Il numero di utenti trattati nel 2011 è pari a 11.149, un aumento pari al 1,4% rispetto al 2010.

## Soggetti trattati dai CSM del DSM-DP di Modena – Periodo 2005-2011



Nell'anno 2011, nel territorio del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Ausl di Modena, mediamente l'1,9 % della popolazione residente è stata trattata presso i C.S.M.; circa l' 0,7% è in primo contatto e circa 1,5% ha un progetto di assistenza condiviso con i servizi.

Considerando i tassi divisi per distretto di residenza degli utenti si registra una discreta eterogeneità; il distretto di Mirandola registra bassi tassi di primi contatto (55,5x10.000), presa in carico (129,0x10.000) e di trattamento (161,4x10.000), mentre nel distretto di Pavullo si registrano alti tassi di primi contatto (101,6x10.000), presa in carico (195,3x10.000) e di trattamento (243,2x10.000).

### Tassi di trattamento e primo contatto nel DSM-DP di Modena (x10.000 residenti maggiorenni) – Anno 2011

Distretto di residenza	2011		
	Tasso di primo contatto (per 10.000)	Tasso di presa carico (per 10.000)	Tasso di prevalenza Trattata (per 10.000)
Carpi	54,1	161,1	182,1
Mirandola	55,5	129	161,4
Castelfranco	93,7	142,7	200,9
Modena	74,5	146,7	193,4
Pavullo	101,6	195,3	243,2
Sassuolo	69,7	172,7	202
Vignola	75,4	136,4	178,4
<b>DSM-DP Modena</b>	<b>72,0</b>	<b>152,2</b>	<b>191,1</b>

La popolazione target è la popolazione maggiorenne residente nel territorio della Ausl di Modena al 01/01/2011

Nel calcolo del tasso dei primi contatti non è rilevata l'attività di consulenza effettuate in pronto soccorso e nei reparti ospedalieri svolte dai medici SPDC di Baggiovara e dei medici del servizio consulenze del policlinico. Per gli altri ospedali e pronto soccorso della provincia, le attività di consulenza ricade sugli operatori dei CSM e quindi registrata nel sistema dell'attività territoriale, ad eccezione per quelli del CSM di Sassuolo.

#### Percentuale di primi contatti con invio da parte del Medico di Medicina Generale – Regione E-R – Anno 2011

Ausl di competenza	Anno 2011		
	Nuovi accessi	Con invio MMG	% di invio MMG
Piacenza	2.023	571	28,2%
Parma	2.597	1.908	73,5%
Reggio Emilia	4.412	2.003	45,4%
<b>Modena</b>	<b>4.202</b>	<b>2.421</b>	<b>57,6%</b>
Bologna	5.127	2.897	56,5%
Imola	906	466	51,4%
Ferrara	3.139	1.241	39,5%
Ravenna	3.114	584	18,8%
Forlì	1.263	665	52,7%
Cesena	1.304	553	42,4%
Rimini	2.087	995	47,7%
<b>Regione E-R</b>	<b>30.174</b>	<b>14.304</b>	<b>47,4%</b>

Nel corso del 2011, 2.421 utenti al primo contatto con i CSM del DSM-Dp di Modena (pari al 57,6% del totale) ha avuto come canale di accesso quello del Medico di Medicina Generale. In particolare, alta percentuale di invio MMG è registrata nel CSM di Carpi (68,9%), mentre basse proporzioni è registrata nel CSM di Pavullo (42,7%).

#### Tasso di ospedalizzazione x 10.000 residenti nei reparti psichiatrici – DSM-DP di Modena – Anno 2011

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.**

Nei tassi non considerata la mobilità passiva, ovvero i soggetti residenti nel territorio della provincia di Modena ricoverati nelle strutture fuori dalla provincia modenese.

Nel periodo 2011, il tasso complessivo di ospedalizzazione in acuto dei residenti nella provincia di Modena è pari a 20,7x10.000.

Confrontando il tasso 2011 con quello relativo al 2010 viene in luce una riduzione del 4,6%. In particolare la riduzione si registra sia per l'ospedalizzazione in SPDC (riduzione del 5,5%) che per l'ospedalizzazione in SPOI (riduzione del 3,6%).

A livello distrettuale, il tasso più elevato si registra per il distretto di Vignola, tasso pari a 25,6x10.000 mentre quello più contenuto si registra per i residenti nel distretto di Mirandola (10,9x10.000).

Distretto di residenza	Tasso di ospedalizzazione per 10.000 abitanti nei reparti psichiatrici (var % 2011 vs 2010)	
Carpi	19,7	(-11,3%)
Mirandola	10,9	(-9,2%)
Castelfranco	17,5	(-15,0%)
Modena	24,2	(-4,0%)
Pavullo	15,7	(-19,5%)
Sassuolo	23,4	(+5,4%)
Vignola	25,6	(+4,1%)
<b>DSM-DP Modena</b>	<b>20,7</b>	<b>(-4,6%)</b>

La popolazione target è la popolazione residente nel territorio della Ausl di Modena al 01/01/2011

#### Volumi e tassi di ospedalizzazione per Trattamento Sanitario Obbligatorio - Regione E-R – Anno 2011

Nell'anno 2011, il tasso di ospedalizzazione per Trattamento Sanitario Obbligatorio degli utenti residenti nel territorio della Ausl di Modena è pari a 2,13x10.000 abitanti, valore in linea con il *tasso medio regionale (2,18)*. A livello di distretto sanitario di residenza, il distretto in cui si registra il tasso di ospedalizzazione per TSO più elevato è il distretto di Vignola (4,26x10.000, incremento del 44,9% rispetto al 2010) mentre il distretto in cui il tasso ha il valore più contenuto è quello di Mirandola (0,69x10.000).

Ausl di residenza	Ricoveri in T.S.O	Tasso T.S.O. per 10.000 ab.
Piacenza	71	2,45
Parma	110	2,49
Reggio Emilia	186	3,51
<b>Modena</b>	<b>149</b>	<b>2,13</b>
Bologna	126	1,47
Imola	4	0,3
Ferrara	105	2,92

Ravenna	83	2,11
Forlì	36	1,92
Cesena	34	1,64
Rimini	64	1,94
<b>Regione E-R</b>	<b>968</b>	<b>2,18</b>

La popolazione target è la popolazione residente nel territorio della Ausl di Modena al 01/01/2011

### Settore Dipendenze Patologiche

Tassi di trattamento e primo contatto di utenti con dipendenza da droghe nei Servizi di Tossicodipendenze del DSM-DP di Modena (x10.000 residenti di età 15-54 anni) – Anno 2011

Distretto di residenza	Anno 2011	
	Tasso di tossicodipendenti in primo contatto (per 10.000)	Tasso di tossicodipendenti in carico (per 10.000)
Carpi	7,2	40,4
Mirandola	5,4	25,9
Castelfranco	7,1	41,6
Modena	5,1	41,7
Pavullo	6,7	27,6
Sassuolo	4,5	34,6
Vignola	7,6	31,9
<b>DSM-DP Modena</b>	<b>6,0</b>	<b>36,2</b>

La popolazione target è la popolazione di 15-54 anni residente nel territorio della Ausl di Modena al 01/01/2011

Tassi di trattamento e primo contatto di utenti con dipendenza da alcol nei Servizi di Tossicodipendenze del DSM-DP di Modena (x10.000 residenti di età 15-74 anni) – Anno 2011

Distretto di residenza	Anno 2011	
	Tasso di alcolisti in primo contatto (per 10.000)	Tasso di alcolisti in carico (per 10.000)
Carpi	4,4	13,6
Mirandola	3,5	13,5
Castelfranco	7,7	21,2
Modena	4,1	14,2
Pavullo	6,5	35,0
Sassuolo	3,8	18,3
Vignola	4,9	20,3
<b>DSM-DP Modena</b>	<b>4,7</b>	<b>17,5</b>

La popolazione target è la popolazione di 15-74 anni residente nel territorio della Ausl di Modena al 01/01/2011

### Settore Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Tassi di trattamento e primo contatto di utenti nei Centri di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del DSM-DP di Modena (x10.000 residenti minorenni) – Anno 2011

Distretto di residenza	2011	
	Tasso di primo contatto (per 10.000)	Tasso di presa in carico (per 10.000)
Carpi	245,6	795,4
Mirandola	230,0	726,1
Castelfranco	221,9	687,3
Modena	201,3	756,9
Pavullo	225,0	612,9
Sassuolo	190,6	577,5
Vignola	197,6	482,9
<b>DSM-DP Modena</b>	<b>212,9</b>	<b>676,1</b>

La popolazione target è la popolazione minorenni residente nel territorio della Ausl di Modena al 01/01/2011

### 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).

L'Azienda USL gestisce direttamente sette ospedali (Mirandola, Finale Emilia, Carpi, Baggiovara, Castelfranco Emilia, Vignola, Pavullo nel Frignano) organizzati nel Presidio Ospedaliero Provinciale. L'Ospedale di Sassuolo è gestito dalla società pubblico-privata a missione pubblica "Nuovo Ospedale di Sassuolo S.p.A."

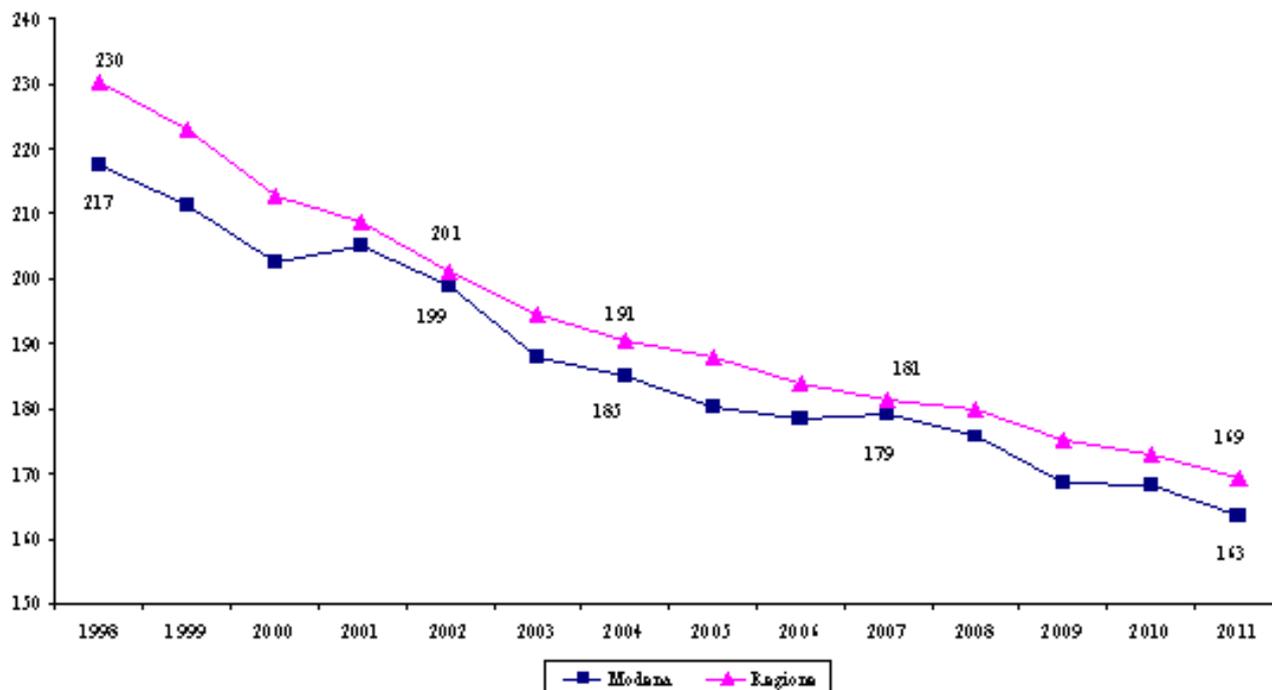
Nella parte degli obiettivi aziendali sono rendicontate alcune azioni svolte nel 2011 legate all'assistenza ospedaliera.

#### Quanto veniamo ricoverati?

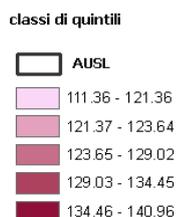
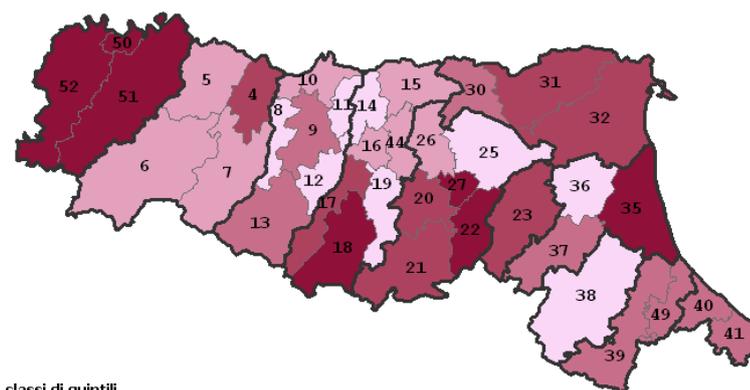
Tasso Standardizzato di Ospedalizzazione

Nel 2011 il numero dei ricoveri di modenesi si è ridotto di circa 2.500 rispetto al 2010, passando da 114.482 a 112.054, un dato che rimane in proporzione più basso rispetto al resto della regione di circa 6 ricoveri ogni 1.000 abitanti. Negli anni la diminuzione dei ricoveri è stata 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.

**Tasso standardizzato di ospedalizzazione.**



È aumentato il ricorso a regimi organizzativi meno impegnativi rispetto al ricovero quali quello ambulatoriale o il day service, reso possibile da tecniche interventistiche meno invasive e approcci diagnostici più accurati, riservando il ricovero (ordinario o day hospital) ad una casistica più appropriata.

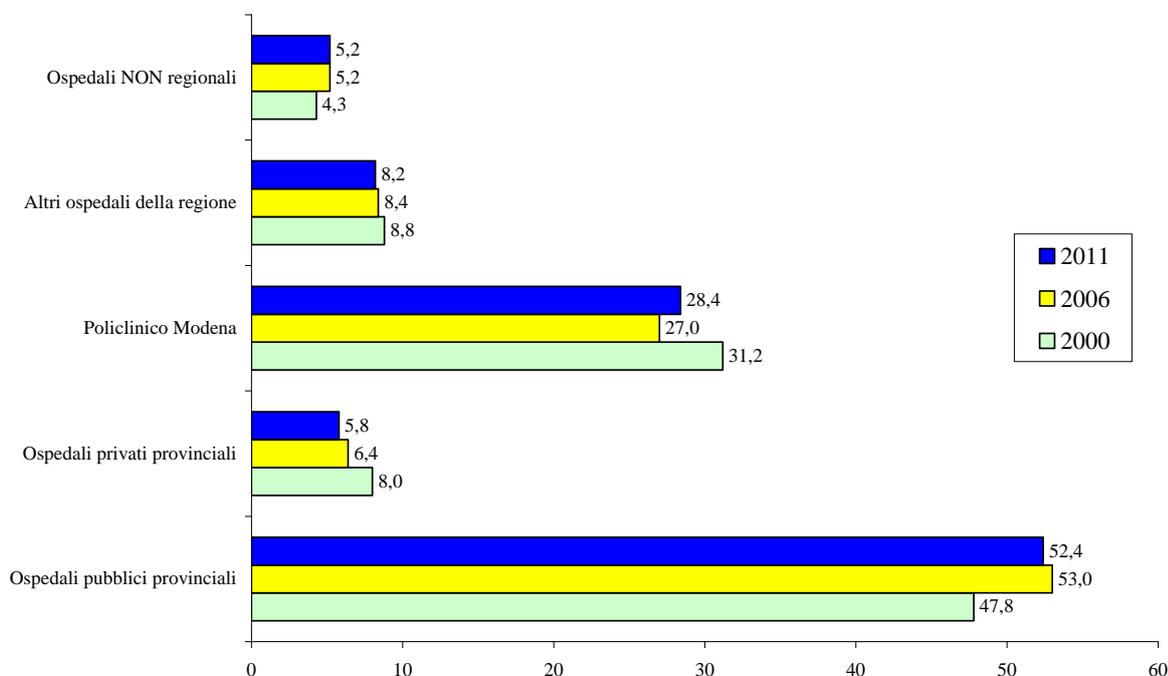


Nel 2011, i modenesi hanno utilizzato il ricovero in Day Hospital in 24 casi su 100 ricoveri; il dato non si discosta dal dato regionale (25 su 100). Il dato è in calo rispetto al 2000, dove la proporzione di ricoveri in Day Hospital era, sia in provincia di Modena che in Regione del 27%.

### Dove vengono ricoverati i modenesi?

Indice di dipendenza dei modenesi dalle strutture ospedaliere (ordinari e DH)

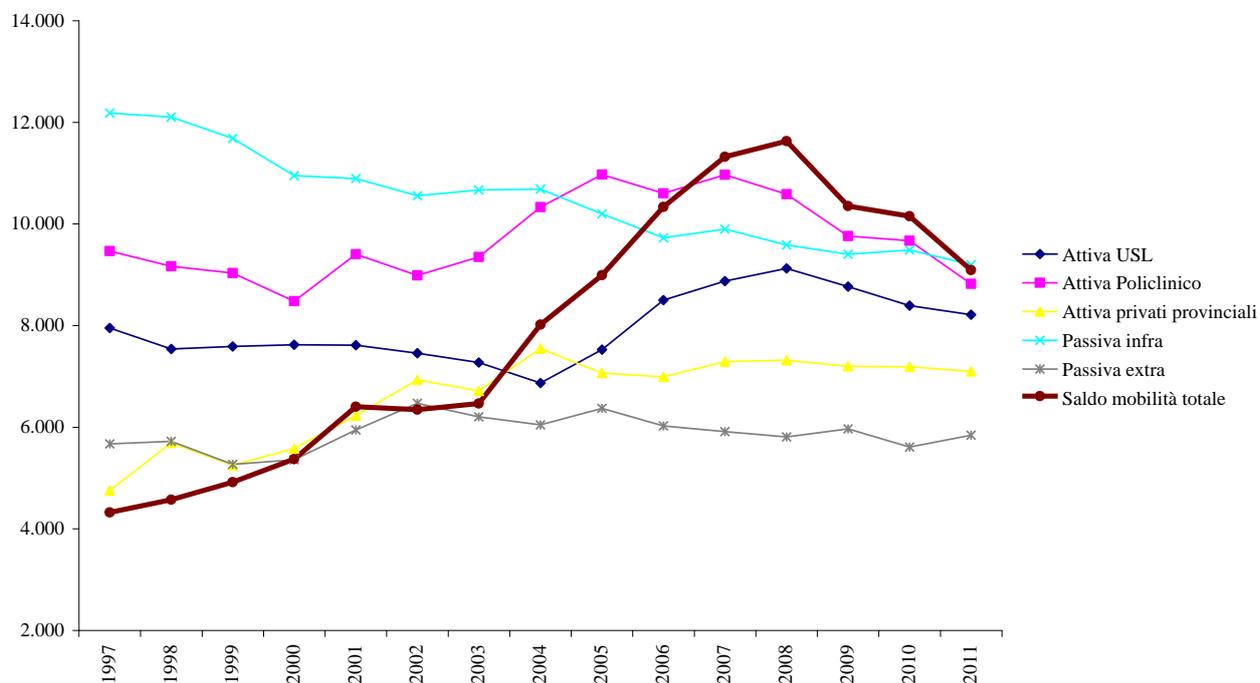
Indice di dipendenza dei modenesi dalle strutture ospedaliere (DO e DH)



Nel 2011 in 87 casi su 100 il ricovero dei modenesi si è svolto in provincia. Tale dato, invariato rispetto al 2000 ed al 2009 e 2010 e terzo in regione dopo l' area metropolitana bolognese e la provincia di Parma, continua ad attestare il buon grado di autosufficienza garantito dalle strutture modenesi. Nel resto della regione invece il ricorso a strutture interne alla propria provincia è avvenuto solo in 83 casi su 100.

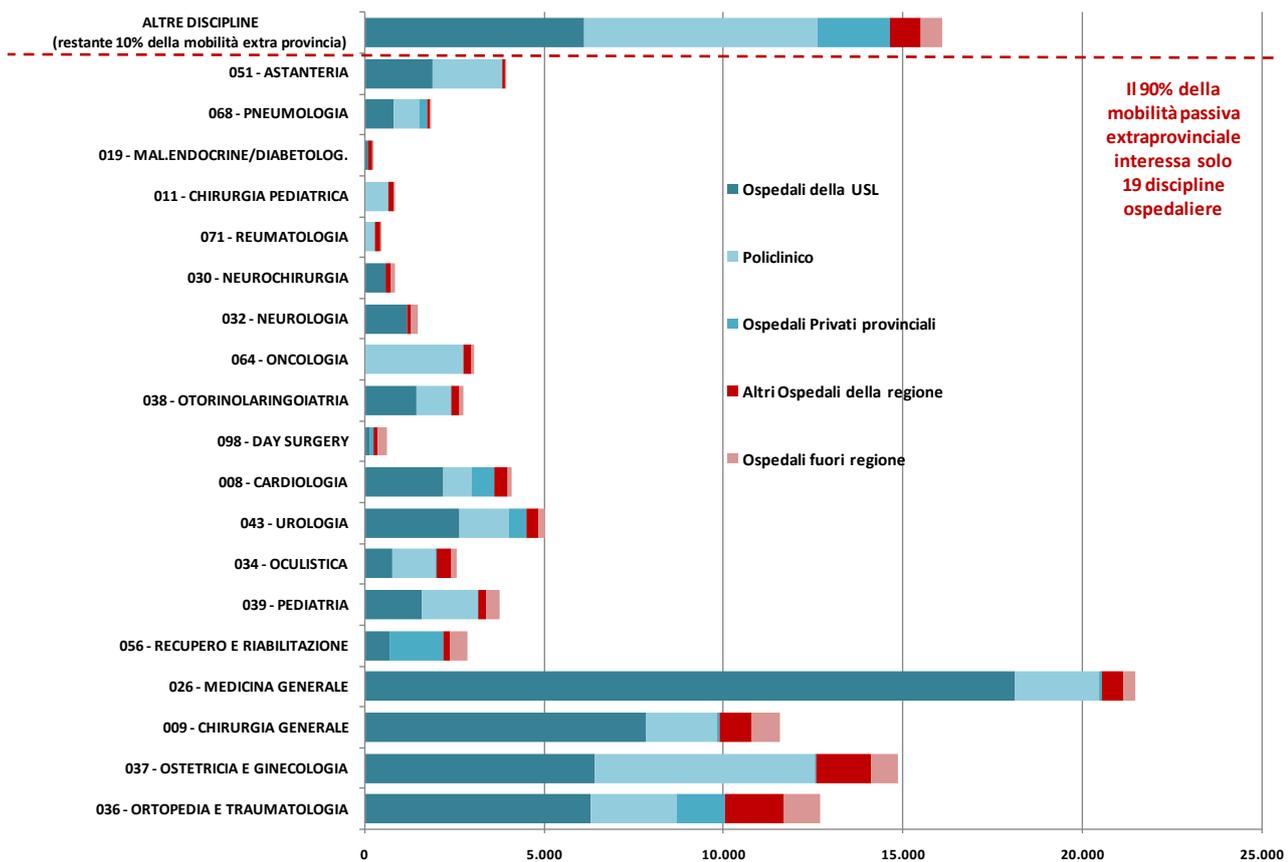
## Quanto si spostano i pazienti?

Saldo di mobilità



### Saldo di mobilità dei ricoveri (numeri di ricoveri)

Dal 1998 a oggi il saldo provinciale della mobilità è prevalentemente positivo a testimonianza del buon livello di offerta e di autosufficienza della provincia, tuttavia a partire dal 2009 si registra un calo non trascurabile, che parrebbe da attribuire essenzialmente a una riduzione di attrattiva degli ospedali pubblici della provincia (Policlinico, Presidio Ospedaliero, Sassuolo).

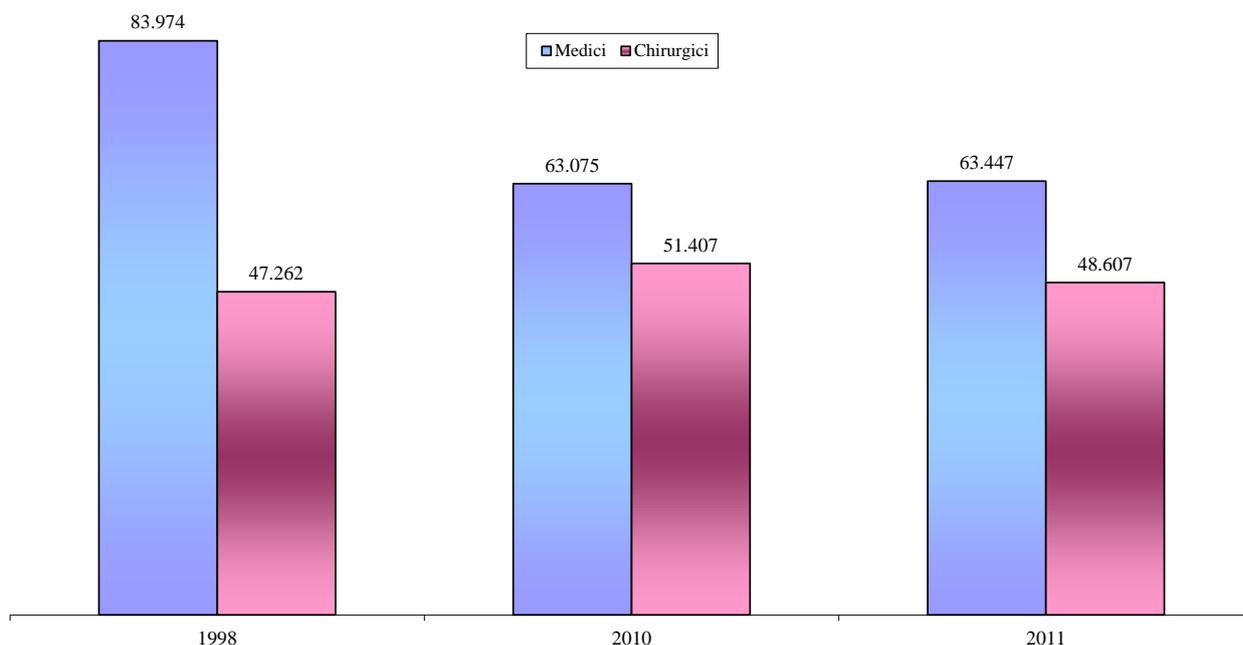


### Discipline di ammissione per la mobilità passiva extraprovinciale (numeri di ricoveri)

Tra le discipline che registrano nel 2011 la maggior parte della mobilità passiva (53% del totale) vi sono Ortopedia e traumatologia, Ostetricia e ginecologia, Chirurgia generale, Medicina generale e Recupero e riabilitazione.

### Quanto veniamo operati?

### Ricoveri medici e chirurgici

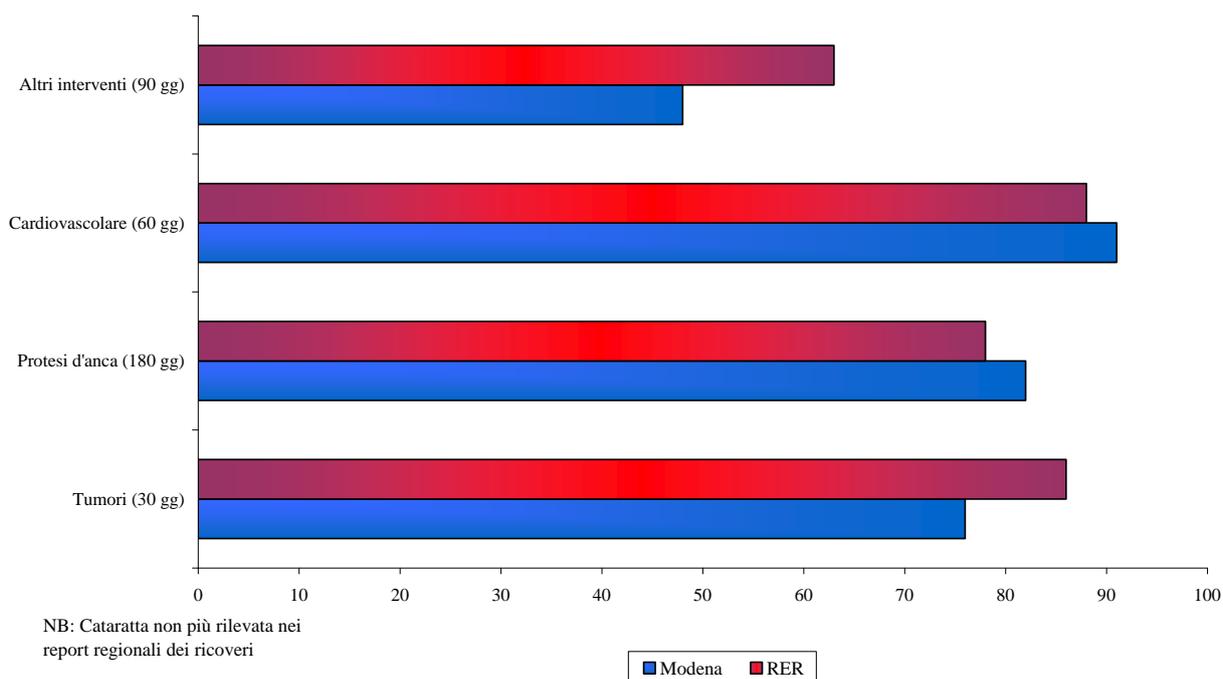


### Tipologia di Ricoveri

Negli anni è diminuita in modo consistente la quota di ricoveri medici ed è aumentata la quota di quelli chirurgici, anche il 2011 mostra una controtendenza, legato al passaggio in regime ambulatoriale per decisione regionale di alcuni piccoli interventi chirurgici.

### Quando veniamo operati?

% pazienti operati entro il tempo indicato - anno 2011



## Pazienti operati entro il tempo indicato

Per gli interventi programmabili, i tempi di attesa nel 2010 sono riportati nel grafico.

I tempi di attesa per il 2011 mostrano un miglioramento rispetto al 2010 per gli interventi dell'area cardiovascolare e le protesi d'anca, mantenimento per i tumori e un peggioramento sensibile (-10%) per gli altri interventi.

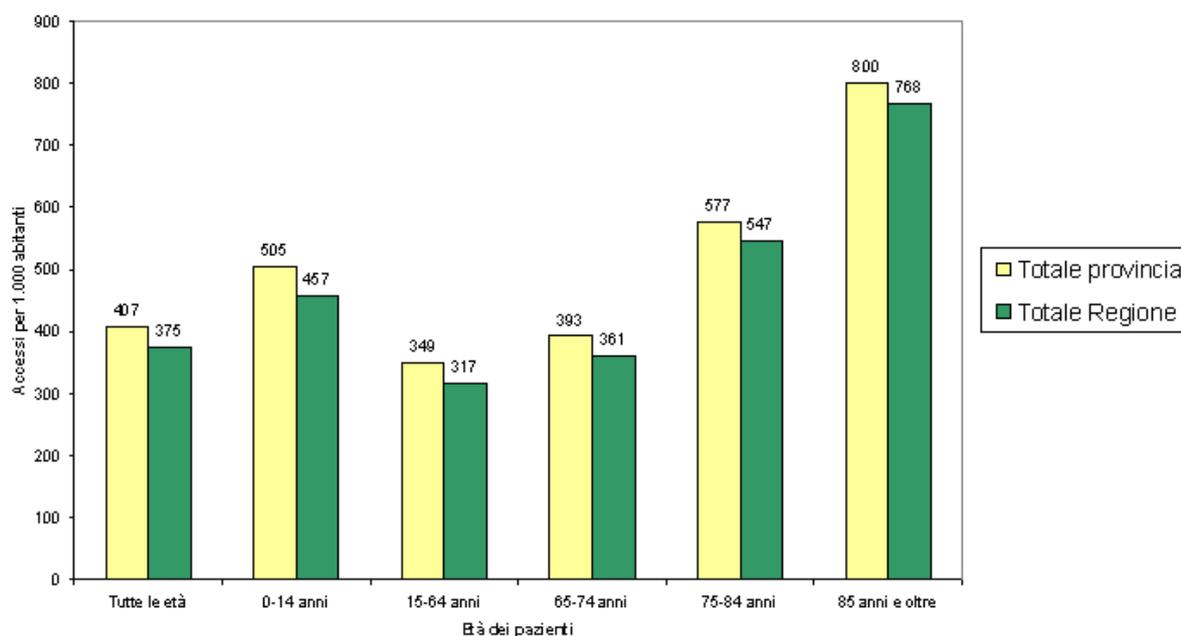
Il dato della nostra provincia è peggiore rispetto alla regione per i tumori e gli altri interventi, migliore per cardiovascolare e protesi d'anca.

## L'emergenza e urgenza

In tutte le strutture di Pronto Soccorso provinciali il numero degli accessi si è mantenuto nel 2011 (313.717) sostanzialmente costante rispetto al 2010 (313.635), confermando l'aumento di circa duemila accessi rispetto al 2009 (311.546).

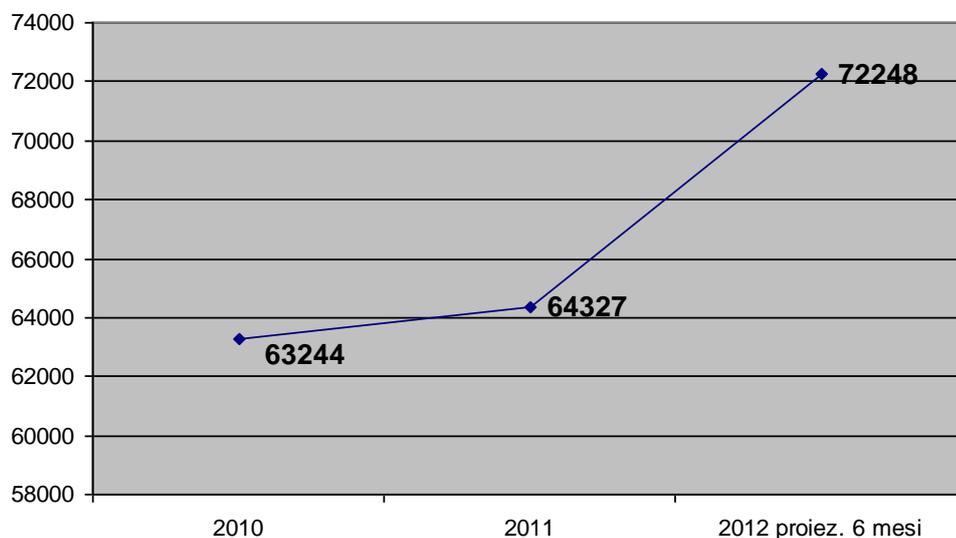
Su 100 pazienti che si rivolgono ai Pronti Soccorso circa 13-14 vengono poi ricoverati. Questo dato è costante negli ultimi tre anni ed è uguale anche nel confronto fra provincia e Regione. I pazienti della nostra provincia vanno al Pronto Soccorso più del resto della regione, dai bambini fino ai più anziani, come si può vedere dal grafico seguente:

Indici di accesso al Pronto soccorso per 1.000 abitanti, 2011



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.

## totale interventi emergenza Modena Soccorso



Il dato 2012, proiezione dei primi 6 mesi di attività, è 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. Riteniamo in tal senso che il dato dovrebbe parzialmente rientrare negli abituali incrementi annui dell'1-3 %.

Nel 2011 il ruolo dell' **AOU Policlinico di Modena** nella rete integrata dell'offerta regionale e provinciale è stato confermato così come previsto dai Piani Sanitari Regionali 1999/2000 e 2000/2002 e da una serie di atti deliberativi della Giunta regionale che hanno individuato nella AOU la sede Hub provinciale per le seguenti funzioni:

- Cardiologia
- Chirurgia dei Trapianti
- Chirurgia della Mano
- Nefrologia Trapianti
- Unità Coronaria
- Terapia Intensiva Neonatale
- Genetica Oncologica – dal 2011 carcinoma eredo-famigliare

E sede Spoke della rete regionale per l'assistenza ai pazienti affetti da:

- glicogenosi
- emoglobinopatie congenite
- malattie emorragiche congenite
- sindrome di Marfan

Inoltre si è confermata la funzione di Presidio regionale integrato nella rete nazionale per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapie delle Malattie Rare.

### **I posti letto ospedalieri in provincia**

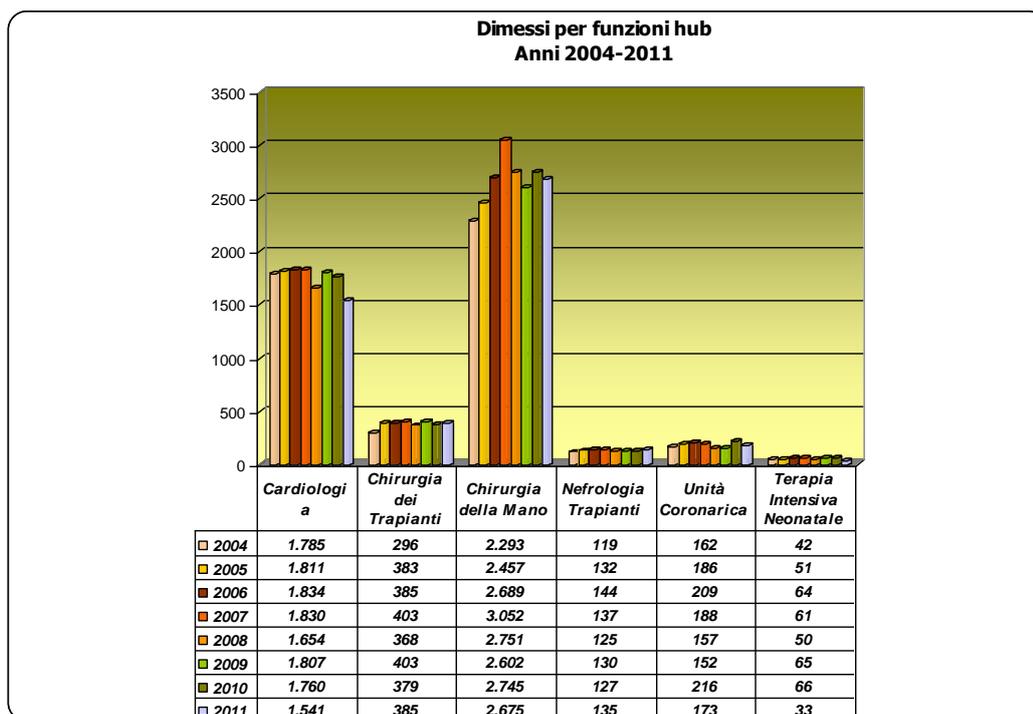
Ogni 1.000 abitanti nel 2011 erano presenti in provincia 4,11 posti letto, di cui 0,68 riabilitativi (lungodegenza più riabilitazione) a fronte di un dato regionale di 4,62 per 1.000 abitanti, di cui 0,88 riabilitativi.

Nell'anno 2011 l'azienda ospedaliero universitaria Policlinico ha destinato alle funzioni assistenziali per le quali è centro hub complessivamente 75 posti letto, pari al 10,1 % dei posti letto aziendali.

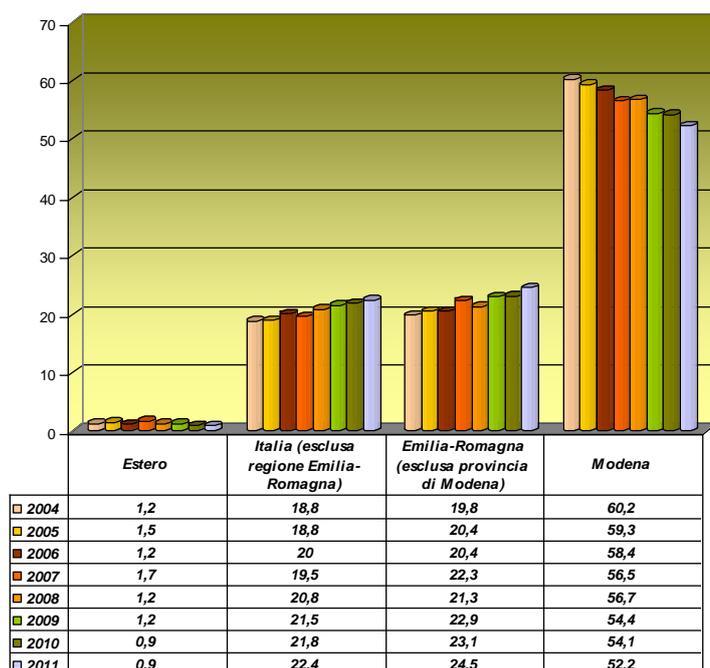
La tabella seguente illustra la distribuzione dei posti letto tra le discipline e l'incidenza percentuale sul totale aziendale e provinciale.

<b>Centri Hub Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena</b> <i>Dotazione posti letto Anno 2011 - Incidenza percentuale su totale posti letto aziendali e provinciali</i>					
<b>Reparto</b>	<b>Degenza ordinaria</b>	<b>Day hospital</b>	<b>Totali</b>	<b>% su totale aziendale PL (744)</b>	<b>% su totale Provinciale PL (2.882)</b>
<b>00801-Cardiologia</b>	20	0	20	<b>2,69</b>	<b>0,69</b>
<b>00904-Chirurgia dei Trapianti</b>	16	2	18	<b>2,42</b>	<b>0,62</b>
<b>03602-Chirurgia della Mano</b>	12	3	15	<b>2,02</b>	<b>0,52</b>
<b>04801-Nefrologia Trapianti</b>	6	0	6	<b>0,81</b>	<b>0,21</b>
<b>05001-Unità Coronarica</b>	8	0	8	<b>1,08</b>	<b>0,28</b>
<b>07301-Terapia Intensiva Neonatale</b>	8	0	8	<b>1,08</b>	<b>0,28</b>
<b>Totale PL Funzioni HUB</b>	<b>70</b>	<b>5</b>	<b>75</b>	<b>10,1</b>	<b>2,6</b>

Nel 2011 il numero assoluto delle dimissioni dalle UU.OO. titolari di funzioni Hub ha fatto registrare un incremento per Nefrologia trapianti, un decremento per cardiologia, chirurgia della mano, unità coronarica e terapia intensiva neonatale e una stabilità per la chirurgia dei trapianti.



**Distribuzione percentuale dei ricoveri su funzioni hub  
Anni 2004-2011**



Per quanto

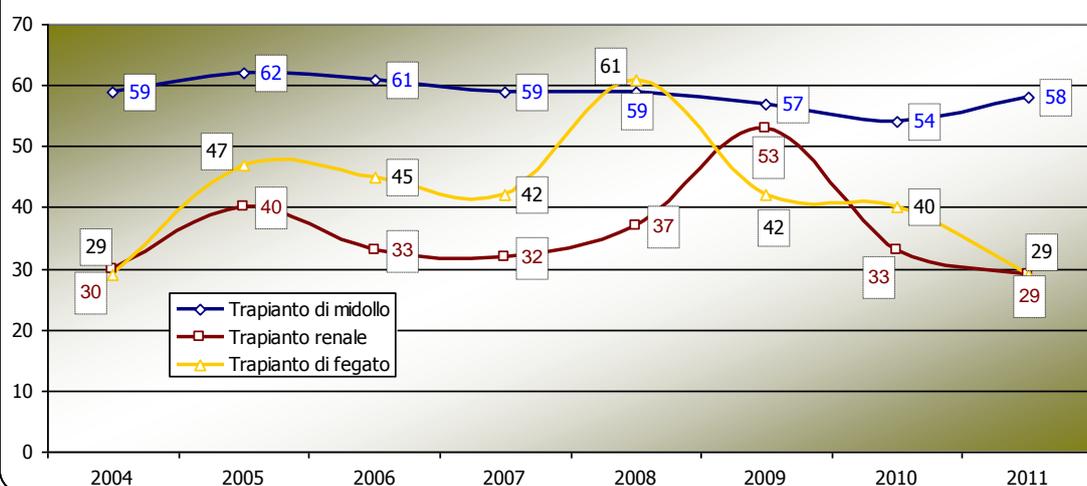
riguarda la provenienza dei pazienti, il 52,2% dei ricoveri ha interessato pazienti assistiti dalla Ausl di Modena, il 24,5% pazienti assistiti da altre AA.UU.SS.LL. della Regione Emilia Romagna, il 22,4% pazienti assistiti da altre Regioni d'Italia e lo 0,9% pazienti provenienti dall'estero.

### Attività trapiantologica

Il grafico sotto riportato relativo all'attività trapiantologica evidenzia l'andamento negli anni dal 2004 al 2011.

Il trend dei trapianti di midollo è sostanzialmente costante negli anni, mentre per i trapianti di rene dopo il picco registrato nel 2009 si è verificata negli ultimi due anni una riduzione. Per il trapianto di fegato un calo significativo si è verificato negli ultimi 3 anni.

**Attività trapiantologica 2004 - 2011**



## Piano Sangue

L'attività dei Servizi Trasfusionali è istituzionalmente impegnata alla autosufficienza regionale in emocomponenti e emoderivati e concorso all'autosufficienza nazionale.

Nel 2011 per quanto riguarda il Servizio di Medicina Trasfusionale di AOU Policlinico di Modena, a fronte di un obiettivo quantitativo di:

- consolidamento della raccolta di unità di sangue, pianificata in 36.500 unità / anno, comprensiva di una quota di unità per il soddisfacimento della richiesta extraregionale,
- aumento del plasma disponibile per il fabbisogno regionale di emoderivati

Sono state raccolte 37.003 unità di sangue intero (+ 2% rispetto all'anno precedente). È incrementata (+16%) la quota di unità cedute al CRS per compensazione interregionale.

È aumentato anche il numero delle unità di plasma raccolto mediante plasmaferesi ( 18.124 +1% rispetto al 2011 ) contribuendo, assieme ad un considerevole incremento del plasma B da frazionamento, all'autosufficienza in emoderivati.

Complessivamente sono stati avviati alla produzione di plasmaderivati Kg 18.174 di plasma, a fronte di un invio del 2010 di Kg 17.189 (+6 %). La raccolta con metodica multicomponent è stata a sua volta applicata in modo mirato a soddisfare il fabbisogno di pazienti le cui condizioni cliniche fossero coerenti con i criteri selettivi previsti da linee guida specifiche, confermandosi nei limiti del +/- 10% vs 2010.

Tali risultati sono particolarmente significativi in quanto anche il 2011 si è connotato per un evento sfavorevole a livello regionale: così come nei tre anni precedenti anche nel 2011 è comparso nella nostra regione il West Nile Virus (WNV): ogni unità donata, nel periodo 15 luglio-15 novembre, è stata sottoposta alla ricerca in biologia molecolare dell'acido nucleico del virus.

**Consumi:** si è riscontrato un calo relativo all'utilizzo dell'emocomponente indice, cioè gli eritrociti concentrati (- 1281 unità nel 2011), con una riduzione del 1,2% in ambito USL e del 11% per il Policlinico mentre si è evidenziato in incremento del 29% per le Case di Cura ( + 524 unità). Per gli altri emocomponenti da segnalare una sensibile riduzione dell'utilizzo di Plasma Fresco Congelato(dalle 5.300 unità utilizzate nel 2010 alle 3.866 unità nel 2011); a tal proposito si segnala che per tale componente ad uso clinico vengono utilizzate le unità raccolte mediante aferesi con separatori cellulari, da donatori maschi : questo per prevenire i casi di Transfusion Related Lung Injury (TRALI).

Sostanzialmente costante è stato l'utilizzo delle unità terapeutiche di Concentrati Piastrinici: + 82 unità, e si conferma al contempo che l'85% delle unità di concentrati piastrinici viene utilizzato per pazienti del Policlinico (e all'interno di esso per il 68% per pazienti del COM).

**Monitoraggio utilizzo clinico emocomponenti:** è continuata l'azione del gruppo di lavoro del Policlinico per migliorare l'appropriatezza della richiesta trasfusionale soprattutto da parte dei reparti chirurgici: è azzerato lo stand -bye di unità di G.R. per le sale operatorie.

Per l'Azienda Sanitaria locale, a fronte di un calo dell'1,4 % delle unità di eritrociti richiesti, rimane al 62% la percentuale del loro utilizzo; resta poi elevata la quota delle unità richieste in urgenza (60%); ad almeno parziale spiegazione , può incidere sul problema la situazione logistica dei molti ospedali del territorio. Si ripropone pertanto la necessità di individuare il tipo di organizzazione migliore per assicurare ai cittadini standards di garanzia e di sicurezza trasfusionale uniformi su tutto il territorio provinciale.

**Emovigilanza:** Anche il tema dell'emovigilanza è stato esteso alla fase della raccolta, dando luogo, in collaborazione con il personale addetto dell'AVIS, ad una raccolta sistematica degli eventi avversi anche in sede di donazione, corrispondendo in tal modo alle disposizioni legislative; sono proseguiti corsi di formazione e aggiornamento del personale addetto alle sedi di raccolta, con il coinvolgimento dei medici Responsabili delle unità di raccolta. È da sottolineare che l'interesse regionale in tale settore è da inscrivere nell'ambito più vasto di due fronti principali: accreditamento ed aspetti sanitario-organizzativi collegati, e sicurezza/sorveglianza del donatore. In questo campo è proseguita l'attività del nostro ambulatorio

donatori, grazie ad una attiva e attenta collaborazione con le U.O. di ematologia, gastroenterologia e malattie infettive, in relazione a problematiche specifiche.

**Concentrazione attività di validazione:** la concentrazione sul nostro Servizio degli esami di validazione delle unità trasfusionali di Reggio Emilia, iniziata nel 2010 con l'esecuzione dei test in biologia molecolare (tri-NAT) e collaudata anche in emergenza estiva (esperienza WNV), è stata completata nel 2011 con il trasferimento anche degli esami sierologici (HBsAg, anti HCV, anti HIV, ALT) oltre che degli esami di chimica clinica previsti per tutti i donatori.

**Sicurezza trasfusionale:** per la sorveglianza e prevenzione della trasmissione del West Nile Virus, l'esecuzione in routine del test NAT è stata centralizzata nel 2011 presso il laboratorio di validazione biologica dell'Ospedale Maggiore di Bologna al quale, dal nostro come dagli altri centri della Regione, i campioni di sangue sono stati inviati nei mesi estivi, periodo dell'anno più critico per la trasmissione da parte della zanzara comune di questo virus per far fronte, in caso di ripresa, a questa infezione, in modo da non compromettere il soddisfacimento della domanda trasfusionale del territorio e della regione.

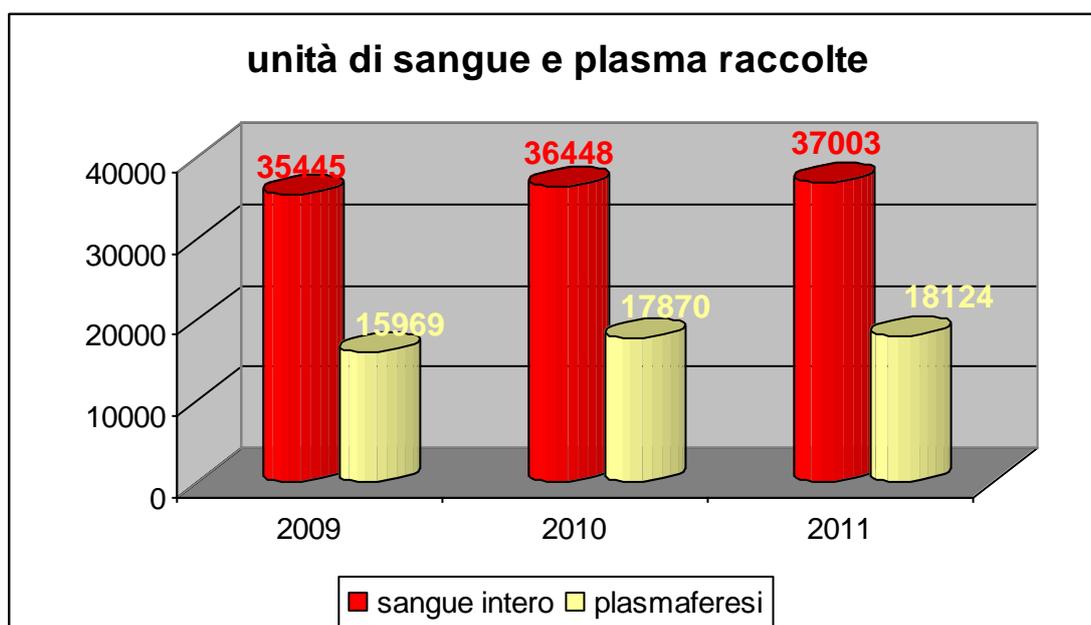
E' attivo il nuovo sistema di rilevazione di attività dei Servizi Trasfusionali SISTRA, su progetto e mandato del Centro Nazionale Sangue; tale sistema fornisce in tempo reale ai Servizi Trasfusionali, al Centro Regionale e al Centro Nazionale Sangue i dati di attività e di emovigilanza su scala nazionale.

**Accreditamento:** il Servizio, accreditato per la parte generale, nel 2011 ha recepito dalla Regione i requisiti specifici ed ha iniziato le attività per l'accREDITAMENTO istituzionale del Servizio Trasfusionale e delle Unità di Raccolta del territorio provinciale al fine di ottenerlo, come stabilito, entro il 2014.

Il laboratorio di tipizzazione HLA per i donatori allogenici di cellule staminali emopoietiche possiede accreditamento europeo EFI e nel 2011 ha operato per l'accreditamento EFI per HLA in alta risoluzione. La visita di verifica e di valutazione da parte dell'Ente europeo è prevista per la fine del 2012.

### Sviluppo e integrazione della Rete delle strutture trasfusionali

Nel 2011 sono proseguiti i lavori del gruppo tecnico di Area Vasta per il progetto di concentrazione dell'attività di produzione dei Servizi Trasfusionali, focalizzando l'attenzione, dopo che il primo step (concentrazione degli esami di validazione biologica Modena-Reggio Emilia) è stato superato, sugli aspetti relativi alla concentrazione in unica sede anche delle attività relative alla separazione e preparazione degli emocomponenti.

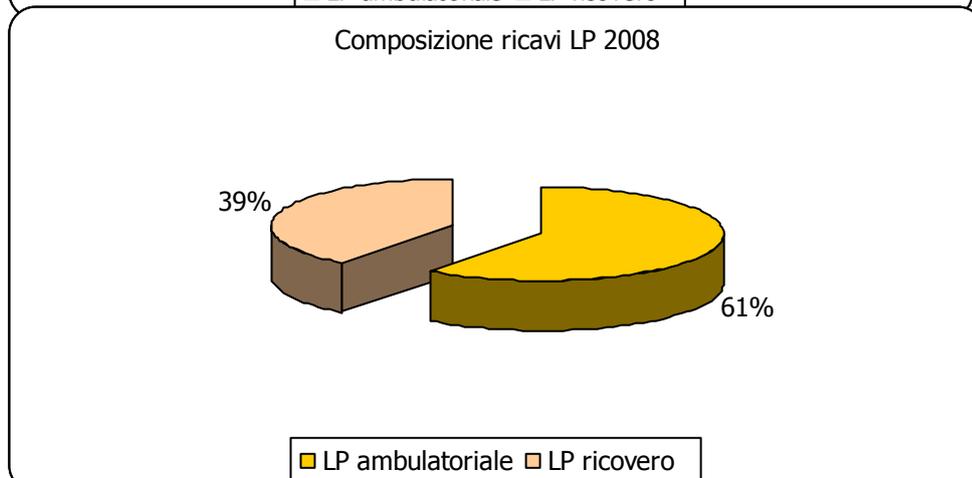
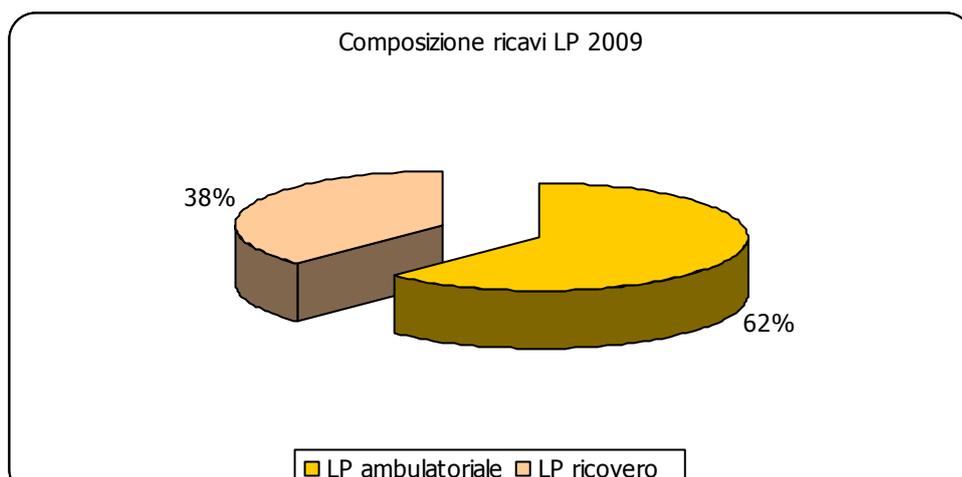
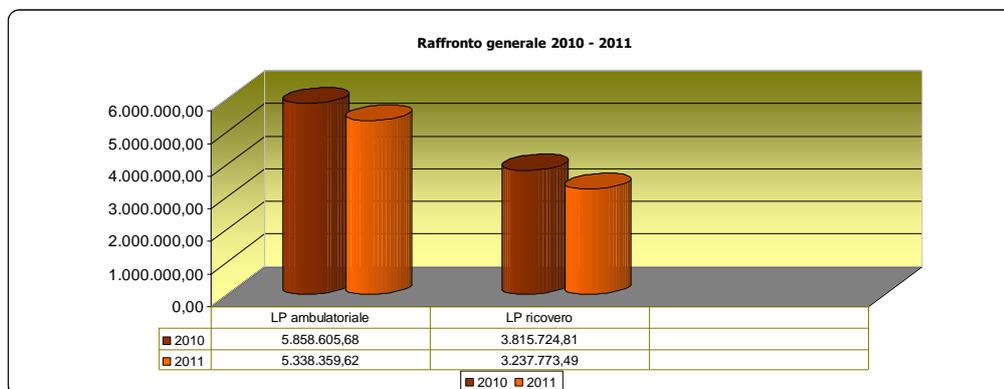


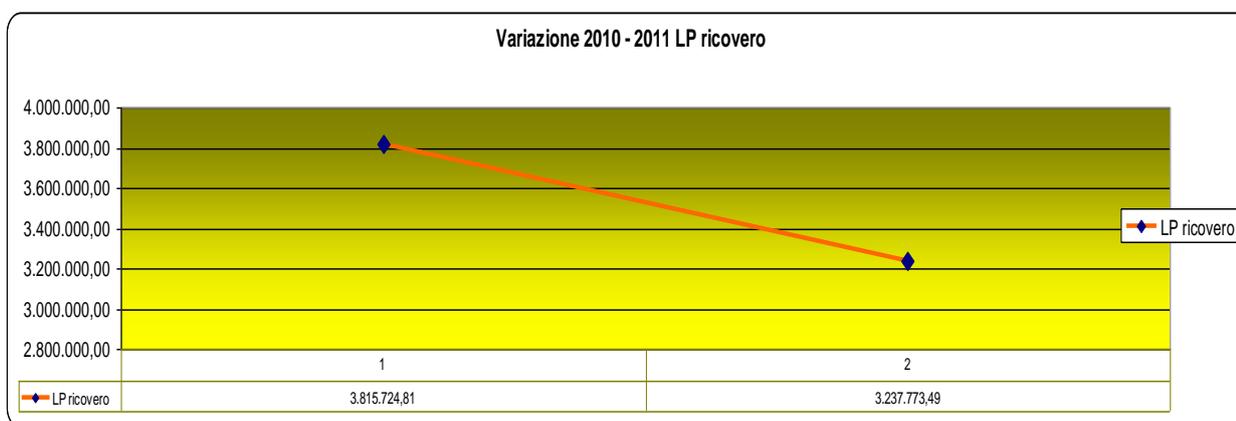
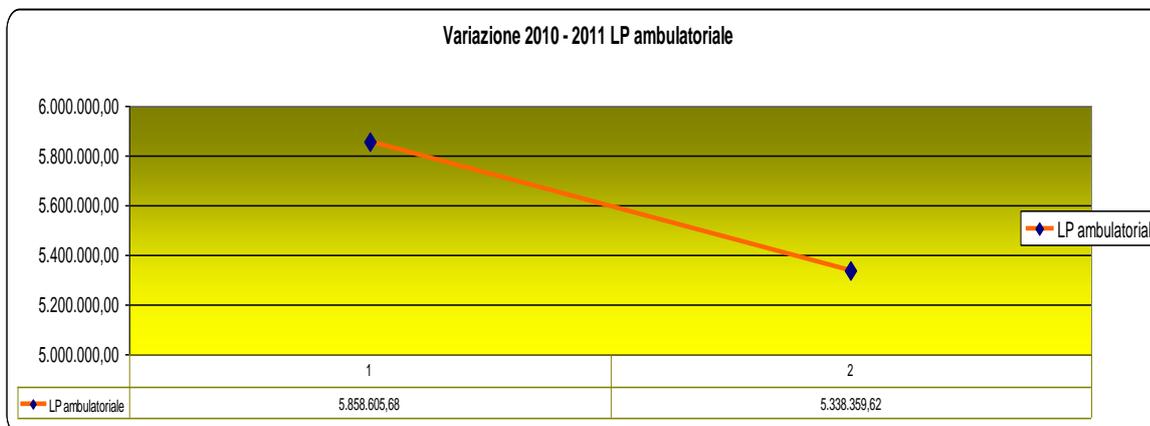
**Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico: attività libero professionale**

Nel 2011 i ricavi da libera professione sono diminuiti rispetto al 2010, nella misura dell'11,35%. Il calo ha riguardato sia i ricoveri a pagamento sia l'attività ambulatoriale. Più precisamente, i ricavi della libera professione ambulatoriale sono calati dell'8,88% e quelli dell'attività di ricovero del 15,15%. Sotto l'aspetto prestazionale, nel 2011 i ricoveri in libera professione o con comfort differenziati, presso l'unità di ricovero a pagamento, sono stati 515 (a fronte di 600 nel 2010), mentre i ricoveri a pagamento presso altri reparti, nel 2011 sono stati 62 (a fronte di soli 8, nel 2010). Anche il numero di prestazioni libero-professionali ambulatoriale è calato nel 2011, scendendo a 42.885 (2010: 46.355).

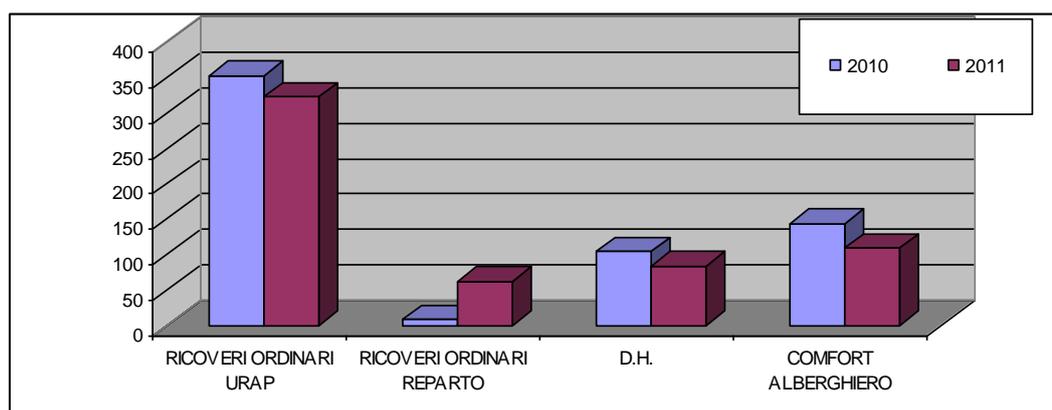
Ricavi	2009	2010	2011	differenza 2011 - 2010	%
<b>LP ambulatoriale</b>	<b>5.916.340,92</b>	<b>5.858.605,68</b>	<b>5.338.359,62</b>	<b>-520.246,06</b>	<b>-8,88%</b>
<b>LP ricovero*</b>	<b>3.510.993,08</b>	<b>3.815.724,81</b>	<b>3.237.773,49</b>	<b>-577.951,32</b>	<b>-15,15%</b>
<b>Totali</b>	<b>9.427.334,00</b>	<b>9.674.330,49</b>	<b>8.576.133,11</b>	<b>-1.098.197,38</b>	<b>-11,35%</b>

\*LP ricovero: libera professione in regime di ricovero, inclusa quota Drg a carico SSN





<b>Ricoveri a pagamento</b>			
<b>Unità ricoveri a pagamento</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Variazioni 2010/11</b>
Ricoveri ordinari	352	322	-8,52%
D.H.	104	84	-19,23%
Solo comfort	144	109	-24,31%
<b>Totali Urap</b>	<b>600</b>	<b>515</b>	<b>-14,17%</b>
<b>Ricoveri ord. presso altri reparti</b>	<b>8</b>	<b>62</b>	<b>675,00%</b>
<b>Totali generali</b>	<b>608</b>	<b>577</b>	<b>-5,10%</b>



<b>Medici e libera professione *</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Medici autorizzati alp</b>	257	251	251
<i>Tra i medici autorizzati alp:</i>			
<b>Medici autorizzati alp allargata</b>	60	60	53

\* dati rilevati a gennaio dell'anno successivo

<b>Prestazioni ambulatoriali in libera professione</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Prestazioni LP individuale interna	32.328	31.767	29.438
Prestazioni LP équipe	1.300	1.569	1.259
Prestazioni LP esterna	12.863	13.019	12.188
<b>Totali</b>	<b>46.491</b>	<b>46.355</b>	<b>42.885</b>

## **La qualità dell'assistenza**

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata ai cittadini, la Regione da alcuni anni confronta le Aziende Sanitarie su alcuni indicatori in alcune aree di assistenza, così come mostrato nella tabella che segue.

	<b>AUSL Modena</b>	<b>AOU Modena</b>	<b>Regione Emilia Romagna</b>
<b>Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero.</b> Per Azienda Sanitaria di ricovero. 2011	39,4	32,8	49,0
<b>Proporzione di parti con taglio cesareo primario.</b> Per Azienda Sanitaria di ricovero. 2011	16,4	22,4	20,0
<b>Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica.</b> Per Azienda Sanitaria di ricovero. 2011	98,1	96,6	90,8
<b>Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI.</b> Per Azienda Sanitaria di ricovero. 2011	43,5	51,3	60,4
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti.</b> Per Azienda USL di residenza. 2011	43,8		40,7
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici *10.000 residenti.</b> Per Azienda USL di residenza. 2011	4,22		3,97
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici* 10.000 residenti.</b> Per Azienda USL di residenza. 2011	17,27		21,75

<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani (&gt; 65 aa.)*10.000 residenti anziani.</b> Per Azienda USL di residenza. 2011	9,25		5,03
<b>Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (in diagnosi principale: asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari)*10.000 residenti.</b> Per Azienda USL di Residenza. 2011	36,0		37,9
<b>Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione.</b> Per Azienda Sanitaria di ricovero. 2011	1,4	1,3	1,4
<b>Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI.</b> Per Azienda Sanitaria di residenza e ricovero. 2010			
Azienda di residenza	13,3		14,0
Azienda di ricovero	12,9	14,1	14,0
<b>Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI.</b> Per Azienda Sanitaria di residenza e ricovero. 2010			
Azienda di residenza	7,9		8,1
Azienda di ricovero	9,6	5,5	8,1
<b>Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke.</b> Per Azienda Sanitaria di residenza e di ricovero. 2010			
Azienda di residenza	15,2		18,7
Azienda di ricovero	15,0	16,2	18,7

Fonte Regione Emilia Romagna – Maggio 2012

## 2.4 Ricerca e Didattica all’Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico

### 2.4.1 La Ricerca

La ricerca costituisce uno degli obiettivi del SSN (D.Lgs. 229/99, Piano Sanitario Nazionale 2003-2006 e 2006-2008) e le attività di ricerca vengono svolte presso molte strutture del SSN. A tale scopo, il SSR (legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29) ha identificato la ricerca come una funzione istituzionale fondamentale, al pari di quella di assistenza e di didattica, rafforzando la collaborazione tra aziende ospedaliere e Università. L’attività di ricerca universitaria con rilevante impatto assistenziale si svolge in primo luogo in ambito medico e quindi nei Dipartimenti ad Attività Integrata, utilizzando le risorse finanziarie, umane e tecnologiche quivi presenti e messe a disposizione congiuntamente dall’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e dall’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena.

Al fine di fornire una visione complessiva di tale attività di ricerca, si indicano di seguito alcuni dati quantitativi relativi al numero dei progetti finanziati e le principali collaborazioni attive a tutto il 2011:

<b>Dottorati di Ricerca in Area Clinica</b>	<b>Dati al 31-12-2011</b>
N. Dottorati di Ricerca	8
N. Dottorandi	35
- di cui con integrazione assistenziale	6

<b>Progetti di Ricerca – Dipartimenti ad Attività</b>	<b>Dati al 31-12-2011</b>
---	---------------------------

<b>Integrata della Facoltà di Medicina e Chirurgia – Uni.Mo.Re.</b>	
Aree progettuali	8
Numero progetti	530
Numero assegnisti/contrattisti di ricerca	103
- di cui con integrazione assistenziale	17
Finanziamenti ottenuti/enti pubblici (migliaia di Euro) o da privati in ambito non commerciale (contributi da fondazioni, donazioni, ecc.)	2.809.156,64
Finanziamenti ottenuti/enti privati (migliaia di Euro)	1.367.257,74
Numero unità organizzative coinvolte	94
Numero dei partecipanti ai progetti di ricerca attivi nel 2011 (compreso personale SSR inserito in progetti di ricerca univ.)	138
<b>Brevetti</b> depositati nel 2011	0
Output delle ricerche: pubblicazioni repertate	385

In secondo luogo l'Università sviluppa progetti di ricerca con significativo impatto sulle attività assistenziali svolte dall'Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico di Modena sia mediante la collaborazione con i Dipartimenti Integrati con l'Azienda Usl di Modena (Neuroscienze e Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e geriatria) sia in ambito pre – clinico coinvolgendo docenti universitari della Facoltà di Medicina non convenzionati con l'Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico di Modena, che afferiscono ai Dipartimenti Universitari di Scienze Biomediche, di Scienze di Sanità Pubblica i cui progetti di ricerca hanno e avranno sempre di più un significativo impatto sull'attività assistenziale del Policlinico.

Al fine di fornire una visione complessiva di tale attività di ricerca, si indicano di seguito alcuni dati quantitativi relativi al numero dei progetti finanziati e le principali collaborazioni attive a tutto il 2011 relative all'attività di ricerca svolta nei 4 Dipartimenti sopra indicati unicamente da docenti e ricercatori della Facoltà di Medicina e Chirurgia (con esclusione quindi dell'attività di ricerca svolta da docenti di altre Facoltà):

<b>Dottorati di Ricerca in Area Sanitaria svolta nei Dipartimenti Integrati Usl e Universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia – Uni.Mo.Re.</b>	<b>Dati al 31-12-2011</b>
Dottorati di Ricerca	<b>8</b>
Dottorandi	<b>60</b>

<b>Progetti di Ricerca – Dipartimenti Integrati Usl Mo e Universitari della Facoltà di Medicina e Chirurgia – Uni.Mo.Re.</b>	<b>Dati al 31-12-2011</b>
<b>Aree</b> progettuali	<b>4</b>
Numero <b>progetti</b>	-----
Numero <b>assegnisti/contrattisti</b> di ricerca	<b>8</b>

<b>Finanziamenti</b> ottenuti/enti <b>pubblici</b> (migliaia di Euro) o da privati in ambito non commerciale (contributi da fondazioni, donazioni, ecc.)	-----
<b>Finanziamenti</b> ottenuti/enti <b>privati</b> (migliaia di Euro)	-----
<b>Numero dei partecipanti ai progetti di ricerca attivi nel 2011</b> (compreso personale SSR inserito in progetti di ricerca univ.)	-----
<b>Brevetti</b> depositati nel 2011	<b>0</b>
Output delle ricerche: pubblicazioni repertate	<b>299</b>

## Ricerca scientifica

La ricerca scientifica svolta nel 2011, realizzatasi sia nei Dipartimenti ad Attività Integrata presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) Policlinico di Modena, sia nei Dipartimenti Integrati del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense (NOCSAE) di Baggiovara sia nei Dipartimenti Universitari di Scienze di Sanità Pubblica e di Scienze Biomediche, in realtà è da considerarsi un complesso di attività che pur essendo molto articolate in diversi settori si svolgono tuttavia in un ambito comune: quello della ricerca scientifica che si riferisce alla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

I vari temi di ricerca hanno riguardato, nel loro complesso, tutti gli argomenti che fanno parte del percorso formativo degli studenti iscritti ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria, a partire dalle scienze di base (anatomia e istologia, chimica biologica, fisiologia....) fino alle discipline più direttamente applicative quali quelle dell'area dei servizi (igiene, medicina del lavoro, medicina legale).

Sono inoltre campo di ricerca le discipline collegate ai corsi di laurea delle professioni sanitarie, alcuni dei quali svolgono la maggior parte del proprio percorso formativo presso l'AOU Policlinico di Modena (Infermieristica – sede di Modena, Ostetricia, Dietistica, Igiene dentale, Tecniche di Fisiopatologia cardiocircolatoria e Perfusionazione cardiovascolare, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Radiologia medica per Immagini e Radioterapia), mentre altri condividono le attività con l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia (Infermieristica – sede di Reggio Emilia, Fisioterapia, Tecnica della Riabilitazione psichiatrica, Logopedia, Terapia occupazionale e il corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche).

In particolare, da una ricognizione iniziata nel corso del 2009 nella Facoltà di Medicina e Chirurgia relativamente alle attività di ricerca più significative è emerso come queste si possano suddividere in 4 grandi Aree:

1. Area delle Scienze di base;
2. Area Medica;
3. Area Chirurgica;
4. Area dei Servizi

E' emersa tuttavia una notevole trasversalità delle tematiche identificate, così che spesso i risultati di una ricerca sono risultati fonte per approfondimenti tematici per ricerche di altri settori e a volte anche per altre aree. Questo aspetto ha portato importanti risultati scientifici: l'applicazione in campo assistenziale dei dati ottenuti dalle ricerche di base ha permesso lo sviluppo della così detta "medicina traslazionale" (from bench to bedside and return).

In particolare nell'area delle **scienze di base** la ricerca si è sviluppata nei settori della *diagnostica di laboratorio*, occupandosi di genetica e genomica, in particolare nei campi del metabolismo, dell'oncologia, della microbiologia-virologia: in questo settore è attivo infatti il Lab.gen e il Centro di Ricerche Genomiche (CeIRG): da segnalare anche le ricerche nel campo della diagnostica avanzata della tubercolosi. Sempre nelle scienze di base sono state avviate ricerche di proteomica, anche in questo caso nei campi del metabolismo, dell'oncologia, della

microbiologia-virologia, e gli studi di citomica, con contributi significativi nella citofluorimetria avanzata, nell'immunologia e onco-ematologia. Da menzionare anche la medicina rigenerativa, svolta nel Centro di ricerca di Medicina Rigenerativa "Stefano Ferrari").

Continuano le ricerche nel settore della *diagnostica delle malattie del sistema immunitario*, dove sono state oggetto di studio in particolare le immunodeficienze primitive e secondarie proprie di malattie autoimmuni, reumatologiche ed infettive; altre ricerche hanno riguardato temi di immunoterapia e di immunosoppressione, con speciale riferimento al trapianto di midollo osseo aploidentico introdotto per la prima volta in Ematologia a Modena.

Per quanto riguarda la ricerca effettuata in **area medica**, essa si è sviluppata innanzitutto nel settore *oncologico* ed ha riguardato lo studio della genetica e della epidemiologia, con riferimento alle patologie dei tumori familiari dell'ovaio, mammella, colon-retto, i trials clinici e i trattamenti terapeutici innovativi; infine sono state svolte ricerche relative ai marcatori biomolecolari e agli approcci clinici integrati diagnostico-terapeutici in neoplasie d'organo, in stretta connessione con la ricerca in ambito chirurgico. Da segnalare anche la ricerca nel campo dell'oncologia pediatrica e delle terapie cellulari. Sempre in ambito medico significativa area di ricerca è stata quella delle *patologie croniche e co-morbosità*, che ha avuto per oggetto i protocolli terapeutici nelle patologie croniche del polmone, la riabilitazione respiratoria, i protocolli terapeutici e preventivi nelle co-morbosità, ed infine lo studio delle malattie rare del polmone effettuato nel relativo Centro Interdipartimentale di Ricerca (MaRP).

Altro significativo settore di ricerca sviluppato in area medica è stato quello *epato-endocrino-metabolico*, ove si è proceduto allo studio delle malattie metaboliche ed epatopatie, dei disordini genetici del metabolismo del ferro e del metabolismo lipidico, delle alterazioni metaboliche e si è affrontato il tema della prevenzione della malattia cardiovascolare. Altri contributi sono pervenuti dall'attività di ricerca nell'ambito dell'endocrinologia della riproduzione.

Sempre nell'area medica un settore di rilevante importanza è stato quello delle Neuroscienze e Psichiatria, ove si è sviluppata la ricerca scientifica sulla mappatura anatomo-funzionale di circuiti neuronali, sulle basi cellulari e molecolari dell'epilessia, sulla fisiopatologia e gli approcci terapeutici innovativi nel Morbo di Parkinson, sulla neurologia cognitiva e sulle neuroscienze cliniche, sulla riabilitazione delle disabilità in età evolutiva; è stata anche sviluppata la ricerca nel campo della patologia psicosomatica e dei disordini affettivi, e la psicopatologia dello sviluppo.

Molto importante è anche l'attività di ricerca nel settore della medicina palliativa che ha permesso di validare un modello di cure palliative/supporto anticipate ai pazienti affetti da malattie neoplastiche in fase attiva di malattia e non solo in fase di fine vita. Tale attività di ricerca ha permesso di promuovere il I Master Universitario Inter-Aziendale in Cure Palliative in Onco-Ematologia: multidisciplinarietà e continuità assistenziale"

Per quanto riguarda la ricerca universitaria effettuata in **area chirurgica**, essa ha riguardato i trapianti di fegato e la chirurgia epato-bilio-pancreatica, i trapianti di rene, la chirurgia mini-invasiva in ambito oncologico, la chirurgia toracica, la chirurgia oncologica con particolare riferimento alle neoplasie della mammella e del polmone, in stretta connessione con la ricerca medica in ambito oncologico, la chirurgia urologica e robotica, la chirurgia vascolare e la chirurgia della base cranica, il cui studio si è sviluppato nel Centro Interdipartimentale di Ricerca sulle Malattie della Base Cranica (CeMBaC).

Per quanto riguarda infine la ricerca condotta nell'**area della Sanità Pubblica e dei Servizi**, essa ha avuto ad oggetto i problemi sanitari collegati all'acqua e all'aria negli ambienti indoor e outdoor (in ospedale e nel territorio), la patologia ambientale degli elementi in traccia, la diagnostica per immagini in Oncologia e Cardiologia, la farmacologia clinica effettuata nel Centro di ricerca sulle Cefalee e abuso di Farmaci (CCAF), la Genetica e Tossicologia forense.

E' prossimo il trasferimento presso l'AOU Policlinico di Modena della sede del Centro Cochrane Italiano che si occupa di linee-guida e di revisioni sistematiche.

Da segnalare poi la collaborazione tra la regione Emilia Romagna e l'Università attraverso le Aziende Ospedaliere Universitarie nel campo della ricerca per l'innovazione continua del proprio

servizio sanitario attraverso il Programma di ricerca Regione-Università. Tale Programma nella sua prima edizione riferita al triennio 2007-2009 ha riguardato tre macroaree:

- la ricerca innovativa in medicina dei trapianti, in oncologia, in diagnostica avanzata, nelle neuroscienze e in medicina rigenerativa ha portato significativi risultati nell'assegnazione di contributi a progetti di ricerca
- la ricerca per il governo clinico, centrata sulla valutazione dell'impatto clinico ed organizzativo collegabile a specifici interventi
- la formazione alla ricerca e la creazione di research network

Sono stati ottenuti contributi che hanno permesso di sviluppare attività di ricerca in tutte e tre le aree indicate. E' stata poi avviata la II edizione 2010-2012 dello stesso Programma, presentato nel corso di un Convegno che si è tenuto a Bologna il 14 febbraio 2011; successivamente il 21 marzo è stato avviato il workshop preparatorio ai programmi di ricerca dell'Area 1, Ricerca Innovativa, nel quale sono state presentate analoghe esperienze condotte in UK, Canada e USA.

Da quanto sopra evidenziato risulta evidente come la ricerca universitaria sia si sviluppata in larga misura, ma non in forma esclusiva, presso i Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena. Tali attività, infatti, si svolgono in parte anche in altre sedi, universitarie e non universitarie: si tratta di ricerche svolte con docenti e ricercatori di altre Facoltà e di altri Atenei (es. progetti PRIN, FIRB, progetti europei, ecc.) Ciò a testimoniare come la ricerca universitaria è attualmente inserita, e lo sarà sempre di più in futuro, in uno stretto tessuto di relazioni con il territorio locale (AOU Policlinico di Modena, Azienda Usl di Modena, Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, Fondazioni, Associazioni, ecc.), ma anche in un ambito regionale (progetti di ricerca Regione-Università), in ambito nazionale (progetti di ricerca co-finanziati dal MIUR e quindi sviluppati in collaborazione con altri Atenei) ed internazionale (progetti europei o finanziati da committenti esteri).

Sarà quindi fondamentale in futuro sviluppare e rafforzare le collaborazioni con i partner e i portatori di interesse coinvolti per permettere ulteriore sviluppo delle aree di ricerca sopra individuate e favorire il coordinamento delle stesse anche sulla base delle caratteristiche comuni alle diverse ricerche, tenendo conto del fatto che l'attività di ricerca costituisce indubbiamente un valore aggiunto in ambito clinico, ma è particolarmente impegnativa per la richiesta di tempo da dedicarvi e per i costi, anche alla luce della diminuzione costante delle risorse sia in termini finanziari, sia come unità di personale dedicato, come si sta verificando in particolare nell'ambito universitario.

#### **2.4.2 La didattica 2011-2012**

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 internazionale, confermato in epoca recente dalle numerosissime collaborazioni scientifiche con i più importanti Istituti del mondo.

È stata interessata, poi, da un cospicuo rinnovamento, a seguito dell'apertura nel 1963 del Policlinico che, con le sue Cliniche ed Istituti universitari, ne ha notevolmente accresciuto l'influenza sulla vita cittadina e nazionale.

Il Policlinico ora denominato Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel nome riassume i compiti di un Policlinico di insegnamento; luogo dove si compie l'integrazione tra le funzioni tipiche di un Ospedale che fa parte del Sistema Sanitario Regionale e l'Università qui presente come Facoltà di Medicina e Chirurgia. 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 di Modena, Baggiovara e Reggio Emilia, sono luoghi dell'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 che rappresenta un punto di eccellenza dell'Ateneo sia nelle dotazioni tecnologiche, sia nella varietà di servizi che possono essere messi a disposizione, ma, anche, nelle corsie degli Ospedali, sedi di una formazione che trova nella pratica clinica uno dei suoi momenti più importanti.

E numerosi infine sono gli studenti nei laboratori di ricerca, presenti nei vari reparti, per dare un segno dell'integrazione tra il momento della cura e il momento della ricerca, finalizzata a scoprire le 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 i consultori, le residenze sanitarie assistenziali e altre strutture private convenzionate.

Per iscriversi ai Corsi di Laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia, gli studenti devono superare un Test d'Ingresso, vincolante per l'immatricolazione, previsto per la prima settimana di settembre (consultare il sito nel mese di luglio per l'uscita dei bando concorsuale).

All'interno di questa Facoltà, sempre in continua evoluzione con il contesto socio-culturale del territorio la didattica, l'assistenza e la ricerca accompagnano i futuri laureati lungo tutto il percorso della loro vita universitaria e professionale.

L'organico attualmente presente nella Facoltà di Medicina e Chirurgia, costituito da 48 professori di I fascia, 74 professori di II fascia e 69 ricercatori e complessivamente da 191 docenti universitari e da 170 addetti alla funzione di tutorato degli studenti, si occupa di svolgere quotidianamente l'attività di didattica.

L'offerta didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'a.a. 2011/2012 si presenta con un'attività didattica pre-laurea e un'attività post laurea. 2 Lauree a ciclo unico, Il corso di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria e Protesi dentaria, 12 corsi di laurea triennali delle Professioni Sanitarie (Dietistica, Fisioterapia, Infermieristica Modena, Infermieristica Reggio Emilia, Logopedia, Ostetricia, Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia e Igiene Dentale) e una Laurea specialistica di Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Per quanto riguarda l'attività pre-laurea, per accedere ai corsi di Laurea attivati nella Facoltà di Medicina e Chirurgia gli studenti devono sostenere un test d'ingresso ad accesso programmato a livello nazionale.

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.

## **I CORSI DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO**

Per l'anno accademico 2010/2011 , primo anno in cui la prova concorsuale è diventata unica, sono pervenute 1056 richieste totali a fronte di 129 posti per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e 14 posti per i futuri odontoiatri.

Nell'ultimo anno, 2011/2012, sono pervenute 1135 domande con 910 candidati presenti alla prova.

In questo caso la tabella mostra la prima scelta dello studente per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia o per il Corso di Odontoiatria e protesi dentaria, essendola la graduatoria finale unica, per i due anni accademici.

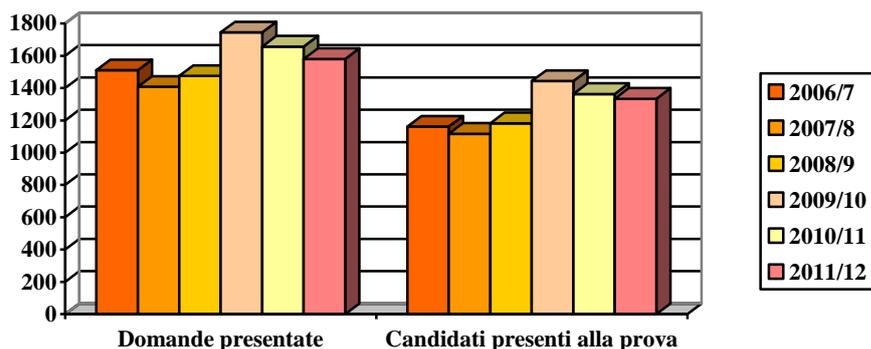
Anno Accademico 2010/2011 <b>CORSI DI LAUREA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA</b>	<b>Posti a bando</b>	<b>Domande prima scelta</b>
LS Medicina e Chirurgia	<b>129</b>	<b>1056</b>
LS Odontoiatria	<b>14</b>	<b>249</b>
Anno Accademico 2011/2012 <b>CORSI DI LAUREA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA</b>	<b>Posti a bando</b>	<b>Domande prima scelta</b>
LS Medicina e Chirurgia	<b>133</b>	<b>819</b>
LS Odontoiatria	<b>14</b>	<b>91</b>

### **I CORSI DI LAUREA TRIENNALI NELLE PROFESSIONI SANITARIE**

Nell'ultimo anno accademico le richieste di ammissione per le Lauree triennali delle professioni sanitarie dimostrano sempre un forte interesse da parte della popolazione studentesca: sono pervenute 1581 domande con 1334 candidati presenti alla prova.

La tabella mostra l'andamento degli ultimi anni.

<b>CORSI DI LAUREA TRIENNALE NELLE PROFESSIONI SANITARIE</b> <b>ANNO ACCADEMICO</b>	<b>DOMANDE PRESENTATE</b>	<b>CANDIDATI ALLA PROVA PRESENTI</b>
2006/2007	<b>1511</b>	<b>1161</b>
2007/2008	<b>1408</b>	<b>1117</b>
2008/2009	<b>1475</b>	<b>1182</b>
2009/2010	<b>1745</b>	<b>1443</b>
2010/2011	<b>1658</b>	<b>1364</b>
2011/2012	<b>1581</b>	<b>1334</b>

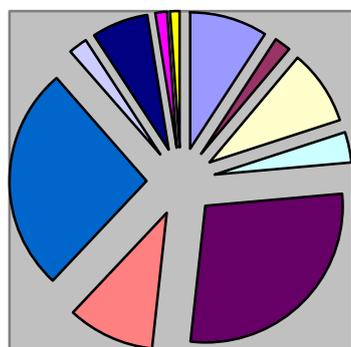


Per quanto riguarda la domanda di partecipazione alle selezioni dei corsi di laurea nelle Professioni Sanitarie, gli studenti hanno la possibilità di indicare, secondo un preciso ordine di preferenza, fino ad un massimo di tre opzioni come dimostra la tabella.

In questa tabella vengono riportate le domande di ammissione dell'a.a. 2011 - 2012 suddivise per preferenze di Corso di laurea.

<b>UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA</b>	<b><i>Domande prima scelta</i></b>	<b><i>Domande seconda scelta</i></b>	<b><i>Domande terza scelta</i></b>
Dietistica – sede di Modena	<b>105</b>	<b>117</b>	<b>127</b>
Fisioterapia – sede di Reggio Emilia	<b>419</b>	<b>238</b>	<b>198</b>
Igiene Dentale – sede di Modena	<b>55</b>	<b>26</b>	<b>40</b>
Infermieristica – sede di Modena	<b>287</b>	<b>249</b>	<b>221</b>
Infermieristica – sede di Reggio Emilia	<b>158</b>	<b>190</b>	<b>99</b>
Logopedia – sede di Reggio Emilia	<b>163</b>	<b>126</b>	<b>113</b>
Ostetricia – sede di Modena	<b>143</b>	<b>119</b>	<b>144</b>
Tecniche Fisiopatologia Cardiocircolatoria – MO	<b>20</b>	<b>51</b>	<b>67</b>
Tecniche di Laboratorio Biomedico – sede MO	<b>32</b>	<b>74</b>	<b>81</b>
Tecniche Radiologia Medica – sede di Modena	<b>143</b>	<b>196</b>	<b>215</b>
Tecnica Riabilitazione Psichiatrica – sede RE	<b>38</b>	<b>59</b>	<b>98</b>

Terapia Occupazionale – sede di Reggio Emilia	<b>18</b>	<b>62</b>	<b>52</b>
---	-----------	-----------	-----------



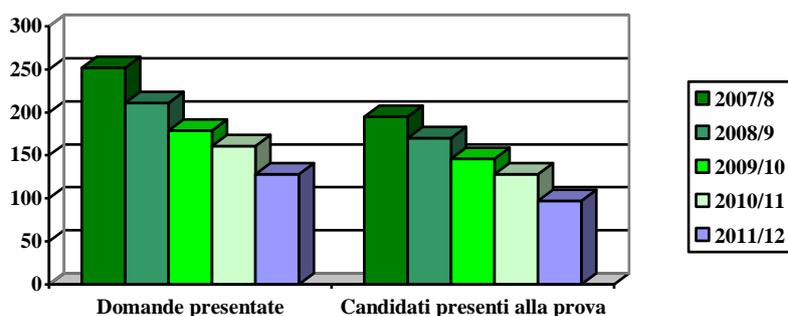
- CDL Tecniche Radiologia Medica
- CDL Tecniche di laboratorio biomedico
- CDL Ostetricia
- CDL Igiene Dentale
- CDL Infermieristica
- CDL Logopedia
- CDL Fisioterapia
- CDL Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
- CDL Dietistica
- CDL Tecniche di Fisiopatologia Cardiocircolatoria
- CDL Terapia Occupazionale

**Domande di ammissione alle Lauree Sanitarie 1° scelta a.a. 2011 - 2012**

**LA LAUREA SPECIALISTICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**

In queste tabella si riportano le domande di ammissione per la Laurea specialistica di Scienze Infermieristiche ed Ostetriche promossa come naturale sbocco per coloro che termineranno la triennale nelle Professioni Sanitarie.

<b>CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE – SNT-SPEC1 ANNO ACCADEMICO</b>	<b>DOMANDE PRESENTATE</b>	<b>CANDIDATI ALLA PROVA PRESENTI</b>
2007/2008	<b>252</b>	<b>195</b>
2008/2009	<b>211</b>	<b>170</b>
2009/2010	<b>179</b>	<b>146</b>
2010/2011	<b>161</b>	<b>128</b>
2011/2012	<b>128</b>	<b>97</b>



I Corsi della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo emiliano continuano ad essere i 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.

E, dopo la ultima pubblicazione delle indagini di Sole 24 Ore e Repubblica/Censis comincia a passare l'idea, tra gli studenti e le loro famiglie, che per ricercare l'eccellenza non c'è bisogno di affrontare lunghe trasferte: UNIMORE ormai da molti anni è in grado di unire ottime performance tanto nella didattica che nella ricerca, cui si associa un'elevata qualità nei servizi offerti agli studenti con strutture adeguate alla entità della popolazione universitaria.

### **LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

Per quanto riguarda l'attività post-laurea e quindi 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 (35 scuole con 462 specializzandi al 31-12-2011) 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 (85 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.

*In questa tabella vengono riportate le Scuole di Formazione Medico Specialistica presenti all'interno della Facoltà di Medicina e Chirurgia*

<b>Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e R.E. – Situazione delle scuole di specializzazione al 31-12-2011</b>	<b>N. Scuole attive al 31-12-2011</b>	<b>N. complessivo di medici in formazione frequentanti al 31-12-2011</b>
Scuole con struttura di sede nell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico di Modena	35	462
Scuole ove l'Azienda Ospedaliero – Universitaria è struttura collegata per Scuole con sede presso l'Usl di Modena (Baggiovara)	9	85
<b>TOTALE</b>	<b>44</b>	<b>547</b>

Nel 2011 è poi proseguita la profonda riorganizzazione nazionale delle scuole di specializzazione (già realizzatasi nell'a.a. 2009-2010) che ha comportato per alcune di esse l'accorpamento in "aggregazioni" di più Atenei per l'a.a. 2010-2011: delle 44 scuole attive a Modena, 15 sono rimaste autonome (con unica sede universitaria a Modena) mentre 29 sono state accorpate in aggregazioni con altri Atenei, di cui n. 15 con l'Università di Modena quale Ateneo- capo fila, e n. 14 ove l'Università di Modena è sede aggregata ma non sede amministrativa del corso di studi.

#### **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 e di consulenza bibliografica per la redazione di tesi.

L'Ateneo di Modena e Reggio Emilia fa parte del consorzio Cipe (Consorzio Interistituzionale per i Progetti Elettronici - Bibliotecari, Informativi, Documentari) che si occupa 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, 30 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.

#### **Il Patrimonio della Biblioteca:**

### *Fondo antico*

Comprende 27 opere (dal 1618 al 1830) tutte catalogate.

### *Monografie*

Al 31 dicembre 2011 i volumi sono 17407, compreso il fondo antico.

Di questi 257 sono tesi di dottorato e 1169 sono monografie di Scienze infermieristiche: 1131 ricevute in comodato d'uso nel 2009 e 38 acquistate dalla Biblioteca Medica nel 2011.

Le monografie sono classificate per materia secondo lo schema della National Library of Medicine di Bethesda e collocate a scaffale aperto.

### *Periodici a stampa*

240 periodici attivi collocati a scaffale aperto e 1746 periodici cessati o sospesi, archiviati anche presso depositi esterni.

### *Periodici elettronici*

Attraverso il software SFX, acquistato dall'Ateneo di Modena e Reggio Emilia, è possibile consultare **5744** periodici on line di medicina. A questi vanno aggiunti i periodici di scienze affini (Chimica **1646**, Scienze naturali **2819**, scienze sociali **3902**) pubblicati dai principali editori scientifici internazionali. Per la medicina ricordiamo Elsevier, Springer, Wiley, Lippincott, BMJ.

### *Banche dati*

Cochrane Library, MedicinesComplete, Scifinder Scholar, Pilots database, Current Contents, Journal Citation Reports (ISI), Pilots Database, PsycINFO, Web of Science, PubMed con personalizzazione accessibile dalla Home page della Biblioteca Medica.

## **Servizi**

### *Consultazione e lettura*

La consultazione delle opere presenti in biblioteca è consentita a tutti. Gli utenti non istituzionali devono essere identificati prima di accedere alla biblioteca.

### *Consulenza online*

Chiedi al Bibliotecario è un servizio di assistenza, pubblico e gratuito, on-line; studiato per offrire risposte a quesiti semplici di natura bibliografica e indicazioni sulle strategie di ricerca, oltre ad informazioni sui servizi bibliotecari del Polo provinciale modenese.

### *Formazione utenti*

La Biblioteca Medica organizza, in collaborazione con la Biblioteca Scientifica Interdipartimentale, corsi di formazione rivolti agli studenti degli anni successivi al 1°, con lo scopo di trasmettere loro le competenze informative necessarie e di formarli all'uso consapevole ed esteso delle fonti bibliografiche e documentali acquistate dall'Ateneo di Modena e Reggio Emilia.

### *Prestito*

Sono ammesse al prestito solo le monografie per un massimo di 3 volumi, per una durata di 30 giorni. Hanno diritto al prestito tutti i docenti, gli iscritti ai corsi di Laurea dell'Università di Modena e Reggio Emilia, i residenti nella provincia di Modena.

### *Prestito Interbibliotecario - ILL*

La Biblioteca effettua il servizio di prestito interbibliotecario in Italia e all'estero per le monografie non disponibili in sede.

### *Fotocopie e stampe*

La riproduzione in fotocopia del materiale librario della biblioteca è consentita esclusivamente per motivi di studio, nel rispetto della normativa vigente sul diritto d'autore. E' possibile stampare da pen-drive USB e dalle postazioni virtual reference della sala lettura.

## Recupero articoli - Document Delivery

La Biblioteca effettua il recupero di documenti posseduti da altre biblioteche e centri di documentazione italiani e stranieri non disponibili in sede.

## Informazioni e consulenza bibliografica

E' attivo un servizio di assistenza personalizzato per gli studenti che necessitano di consulenza per:

- ricerche bibliografiche
- redazione della tesi
- utilizzo delle risorse elettroniche di Ateneo
- uso di software di formattazione bibliografica (Zotero)

## Valutazione della ricerca

A partire dal 2011 la Biblioteca offre un servizio di assistenza alla valutazione della ricerca scientifica, rivolto a docenti, ricercatori, dottorandi, specializzandi, medici ospedalieri e a chiunque altro sia coinvolto nel reperimento delle informazioni necessarie al processo di valutazione, appartenenti a Unimore o alle Aziende ospedaliere convenzionate. Il servizio può essere richiesto sia da un singolo utente sia da un dipartimento o da un'unità complessa.

In particolare, si offre consulenza nel recupero degli indicatori bibliometrici spesso richiesti a corredo delle bibliografie e dei CV necessari non solo per la valutazione interna, ma anche per la partecipazione a bandi di gara per progetti di ricerca.

## DATI STATISTICI ANNO 2011

Totale ingressi anno 2011:	<b>108.714</b>
Totale ingressi studenti anno 2011:	<b>95.136</b>
Totale ingressi per dipendenti unimore 2011	<b>7.561</b>
Totale ingressi per esterni 2011:	<b>1048</b>
Totale ingressi per frequentatori 2011	<b>4969</b>
Prestiti :	<b>3396</b>

Di seguito il dettaglio degli articoli scaricati nel corso del 2011 da tutto l'Ateneo di Modena e Reggio Emilia per tutti gli ambiti disciplinari.

**Elsevier: 185.364** articoli - 2.219 riviste di cui 1016 classificate come titoli di Medicina (SFX)

**Lippincott: 11.501** articoli - 112 riviste esclusivamente di medicina

**Springer: 33.159** articoli - 1.962 riviste di cui 550 classificate come titoli di Medicina (SFX)

**Gruppo Nature: 15.326** articoli - 19 riviste esclusivamente di medicina

**Rivista SCIENCE: 3.633** articoli di interesse bio-medico

**Wiley-Blackwell: 45.937** articoli - 1.256 riviste di cui 447 classificate come titoli di Medicina (SFX)

## 2.5 –Assetto Organizzativo

### Azienda USL



L'Azienda USL di Modena nasce nel 1994 dalla fusione di sei Unità Sanitarie Locali. In Emilia Romagna, per dimensioni, è la seconda realtà dopo Bologna.

Allo scopo di realizzare i principi dichiarati, l'Azienda assume il Distretto quale organismo di decentramento del governo aziendale e il Dipartimento quale assetto organizzativo fondamentale atto all'organizzazione e gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali.

L' Azienda USL nel 2011 era organizzata in 7 Distretti socio-sanitari che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti, 7 Ospedali a gestione diretta (riuniti in un presidio unico), organizzati in una rete che include funzionalmente anche l'Ospedale Policlinico dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria e l'Ospedale di Sassuolo.

La nuova organizzazione dell'Azienda è stata deliberata nel Nuovo Atto Aziendale 2010.

I dipartimenti 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.

Va ricordato inoltre che da un punto di vista organizzativo l'Azienda partecipa all'Area Vasta Emilia Nord.

L'organizzazione aziendale si suddivide inoltre la presenza di dipartimenti ospedalieri e di dipartimenti territoriali. Fra i primi si hanno quelli di:

- Chirurgia generale e specialistica
- Emergenza e urgenza
- Diagnostica per immagini
- Patologia clinica
- Medicina interna
- Integrato di neuroscienze
- Integrato di medicina, endocrinologia, metabolismo, geriatria

- Area critica
- Ortopedia e traumatologia
- Ostetricia e ginecologia e pediatria

Sono invece quattro i dipartimenti territoriali:

- Cure Primarie
- Sanità Pubblica
- Farmaceutico
- Integrato Salute mentale e Dipendenze Patologiche

### **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

L'Azienda ospedaliero universitaria Policlinico adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di organizzazione di gestione operativa.

Il Dipartimento rappresenta la struttura fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali ed è costituito da strutture organizzative che per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità. Il Dipartimento ad attività integrata, in particolar modo, oltre a garantire l'esercizio integrato delle attività assistenziali, di didattica e di ricerca mira a:

- sviluppare la globalità degli interventi e la continuità assistenziale;
- promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento dei servizi.

Il Collegio di Direzione, presieduto dal Direttore Sanitario, è composto dal Direttore Amministrativo, dalla Direzione Infermieristica e Tecnica e dai Dipartimenti (Direttore e Vice-Direttore) oltre che da altre funzioni ad invito. Rappresenta la struttura che di fatto affianca la Direzione Aziendale nel Governo dell'Azienda. Ha la funzione di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi, di ricerca e innovazione in particolare, per quanto riguarda le tematiche del Governo clinico. E' l'organo di governo della gestione del rischio clinico e propone il programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale.

Oltre a creare le condizioni per:

- la partecipazione alle scelte e alle soluzioni dei problemi attraverso lo sviluppo del lavoro in équipe, la circolazione e la socializzazione delle informazioni, il potenziamento delle relazioni interne, la condivisione delle competenze acquisite, inserendo, come progettazione organizzativa, la modalità della organizzazione a matrice equilibrata;
- il decentramento inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa; Distinzione tra funzioni strategiche poste in capo alla Direzione Generale e responsabilità gestionali di competenza dei vari livelli organizzativi;
- favorire la trasparenza che consiste, nella sua accezione più ampia, nell'assicurare la massima circolazione possibile delle informazioni sia all'interno del sistema, sia fra questo ultimo ed il mondo esterno. In una organizzazione la possibilità di conoscere è un presupposto per prendere le decisioni più importanti in maniera consapevole ma è anche un sistema che favorisce l'evolvere dei sistemi di misura e quindi di valorizzazione del merito. C'è inoltre la consapevolezza che nella pubblica

amministrazione e nella sanità in particolare, aumentare il livello di trasparenza sia un presupposto all'innovazione.

### **Le reti cliniche integrate e il governo clinico**

L'Azienda, ribadendo la propria specificità e autonomia nello sviluppo delle potenzialità professionali, tecniche, di ricerca e di innovazione, si inserisce in modo integrato nell'ambito della rete ospedaliera regionale e delle reti dei servizi provinciali. La programmazione strategica aziendale si sviluppa orientandosi al raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni, che le sono state assegnate all'interno del sistema delle relazioni Hub & Spoke, e ricercando parallelamente le sinergie e le relazioni funzionali con tutti i punti di produzione dei servizi territoriali, in modo da partecipare attivamente alla realizzazione degli obiettivi quali-quantitativi che si pone il sistema socio-sanitario provinciale. Lo sviluppo di tali funzioni, da espletarsi in scenari di differente respiro territoriale, deve trovare rispondenza in un'organizzazione che assicuri la continuità delle cure, la centralità del paziente, la qualità e la sicurezza dell'assistenza. Le linee organizzative aziendali si realizzano nell'ambito di un sistema di governo clinico che sappia coniugare la funzione manageriale e professionale, coordinando i diversi ambiti di responsabilità e autonomia delle figure professionali coinvolte. Utilizzando questo sistema di governo come "cuore" dell'organizzazione si intendono perseguire obiettivi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di salvaguardia degli alti standard sanitari, creando un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza clinica con il contributo di tutte le competenze professionali. Il governo clinico rappresenta una strategia gestionale fondamentale del sistema decisionale aziendale e richiede una innovazione dell'approccio ai bisogni dei pazienti da parte del corpo professionale che deve essere orientata a soddisfare le aspettative degli utenti tenendo conto del sistema organizzativo in cui sono inseriti e delle caratteristiche del processo assistenziale offerto. Il governo clinico ha come principali obiettivi l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, ma anche il raggiungimento del migliore equilibrio tra queste componenti e le risorse disponibili.

Gli strumenti che saranno impiegati sono i seguenti:

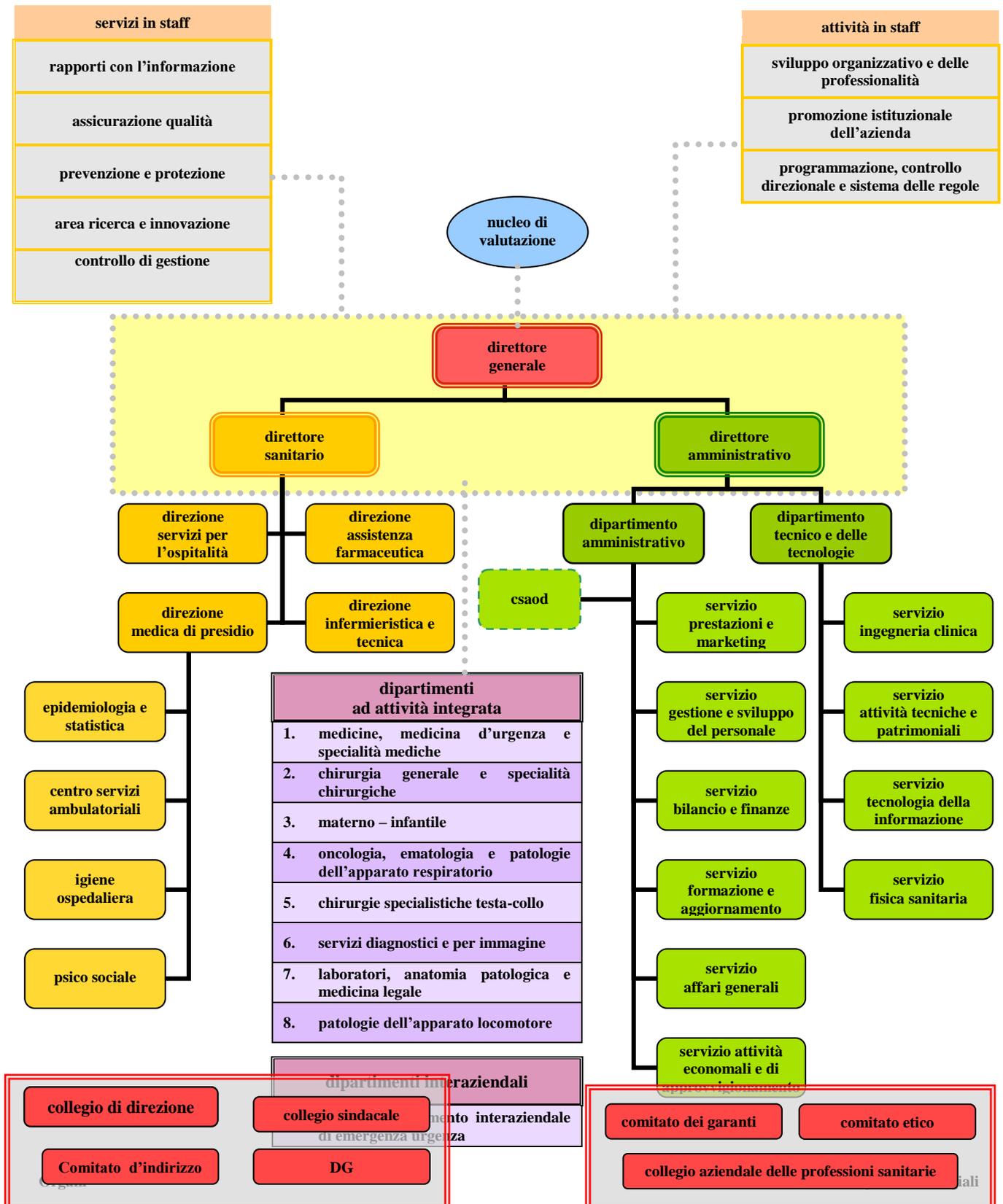
1. pratica clinica basata sull'evidenza: "la EBM costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente". Le evidenze riguardano le accuratezze dei tests diagnostici, la potenza dei fattori prognostici, l'efficacia e sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi e permette un approccio in cui si possono definire obiettivi clinici (dall'appropriatezza all'efficacia) e verificarne i risultati attraverso il confronto con altri risultati certi;
2. monitoraggio delle performances cliniche e audit clinico: approccio che prevede la raccolta sistematica e strutturata dei risultati della attività clinica e assistenziale, la loro gestione al fine di poterne valutare i risultati nel tempo, anche attraverso un'attività di audit clinico. L'audit clinico è una metodologia di analisi strutturata di verifica dei risultati che ha l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi erogati, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuate ed il monitoraggio dell'impatto sulle misure correttive introdotte;
3. gestione del rischio clinico: insieme di attività tese a prevenire gli eventi indesiderati che rappresentano in ogni struttura sanitaria (a livello mondiale) un grosso problema non ancora risolto ed oggetto di grande attenzione. Si svolge attraverso tre fasi integrate: prevenzione, formazione e gestione dei singoli eventi in un progetto aziendale "Ospedale sicuro";
4. percorsi clinici: piani di assistenza che dettagliano i passi essenziali del percorso diagnostico terapeutico, su cui possono essere impiegati tutti gli strumenti del governo clinico che rappresentano una modalità organizzata per costruire l'assistenza intorno alle esigenze del paziente e gestirne tutti gli aspetti: clinici, organizzativi, relazionali, di integrazione multidisciplinare e interprofessionale.

## **Il sistema dei controlli**

Si articola in cinque funzioni:

1. il controllo strategico ha l'obiettivo di fornire un quadro d'insieme degli strumenti utilizzabili, dei metodi e dei modelli per la governance aziendale e quindi per la costruzione di un sistema di valutazione della performance aziendale e degli operatori;
2. il controllo di gestione supporta la attività di governo aziendale con la produzione di elaborati relativi ai vari aspetti della gestione (dalla produzione ai costi, .....); attività esplicitata a differenti livelli (aziendale, dipartimento, struttura, singola patologia) ecc...;
3. l'Assicurazione Qualità supporta la direzione e le strutture aziendali nello sviluppo del sistema di gestione della qualità e del rischio, il raggiungimento e/o mantenimento dei requisiti per l'accreditamento ecc.. In queste sue funzioni svolge momenti di verifica ispettiva interna finalizzata al controllo di contesti e/o obiettivi condivisi con la direzione aziendale;
4. il controllo di regolarità amministrativa e contabile insieme di azioni di controllo sulla regolarità dell'attività e degli atti amministrativi, svolte dai revisori dei conti, da consulenti esterni e da funzioni istituzionali che sempre più diventa anche momento di "accompagnamento/supporto" teso alla ricerca di miglioramento dei comportamenti;
5. la valutazione del personale. E' una delle funzioni che il D.Lgs 150/2009 (Brunetta) ha meglio definito e che richiede un adeguamento dell'approccio e degli strumenti fino ad ora utilizzati. E' ovviamente una funzione importante e strategica per le ricadute legate al coinvolgimento degli operatori.

## Organigramma Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena



### 2.6 - Le relazioni dell' Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico con l'Università di Modena e Reggio Emilia

Il sistema delle relazioni intercorrenti tra Università e Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, anche nel corso del 2011, é disciplinato secondo quanto definito dalla

normativa di livello nazionale e regionale in materia nonché dai Protocolli Regionali e relativi Accordi Attuativi Locali di riferimento (per una dettagliata ed esaustiva descrizione del quadro giuridico di riferimento si rinvia all'analogo sezione del bilancio di missione del 2010).

Da rilevare rispetto al 2010 è stata la disattivazione, nel corso del 2011, del Dipartimento ad Attività Integrata con l'Università di Emergenza-Urgenza, cui è seguita l'attivazione del Dipartimento Interaziendale con l'Usl di Modena di Emergenza-Urgenza. Ciò ha comportato che l'attività integrata effettuata nella precedente struttura da docenti e ricercatori universitari integrati ad essa afferenti (n. 5 unità) sia stata trasferita ad altri Dipartimenti ad Attività Integrata con l'Università (D.A.I. di Medicina, Medicina d'Urgenza e Specialità Mediche e D.A.I. di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche).

Nel corso del 2011 di importanza fondamentale nel sistema delle relazioni tra SSN e Università è stata l'entrata in vigore della Legge 240/2010 (legge di riforma dell'università) che ha riordinato il sistema universitario provvedendo ad una revisione dell'articolazione organizzativa in Dipartimenti cui affidare sia le funzioni didattiche sia quelle di ricerca, mentre, come è noto, nel sistema previgente esse erano ripartite tra le Facoltà e i Dipartimenti.

In particolare, l'articolo 2, comma 2 lett. b) della legge, ha stabilito quale requisito minimo per la istituzione di un Dipartimento universitario la soglia di almeno 35 tra docenti e ricercatori. Tale requisito ha inciso profondamente sull'organizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, ove – è bene ricordarlo - ciascun Dipartimento ad attività integrata svolge da un lato le funzioni previste dal D.Lgs. 517/99, dall'altro le funzioni previste dallo Statuto dell'Università per i Dipartimenti Universitari.

Con l'entrata in vigore della L. 240/2010 nessuno dei Dipartimenti ad Attività Integrata esistenti presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria possiede il numero minimo di docenti e ricercatori per un Dipartimento Universitario. Pertanto il Rettore, con Nota prot. n. 19701-2011 del 25-10-2011, ha comunicato all'Azienda l'avvio della procedura di attivazione di Dipartimenti Universitari in ambito clinico con funzioni esclusivamente universitarie per dare piena attuazione alla riforma universitaria, nell'intento, quindi, di costituire dei Dipartimenti Universitari da affiancare ai Dipartimenti ad attività integrata esistenti.

Ciò ha determinato l'avvio di una fase transitoria, ove è stato previsto il trasferimento ai nuovi Dipartimenti delle funzioni di esclusiva competenza universitaria in precedenza assegnate ai Dipartimenti ad Attività Integrata. Contestualmente è stata prevista la proroga dei mandati in scadenza relativi ai D.A.I. almeno sino alla attivazione dei Dipartimenti Universitari in ambito clinico per garantire la continuità dell'attività istituzionale.

La procedura di costituzione dei nuovi Dipartimenti universitari in ambito clinico si è poi realizzata nel corso del 2012 a seguito della pubblicazione del nuovo Statuto di Ateneo dando luogo alla costituzione di n. 4 Dipartimenti Universitari in ambito clinico a far data dal 6 giugno 2012.

In ogni caso, è opportuno rimarcare come il nuovo assetto organizzativo debba intendersi come provvisorio, dal momento che l'articolo 6, comma 13 della Legge n. 240/2010 rinvia alla successiva pubblicazione di un decreto interministeriale con il compito di definire uno schema-tipo di Accordo tra Regione e Università al quale dovranno poi attenersi i vari Protocolli Regionali nel ridisegnare le relazioni tra Sistema Sanitario Regionale e sistema universitario.

Detto decreto non è stato ancora pubblicato per cui il nuovo assetto organizzativo adottato dall'Università rimane suscettibile di successiva revisione non appena verrà siglato il Protocollo Regionale che dovrà stabilire le relazioni funzionali tra Dipartimenti Universitari e Dipartimenti ad Attività Integrata.

## **Capitolo 3 - OBIETTIVI ISTITUZIONALI E STRATEGIE AZIENDALI**

### **3.1 - La partecipazione degli enti locali alla programmazione sanitaria**

La centralità del cittadino in quanto titolare del diritto alla salute, espressa a livello individuale e collettivo, è uno dei fondamenti della Legge di riforma regionale 29/2004 del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna e del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010.

Per dare una risposta ai bisogni sempre più crescenti delle famiglie l'integrazione socio-sanitaria costituisce uno degli ambiti più importanti delle attività dell'Azienda.

In questi anni, gli Enti locali stanno consolidando il loro ruolo nel nuovo sistema di governance regionale tramite la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e i Comitati di Distretto, interpretando con sempre maggiore partecipazione la loro responsabilità sulle scelte in materia sanitaria e sociosanitaria.

E' proseguito nel 2011 il lavoro dell'Esecutivo della CTSS e del relativo tavolo tecnico di supporto, composto dai dirigenti delle due Aziende Sanitarie modenesi e dei Comuni Capo Distretto.

L'Esecutivo ha approvato ed esaminato fra gli altri le linee di indirizzo e il riparto per le risorse FRNA per i disabili e gli anziani; i bilanci e i piani programmatici delle aziende sanitarie; i piani programmatici delle aziende di servizi alla persona; le ipotesi di riorganizzazione delle sedi di erogazione dell'offerta sanitaria territoriale nella provincia.

E' stato inoltre approvato all'unanimità dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria il Piano Attuativo Locale (Pal) 2011-2013, il principale strumento di programmazione dei servizi sanitari della provincia di Modena. Quattro i principi-chiave: il potenziamento dell'assistenza e dei servizi forniti sul territorio; la rimodulazione dei ruoli delle strutture ospedaliere; una maggiore integrazione tra i servizi esistenti; la semplificazione organizzativa.

Il Pal è stato approvato dopo un percorso durato quasi un anno e mezzo, durante il quale sono state ascoltate le proposte e i suggerimenti non solo degli "addetti ai lavori" ma anche dei cittadini, in assemblee e incontri pubblici e attraverso questo sito web, dove è consultabile il documento.

Inoltre nel corso del 2011 sono state messe a regime l'organizzazione e le attività del [Programma Territoriale della provincia di Modena "Comunicazione e promozione della salute"](#), approvato dall'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria il 24 marzo del 2010.

### **3.2 - L'universalità e l'equità di accesso**

L'universalità e il diritto di accesso alle cure sono gli assi portanti dell'attività che l'Azienda USL mette in campo ogni anno per ridurre le difficoltà di accesso alle cure soprattutto per le fasce più deboli.

#### **3.2.1 Interventi sulla struttura dell'offerta dei servizi**

##### **Facilitazioni all'accesso alle prestazioni**

Per favorire l'accesso alle prestazioni l'Azienda ha messo in campo una serie di iniziative, di seguito riportate.

Il sistema CUP dell'Azienda USL di Modena prevede una gestione separata delle prime visite e dei controlli, rileva separatamente i tempi di attesa assegnati alle due tipologie di utenti e prevede la gestione del bacino di riferimento in funzione della residenza del cittadino. Inoltre ha la possibilità di attivare meccanismi automatici di riconversione di posti fra prestazioni con

diverso livello di priorità in funzione della domanda reale al fine di evitare il mancato utilizzo di posti disponibili.

I punti di accesso alla prenotazione sono distribuiti capillarmente su tutto il territorio provinciale: oltre agli sportelli delle **sedi CUP aziendali**, sono coinvolte nel sistema oltre **170 farmacie** e **8 centri commerciali COOP Estense** ed **1 centro commerciale NORDICONAD**.

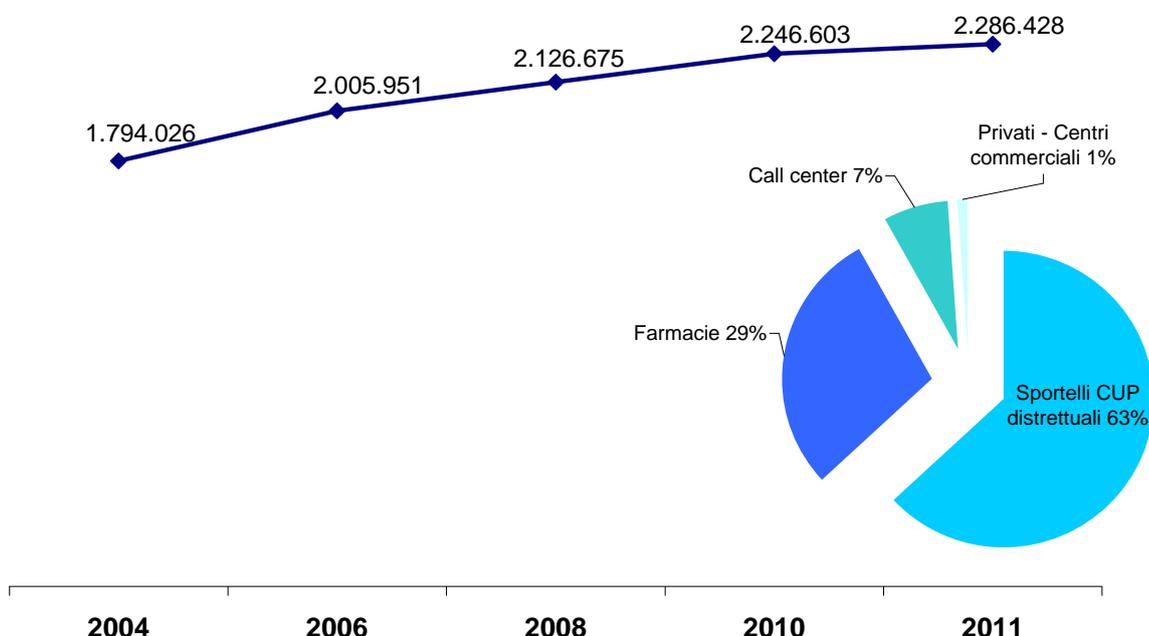
E' in crescita l'attività di **prenotazione telefonica** attraverso il Call center Tel&prenota (più di 160.000 prenotazioni nel 2011, a cui si aggiungono circa 71.000 modifiche di prenotazioni già effettuate per un totale di oltre 230.000 attività). Si segnala che dalla fine del 2010, la prenotazione telefonica è stata estesa all'intera offerta di attività libero professionale intramoenia.

Il Call center, che svolge anche una funzione di assistenza telefonica alle farmacie del territorio, è attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 18.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

Un'ulteriore modalità di accesso è realizzata grazie a particolari dispositivi tecnologici (**totem multimediali**) che, mettendo in comunicazione audio-visiva l'utente con un operatore di Call center, permettono di effettuare una vera e propria prenotazione a distanza, con un livello di interazione analogo a quello di uno sportello reale.

## PRENOTAZIONI ATTRAVERSO IL CENTRO UNICO

### PRENOTAZIONE PROVINCIALE



Dal 2005 è attivo su tutto il territorio provinciale un sistema automatico per la **disdetta delle prenotazioni**: è sufficiente chiamare un unico numero telefonico, attivo 24 ore su 24 e valido per tutta la provincia, e seguire le semplici istruzioni fornite per annullare una precedente prenotazione. La disdetta telefonica può avvenire anche tramite operatore, ovviamente solo negli orari di servizio attivo.

Dal 2007 è attivo anche un sistema di "**richiamo automatico**", che provvede a richiamare telefonicamente gli utenti prenotati per ricordare l'appuntamento fissato, consentendo, anche in questo caso, di annullare la precedente prenotazione. Le prestazioni per le quali viene utilizzato il "richiamo automatico" sono quelle a maggior rischio di assenteismo, le più complesse o quelle con maggiore tempo di attesa.

Mensilmente vengono disdette quasi 6.000 prestazioni, in particolare ecografie, visite fisiatriche, TC e colonscopie. I due sistemi, consentendo la revisione sistematica delle agende, contribuiscono in modo determinante a ridurre il numero delle prestazioni "sprecate" a causa della mancata disdetta da parte degli utenti.

La Direzione aziendale ha emanato una serie di disposizioni con lo scopo di garantire la standardizzazione e la continuità dell'offerta di prestazioni ai cittadini. Il ricorso alla lista di attesa informatizzata viene previsto esclusivamente come misura straordinaria, in casi eccezionali e selezionati, qualora non sia possibile individuare disponibilità per una determinata prestazione all'interno dei calendari delle agende di prenotazione. Sono anche state definite le condizioni che giustificano la sospensione dell'attività (guasto di apparecchiature, assenza giustificata improvvisa di professionista non immediatamente sostituibile, sciopero) ed i criteri e le modalità di recupero delle eventuali prestazioni annullate.

Per quanto riguarda alcune situazioni cliniche che prevedono l'erogazione, in un breve arco di tempo, di indagini cliniche e strumentali plurime e/o multidisciplinari, sono in corso di definizione specifici percorsi diagnostico-terapeutici: **Day Service Ambulatoriali**.

#### **Accesso al sistema dei servizi per le persone non autosufficienti**

Sono state realizzate, grazie anche alle risorse disponibili del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, azioni innovative dirette a sostenere la conoscenza da parte dei familiari delle opportunità presenti sui territori (assistente sociale presente all'interno di alcuni reparti ospedalieri e assistente sociale specificamente dedicata alle UVM).

Si è scelto, come **azione di sistema, il coinvolgimento del Terzo Settore** nella programmazione locale per favorire un allargamento dei soggetti che dispongono delle necessarie informazioni.

Sono state ulteriormente sviluppate **modalità organizzative fra i Servizi territoriali sociali, sanitari e socio-sanitari**, improntati ed orientati a massimizzare l'integrazione socio-sanitaria, consentendo una sempre maggiore circolazione e scambio di informazioni fra i diversi servizi.

Si è garantita la partecipazione dell'Azienda USL all'elaborazione dei Piani Attuativi Annuali 2011 per la programmazione dei servizi, con il coinvolgimento di diverse associazioni di volontariato che rappresentano un soggetto privilegiato nell'intercettazione dei bisogni della popolazione e nel "primo contatto" con le persone, consentendo un migliore orientamento della popolazione fragile e dei loro *caregiver* ai servizi appropriati.

#### **La qualificazione delle cure primarie**

In coerenza con quanto previsto dalla DGR 427/2009 in merito allo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nell'ambito del più complesso obiettivo di qualificazione delle cure primarie, quanto previsto dal PAL 2011-2013 in termini di riorganizzazione del sistema cure primarie non può prescindere dalla valorizzazione e dal corretto utilizzo delle risorse disponibili. I setting assistenziali delle cure primarie (strutture ambulatoriali, domicilio, strutture intermedie territoriali) e la logica di riorganizzazione della rete ospedaliera con orientamento alla complessità assistenziale e di cura, obbligano a rivedere la modalità di individuazione delle articolazioni territoriali, verso una crescente multidisciplinarietà e plurispecializzazione. Nello specifico si è lavorato nell'ambito della gestione ostetrica della gravidanza fisiologica (definiti ulteriormente i criteri di eleggibilità e valutato l'impatto organizzativo).

Il percorso di cura per livelli "**Stepped Care**" (Programma "G.Leggieri") delineato dalle Linee di indirizzo regionali, finalizzate a facilitare e stabilizzare la collaborazione tra lo specialista psichiatra del CSM e il NCP di riferimento trova una soddisfacente applicazione come delineato dalla casistica 2010 -2011 qui di seguito riportata.

**Percentuale di primi contatti con invio da parte del Medico di Medicina Generale – DSM-DP Modena – Periodo 2010-2011**

		2010		2011		2011 vs 2010
Centro Salute Mentale	di	Primi contatto complessivi	% con invio MMG	Primi contatto complessivi	% con invio MMG	Variazione %
Carpi		532	62,8%	469	68,9%	+9,7%
Mirandola		479	50,1%	404	49,3%	-1,6%
Castelfranco		540	56,3%	566	50,9%	-9,6%
Modena Est		578	69,7%	544	66,2%	-5,1%
Modena Ovest		642	54,2%	614	53,6%	-1,1%
Pavullo		416	37,7%	356	42,7%	+13,1%
Sassuolo		688	61,6%	689	59,5%	-3,5%
Vignola		584	65,4%	560	64,3%	-1,7%
<b>DSM-DP Modena</b>		<b>4.459</b>	<b>58,1%</b>	<b>4.202</b>	<b>57,6%</b>	<b>-0,9%</b>

**Percentuale di soggetti inviati dal Medico di Medicina Generale con successiva presa in carico – DSM-DP di Modena – Periodo 2010-2011**

		2010		2011		2011 vs 2010
Centro Salute Mentale	di	Primi contatto inviati MMG	% con invio da MMG presi in carico	Primi contatto inviati MMG	% con invio da MMG presi in carico	Variazione %
Carpi		334	63,8%	323	66,9%	+4,9%
Mirandola		240	44,2%	199	50,8%	+15,0%
Castelfranco		304	54,9%	288	54,2%	-1,3%
Modena Est		403	64,3%	360	56,4%	-12,2%
Modena Ovest		348	56,3%	329	49,5%	-12,1%
Pavullo		157	75,8%	152	77,0%	+1,6%
Sassuolo		424	70,5%	410	70,2%	-0,5%
Vignola		382	57,1%	360	59,7%	+4,6%
<b>DSM-DP Modena</b>		<b>2.592</b>	<b>60,8%</b>	<b>2.421</b>	<b>60,3%</b>	<b>-0,9%</b>

**Percentuale di soggetti inviati dal Medico di Medicina Generale con successiva presa in carico suddivisi per diagnosi di chiusura del primo contatto- DSM-DP di Modena - Periodo 2010-2011**

	2010		2011		2011 vs 2010
Categoria diagnostica	Primi contatti con invio MMG	% PC con invio MMG presi in carico	Primi contatti con invio MMG	% PC con invio MMG presi in carico	Variazione %
Psicosi	355	80,0%	333	85,3%	+6,6%
Nevrosi	1.400	70,6%	1.227	70,1%	-0,7%
Disturbi di personalità	159	74,8%	174	81,0%	+8,3%
Oligofrenia e disturbi psicotici organici	139	54,7%	142	51,4%	-6,0%
Dipendenza o abuso di sostanze	13	69,2%	11	45,5%	-34,3%
Altre diagnosi non psichiatriche	508	19,9%	503	19,1%	-4,0%
Diagnosi non presente al 31/12	18	0,0%	31	0,0%	-,-%
<b>Complessivo</b>	<b>2.592</b>	<b>60,8%</b>	<b>2.421</b>	<b>60,3%</b>	<b>-0,9%</b>

Il confronto 2010-2011 mostra alcune deflessioni a fronte tuttavia di importanti incrementi nell'invio di primi contatti da parte dei MMG ai CSM di Pavullo e di Carpi. I dati relativi ai primi mesi del 2012 non sono attualmente disponibili, dovendo attendere la rielaborazione semestrale da parte della Regione. Il monitoraggio attento dei dati consentirà di valutare nel secondo semestre del 2012 l'eventuale conferma di alcune criticità nei confronti delle quali impostare azioni mirate di miglioramento.

**Assistenza odontoiatrica**

Il potenziamento del **Programma di cure odontoiatriche** di cui alla DGR n. 374/2008 vede la rete assistenziale ambulatoriale del territorio provinciale operare con un progressivo incremento delle prestazioni e delle performance, nel rispetto delle indicazioni sulle vulnerabilità sociali e sanitarie. Anche per questo nel corso del 2011 si è reso necessario consolidare le ore di un incarico provvisorio ed è stata bandita una selezione per assunzione di un odontoiatra a tempo pieno.

L'attività è organizzata in settori:

1. Odontoiatria ed ortodonzia in età evolutiva per il trattamento delle mal occlusioni
2. Odontoiatria per pazienti disabili/non collaboranti
3. Attività protesica per anziani e adulti con interventi a valenza sociale

4. Attività protesica a favore di pazienti oncologici del distretto oro-maxillo-facciale
5. Attività odontoiatrica riservata a tossicodipendenti in carico al SERT provinciale
6. Attività odontoiatrica per gli istituti penitenziari
7. Attività chirurgica: programma di chirurgia ambulatoriale oromaxillofacciale e di Day Surgery
8. Urgenza odontoiatrica

L'organizzazione dell'assistenza odontoiatrica nell'Azienda USL di Modena ha, dunque, finalizzato i propri sforzi a garantire priorità d' accesso e sono stati sviluppati programmi finalizzati all'erogazione di prestazioni a favore di fasce di popolazione particolarmente svantaggiate:

- tutela della salute odontoiatrica in età pediatrica ed evolutiva (Progetto "Sorridi alla prevenzione")
- ampliamento del progetto di cattura attiva con "Oltre il Sorridi alla prevenzione", progetto finalizzato al raggiungimento di pazienti presso case protette per anziani, Caritas per disabilità e comunità terapeutica per tossicodipendenti, detenuti presso istituti di pena. Stand AUSL presso i mercati settimanali cittadini per promuovere iniziative di incontro con cittadini per la promozione della salute orale
- trattamento dell'urgenza odontoiatrica con relativo completamento
- attività protesica per adulti ed anziani con interventi a valenza sociale
- cure ortodontiche in età pediatrica per il trattamento delle malocclusioni
- presa in carico, a livello ospedaliero, degli interventi che riguardano pazienti portatori di handicap e pazienti non collaboranti

### **Programma di medicina penitenziaria**

Anche in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 314/2009 occorre sottolineare che, negli Istituti Penitenziari della Provincia di Modena, l'utilizzo della **cartella informatizzata** è uno strumento che permette una rapida individuazione del percorso clinico del singolo detenuto e facilita la revisione egli obiettivi di salute che ci si pone per ciascuno.

In particolare, nel 2011 si è molto spinto per una corretta compilazione di tutte le parti della documentazione e si è notato un miglioramento rispetto agli anni passati. L'accesso più rapido alle cure si è anche avuto grazie all'apertura, nell'ottobre 2011, della sala radiologica presso la casa circondariale di Sant'Anna e nell'arco di due mesi e mezzo sono stati eseguiti 100 esami radiologici interni con un netto guadagno di rapidità e accuratezza di diagnosi. Nel 2011 si è iniziato lo **screening del colon retto** per le persone over 50 con il rinvenimento di un caso di neoplasia ignota del colon in un'ospite della casa di Reclusione di Castelfranco Emilia.

L'adesione agli screening per le **malattie sessualmente trasmesse** è molto basso presso la casa circondariale di Modena mentre è a livelli molto buoni presso le due case di lavoro :si è iniziato un percorso di verifica di tutte le singole situazioni presso la casa circondariale di Sant'Anna per favorire al massimo l'adesione a questo screening.

Per la **Tubercolosi (TB)**, si è ripresa nel 2011 l'esecuzione della Mantoux data la rinnovata disponibilità del PPD, permettendo una più sicura verifica delle situazioni all'ingresso. In tutti e tre gli IIPP della Provincia sono continuate le **iniziative di educazione alla salute** con la fattiva collaborazione del Sistema Comunicazione e Marketing della nostra Azienda, le Associazioni di volontariato oltre agli operatori sanitari degli IIPP. Questo lavoro permette di creare un clima di conoscenza e di passaggio di alcuni semplici contenuti di salute attraverso una **metodologia molto partecipativa** che nel tempo potrà creare una base si spera più solida di consapevolezza della cura di sé, molto spesso del tutto assente in questa categoria di persone.

### **Programma regionale dipendenze**

Il numero dei casi trattati nel 2011 è 2.665, di cui 1.462 tossicodipendenti, 950 alcolisti, 160 tabagisti e 93 giocatori d'azzardo. L'attività dei centri alcologici ha avuto 257 nuovi casi presi in carico (rispetto ai 212 del 2011); la presenza dei medici dei centri alcologici nella Commissione Medica Locale per le patenti è proseguita, favorendo anche l'invio di nuovi utenti ai centri alcologici.

Nel 2011 sono stati attuati gli interventi per la promozione di sani stili di vita (scuole libere dal fumo, ambienti di lavoro liberi dal fumo, alcool e lavoro, mese alcologico, giornata mondiale contro il tabagismo); a Modena è attiva una **Unità di Strada** per gli interventi di riduzione del danno ed i primi interventi di tipo sanitario (è presente il medico); i soggetti che hanno preso contatto con la unità di strada nel 2011 sono stati 132 (110 uomini e 22 donne) per un totale di 3228 interventi; sono state distribuite 18.582 siringhe sterili e sono state ritirate 18.160 siringhe usate. Il personale Sert ha partecipato alle UVM per l'**inserimento dei pazienti nelle strutture socio sanitarie**.

Per quanto riguarda la guida in stato di ebbrezza alcolica, sono stati effettuati i corsi infoeducativi per tutti i soggetti fermati alla guida in stato di ebbrezza ed è stata centralizzata nel **Punto Unico Certificazioni la attività di valutazione alcologica** sui soggetti inviati dalla CML per la visita di approfondimento diagnostico. Si è avviata la progettazione di un intervento di gruppo specifico per i soggetti recidivi, che prenderà avvio il 6 giugno 2012 al Centro Alcologico di Modena.

Nel corso del 2011 è stato messo a punto un **Progetto Cocaina**, che prevede 2 interventi di gruppo specifici per cocainomani, uno primo gruppo intensivo di trattamento con 12 incontri, da ripetere più volte nel corso dell' anno, ed un gruppo settimanale permanente di prevenzione del rischio di ricaduta; i gruppi sono iniziati nel febbraio 2012.

## **La rete delle cure palliative**

### **Azienda USL di Modena**

In riferimento al consolidamento della **Rete delle cure palliative sul territorio**, nel corso del 2011 si è conclusa l'elaborazione del documento condiviso con l'Azienda USL di Reggio Emilia sul modello di erogazione diffusa delle Cure Palliative, modello che caratterizzava il Programma aziendale di Cure Palliative fin dalla sua definizione nel Luglio 2008.

E' stato costituito il **Comitato Ospedale-Territorio senza Dolore** che ha consentito un miglior coordinamento dei vari livelli di intervento in rapporto alla complessità delle problematiche cliniche presentate dal paziente, con la precipua funzione di catalizzare altresì l'integrazione delle attività tra ospedale e territorio.

Con specifico riferimento all'**organizzazione degli interventi e dei percorsi**, un primo inquadramento e una prima risposta terapeutica sono affidati ai medici di medicina generale operanti sul territorio. I casi che richiedono un approfondimento diagnostico strumentale e/o il ricorso a tecniche terapeutiche di tipo invasivo, attuabili in ambiente ospedaliero, sono indirizzati ai centri Spoke (ambulatori specialistici di terapia antalgica). I Centri Spoke sono attualmente operanti, almeno uno per area distrettuale, e afferiscono ai servizi di anestesia dei rispettivi ospedali. I pazienti che presentano situazioni complesse che richiedono ulteriori approfondimenti diagnostici e/o interventi di chirurgia antalgica maggiore sono indirizzati al centro Hub provinciale attualmente operante presso l'Ospedale di Castelfranco Emilia e integrato nel Dipartimento Aziendale di Area critica.

L'**accesso dei pazienti** ai Centri Spoke e al centro Hub, per le visite ordinarie, avviene tramite richiesta del MMG o del medico specialista e relativa prenotazione al CUP. I medici di medicina generale e gli specialisti possono direttamente contattare il Centro di Terapia Antalgica per proporre i pazienti con problematiche più urgenti e concordare tempi e modalità dell'accesso secondo un protocollo condiviso. Le prestazioni che non rivestono carattere di urgenza sono erogate secondo una lista di attesa con priorità cronologica. Le cure sono erogate in relazione ai livelli di complessità clinica da medici esperti, con specifica formazione e adeguata esperienza professionale in tema di cure antalgiche e palliative.

Quando richiesto è possibile eseguire la **consulenza antalgica** direttamente nelle strutture suddette o a domicilio qualora il paziente sia allettato o sussistano difficoltà a raggiungere il Centro. Il coordinamento intra ed inter-ospedaliero fra vari specialisti è assicurato attraverso la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali per la presa in carico di pazienti con dolore cronico o cronico riacutizzato afferenti al PS o ricoverati nei reparti ospedalieri.

In accordo con gli indirizzi regionali si stanno istituendo **gruppi di studio interdisciplinari per il dolore in area medica**, in area chirurgica, per la cefalea e per il dolore vertebrale. L'Azienda ha poi dedicato particolare attenzione all'ambito dell'informazione al paziente/cittadino sia in merito all'organizzazione dei PDTA sia in riferimento alle caratteristiche dei farmaci utilizzati, ai rischi, agli effetti collaterali, alle modalità di assunzione.

Altrettanta attenzione è stata posta in rapporto all'**informazione e acquisizione del consenso informato per la terapia antalgica** che richiede procedure invasive. Un modulo scritto, datato e firmato dal medico proponente il trattamento, viene preventivamente illustrato e consegnato al paziente, assieme alla relazione clinica, con buon anticipo rispetto alla data dell'intervento proposto, generalmente almeno una settimana prima. Una lista di raccomandazioni viene contestualmente consegnata al paziente con tutte le informazioni in merito alla preparazione all'intervento e al comportamento da tenere dopo il trattamento. I controlli post-trattamento sono già programmati al momento della dimissione.

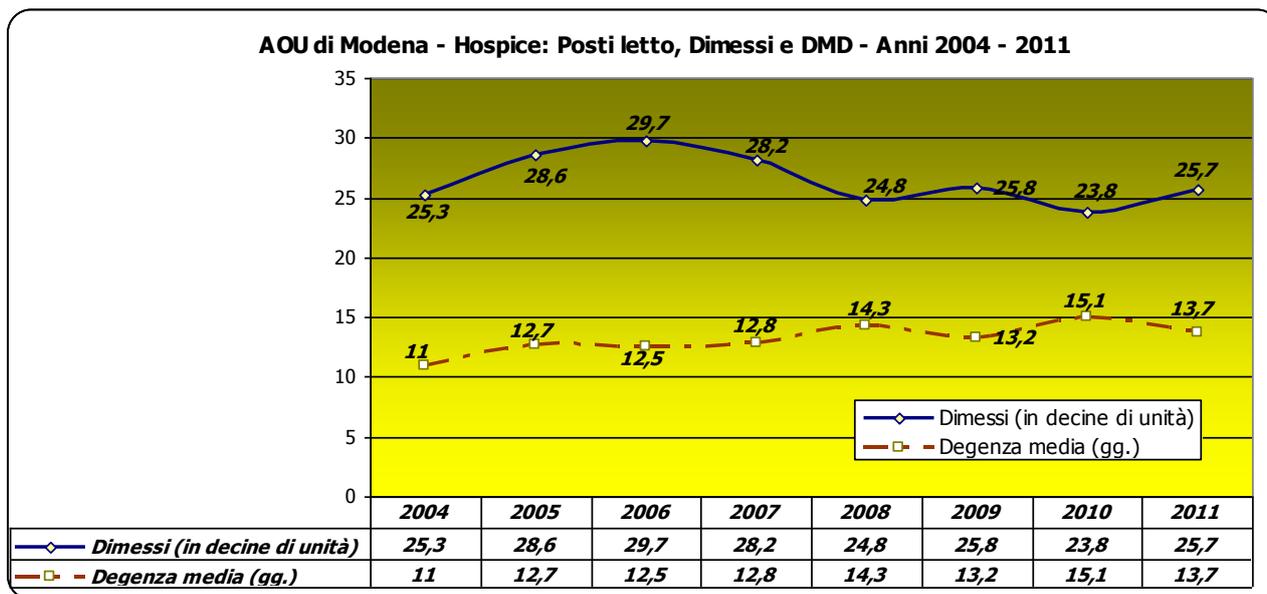
Peraltro, non è stata trascurata nemmeno la comunicazione istituzionale pubblica in quanto sono state condotte varie **iniziative a carattere informativo dirette alla popolazione** sia attraverso iniziative pubbliche attuate in particolare a Castelfranco Emilia, sede del Centro, che negli ospedali in occasione della ricorrenza annuale delle giornate del sollievo. Una informazione più capillare, gestita con il supporto della Direzione Aziendale e delle Associazioni di Volontariato, è stata garantita attraverso la diffusione di un filmato realizzato con la diretta partecipazione degli operatori medici e infermieri operanti negli ospedali e sul territorio.

#### **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

Presso l'AOU di Modena è attivo dal 2002 l'unico Hospice presente ad oggi nella provincia di Modena. La struttura, che rappresenta un elemento estremamente qualificante e una significativa componente della rete provinciale delle cure palliative, è dotata di n. 10 posti letto ed è collocata all'interno del dipartimento integrato di oncologia ed ematologia. I pazienti accedono alle cure dell'Hospice attraverso differenti modalità a seconda che la persona provenga dal proprio domicilio, su segnalazione delle cure domiciliari, da altro reparto o istituto di ricovero, o in accesso diretto tramite la struttura di affido oncologico.

Nel 2011 l'Hospice ha effettuato n. 257 dimissioni. Rispetto al 2010 l'andamento del numero di dimessi è aumentato. Parallelamente si è registrata anche una diminuzione della durata della degenza media che è scesa da 15,1 a 13,7 giorni. Tali dati testimoniano un miglioramento delle performance di attività della struttura e dell'utilizzo dei posti letto.

<b>AOU di Modena - Hospice Posti Letto, Dimessi e DMD Anni 2004 - 2010</b>								
<b>Anno</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Posti Letto</b>	<b>10</b>							
<b>Dimessi (in decine di unità)</b>	<b>25,3</b>	<b>28,6</b>	<b>29,7</b>	<b>28,2</b>	<b>24,8</b>	<b>25,8</b>	<b>23,8</b>	<b>25,7</b>
<b>Degenza media (gg.)</b>	<b>11</b>	<b>12,7</b>	<b>12,5</b>	<b>12,8</b>	<b>14,3</b>	<b>13,2</b>	<b>15,1</b>	<b>13,7</b>
<b>Fonte: Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali - Banca dati Hospice</b>								



## Azienda USL

### **3.2.2 Integrazione delle politiche sanitarie e socio-assistenziali per le aree di maggiore disagio**

#### **Unitarietà ed omogeneità dei percorsi di cura delle persone con disabilità**

E' stato attuato il coordinamento aziendale dei team distrettuali previsti dalla DGR 2068/2004, per l'omogenea interpretazione dei criteri di inclusione. In tutte le realtà distrettuali è stata garantita la presenza degli operatori delle Cure primarie nelle UVM effettuate per la presa in carico dei **pazienti della NPIA** e per la verifica dei progetti individuali con valutazione dei percorsi: consulenze specialistiche, consulenza fisiatrica.

Si è armonizzata l'assistenza riabilitativa domiciliare per i pazienti GDA con il nuovo progetto della **Medicina Riabilitativa Territoriale**.

Si è modificato il percorso di valutazione dei pazienti con **Gravissima Disabilità Acquisita (GDA)** ricoverati presso i Centri regionali di terzo livello, con l'integrazione fra l'Unità Operativa di Medicina Riabilitativa e i PUA distrettuali e i servizi sociali territoriali.

#### **Accompagnamento e sostegno degli operatori nel percorso di accreditamento dei servizi socio-sanitari**

Il processo di accreditamento si iscrive nelle politiche del nuovo welfare locale, tese a portare a compimento quel processo di costruzione del sistema locale integrato dei servizi a rete, rappresentato dalla doppia integrazione: fra soggetti pubblici e privati, pur nel rispetto della funzione di programmazione, committenza e produzione dei diversi attori del sistema e fra competenza sanitaria e competenza sociale, dove esiste l'indivisibilità dell'intervento sanitario e sociale come risultato dell'assistenza.

Con l'istituto dell'accreditamento dei servizi socio sanitari, si è innovato il sistema regionale del welfare, attraverso una compiuta valutazione dell'offerta attuale e potenziale delle strutture e dei servizi del territorio, investendoli della responsabilità nella gestione delle prestazioni e assicurando loro un tale ruolo, in un ambito di maggiore stabilità dei rapporti e in un arco temporale che consenta lo sviluppo dei servizi e la realizzazione di tutti gli investimenti necessari ad innalzare qualitativamente l'erogazione delle attività e la necessaria stabilità imprenditoriale del soggetto produttore, condizione primaria per la realizzazione delle condizioni di innalzamento della qualità

Pertanto, alla luce di quanto sopra, l'Azienda USL di Modena ha ritenuto opportuno, fin dall'inizio, procedere nell'attuazione del percorso di accreditamento, attraverso la costituzione di un **"Gruppo aziendale di monitoraggio del percorso di accreditamento socio-sanitario"** di cui alla decisione del Direttore Socio-Sanitario n. 4/2010. La composizione del gruppo è stata di proposito fortemente integrata fra professionalità sanitarie, socio-sanitarie e amministrative provenienti dall'Azienda e dagli Uffici di Piano presenti nella Provincia.

Obiettivi del gruppo di lavoro sono stati fin dall'inizio:

- il supporto, all'interno dell'Ufficio di Piano, dell'attività di programmazione e regolamentazione della committenza svolta dal Comitato di Distretto;
- la committenza delle prestazioni sanitarie e riabilitative a carico del FSR previste all'interno dei servizi accreditati, definendo nel contratto di servizio un articolato uguale per tutti gli Enti Gestori accreditati, relativo al Governo clinico delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in grado di assicurare il rispetto dell'equità;
- il monitoraggio e la verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e riabilitative e il concorso alla valutazione della qualità assistenziale erogata all'interno dei servizi accreditati;
- infine, la gestione, salva diversa indicazione del Comitato di Distretto, del FRNA.

Nello specifico del terzo punto, il gruppo di monitoraggio aziendale ha definito, attraverso un processo di condivisione con gli Uffici di Piano, le bozze dei contratti di servizio area anziani e area disabili, di cui alla decisione del Direttore Socio-Sanitario n. 1/2011; ha poi proseguito in un'attività di consulenza costante con i Distretti Sanitari e con gli Uffici di Piano, nel processo di definizione e sottoscrizione dei contratti.

Il gruppo ha poi continuato ad operare anche nella predisposizione, in collaborazione con il Dipartimento Infermieristico Aziendale del "Piano di rientro" del personale sanitario (infermieri e terapisti della riabilitazione) dipendente o a contratto con l'Azienda USL, che prestava la propria attività all'interno delle strutture accreditate. Nella stesura del piano sono stati definiti i criteri comuni e un percorso metodologico simile al fine di assicurare l'omogeneità in tutti gli ambiti territoriali.

Il Piano di rientro del personale sanitario opera per la valorizzazione e attuazione ad uno degli obiettivi principali dell'accREDITAMENTO, la gestione unitaria da parte dell'Ente Gestore. L'attività si è concretizzata nella stesura del piano con criteri e modalità metodologiche, nella definizione della tempistica con gli Uffici di Piano e singoli Enti Gestori, infine nell'elaborazione del cronogramma. Il tutto è stato poi oggetto di confronto e condivisione nell'ambito dell'Ufficio di Presidenza della CTSS e delle Organizzazioni Sindacali di categoria.

### **Rimozione condizioni di svantaggio e discriminazione nell'accesso ai servizi di fasce deboli di popolazione (migranti, indigenti, richiedenti asilo, ex-carcerati, ecc.)**

- Formazione interistituzionale sui temi della salute, della sicurezza sul lavoro rivolta ai cittadini stranieri, all'interno dei corsi nascita rivolti alle donne immigrate.
- Riorganizzazione dell'offerta educativa e incontri di facilitazione all'accesso ed all'utilizzo dei servizi socio-sanitari rivolto a genitori e famiglie immigrate in collaborazione con i centri per le famiglie.
- Realizzazione di opportunità per l'inclusione sociale di soggetti svantaggiati attraverso progetti di inserimento lavorativo per soggetti che hanno perso il lavoro, ex detenuti e tramite partecipazione a progetti locali quali "territorio socialmente responsabile".

### **3.2.3 Il governo delle liste d'attesa**

Il Piano aziendale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 è stato predisposto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena e in coerenza con quanto previsto dal Piano regionale (DGR 925/2011). Tale Piano, che è stato

adottato con Deliberazione del Direttore Generale 120/2011, ha avuto come committenti i Direttori di Distretto ed è stato presentato alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 24/08/2011, nonché alle Organizzazioni Sindacali Confederali. Ad integrazione del Piano aziendale per il governo dei tempi di attesa, è stato redatto il Piano di produzione 2011, sulla base dei principali indicatori rilevati attraverso il monitoraggio continuo dei tempi di attesa, dell'indice di performance dei tempi di attesa, degli indici di consumo, del rapporto fra domanda e offerta, dei livelli di autosufficienza distrettuale/aziendale.

Nell'ambito del **Piano triennale per il governo delle liste di attesa**, l'Azienda USL ha sviluppato azioni volte a favorire:

- l'appropriatezza prescrittiva: l'Azienda USL di Modena ha adottato, per alcune pratiche cliniche, misure idonee a supportare le decisioni diagnostiche dei professionisti basate sulle evidenze scientifiche disponibili. Attraverso appositi gruppi di lavoro, ha sviluppato azioni di miglioramento dell'appropriatezza nei seguenti settori: oculistica (presa in carico dei pazienti con glaucoma, all'interno di un progetto regionale di modernizzazione); diagnostica endoscopica del tratto digestivo; endocrinologia (patologie tiroidee); MOC; ematologia (gammopatie monoclonali di incerto significato); dermatologia (definizione dei criteri clinici per le visite dermatologiche urgenti, percorsi organizzativi e di accesso per le prestazioni dermatologiche per lesioni pigmentate). L'Azienda USL ha inoltre effettuato analisi sul livello di appropriatezza delle prescrizioni per prestazioni specialistiche specificatamente individuate, avvalendosi di elaborazioni non ancora standardizzate e utilizzando le richieste dei medici di medicina generale afferenti al Progetto Sole;
- l'appropriatezza organizzativa: sulla base di una ricognizione puntuale effettuata sui percorsi ambulatoriali gestiti nei diversi stabilimenti ospedalieri, nonché della definizione degli ambiti prioritari su cui lavorare, l'Azienda USL ha implementato azioni per lo sviluppo del Day Service Ambulatoriale;
- l'appropriatezza erogativa: in particolare, sono state avviate le azioni necessarie per il trasferimento in regime ambulatoriale delle prestazioni ad alto rischio di inappropriata in regime di Day Surgery, secondo quanto previsto dall'aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale;
- la comunicazione ai cittadini: in continuità con quanto attuato negli anni precedenti, l'Azienda USL ha avviato l'implementazione di un piano di comunicazione stabile e mirato con l'obiettivo di integrare, sviluppare e impiegare risorse di tipo diverso (umane, strumentali, economiche) per garantire un'informazione trasparente sull'offerta specialistica, sul contenimento dei tempi d'attesa e più in generale sull'intero sistema di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In continuità con il lavoro svolto negli anni precedenti, al fine di favorire il governo dei tempi di attesa nell'ambito della specialistica ambulatoriale nel rispetto dei principi di equità e di facilitazione dell'accesso, sulla base delle indicazioni regionali l'Azienda USL ha predisposto il Programma attuativo 2010/2012 per il contenimento dei tempi di attesa in collaborazione con l'AOU Policlinico. In tale ambito, le azioni confermate come prioritarie e portate avanti nel 2011 sono state le seguenti:

- sviluppare modalità organizzative condivise fra prescrittori ed erogatori al fine di garantire una tempestiva risposta alle richieste urgenti;
- implementare i "percorsi garanzia" atti ad assicurare ai cittadini il rispetto dei tempi di attesa per le seguenti prestazioni, se prescritte con priorità "D-differibile" oppure senza alcuna indicazione del grado di priorità: 1° visita oculistica, 1° visita dermatologica, 1° visita neurologica, 1° visita cardiologica + ECG, ecografia addome e risonanze magnetiche cerebrali (si veda tabella sottostante);
- garantire agende di prenotazione sempre aperte;
- ridurre il numero delle persone in lista di attesa;
- potenziare l'offerta dei distretti periferici per le prestazioni di base;

- definire interventi volti a condividere criteri clinici di priorità dell'accesso e percorsi di presa in carico per soggetti con patologie croniche;
- migliorare il sistema di monitoraggio e controllo.

**Percorso garanzia, n° prenotazioni effettuate - anni 2010 e 2011.**

<b>Tipologia prestazioni</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
1° visita oculistica	3.411	5.401
1° visita dermatologica	994	1.549
1° visita neurologica	76	212
1° visita cardiologica + ECG	792	1.648
ecografia addome	4.408	6.656
risonanze magnetiche cerebrali (da settembre 2010)	111	349
<b>Totali prestazioni</b>	<b>9.792</b>	<b>15.815</b>

Per ottimizzare la programmazione dell'offerta delle prestazioni, in considerazione sia del bisogno assistenziale espresso dal territorio di riferimento sia della domanda rilevata, è stato predisposto il piano di produzione per il 2011 in collaborazione con i distretti nel loro ruolo di committenti, sulla base dei principali indicatori ricavati attraverso il monitoraggio continuo dei tempi di attesa, degli indici di consumo, del rapporto fra domanda e offerta, dei livelli di autosufficienza distrettuale/aziendale.

Rispetto alle prestazioni specialistiche erogate, sono definiti diversi livelli di garanzia per il rispetto dei tempi: uno distrettuale per le prestazioni di base, uno di area interdistrettuale per le prestazioni "intermedie" e uno aziendale per quelle più complesse/costose.

Sono stati confermati tutti i contratti di fornitura per le prestazioni di specialistica coi produttori privati accreditati aderenti ad Anisap, Aiop e altri pochi centri che hanno dei contratti in essere da tempo nonché i contratti di fornitura con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, il Nuovo Ospedale di Sassuolo e i produttori interni. Sono inoltre stati siglati contratti anche con centri accreditati fuori provincia per governare la mobilità dei cittadini.

Al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e di conseguenza l'efficacia erogativa garantendo l'accesso alle prestazioni in relazione al reale bisogno dei cittadini, tramite appositi gruppi di lavoro composti da diversi professionisti delle due Aziende Sanitarie modenesi si è cercato di condividere, a partire dalle evidenze della letteratura scientifica, i criteri clinici che giustificano la richiesta di visite ed esami e i relativi percorsi organizzativi di accesso. In particolare, nel 2011 sono state svolte azioni di miglioramento nei seguenti settori.

- oculistica: presa in carico dei pazienti con glaucoma (all'interno di un progetto regionale di modernizzazione);
- mammografie e altre prestazioni per la diagnostica senologica;
- dermatologia: riorganizzazione del percorso urgenze dermatologiche, definizione di alcuni criteri clinici per distinguere le prestazioni escluse dai LEA da quelle garantite dal SSN, ridefinizione dei percorsi organizzativi e di accesso alle visite dermatologiche per lesioni pigmentate;
- colonscopie;
- endocrinologia;
- MOC;

- ematologia.

È stato inoltre mantenuto il tavolo di confronto sulla qualità delle immagini e della refertazione per le RM, a cui sono invitati tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati che hanno un contratto di fornitura con l'AUSL.

## **3.3 - Centralità del cittadino**

### **Azienda USL**

L'Azienda USL di Modena, pone una crescente attenzione al consolidamento e all'introduzione di strumenti e processi di ascolto per incrementare la partecipazione dei cittadini anche attraverso la possibilità di esprimere opinioni e critiche rispetto ai servizi ricevuti, incoraggiandoli a presentare le proprie osservazioni. Le numerose modalità offerte per inviare una segnalazione rappresentano un segno di sensibilità nei confronti delle diverse esigenze degli utenti, perché possano esercitare appieno il loro diritto e costituiscono un segnale positivo dello spirito che anima l'Azienda. Numerose sono le iniziative condotte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico ([URP](#)) e dal Sistema Qualità.

### **La gestione delle segnalazioni**

Attraverso l'URP l'Azienda attua sistematicamente la raccolta, la gestione e il monitoraggio delle segnalazioni dei cittadini modenesi.

Tutti i dati relativi alle segnalazioni che non sono solo i disservizi, ma comprendono anche suggerimenti, elogi e ringraziamenti, sono inseriti nella banca dati regionale; i casi sono classificati per problemi, tipologie e sono valutati periodicamente a livello dei singoli distretti congiuntamente alle rappresentanze dei cittadini e delle istituzioni facenti parte dei Comitati Consultivi Misti.

Dal 2010 grazie alla proficua collaborazione tra l'URP e il Sistema Qualità, si è dato avvio, inoltre, ad un percorso finalizzato ad integrare i dati provenienti dai diversi strumenti di ascolto dei cittadini (segnalazioni, monitoraggio dei quesiti informativi e audit c/o i servizi) e a restituire tali informazioni alle articolazioni coinvolte. Questa attività offre agli operatori sanitari e alle rappresentanze dei cittadini una visione complessiva per sviluppare la capacità di analizzare le eventuali criticità e definire un piano di azioni di miglioramento condiviso che viene monitorato attraverso un'unica scheda di rilevazione aziendale.

### **Il monitoraggio dei quesiti informativi**

Prosegue l'attività di ascolto delle richieste informative dei cittadini che si rivolgono agli uffici URP o ai punti informativi aziendali, attraverso un monitoraggio periodico della domanda da parte degli operatori dedicati. L'attività di analisi dei dati consente di conoscere i fattori critici da presidiare in relazione alle domande più frequenti sia in ambito distrettuale che aziendale. Ciò permette di predisporre azioni migliorative e strumenti informativi specifici, come ad esempio la pubblicazione periodica di FAQ nel sito intranet ed internet, in modo tale da facilitare l'accesso alle informazioni più ricorrenti da parte degli utenti e degli operatori. Nel corso del 2011 i contatti in entrata sono stati 154.300.

### **La rilevazione della qualità percepita**

In Azienda sono sempre più diffuse le esperienze di valutazione che permettono di rilevare la percezione dei cittadini (soddisfazione, vissuti) nei confronti dei servizi ricevuti. L'Azienda USL di Modena ha aderito al sistema regionale di rilevazione della qualità percepita nei servizi di degenza di tutti gli ospedali della Regione. Il progetto prevede che in ogni degenza venga somministrato ai pazienti, in prossimità della dimissione, il questionario regionale volto ad indagare alcune aree significative per la qualità dei servizi dal lato dei cittadini, al fine di accrescere le opportunità di miglioramento del servizio sanitario, anche attraverso forme di dialogo ed ascolto dei cittadini.

Il programma aziendale, nel corso del 2011, ha previsto la partecipazione dei CCM nelle fasi di progettazione e realizzazione della ricerca. Dopo un'adeguata formazione, i membri volontari del CCM hanno somministrato il questionario regionale agli utenti ricoverati nelle degenze afferenti ai Dipartimenti di Neuroscienze, Medicina Interna e Riabilitazione, Medicina Interna Endocrinologia Metabolismo Geriatria, Emergenza Urgenza. Hanno partecipato all'indagine 47 volontari che hanno raccolto 1169 questionari.

### **La partecipazione istituzionalizzata**

Si conferma la presenza di **7 CCM Distrettuali e un Tavolo di Coordinamento interistituzionale (CCI)** di cui fanno parte i Presidenti dei CCM distrettuali, dell'Azienda Policlinico, un rappresentante della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, un direttore di distretto, l'URP centrale e il Sistema Qualità. Il tavolo provinciale ha funzioni di indirizzo e coordinamento per favorire la "rete integrata" tra i diversi CCM locali al fine di sviluppare iniziative trasversali e condivise sull'intero territorio provinciale. Dal 2007 il Presidente del CCI, espressione del volontariato, partecipa alle sedute del Collegio di Direzione. Nel corso del 2011 è stato approvato il nuovo regolamento di funzionamento dei CCM. Si tratta di un importante strumento che crea le condizioni per una visione più articolata della composizione, del funzionamento, delle aree di attività, della visibilità interna ed esterna dei CCM. Contestualmente sono state allineate temporalmente le date di costituzione e di scadenza di ogni CCM, attraverso una decisione che ogni direzione distrettuale ha adottato a livello locale.

### **La carta dei servizi**

Nel 2011 sono proseguite le iniziative di promozione della carta dei servizi aziendale e si è presidiata con regolarità l'attività di aggiornamento delle informazioni in essa contenute. E' proseguita, inoltre, la diffusione delle carte dei servizi degli ospedali. Attraverso queste azioni si intende mantenere dinamica questa esperienza, sia per non vanificare quanto fatto, sia per garantire una credibilità dello strumento nei confronti dei portatori d'interesse e dell'opinione pubblica.

Parallelamente è proseguita l'attività di monitoraggio degli impegni dichiarati attraverso lo stretto raccordo con il Sistema Qualità aziendale e i Comitati Consultivi Misti.

Tale monitoraggio prevede l'esecuzione di audit sul campo da parte di gruppi di cittadini i cui esiti sono successivamente discussi con i professionisti e le direzioni interessate. L'analisi è seguita dalla predisposizione di un piano di azioni correttive di cui l'azienda rende conto ai CCM stessi.

<b>Anno</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Audit condotti	14	8
Azioni di miglioramento pianificate	7	11
Azioni di miglioramento realizzate	/	6*

**\* le azioni previste per la Pediatria di Comunità si concluderanno nel 2012.**

Nel corso del 2011 è stata effettuata l'analisi degli esiti degli audit condotti nel 2010 presso i Consultori familiari e le Pediatrie di comunità della provincia di Modena ed è stato definito il piano delle azioni correttive individuate (n.7 per i Consultori familiari e n.11 per le Pediatrie di comunità).

La realizzazione è stata prevista per i Consultori nel 2011 e per le Pediatrie nel 2012. Inoltre è proseguito il monitoraggio degli impegni, sempre nell'area materno-infantile, coinvolgendo i reparti di Ostetricia - Ginecologia e Pediatria degli ospedali di Carpi, Mirandola, Pavullo e Sassuolo.

### **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

La AOU di Modena nel 2010 ha operato in continuità con gli anni precedenti sulla base dell'assunto della Centralità dei Cittadini nell'orientamento della conduzione delle attività assistenziali e di quelle correlate, praticando la consultazione ed il coinvolgimento dei suoi Utenti e dei Cittadini - Stakeholders con iniziative spesso entrate a far parte organica delle

attività di servizio.

La struttura di coordinamento supporto e promozione in tale ambito è l'Ufficio Relazioni con il Pubblico che ha nella propria mission la cura del rapporto con le associazioni di volontariato che operano all'interno del Policlinico. A tal fine, cura il costante aggiornamento delle convenzioni tra associazioni e Policlinico con la vista volta a comprendere i bisogni dell'utenza concordando, nel rispetto dei singoli statuti, le modalità d'intervento delle singole associazioni.

Importante punto di riferimento per tutte le associazioni di volontariato è il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.), organismo dell'Azienda operante dal 1997 grazie al quale le Associazioni di Volontariato e l'Azienda Ospedaliera collaborano nel migliorare la qualità dei Servizi e della comunicazione col cittadino-paziente, come espressamente previsto dal decreto istitutivo e dal regolamento interno.

La tabella che segue dà il senso della vastità e della capillarità degli interlocutori di AOU di Modena rappresentati dal Comitato Consultivo Misto:

### **Associazioni di Volontariato**

1. AA - Alcolisti anonimi
2. ACTI - Associazione cardiotrapiantati italiani
3. ADM - Associazione diabetici modenesi
4. ADMO - Associazione donatori midollo osseo
5. AIC - Associazione italiana celiachia
6. AICE - Associazione italiana contro l'epilessia
7. AIDO - Associazione donatori organi
8. AIL - Associazione italiana contro le leucemie
9. AISM - Associazioni italiana sclerosi multipla
10. AIS - Associazione incontinenti stomizzati di Modena
11. AIUTO - Associazione italiana uguaglianza tutela pari opportunità
12. AMA - Associazione malati autoimmuni
13. AMRER - Associazione malati reumatici Emilia Romagna
14. ANED - Associazione nazionale emodializzati
15. ANFFAS - Associazione nazionale famiglie fanciulli e adulti subnormali
16. ANGELA SERRA - Associazione per la ricerca sul cancro
17. ANIEP - Associazione nazionale invalidi esiti poliomielite
18. ANT - Associazione nazionale per lo studio e la cura dei tumori solidi
19. APP - Associazione portatori di pacemaker
20. APRE - Associazione paraplegici tra e per medullosesi dell'Emilia Romagna
21. ASA97 - Associazione solidarietà A.I.D.S.
22. ASEOP - Associazione per il sostegno della Ematologia ed Oncologia Pediatrica
23. AVIS - Associazione volontari italiani del sangue
24. AVO - Associazione volontari ospedalieri
25. AVPA - Associazione volontari pubblica assistenza
26. CAV - Centro di aiuto alla vita
27. CEPS - Centro emiliano problemi sociali età evolutiva e trisomia 21
28. CESAV - Centro di solidarietà

29. CILLA ONLUS
30. CRI Croce Rossa Italiana
31. FEDERCONSUMATORI
32. GOZZETTI - Associazione nazionale trapiantati di fegato
33. G.P.VECCHI - pro senectute et demencie Alzheimer
34. GIOVANNI XXIII° Associazione Giovanni XXIII° maternità difficile
35. GLI AMICI DEL CUORE - Associazione lotta alle malattie cardiovascolari
36. IL CESTO DI CILIEGE per le donne operate al seno
37. INSIEME A NOI - Associazioni familiari e amici pazienti psichiatrici
38. LA NOSTRA VOCE - Associazione modenese laringectomizzati
39. LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori
40. LORI - Fondazione Alessandra Lori a favore della pediatria
41. MISERICORDIA - Confraternita di Misericordia di Modena
42. NEUROTRAUMI c/o H Baggiovara
43. POLLICINO Ass. per il progresso della Neonatologia
44. PORTA APERTA AL CARCERE
45. TDM - Tribunale per i diritti del malato
46. UIC - Unione italiana ciechi
47. UILDM - Unione italiana lotta distrofia muscolare

Mentre si rimanda al successivo capitolo n. 5 per la illustrazione delle iniziative aziendali tese a favorire e facilitare l'accesso individuale all'assistenza da parte dei cittadini, si riportano di seguito dati e considerazioni sui reclami, le segnalazioni e gli elogi raccolti nel 2011 presso i Cittadini Utenti.

### **Giudizio dei Cittadini**

L'Ufficio relazioni con il Pubblico dell'Azienda ha nella sua mission la raccolta delle segnalazioni (reclami-elogi-suggerimenti) pervenute dai cittadini direttamente o tramite le associazioni o enti di loro rappresentanza.

L'URP raccoglie nella pubblicazione annuale i dati che emergono dalle segnalazioni che gli pervengono direttamente ed i dati rilevati dal servizio legale per rapportarli con i dati di attività - monitorati dal controllo di gestione; questa comparazione permette una valutazione complessiva dei servizi erogati a favore dei cittadini, l'analisi delle prestazioni, evidenziando i percorsi, gli aspetti positivi e le eventuali criticità.

Nel corso dell'anno 2011 i contatti dell'Ufficio relazioni con il Pubblico sono stati complessivamente 11.286, dei quali 343 segnalazioni, 218 rilievi e suggerimenti, 1806 elogi. Le richieste di risarcimento danno sono state 72.

Le 343 segnalazioni evidenziano un trend costante rispetto al dato rilevato nel 2010 - n. 344 - e i casi che hanno portato l'utente a chiedere informazioni/spiegazioni sulle procedure investono soprattutto gli aspetti economici: n. 172 segnalazioni, di cui 61 per il rispetto del regolamento accesso e sosta adottato in Azienda e n. 111 sono invece le istanze ricevute che hanno avuto per oggetto la richiesta di pagamento del ticket sanitario.

L'utente utilizza come mezzo primario per presentare un'istanza l'accesso diretto al front-office dell'Ufficio relazioni con il pubblico - che garantisce un'ampia apertura - 45 ore nella settimana -, infatti sono stati n. 268 gli accessi diretti, mentre in 71 casi è stato utilizzato il percorso del Tribunale per i diritti del Malato ed in 4 casi la mediazione di altri Enti.

Sono gli aspetti tecnico professionali, 75 casi, la categoria principale per cui gli utenti lamentano insoddisfazione, 32 gli aspetti burocratico amministrativi e 27 i casi in cui viene evidenziata una carenza dell'aspetto "umanizzazione e relazionale".

Il variare delle disposizioni legislative, nazionali e regionali, nonostante la cura posta nella diffusione delle comunicazioni e nella informativa anche a livello aziendale, non aiuta a ridurre le segnalazioni relative agli aspetti economici.

Infatti si mantiene costante il numero di segnalazioni legate a questo aspetto - n. 173 nel 2011 e n. 166 nel 2010. Nel corso del 2011 si sono susseguite le nuove indicazioni in materia di ticket sulle prestazioni erogate in Pronto Soccorso e sul reddito.

Per quanto riguarda l'esito dell'istruttoria aziendale, avviata per ogni singola istanza, l'Azienda nel 57% dei casi ha accolto la richiesta di esonero/rimborso avanzata dal cittadino, in 108 casi ha confermato l'operato dei professionisti dell'Azienda, in 89 casi ha fornito i chiarimenti richiesti, in 25 casi è stato risolto il quesito ed in 25 casi l'Azienda ha assunto un impegno riconoscendo la corretta osservazione avuta dall'utente.

Prosegue in Azienda il percorso, attivato nel 2006, del servizio di ascolto del cittadino, possibilità apprezzata dagli utenti e riconosciuta come strumento per relazionarsi con l'Azienda ed i suoi operatori. Nel corso del 2011 sono stati seguiti dal gruppo di ascolto, coordinato dal Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico 25 casi, anche se solo in un caso si è giunti al tavolo di mediazione con gli attori dell'evento - utente e professionista. Negli altri casi gli utenti ascoltati hanno ringraziato gli operatori del servizio per il tempo loro dedicato e hanno riconosciuto in loro i giusti intermediari con l'Azienda.

Dalla lettura dei rilievi, cioè le indicazioni di disservizio evidenziate dall'utente che si risolvono con una eventuale risposta di cortesia, evidenziano una attenzione verso gli aspetti alberghieri e di comfort, nonché sugli aspetti relazionali ed organizzativi/ amministrativi.

Dall'analisi complessiva dei dati riportati in questa si può affermare che l'Azienda pone attenzione alla centralità del paziente/utente nei percorsi sia diagnostici terapeutici sia nella parte di comunicazione ed accoglienza.

### **Impegno a facilitare l'accesso**

Come negli anni precedenti, è proseguito nel 2011 in AOU Policlinico di Modena l'impegno a verificare le modalità di accesso ai suoi servizi da parte degli utenti in condizioni sociali critiche.

A tal proposito, la nostra Azienda ha aderito ai percorsi formati proposti dalla Regione in materia di formazione, anche del personale dell'area della Comunicazione, in materia di Focus Group ed Health Literacy, ponendo attenzione soprattutto agli utenti stranieri ed ai pazienti oncologici per potere dedicare particolare attenzione all'accoglienza di questi cittadini al fine di superamento delle differenze, disuguaglianze e rendere maggiormente comprensibili i percorsi sanitari.

### **Umanizzazione dei servizi**

Nell'anno 2011 si è implementata l'attività legata ai percorsi che vedono il coinvolgimento del personale nei rapporti con l'utenza per "umanizzare" e quindi meglio comunicare con il paziente e i suoi familiari in tutti i momenti di accesso alle prestazioni sanitarie e nei percorsi amministrativo-burocratici.

Il servizio di ascolto del cittadino/utente e la mediazione dei conflitti sanitari sono in carico all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il tutor è il Responsabile dell'URP, sono altresì coinvolti operatori afferenti ad altri Servizi e di diversa formazione professionale - Infermieristica - Medicina Legale, i quali sono stati adeguatamente formati attraverso percorsi ad hoc previsti dalla Regione.

Gli operatori dedicati al "servizio di ascolto del cittadino" e quindi della "mediazione dei conflitti sanitari", hanno nel corso del 2011 effettuato 31 ascolti individuali di cittadini e dipendenti, programmando e realizzando 3 mediazione dei conflitti che hanno visto seduti ad uno stesso tavolo professionisti, cittadini e mediatori.

## 3.4 - Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

### 3.4.1 Appropriatelyzza clinica e organizzativa

#### Azienda USL

L'Azienda, segnatamente con le Unità operative di volta in volta coinvolte ha costantemente promosso e sostenuto la partecipazione a sistemi di rilevazione ad hoc operanti a livello regionale oltre che a iniziative di valutazione della qualità dell'assistenza.

L'Azienda AUSL di Modena ha ad esempio partecipato con la Stroke Unit di Baggiovara e la Direzione Sanitaria di Presidio all'Audit clinico e organizzativo "**Progetto Stroke Care: un programma regionale di audit clinico-organizzativo**" relativo all'anno 2009. La Stroke Unit e la Medicina Riabilitativa di Baggiovara hanno inoltre dato la loro adesione nel corso del 2011 alla partecipazione allo studio Progetto CCM (Bando 2010) dal titolo "La presa in carico delle persone con ictus cerebrale: implementazione dei percorsi di cura integrati e degli strumenti di gestione" approvato dal Ministero della Salute – Centro di Sorveglianza e Controllo delle Malattie (CCM) che verrà svolto nel corso del 2012. Nel 2011 il Dipartimento di Emergenza Urgenza e di Neuroscienze hanno prodotto un audit clinico-organizzativo relativo all'anno 2010 in coerenza con le linee di indirizzo per l'organizzazione all'assistenza integrata al paziente con ictus, (DGR n. 1720/2007).

Per quanto riguarda l'**efficienza gestionale** invece, l'Azienda USL di Modena ha messo a punto nel 2011 uno studio per la riorganizzazione **delle sedi aziendali**.

Per quanto riguarda le Residenze assistenziali l'azienda USL non è proprietaria di alcun immobile adibito a residenza, fatta eccezione per una residenza nel Comune di Modena, due residenze nel Comune di Pavullo ed un appartamento sito nel comune di Soliera, attualmente libero e oggetto di valutazione tecnica perché possa essere reso idoneo per la presa in carico di quattro pazienti psichiatrici ad oggi ospitati in altre Regioni.

In relazione agli immobili di servizio invece a partire dal 2011 sono previsti e in parte già attuati diversi interventi volti sia a contenere i costi diretti, sia a consentire un più corretto e funzionale utilizzo dei medesimi. Più nel dettaglio il programma è così articolato:

- **trasferimento di tutti i servizi afferenti al Dipartimento di Sanità Pubblica** presso il nuovo centro servizi annesso all'ospedale di Baggiovara, realizzato nell'ambito del project financing per il completamento dell'ospedale; i servizi in parola erano ubicati in altri immobili acquisiti in affitto. Gli spazi del Centro Servizi sono poi stati occupati con il trasferimento di altre funzioni oggi collocate in immobili in affitto e dismessi, oppure in sedi non soddisfacenti da un punto di vista logistico (Fisica Sanitaria, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, Agefor e Biblioteca CeVEAS);
- **dismissione degli onerosissimi contratti di affitto relativi ai locali che ospitano i servizi territoriali del distretto di Sassuolo**, mediante la ristrutturazione della ex casa di cura Villa Fiorita, di proprietà di una società immobiliare interamente controllata dall'azienda. I lavori di ristrutturazione sono a buon punto e il termine previsto entro la fine dell'estate 2012, con trasferimento da completarsi entro l'anno. Il progetto di ristrutturazione ha teso ad incrementare in modo rilevante sia l'efficienza energetica (es. sostituzione di tutti gli infissi con una tipologia particolarmente prestante) sia l'economicità di gestione (es. installazione di un impianto fotovoltaico, in grado di sostenere in percentuale tutt'altro che trascurabile il fabbisogno di energia elettrica);
- **rimodulazione degli spazi della sede aziendale**, al fine di recuperare postazioni di lavoro finalizzati ad accentrare le funzioni amministrative tradizionali (bilancio, economato, personale) oggi svolte in misura non indifferente presso 5 sedi periferiche, innalzare il livello di efficienza energetica dello stabile, decisamente precario, oltre che

di sicurezza complessiva o di dismettere locali in affitto (Direzione del Dipartimento di Salute Mentale)

- **realizzazione della centrale di cogenerazione** presso l'ospedale di Baggiovara, al fine di rendere più economica ed ecocompatibile la produzione di energia presso la struttura ospedaliera;
- **concentrazione dei luoghi di erogazione delle prestazioni sanitarie** sul territorio aziendale, al fine di ridurre i costi di funzionamento delle strutture, oltre che di concentrare le equipe di lavoro, razionalizzando in tal modo anche le necessità di risorse umane complessive;
- **dismissione dell'attuale magazzino economale aziendale e annesso archivio**, mediante l'individuazione di spazi con volumi analoghi ma di dimensioni ridotte, al fine di ridurre il canone di locazione e le conseguenti spese energetiche. In prospettiva, in tema di logistica dei beni tecnico-economali, si attende l'attivazione e l'andata a regime del magazzino di Area Vasta per i beni sanitari al fine di effettuare una valutazione definitiva;
- **analisi puntuale dei costi sostenuti per la disponibilità di tutti gli immobili aziendali** detenuti in locazione o in comodato, confronto con i costi medi aziendali e di mercato al fine di avviare ricontrattazioni economiche con i soggetti proprietari;
- **analisi approfondita delle attività sanitarie ed ausiliari svolte in tutte le sedi aziendali** e valutazione della opportunità di accorpamento/capillarizzazione delle medesime in funzione di un ottimale rapporto costi benefici.

Per le politiche di acquisto sia l'Azienda USL che l'AOU Policlinico portano avanti i progetti nuovi e consolidati all'interno dell'organizzazione di **Area Vasta Emilia Nord (AVEN)**.

L'AVEN è l'Associazione volontaria delle 7 Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Regione Emilia Romagna che comprende le Province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena e rappresenta una importante innovazione gestionale nell'acquisizione di risorse e nella omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi.

L'Associazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire **processi di aggregazione a livello di Area Vasta**, in coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia.

Il 7 settembre 2011 è stato approvato dall'Assemblea dei Direttori Generali l' "**Accordo Quadro**" costitutivo dell'Area Vasta, successivamente trasmesso ai Presidenti delle Conferenze Territoriali delle Province di riferimento dell'Area Vasta Emilia Nord, che hanno proceduto all'esame ed alla sua approvazione. Si è proceduto anche all'informazione ed al confronto con le Organizzazioni sindacali, mediante la convocazione di 3 incontri specifici al termine dei quali le OO.SS. hanno concordato alcune osservazioni sul testo loro sottoposto.

L'area di integrazione delle aziende che interessa gli **acquisti centralizzati** registra un costante incremento delle attività, favorito dall'adozione di modelli organizzativi più strutturati (Dipartimento Interaziendale Acquisti), da un livello di programmazione stringente e costantemente monitorato, dall'abitudine ormai consolidata a procedere nell'ottica della suddivisione del lavoro e dell'integrazione di risorse. Si è puntato soprattutto a migliorare le tempistiche, che sono strettamente connesse alla 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.

A tale proposito si segnala nel 2011 l'attivazione di un gruppo di lavoro di farmacisti, con specifica competenza e conoscenza nel **settore dei Dispositivi Medici (DM)**, incaricato di fungere da riferimento per i Servizi Provveditorato per le problematiche relative alle procedure di gara per l'acquisizione di DM e finalizzato anche a garantire adeguato flusso informativo nei Servizi Farmacia delle Aziende sull'andamento e sulle scelte operate per le singole gare; analogamente anche i Servizi di Ingegneria Clinica delle Aziende AVEN hanno proceduto ad

una suddivisione di compiti, con la definizione di referenti per le specifiche gare programmate, in stretto rapporto con la struttura del Dipartimento Interaziendale Acquisti.

L'Area Vasta Emilia Nord ha provveduto a definire la propria **programmazione degli acquisti** per il biennio 2011 – 2012 in coerenza con la configurazione del sistema regionale degli acquisti strutturato su tre livelli di aggregazione diversificati (Regionale, di Area Vasta e Aziendale).

La **riorganizzazione dei Servizi Acquisti**, secondo una logica dipartimentale, ha permesso una più incisiva regia nella programmazione e conduzione delle gare centralizzate e un maggiore presidio sull'andamento delle attività, sia in termini gestionali, che di risultato. La programmazione degli acquisti 2011 – 2012, in coerenza con la pianificazione 2010 – 2011, si è in particolare concentrata sull'esigenza di completare l'unificazione dei contratti per la fornitura dei dispositivi medici che saranno gestiti nell'ambito del sistema della Logistica Integrata. La programmazione è soggetta a periodici aggiornamenti in relazione allo stato di avanzamento delle procedure di gara e al coordinamento con le scelte di acquisto a livello regionale e a livello aziendale.

La Tabella che segue riassume numericamente l'attività svolta relativamente alle **gare di Area Vasta Emilia Nord** ed i risultati economici conseguiti.

N. Gare programmate per il biennio 2011 – 2012	117
N. Gare aggiudicate nell'anno 2011	42
N. Procedure in corso di svolgimento al 31.12.2011	16
N. Gare avviate al 31.12.2011	27
N. Gare programmate ancora da avviare	32
Valore dei contratti definiti nel corso dell'anno 2011	€. 171.401.811,69
Stima dei risparmi indotti	11,3%
N. Procedure di Proroga/Rinnovo concluse nel 2011	24

Relativamente alle adesioni alle **convenzioni Intercent-ER**, il valore complessivo degli "ordinativi di fornitura" emessi dalle Aziende associate all'AVEN nel 2011 risulta pari ad €. 71.903.475,51.

Si segnala la recente aggiudicazione della **gara per l'acquisizione del principio attivo Filgrastim** (per il quale sono oggi disponibili farmaci biosimilari) per il consistente risultato economico raggiunto: l'applicazione del nuovo prezzo (10,85€/fl vs 49€/fl precedente) corrisponde ad un risparmio di quasi 2 ml di euro annui, calcolato sui consumi AVEN dell'anno 2010.

Nel corso del 2011, inoltre, è stata avviata una collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, volta a produrre sinergie per la fase di **selezione e valutazione di prodotti specialistici a rilevante impatto dal punto di vista tecnico-scientifico ed economico**; tale lavoro è direttamente collegato anche all'espletamento a livello regionale di alcune importanti gare (DM per oculistica, endoprotesi coronariche, farmaci innovativi, biosimilari, materiale protesico), per le quali si cerca di favorire un maggior raccordo e scambio tra le strutture delle 3 Aree Vaste.

Le attività connesse alla costruzione dell'edificio del **magazzino centralizzato** sono state ultimate e la struttura è stata consegnata dalla ditta appaltatrice. Nel primo semestre 2011 si è

proceduto all'aggiudicazione dell'appalto per l'allestimento della struttura e l'affidamento dei servizi connessi alla sua gestione all'interno del **Progetto di logistica integrata**. Non è però stato possibile giungere alla firma del contratto a causa della presentazione, da parte di uno dei soggetti risultati non aggiudicatari, di un ricorso sul quale il TAR si è espresso a novembre. Tale sentenza ha però comportato l'attivazione delle procedure di ricorso al Consiglio di Stato con richiesta di sospensione cautelare della sentenza del TAR Parma.

È stato elaborato dal Comitato Tecnico e dall'Assemblea e successivamente adottato, da parte di tutte le Aziende AVEN, **l'Accordo di programma per la regolamentazione dei rapporti relativi alla gestione del Polo Logistico**. Fondamentale per la condivisione del testo è stato il lavoro condotto dai Direttori Amministrativi e dai Responsabili dei Servizi Bilancio delle Aziende AVEN, col supporto della Direzione Operativa per l'approfondimento e la definizione degli aspetti connessi alla gestione finanziaria del magazzino.

Sono proseguiti i lavori del gruppo incaricato di definire le **procedure informatiche** ed operative finalizzate all'attivazione dell'anagrafica centralizzata dei beni sanitari, che ha concluso la fase preliminare con l'organizzazione di momenti formativi destinati agli operatori delle Aziende interessate.

### **Azienda Ospedaliero-universitaria Policlinico**

## **1. Interventi strutturali**

### **1.1 Interventi sulla edilizia e l'impiantistica**

Il Policlinico ha intrapreso da molti anni una serie di interventi di ristrutturazione basati sull'ottenimento di molteplici risultati:

- il consolidamento statico e antisismico, avviato ben prima che le Norme Tecniche lo rendessero obbligatorio attraverso l'inserimento del Comune di Modena in zona sismica di classe 3, progetto adeguatamente verificato e aggiornato;
- l'umanizzazione delle degenze e degli spazi ove vengono erogate prestazioni sanitarie; in questo senso, nell'ambito della ristrutturazione dei reparti si sta applicando il Progetto Colore redatto nel 1998 (progetto perfezionato nel tempo) dallo Studio Arch. Raimondo;
- il miglioramento delle condizioni di benessere termoigrometrico, con la progressiva estensione degli impianti di condizionamento e ricambio dell'aria, controllato mediante un impianto di telegestione che permette di tenere sotto controllo temperatura e umidità relativa (in continua estensione).

In quest'ottica, l'Azienda ha continuato con rinnovata intensità e impulso a perseguire il percorso di adeguamento strutturale e funzionale dell'ospedale, in coerenza e in attuazione delle indicazioni del Piano Direttore di sviluppo e adeguamento edilizio e tecnologico del Policlinico, i reparti ristrutturati e più in generale le nuove realizzazioni, sono costruiti oltre che in piena osservanza di norme e regolamenti anche con una grande attenzione ai materiali di finitura, ai colori, agli arredi prestando la massima attenzione agli aspetti dell'accoglienza e umanizzazione della degenza sia per i pazienti sia per i loro famigliari, anche gli spazi comuni e le vie d'accesso ovvero i luoghi dei servizi complementari alla persona e all'utenza sono state modificate in questo periodo nell'intento di favorire e semplificare l'approccio del cittadino alla struttura sanitaria. Le realizzazioni sono sin dalla progettazione effettuate tenendo a costante riferimento la L.R. n. 34/98 e la successiva delibera di giunta n. 327/04.

In particolare nel periodo di riferimento dei dodici mesi dal 01/01 al 31/12/2011, meritano di essere menzionati per importanza, gli interventi di seguito succintamente elencati.

### **Interventi iniziati e ultimati nel corso del 2011:**

- Medicina nucleare Adeguamento Normativo
- Opere propedeutiche a Nuovo Fabbricato
- Uffici

- Camere Ardenti
- Due Telecomandati
- Accesso pedonale dopo Consolidamento Corpo G

### **Interventi iniziati in anni precedenti e ultimati nel 2011:**

- Quarto piano degenze.
- Altri Locali Limitrofi agli Ambulatori Chirurgici del Corpo B
- Farmacia
- Parcheggio ACI.

### **Interventi iniziati nel corso del 2011 e che termineranno in anni successivi:**

- Ex Magazzino Farmacia
- Neuroscienze Oculistica.
- Edificio di Trasferimento/Sostitutivo
- Magazzino Economale
- Trigenerazione
- Consolidamento statico e miglioramento antisismico.
- Ex Medicina Nucleare
- Pneumologia
- Degenze (Piani 2° e 5° - Corpo C - finiture post consolidamento).
- Diagnostica per immagini (Ampliamento e Adeguamento Neuroradiologia)
- Cabina elettrica (Potenziamento)
- Prosecuzione programma adeguamento impianti elettrici
- D.Lgs. 81/2008

## **1. 2. Apparecchiature biomediche e di laboratorio**

Tra gli investimenti significati dell'anno 2011 rientrano gli acquisti effettuati grazie al finanziamento erogato dalla regione Emilia Romagna (*codice intervento: M 09 – Adeguamento tecnologico-normativo di apparecchiature biomediche*) per un importo pari a Euro 1.150.000. Oggetto del suddetto finanziamento sono stati:

- ✚ SERVIZIO MEDICINA NUCLEARE: acquisto di apparecchiature e esecuzione dei lavori di supporto per l'adeguamento della dotazione strumentale, dei percorsi e degli impianti del settore manipolazione radiofarmaci al fine di rendere la struttura conforme alle nuove normative nazionali
- ✚ SALE OPERATORIE/TERAPIE INTENSIVE E SUB-INTENSIVE: acquisto di attrezzature in sostituzione di analoghe ormai obsolete e con elevati costi di manutenzione, di eguali prestazioni quali – quantitativo, e di nuovi dispositivi finalizzati al miglioramento del servizio diagnostico-terapeutico offerto ai pazienti.

Di seguito vengono presentati i principali investimenti a collaudo 2011 raggruppati o per area di interesse se multi dipartimentale oppure per dipartimento.

Dipartimenti diversi che insistono sul Nuovo Blocco Tecnologico – Attrezzature destinate ad uso condiviso

Le Sale Operatorie Blocco Tecnologico sono state interessate da:

- ✓ sostituzioni di due colonne laparoscopiche con dispositivi con tecnologia FULL HD;
- ✓ sostituzione di sistemi di anestesia con n°3 ventilatori per anestesia;
- ✓ sostituzione di due portatili per radioscopia con due nuove apparecchiature digitali con IB;
- ✓ allestimento di una sala operatoria integrata per la gestione audio/video di tutti gli eventi di sala acquisibili dalle tecnologie presenti e trasmettibili all'esterno;
- ✓ introduzione nuova tipologia di bisturi ad ultrasuoni in affiancamento alla attuale dotazione di trapani ortopedici;
- ✓ introduzione di n°2 barelle passamalati che consentono il trasferimento agevole dalle barelle ai piani operatori e viceversa.

Dipartimento servizi diagnostici e per immagine

I servizi di radiodiagnostica 1 e 2 sono stati interessati da 3 importanti acquisti:

- ✓ Aggiornamento della TAC 64 strati alla versione a 128 strati,
- ✓ Acquisto di due sistemi diagnostici digitali DR dinamici multifunzionali
- ✓ Noleggio di un mammografo digitale.

Il Servizio Medicina Nucleare, nell'ambito del progetto M09, è stato interessato da :

- Intervento tecnico edile ed impiantistico sugli attuali locali.
- Acquisto delle seguenti attrezzature:
  - ✓ isolatore con adeguata cappa a flusso laminare di classe "A"
  - ✓ Frazionatore automatico per i radiofarmaci fluorati.
  - ✓ software adatto alla gestione step-by-step delle operazioni di marcatura, controllo di qualità, somministrazione dei radio farmaci e tenuta dei registri informatici necessari.
  - ✓ Calibratore di dose erogata interfacciato al SW.
  - ✓ passa-materiali con passaggio bidirezionale dei radio farmaci, dei campioni per il controllo di qualità e delle colonne.
  - ✓ contaminometro mani-piedi-vestiti di piccole dimensioni
  - ✓ arredi per l'allestimento ottimale dei nuovi locali adeguati alla decontaminazione in caso di versamenti di sostanze radioattive.

Dipartimento delle Medicine:

Il dipartimento delle Medicine ha visto confluire nel corso del 2011 le SC di Cardiologia e MIAC, oggetto la prima di un importante intervento nel corso dell'anno. Nel dettaglio:

- ✓ attrezzature nell'ambito del progetto "sviluppo pluridisciplinare delle attività interventistiche del policlinico di Modena" articolato nei due sottoprogetti epatologico e cardiologico, realizzato mediante una donazione da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Modena. Si riportano di seguito gli acquisti effettuati con questo finanziamento:
  - ✓ aggiornamento tecnologico dell'angiografo cardiologico in utilizzo al Servizio di emodinamica della SC di Cardiologia.
  - ✓ Acquisto di un ecografo di fascia alta per diagnostica internistica.
  - ✓ Aggiornamento del software per la gestione del ricovero del paziente

- ✓ Aggiornamento del sistema PACS per archiviazione di filmati diagnostici.

#### Dipartimento Chirurgie generali e specialità chirurgiche:

Oltre agli investimenti per sale operatorie già citati, il dipartimento è stato interessato dai seguenti acquisti:

- ✓ 2 ureteronefroscoopi per urologia, ottiche rigide di diverso diametro ed inclinazione per sale operatorie chirurgiche ed ambulatori chirurgici
- ✓ un sistema aspiraliquidi portatile per urologia
- ✓ nuove apparecchiature comprensive di moduli argon.

#### Dipartimento Materno Infantile:

- ✓ E' stato acquisito per la FIVET un ecografo di alta fascia
- ✓ 2 letti parto.
- ✓ strumentario chirurgico ed accessori per apparecchiature medicali del comparto operatorio di ostetricia e ginecologia e della contigua area di travaglio parto.
- ✓ La Terapia Intensiva Neonatale è stata interessate da:
  - sostituzione incubatrice da trasporto
  - sostituzione di n°2 ventilatori polmonari neonatali.

Il Dipartimento Materno Infantile è stato interessato nel corso del 2011 da diverse erogazioni liberali:

- ✓ Struttura Complessa di Neonatologia: società ABITCOOP di Modena, donazione di n°4 incubatrici neonatali per terapia intensiva
- ✓ Struttura Complessa di Neonatologia : CLUB LIONS MODENA, elargizione volontaria per l'acquisto di apparecchiatura per otoemissioni acustiche per l'esecuzione di test di screening sui neonati ricoverati in Terapia Intensiva
- ✓ Oncoematologia pediatrica: ASEOP, donazione di n°7 monitor e n°1 centrale di controllo per il monitoraggio parametri vitali dei piccoli pazienti ricoverati.

#### Dipartimento Chirurgie specialistiche testa collo:

Interventi di media portata hanno interessato direttamente questo dipartimento, comunque coinvolto fortemente nell'acquisto delle apparecchiature destinate alle sale operatorie, con l'eccezione di una importante donazione.

- ✓ La struttura complessa Malattie Oftalmologiche è stata interessata dall'acquisizione di un Oftalmoscopio OCT/SLO donato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Modena..
- ✓ Sono stati acquisiti per le nuove degenze del 4° piano 17 nuovi letti elettrici.
- ✓ Il Servizio di chirurgia plastica e ricostruttiva ha visto l'introduzione di sistemi per la Vac-therapy,

#### Dipartimento Laboratori:

Questo dipartimento per sua natura è continuamente oggetto di periodici aggiornamenti tecnologici, che nel 2011 hanno avuto al centro principalmente il Servizio di Tossicologia ed il servizio di Anatomia Patologica.

- ✓ Nel corso del 2011 si è completato un importante processo di innovazione tecnologica che ha interessato il laboratorio di Tossicologia e Farmacologia Clinica, dove sono stati installati due spettrometri di massa ad uso diagnostico per il dosaggio degli immunosoppressori.

- ✓ Si è completata l'attivazione della BioBanca nell'ambito del progetto COMETA finanziato dalla FCRM con l'acquisto un avanzato pirosequenziator.
- ✓ Numerosi sono stati gli acquisti effettuati per la SC di Anatomia Patologica, di norma in sostituzione di precedenti apparecchiature giunte a fine vita utile, tra le quali si evidenziano per importanza un coloratore automatico di tessuti completo di monta vetrini, un microtomo, una citocentrifuga, un amplificatore di sequenze nucleotidiche e due inclusori automatici di paraffina.
- ✓ Nel corso del 2011 si sono svolte anche diverse gare per l'acquisizione in service di tecnologie destinate ai servizi dei laboratori aziendali, sia a livello di area vasta (AVEN) sia a livello strettamente aziendale.

#### Dipartimento Apparato Locomotore:

Alcuni importanti interventi in questo dipartimento hanno consentito di risolvere alcune criticità:

- ✓ Potenziamento tecnologico dell'attività operatoria del servizio chirurgia della mano grazie ad un nuovo microscopio operatorio acquisito per garantire ai massimi livelli, la continuità operativa dell'hub regionale di terzo livello, con particolare riferimento agli interventi in urgenza
- ✓ SET Manipoli batteria per esecuzione di interventi di chirurgia ortopedica, Traumatologia e protesica dell'arto inferiore e di chirurgia della mano
- ✓ Sono stati comunque acquisiti accessori vari per ortopedica e traumatologia e riabilitazione della mano al fine di garantire la continuità operativa con la sostituzione delle parti più usurabili e logorabili delle attrezzature in dotazione.

#### Dipartimento di Oncologia, ematologia e patologie dell'apparato respiratorio

Diversi interventi hanno interessato questo dipartimento e tutti i servizi ne sono stati coinvolti:

- ✓ È stata rinnovata la dotazione di video broncoscopi del servizio di broncoscopia mediante l'acquisto di 4 strumentie e di un nuovo video processore completo di fonte di luce
- ✓ La Terapia Sub Intensiva della S.C. Malattie dell'apparato respiratorio è stata interessata dalla sostituzione di n°4 ventilatori polmonari obsoleti, di cui n°2 con funzionalità avanzate e n°2 per la ventilazione non invasiva, adeguati alle diverse patologie trattate dall'unità operativa.
- ✓ E' stato acquisito in service un sistema per elettroforesi delle siero proteine destinato a Laboratorio Servizio Medicina TrASFusionale.

### **Politiche d'acquisto**

Anche per l'anno 2011, l'obiettivo posto dalla Regione, per quanto attiene alle politiche di acquisto di beni e servizi riguarda fundamentalmente due aree di intervento:

- Sviluppo degli acquisti con aggregazione della domanda in area vasta e con ricorso alle convenzioni INTERCENTER con contestuale riduzione del ricorso alle gare aziendali;
- Consolidamento, per quanto riguarda le adesioni alle convenzioni Intercenter, dei dati di adesione del 2010 ( da valutare a livello di area vasta) con allineamento alla migliore performance del 2010.

### **Lo sviluppo delle aggregazioni di acquisto e la riduzione degli acquisti aziendali**

Si riportano di seguito una serie di grafici che rappresentano in maniera sintetica il rapporto in percentuale e a valore tra gli acquisti effettuati con ricorso a gare aziendali e gli acquisti realizzati con aggregazione della domanda (AVEN - INTERCENTER - ALTRE UNIONI DI ACQUISTO).

Come evidenziato dai grafici gli acquisti aziendali si attestano attorno al 36% mentre gli acquisti con centralizzazione superano il 60%.

Significativo appare il dato relativo all'incremento nell'anno 2011 degli acquisti effettuati con aggregazione in area vasta. Si passa infatti da un valore di circa 15 milioni di euro nell'anno 2010, a circa 26 milioni di euro nell'anno 2011.

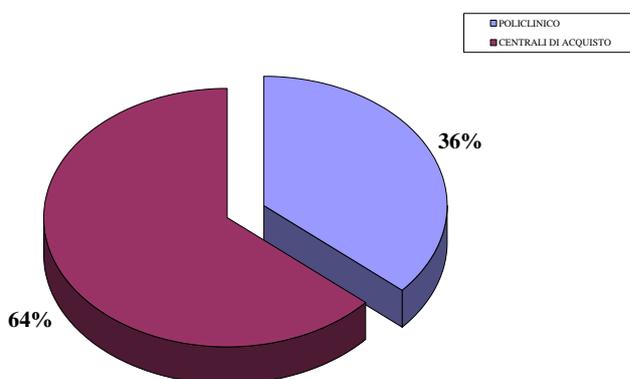
Nel 2010 questa azienda ospedaliera ha recepito 24 procedure di gara Aven mentre nell'anno 2011 ha provveduto a riceverne 32.

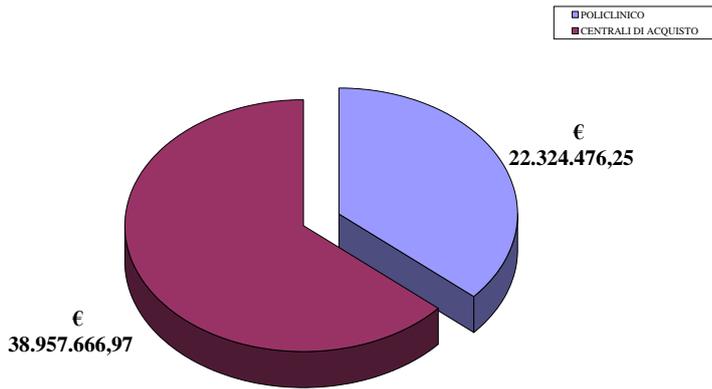
Rilevante appare altresì il dato relativo alle adesioni alle convenzioni stipulate dalla centrale regionale Intercenter che passa da un numero di 21 nell'anno 2010 ad un numero di 30 nell'anno 2011.

All'incremento del numero di adesioni non corrisponde un incremento del valore delle stesse ma ciò è giustificato dal fatto che nell'anno 2010 la centrale regionale ha stipulato convenzioni per categorie merceologiche (farmaci, soluzioni infusionali) di valore economico superiore rispetto alle convenzioni stipulate nell'anno 2011.

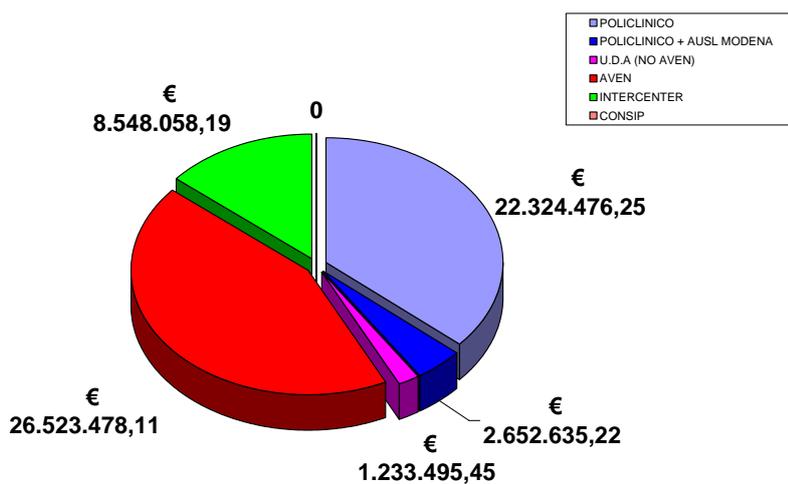
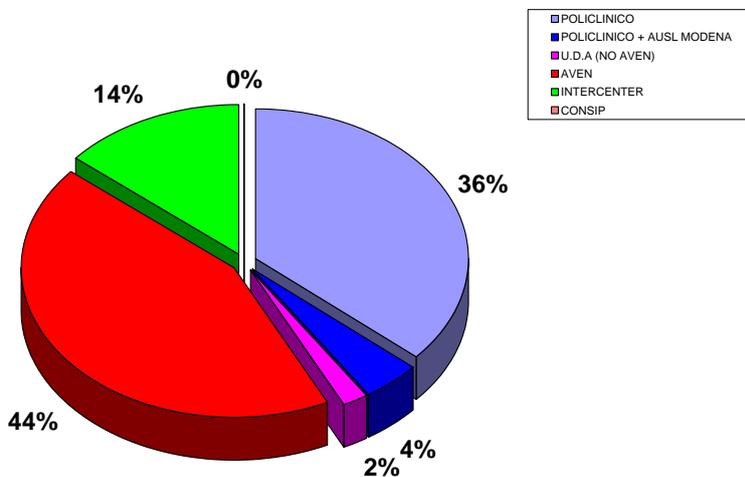
Di conseguenza l'impatto economico dei contratti stipulati con ricorso alle convenzioni Intercenter nell'anno 2011 risulta inferiore all'anno 2010 nonostante si sia notevolmente incrementato il numero delle adesioni. (+42%)

#### RAPPORTO TRA CONTRATTI AZIENDALI E CONTRATTI CENTRALIZZATI (PERCENTUALE E VALORE) ANNO 2011

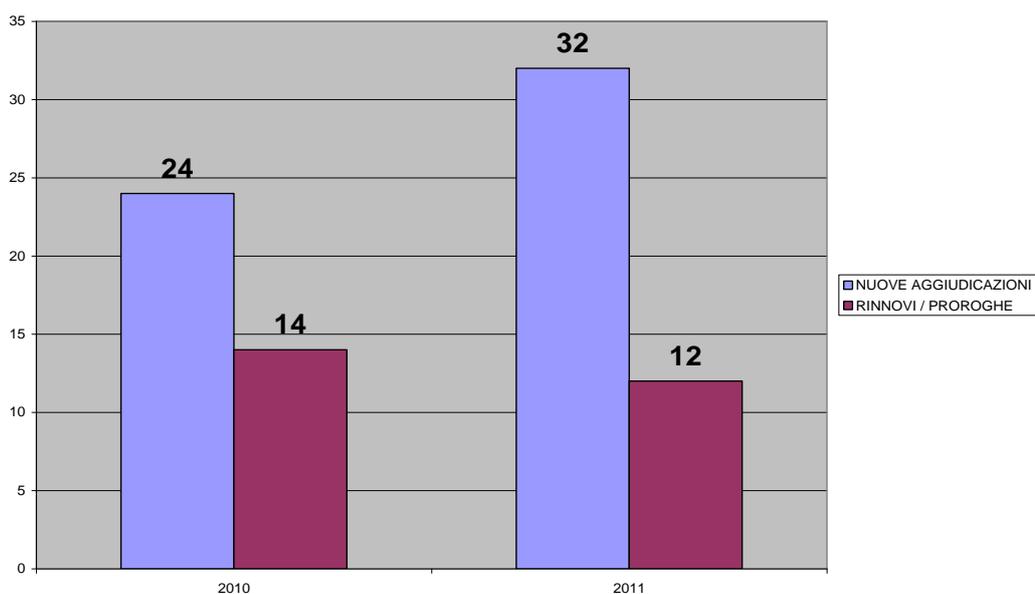




RIPARTIZIONE ACQUISTI TRA LE DIVERSE "CENTRALI DI COMMITTENZA" ANNO 2011



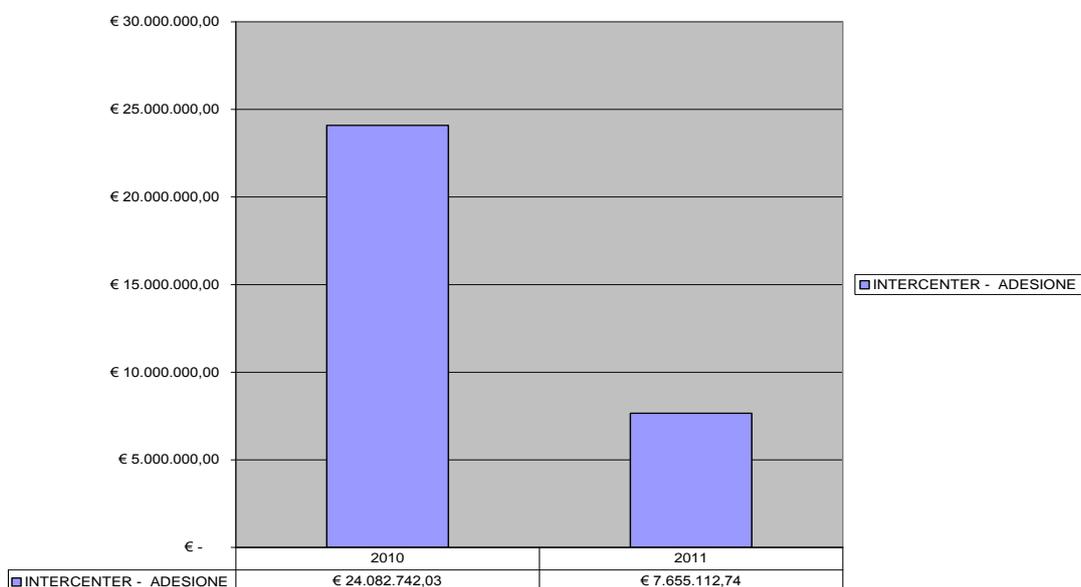
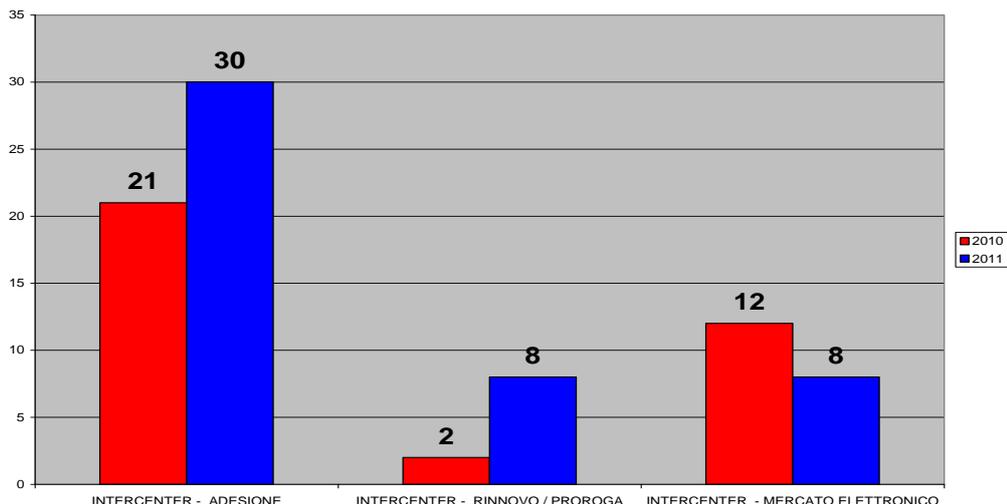
GARE AVEN: CONFRONTO ANNI 2010 / 2011  
(IMPORTI E NUMERO)



### **ADESIONE ALLE CONVENZIONI INTERCENTER**

Si riportano di seguito due grafici che evidenziano l'incremento del numero di adesioni alle convenzioni stipulate dalla centrale regionale al quale non corrisponde tuttavia un pari incremento del valore economico dei contratti stipulati con ricorso alle convenzioni stesse. Le motivazioni sono indicate in premessa.

Si precisa infine che, pur essendo calato il numero di procedure con ricorso al mercato elettronico (da 12 a 8), tuttavia gli importi aggiudicati con questa tipologia di procedura sono incrementati (da € 22.393 a € 31.825)



### 3.4.2 Percorsi multi professionali e presidio della continuità assistenziale

#### **Azienda USL**

In riferimento allo sviluppo dei percorsi di **Day Service Ambulatoriale (DSA)** di cui alla DGR 1803/2009 anche attraverso la riconversione dei Day Hospital, nel corso del 2011 sono state realizzate le seguenti attività:

- sono state definite e diffuse alle diverse unità operative aziendali le indicazioni operative finalizzate all'attivazione dei DSA;
- si è lavorato con diverse unità operative internistiche allo scopo di incrementare i percorsi gestiti attraverso questo strumento (in particolare si è lavorato negli ambiti relativi alle patologie neurologiche, endocrinologiche, cardiovascolari e gastroenterologiche dei disturbi alimentari);
- insieme ai Consultori si è iniziato a predisporre l'attivazione del DSA di tipo 2 per la presa in carico della gravidanza a basso rischio, in coerenza con la DGR 1097 del 27/07/2011.

- nel mese di ottobre 2011, le modalità organizzative per l'attivazione di tale DSA sono state oggetto di un incontro congiunto del gruppo AVEN della Specialistica Ambulatoriale e di quello Programma Percorso Nascita.

Significativo il lavoro svolto in collaborazione con l'AOU Policlinico in merito al **percorso nascita** (gravidanza fisiologica e integrazione consultori-punti nascita provinciali) secondo quanto previsto dalle DGR 533/08 - 1921/07, dalle indicazioni della Commissione Nascita regionale e coerentemente con le previsioni del PAL 2011-2013: è stata infatti prevista la realizzazione di un **Programma materno infantile provinciale** con il compito di fornire alle direzioni aziendali il monitoraggio e la valutazione degli indicatori di salute e dei percorsi assistenziali, di rendere coerenti ed integrate la programmazione sul governo clinico, la sicurezza e la formazione.

Il programma, articolato per **aree e per percorsi assistenziali**, avrà un coordinamento nel quale saranno rappresentati i dipartimenti coinvolti e le direzioni sanitarie. Nell'ambito di tale programma lavoreranno, organizzati in gruppi di lavoro specifici, professionisti dell'area materno-infantile individuati dalla Direzione aziendale.

Dal Dicembre 2011 è stata avviata in collaborazione con l'AOSP Policlinico e con l'Ospedale di Sassuolo la progettazione di un'**indagine longitudinale alle utenti del percorso nascita** che verrà sperimentata nel 2012.

In riferimento al **controllo del dolore in travaglio e nel parto** in tutti i punti nascita sono state sviluppate, in modi diversi, le metodiche non farmacologiche con ampia offerta, anche se diversificata: acqua, posizioni libere, sostegno strutturato e rapporto *one to one*, massaggi, idropuntura. Come metodica farmacologica è stata introdotta la somministrazione della meperidina.

Nel 2011 si è provveduto alla **formazione del personale ostetrico e dei medici ginecologi**, a livello ospedaliero e territoriale: il corso ha coinvolto un centinaio di operatori, con l'obiettivo di condividere le finalità delle metodiche utilizzate nei vari punti nascita e le modalità di comunicazione ed offerta alle donne durante la gravidanza, nei corsi di accompagnamento al parto e al momento dell'accesso all'ambulatorio della gravidanza a termine. Ciò premesso, nessuno dei centri aziendali è riuscito a strutturare un'offerta dell'analgesia epidurale gratuita sulle 24 ore, in quanto la carenza di anestesisti ha reso incostante l'offerta sul punto nascita identificato come riferimento (Carpi). Maggiore continuità ha invece avuto il servizio garantito dalla Clinica Ostetrica del Policlinico di Modena.

I **Consultori Familiari** del Dipartimento di Cure primarie dell'AUSL di Modena sono una realtà diffusa nella provincia con 36 sedi, di cui 8 distrettuali (2 a Modena città e 1 per ogni Distretto), nelle quali è prevista la presenza contemporanea di tutta l'equipe e l'erogazione di prestazioni strumentali e complesse (ecografie, corsi nascita, ecc.). Già dai primi anni duemila, nei Consultori Familiari distrettuali di Modena, Vignola, Carpi e Sassuolo è stata sperimentata l'assistenza ostetrica alla gravidanza fisiologica e, in applicazione della DGR 533/08, si sta predisponendo l'applicazione di questo modello assistenziale in tutti i distretti dell'azienda.

In ogni Distretto è previsto un **consultorio giovani ad accesso libero e gratuito** e sono parimenti presenti spazi per le donne immigrate e i loro bambini, o percorsi di facilitazione dell'accesso della popolazione immigrata, con la presenza della mediazione culturale fissa e a richiesta. Il sistema informativo in uso nelle realtà consultoriali soddisfa certamente i requisiti richiesti a livello regionale e si integra, attraverso una funzione di richiamo dati, con la versione informatizzata della cartella ostetrica in uso presso i punti nascita dell'Azienda.

Consolidata da tempo e su tutto il territorio **provinciale l'applicazione della DGR 1690/08 e dei protocolli assistenziali regionali per l'IVG** (Interruzione volontaria di gravidanza) medica e chirurgica.

Per quanto riguarda gli interventi messi in atto a garanzia della **continuità delle cure per i pazienti affetti da malattie croniche** ed in particolare lo sviluppo e il supporto ad una **gestione integrata del diabete mellito**, occorre rilevare come deliberazione del Direttore Generale n. 181 del 13/12/2011 "Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria erogata dalle

Strutture Diabetologiche della Provincia di Modena-Recepimento progetto”, le strutture diabetologiche sono state assegnate formalmente al Dipartimento Aziendale Cure Primarie, nell'ottica di definire un modello assistenziale indirizzato ad una sempre maggiore integrazione fra i diversi soggetti/strutture coinvolti nell'assistenza diabetologica, basato sulla definizione di percorsi diagnostico terapeutici che consentono il recupero/valorizzazione delle professionalità e l'ottimizzazione nell'uso delle risorse.

Anche nell'ambito della progettualità aziendale per le Case della salute l'attenzione prioritaria, nel 2011 è stata rivolta ad organizzare **ambulatori per la gestione coordinata delle patologie croniche e del follow-up specialistico** e pianificare interventi di educazione terapeutica ai pazienti per l'autogestione delle patologie croniche, in particolare il diabete.

<b>DIABETE GESTIONE INTEGRATA 2011-2010</b>						
<b>DISTRETTO</b>	<b>PZ</b>			<b>MMG</b>		
	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>Δ</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>Δ</b>
1	4.082	3.709	10,1%	76	80	-5,0%
2	3.350	3.453	3,0%	61	60	1,7%
3	4.227	3.879	9,0%	130	129	0,8%
4	3.360	3.174	5,9%	76	75	1,3%
5	862	824	4,6%	29	29	0,0%
6	1.191	898	32,6%	44	40	10,0%
7	2.152	2.016	6,7%	42	40	5,0%
<b>Azienda USL</b>	<b>19.224</b>	<b>17.953</b>	<b>7,1%</b>	<b>458</b>	<b>453</b>	<b>1,1%</b>

L'Azienda ha anche promosso il **“Percorso Integrato Scompensazione Cardiaca Cronica”** partendo dalla necessità di una ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità delle diverse figure professionali medico-infermieristiche e dei percorsi di cura nell'ambito di una nuova ed efficiente organizzazione della rete assistenziale del paziente con scompenso.

Fondamentale risulta la comunicazione e la condivisione dei percorsi di cura fra struttura ospedaliera e territoriale che diventano decisive per un'efficace continuità assistenziale.

E' stato redatto, nell'ottobre 2011, il documento relativo a **“Ospedalizzazione e follow-up ospedaliero”** che si interseca con i percorsi di specialistica ambulatoriale e coinvolgimento dei MMG. In sintesi vengono condivisi i protocolli clinici di gestione intraospedaliera e di dimissione e definito il follow-up.

Nella seconda metà del 2011 è stato divulgato il Documento **“Appropriatezza in Endoscopia Digestiva Diagnostica Endoscopica del tratto digestivo inferiore”** redatto da un gruppo di lavoro formato da professionisti ospedalieri e del territorio e MMG. Sono state trattate anche patologie intestinali croniche come follow-up al fine di evitare il proliferare di richieste di colonscopie ridondanti e poco utili, creando contemporaneamente uno stretto collegamento fra le figure professionali territoriali ed ospedaliere.

Per quanto riguarda la gestione integrata delle patologie croniche assume anche particolare rilevanza l'attività dell'**Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera**, la quale si rivolge direttamente al paziente in fase di malattia acuta o emergenza; ai suoi familiari, ove occorra un intervento consulenziale psicologico e/o vi sia la necessità di costruire un progetto terapeutico continuativo in sede extra-ospedaliera; al team medico e paramedico, per programmi di formazione permanente e stesura di protocolli operativi congiunti. La modalità di

lavoro in team multidisciplinare rappresenta il core dell'intervento specialistico psicologico all'interno del Nuovo Ospedale S. Agostino Estense di Baggiovara.

Nell'anno 2011 le modalità di presa in carico del paziente con patologie croniche ha fatto riferimento, lungo tutto il percorso di gestione della patologia cronica, ad una costituzione di **una rete tra i diversi professionisti che ruotano attorno al paziente e alla famiglia con un vertice di attenzione psicologica relazionale e di comunicazione**. I percorsi attivati sono i seguenti:

- **Valutazione propedeutica per interventi di Chirurgia Bariatrica** e/o inserimento di BIB (Bioenteric Intragastric Balloon): tre colloqui clinici individuali e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Cardiologia Riabilitativa e Interventistica**: due o più colloqui individuali con l'utente e/o i familiari e/o un incontro grupppale rivolto ai pazienti, co-condotto dallo specialista psicologo e da personale infermieristico afferente al gruppo operativo, e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Medicina Riabilitativa**: due o più colloqui individuali con il paziente e/o i familiari e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Valutazione propedeutica per interventi Chirurgici di Deep Brain Stimulation** (intervento di chirurgia intracranica in assenza di anestesia totale): due o più colloqui con il paziente e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Dialisi**: due o più colloqui individuali con il paziente e/o i familiari e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Ambulatorio Stomizzati**: due o più colloqui individuali con il paziente e/o i familiari e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Day-Hospital Malattie Demielinizzanti**: due/tre colloqui individuali con il paziente e/o i familiari. Per i pazienti con nuova diagnosi è previsto l'inserimento in piccoli gruppi (5 – 6 pazienti) condotti dallo psicologo e dal personale infermieristico del DH e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Day-Hospital Internistico e Endocrinologico per Obesità e DCA**: due/tre sessioni grupppali nell'ambito del team multidisciplinare e/o due/tre colloqui individuali con il paziente e/o i familiari e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Terapia Antalgica e Cure Palliative**: due o più colloqui individuali con il paziente e/o i familiari e incontro valutativo atto a favorire l'integrazione psicosomatica nell'ambito dell'equipe multiprofessionale di riferimento.
- **Diagnosi e Terapia del Diabete** Tipo I e Tipo II dell'età adulta: tre colloqui individuali con il paziente, selezionato e inviato dall'equipe multiprofessionale del SD attraverso sessioni permanenti di gruppo Balint a cadenza settimanale.
- **Consulenze intraospedaliere** (in assenza di protocolli condivisi): un colloquio individuale con il paziente e/o i familiari ed un colloquio di restituzione al team inviante.

Anche nel 2011 il **Dipartimento di Salute Mentale – Dipendenze Patologiche** ha provveduto a formalizzare per i 4 Settori del DSM-DP un Piano per l'Accesso.

## **Salute Mentale Adulti**

Nel 2011, il Settore Salute Mentale Adulti ha posto attenzione a facilitare l'accesso ai Servizi per alcune categorie diagnostiche che interessano in particolare le fasce di età più giovani: esordi psicotici e disturbi del comportamento alimentare.

## **Neuropsichiatria Infantile**

Per quanto riguarda il Programma Regionale Autismo (DGR 318/2008, nota come PRI-A, e successive modificazioni), la responsabile aziendale ha regolarmente inviato i report regionali che documentano l'attivazione e il consolidamento del gruppo aziendale, nonché i dati di attività.

Infine, relativamente ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DGR 108/2010, nota come Pro-DSA), la referente aziendale del gruppo ha provveduto ad inviare i report regionali che documentano l'istituzione e l'attività del gruppo. Da oltre 12 anni è attivo nelle scuole primarie di Modena, con la collaborazione del Settore di NP/IA, uno screening dedicato alla diagnosi precoce dei disturbi specifici di apprendimento. Nel corso del 2011 sono stati perfezionati specifici percorsi clinici per la diagnosi di tali disturbi e la riabilitazione in collaborazione con gli operatori scolastici.

## **Dipendenze Patologiche**

Per quanto riguarda l'attuazione dei percorsi dedicati a popolazione target: per gli alcolisti nel distretto di Modena è attivo un ambulatorio dedicato (Centro Alcologico presso l'ex Ospedale Estense) e al Centro Diurno Colombarone è attivo il modulo intensivo di trattamento; per i giocatori patologici è attivo nel distretto di Modena un ambulatorio dedicato (presso l'ex Ospedale Estense; è lo stesso ambulatorio per alcolisti, tabagisti e pazienti con dipendenza da farmaci), e l'ente accreditato LAG ha attivato un progetto specifico ad accesso diretto (Rien va plus); per i cocainomani, durante il 2011 è stata avviata la progettazione per l'avvio di gruppi specifici di trattamento, in una sede altra rispetto ai SerT, con possibilità di accesso da parte di tutti i SerT e anche dal privato sociale (il primo gruppo è poi partito con successo nel febbraio 2012); è inoltre attivo un percorso di accesso diretto all'Ambulatorio Toniolo del CEIS ed un progetto specifico della LAG di Vignola (Tirati Fuori); per i giovani policonsumatori l'Ambulatorio Toniolo del CEIS di Modena è un luogo facilitante l'accesso dei giovani, nell'ambito dei progetti finanziati dal Piano di Zona del Comune di Modena.

## **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

### **Qualità dell'assistenza: il contributo del Servizio di Psicologia Occupazionale e della Salute (già Settore Psicosociale-Servizio Formazione e Aggiornamento)**

Tra i compiti principali del Servizio di Psicologia Occupazionale e della salute del Policlinico vi è proprio quello di concorrere alla "riduzione del disagio psicologico connesso alla malattia e alle cure sanitarie previste", (**Psicologia della salute**)

Tale disagio è, in generale, riconducibile a due serie di fattori: da una parte al tipo di trauma, e quindi alle condizioni generali del paziente, dall'altra al modo con cui il paziente riesce a far fronte alle difficoltà implicate dalla malattia adottando peculiari modalità di fronteggiamento, di adattamento e di difesa, nonché alla competenza del personale sanitario nel trattare gli aspetti comunicativi e relazionali del rapporto con il paziente.

L'obiettivo di ridurre al minimo le difficoltà psicologiche dei pazienti ricoverati viene perseguito ponendo in essere una serie di azioni relative soprattutto alla seconda serie di fattori.

Le principali azioni sono:

- aiutare e sostenere direttamente i pazienti nei momenti più difficili (ad esempio dopo la comunicazione di diagnosi, in concomitanza con 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 di esami invasivi e/o di interventi chirurgici, particolarmente se mutilanti, al momento del risveglio in Rianimazione);

- favorire la partecipazione del paziente alla sua cura con gli strumenti dell'informazione e della comunicazione, con il potenziamento delle abilità residue e lo sviluppo di abilità vicarianti, con il sostegno alla massima autonomia compatibile con la malattia o disabilità, con la valorizzazione delle risorse disponibili;
- includere i familiari nel processo di cura per migliorare il sostegno che essi possono fornire al paziente;
- adeguare, nel limite del possibile, le condizioni ambientali, organizzative e relazionali della cura ai bisogni psicologici dei pazienti;
- integrare l'attività con l'équipe curante: tale modalità consente all'équipe curante e allo psicologo di confrontarsi sulla gestione del paziente dal punto di vista comunicativo - relazionale.

Accanto agli obiettivi generali vi sono poi obiettivi specifici diversificati caratterizzanti gli interventi e le collaborazioni con le diverse Unità Operative.

Nel 2011 sono state operative collaborazioni con i seguenti dipartimenti:

- Dipartimento A. I. n. 1: Medicina e specialità mediche (Progetto Nefrologia, Dialisi e Trapianti di Rene; Progetto Cardiologia: ambulatorio insufficienza cardiaca cronica; ambulatorio cardiopatia ischemica ad alto rischio; Progetto Vaccino HIV/AIDS );
- Dipartimento A. I. n. 2: Chirurgia generale specialità chirurgiche (Progetto Trapianti Multiviscerali e Fegato e Chirurgia epatobiliopancreatica; Rianimazione );
- Dipartimento A. I. n. 3: Materno Infantile (Chirurgia Pediatrica, Pediatria, Oncoematologia Pediatrica, Neonatologia ed Ostetricia; Progetto Ambulatorio di Genetica Medica; Progetto Centro di Medicina della Riproduzione);
- Dipartimento A. I. n. 4: Oncologia, Ematologia e Patologie dell'Apparato Respiratorio (Progetto Centro Oncologico Modenese: oncologia degenza, hospice, osservazione breve oncoematologica, day hospital; Progetto Radioterapia );
- Dipartimento A. I. n. 5: Chirurgie Specialistiche Testa - Collo (Punto Diagnostico Terapeutico Testa Collo (attività integrata Oncologia-Otorinolaringoiatria);
- Dipartimento A. I. n. 9: Patologie dell'Apparato Locomotore (Progetto Ambulatorio multidisciplinare delle malformazioni congenite dell'arto superiore, Progetto Infortunati alla mano );
- Direzione Generale (Progetto Centro Antifumo)
- Dipartimento di Neuroscienze presso NOCSAE (Progetto Malattie del motoneurone - Sclerosi Laterale Amiotrofica afferente alla Neurologia)

Le attività del Servizio di Psicologia sono rivolte, da un lato, direttamente ai pazienti e ai loro familiari, ma sono altresì rivolte al personale sanitario che si occupa della cura dei pazienti e che ha piena titolarità nella gestione diretta degli aspetti relazionali del rapporto con i malati e i loro familiari. Quest'ultimo punto risulta estremamente importante in quanto evidenzia il rapporto privilegiato tra psicologia e formazione del personale sanitario, aspetto che caratterizza buona parte delle azioni previste dai progetti in essere nel Servizio di Psicologia (specie le attività che possono essere definite prioritariamente formative ancorché conseguite tramite strumenti eminentemente clinici).

Nel 2011 l'azione intrapresa dal Servizio di Psicologia ha continuato, come negli anni precedenti, ad interessare tutte e tre le aree che ne guidano l'attività:

1) attività formativa (attività articolata in momenti di aula, in iniziative condotte all'interno del Laboratorio della Comunicazione e in azioni di integrazione tra psicologi e personale sanitario nell'ambito della formazione on-work);

2) attività clinica (attività articolata in azioni di sostegno psicologico finalizzata alla riduzione delle problematiche psicoemotive reattive alle condizioni cliniche rivolto sia a pazienti che a familiari);

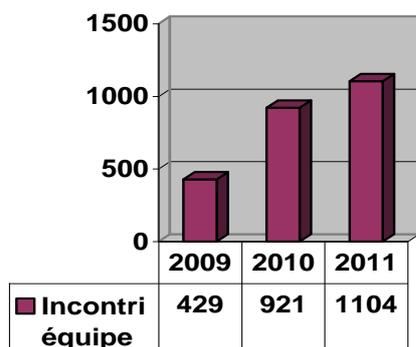
3) attività di ricerca (attività di studio e di analisi delle dinamiche psicologiche connesse alla malattia e alla gestione dei processi di cura).

### 1. Attività formativa

La formazione professionale è uno dei principali obiettivi del Servizio di Psicologia per cui sono attive molteplici e diversificate iniziative formative riguardanti gli aspetti relazionali e comunicativi delle professioni sanitarie. Oltre a ciò, tutti i progetti del Servizio di Psicologia prevedono l'affiancamento dello psicologo al personale sanitario nei momenti più critici per il paziente (ad esempio durante l'ospedalizzazione, le visite, le terapie, in occasione di comunicazioni particolarmente delicate). Tale modalità operativa consente all'equipe curante e allo psicologo di confrontarsi sulle reazioni del paziente, di compiere osservazioni sui comportamenti e sulla qualità della comunicazione al fine di migliorare le competenze comunicativo-relazionali necessarie nel rapporto con il paziente.

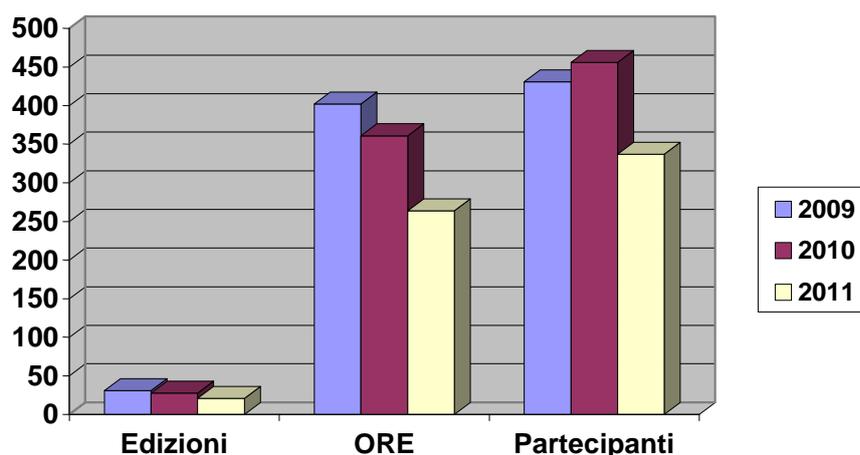
Rispetto agli anni precedenti, nel 2011 è stata intensificata l'attività di discussione casi clinici in équipe (Grafico 1).

*Grafico 1. Incontri di équipe per la discussione di casi clinici e tematiche relazionali e comunicative: confronto tra il 2009, il 2010 e il 2011*



Questa importante attività di integrazione tra sapere "medico" e "psicologico" sottolinea la particolare rilevanza che il Servizio di Psicologia attribuisce all'intervento multidisciplinare integrato nel processo di cura, anche attraverso il potenziamento delle competenze comunicative e relazionali degli operatori. L'attività di affiancamento e di discussione in équipe è stata integrata con la partecipazione degli operatori ai corsi dell'area 'relazionale', che ha portato all'incremento del numero dei partecipanti a tale attività formativa (Grafico 2) con un alto indice di gradimento da parte di questi ultimi.

*Grafico 2. Edizioni, ore e partecipanti ai corsi dell'area "relazionale": confronto tra il 2009, il 2010 e il 2011*

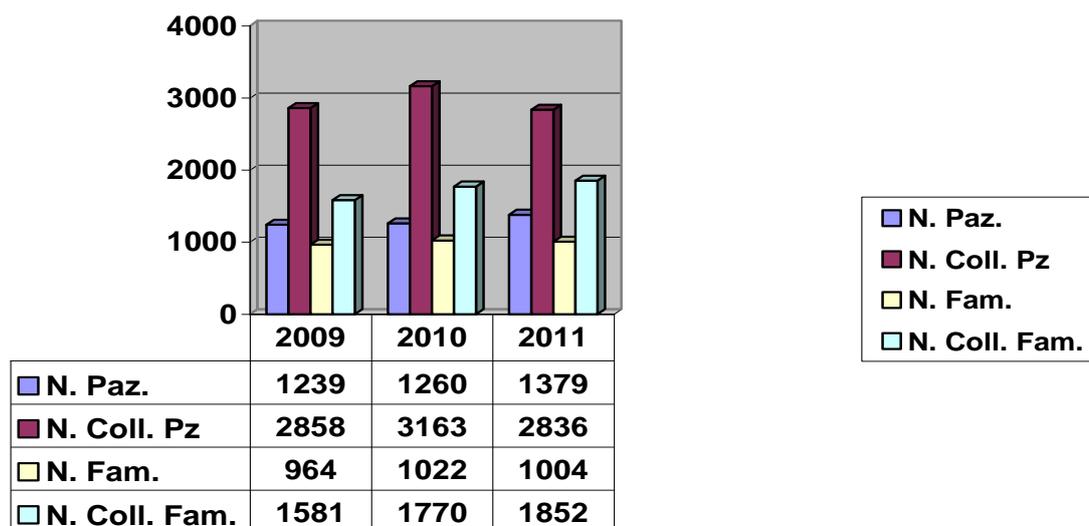


Nel 2011 sono stati svolti 9 corsi di formazione rivolti al personale sanitario per un totale di 21 edizioni, 361 ore, 456 partecipanti.

## 2. Attività clinica

Il secondo tipo di attività rilevante per il miglioramento della qualità dell'assistenza è costituita dall'attività clinica svolta con l'obiettivo di ridurre le difficoltà psicologiche dei pazienti in cura presso il Policlinico nonché di offrire sollievo ai loro familiari attraverso l'aiuto e il sostegno diretto nei momenti più difficili, garantendo la massima qualità di vita possibile al paziente. Nel corso del 2011 (Grafico 3) sono stati effettuati 2836 colloqui con i pazienti e 1852 colloqui con i familiari. Sono stati visti 1379 pazienti e 1004 familiari.

Grafico 3. Numero di pazienti (n.pz), familiari(n.fam) e colloqui (n. colloqui pazienti e familiari): confronto tra il 2009, il 2010 e il 2011



Rispetto all'anno precedente si rileva un leggero aumento del numero di pazienti seguiti ma un minor numero assoluto di colloqui. Per contro invece si può riscontrare un leggero incremento del numero di colloqui effettuati con famigliari

Nel 2011 è proseguita l'attività di gruppo con il coinvolgimento delle relative équipe curanti. Sono stati effettuati i seguenti incontri:

Dipartimento A. I. n. 3: Materno Infantile

- "Gruppo di supporto per i genitori di bambini nati pretermine": incontri strutturati di sostegno rivolti a gruppi di genitori. 20 incontri, 30 familiari.
- "Gruppo di sostegno al lutto per genitori", 9 incontri , 8 familiari.
- Diabete di tipo I: accogliere e comprendere il vissuto di malattia in età evolutiva attraverso gruppi di sostegno psicologico, 20 incontri, 10 pazienti.
- Campo educativo terapeutico per bambini ed adolescenti con diagnosi di diabete di tipo I, 5 giorni, 20 pazienti.

Direzione Generale:

- "Corsi di gruppo per la disassuefazione da fumo di sigaretta": 5 corsi di gruppo (12 incontri + 3 follow-up) ai quali hanno partecipato 86 pazienti.

Nel 2011 è proseguito il progetto "Strategie per una più efficace ed omogenea gestione non farmacologica del dolore nel bambino ospedalizzato, avviato nel corso del 2010, in collaborazione con l'associazione ASEOP e con la Regione Emilia-Romagna per cui sono stati realizzati interventi volti a sensibilizzare ed informare gli operatori del Dipartimento Integrato Materno Infantile sul fenomeno dolore, definendo un modello organizzativo di gestione del dolore, dell'ansia e della paura del bambino, nell'ottica della necessità di una formazione continua da parte degli operatori.

### **3. Attività di ricerca**

L'attività di ricerca concorre all'obiettivo del miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso il sistematico approfondimento delle tematiche di carattere psicologico implicate dalle diverse patologie e dalle varie forme di cura. Nel 2011 è proseguito il lavoro di ricerca relativo a tematiche di interesse psicologico, inerenti i vari progetti di collaborazione del Servizio di Psicologia. Alcune ricerche sono state svolte, altre sono in corso di svolgimento. Di seguito sono elencate le principali aree di ricerca: "Outcome neuropsicologico nei bambini affetti da drepanocitosi", "La qualità della vita nei bambini con patologia cronica", "La Rappresentazione mentale e sociale della malformazione nei padri di pazienti affetti da malformazioni congenite all'arto superiore", "Gli aspetti psicosociali dell'aderenza terapeutica dei pazienti sottoposti a terapia anticoagulante orale", "Qualità della vita delle donne operate al seno nel periodo del follow-up post terapia oncologica", "La soddisfazione delle pazienti seguite dal Punto Senologico per il servizio offerto loro e per il rapporto con i curanti".

Altro compito del servizio di Psicologia è quello di concorrere alla valutazione e al miglioramento

delle condizioni legate allo stress occupazionale e più in generale al benessere organizzativo dei professionisti che operano nella nostra struttura sanitaria. **(Psicologia occupazionale)**

L'AOU di Modena ha condotto nel 2010 una indagine sul benessere organizzativo e stress lavoro-correlato andando a valutare le principali condizioni di rischio e manifestazione del fenomeno stress occupazionale all'interno della propria organizzazione. La metodologia ha previsto l'analisi di indicatori oggettivi e dati di percezione soggettiva dei professionisti. Sono state concepite due diverse tipologie di indicatori: una legata al funzionamento dell'azienda (organizzazione del lavoro, orari di lavoro, ecc..) ed una legata alla salute e sicurezza sul posto di lavoro (incidenti, infortuni, malattie professionali, ecc...). Gli indicatori proposti sono stati individuati attraverso l'analisi dei vari database presenti in azienda. Gli indicatori sono stati classificati in "indicatori di rischio", concernenti principalmente l'organizzazione del lavoro e la

gestione del personale, "indicatori di manifestazione/risultato" che segnalano un evidente deterioramento della salute dei professionisti, e "indicatori di contrasto" relativi alle strategie di prevenzione collettiva e coping/mastering individuale. Per quanto concerne invece la fase di ricognizione dei dati di percezione soggettiva, è stato somministrato il questionario Occupational Stress Indicator (OSI) a tutta la popolazione aziendale e analizzati i risultati in termini di: principali fonti ed effetti di stress, principali caratteristiche individuali e strategie di coping.

È stata realizzata una mappatura del rischio stress occupazionale per aree omogenee e mansioni e redatto il documento di valutazione dei rischi con le relative ipotesi di azioni di miglioramento. Di seguito a questa attività l'AOU di Modena è stata invitata da Fiaso a far parte del Laboratorio nazionale: "Sviluppo e tutela del benessere e della salute nelle Aziende Sanitarie".

I risultati della valutazione del rischio stress lavoro correlato 2010 sono stati utilizzati anche come base di confronto all'interno di tale laboratorio la cui attività è stata quella di indagare il benessere organizzativo attraverso tre strumenti specifici:

- 1) una check-list per la raccolta dei dati oggettivi/preliminari aziendali, prevista dalla Circolare ministeriale del 18.11. 2010, suddivisa per indicatori di analisi legati al funzionamento dell'Azienda e per indicatori di analisi legati a salute e sicurezza;
- 2) un questionario di rilevazione del Benessere Organizzativo Percepito (BOP), per la rilevazione e valutazione della salute organizzativa percepita dai lavoratori;
- 3) Interviste e griglie di rilevazione di Buone Pratiche, a supporto del benessere organizzativo, sperimentate e in corso di sperimentazione.

I risultati dell'indagine sul rischio stress lavoro correlato svolta nell'AOU Policlinico e quelli emersi nel Laboratorio FIASO sono stati presentati a Roma ad un convegno nazionale.

Di seguito alle rilevazioni del 2010 e 2011 sono state identificate alcune azioni di miglioramento tra cui le principali hanno riguardato:

#### interventi a livello di gruppo:

- 1) analisi dei percorsi assistenziali e di cura- **apac**: progettazione di un gruppo di miglioramento all'interno del Dipartimento di Chirurgie specialistiche testa-collo al fine di analizzare i percorsi assistenziali e di cura, nonché le principali problematiche di integrazione e relazione fra gli operatori, in un'ottica di sviluppo organizzativo e di promozione del benessere dei professionisti.
- 2) corso di formazione specifico sulle strategie di coping: erogazione di 6 edizioni del corso di formazione "Stress: strategie interne per affrontarlo" per un totale di 125 partecipanti.

#### interventi a livello individuale

1) consulenza psicologica nei percorsi di sorveglianza sanitaria: stesura di una istruzione operativa per regolamentare l'attività di consulenza psicologica rivolta al personale interno all'azienda e le relative modalità di attivazione di questo specifico servizio all'interno dei percorsi di sorveglianza sanitaria, in particolare negli accertamenti richiesti direttamente dal lavoratore.

L'istruzione operativa si propone di

- Strutturare all'interno della Sorveglianza sanitaria un percorso integrato e multidisciplinare per la valutazione e gestione dei rischi psicosociali, in particolare del rischio stress lavoro-correlato.
- Garantire un efficace servizio di consulenza psicologica rivolto ai professionisti che ne hanno necessità
- Garantire la possibilità di effettuare interventi per ridurre le principali manifestazioni individuali dello stress occupazionale (prevenzione terziaria)

## **Assistenza Didattica Ricerca UniMoRe**

### **Descrizione della modalità definite al fine della ricognizione delle risorse conferite all'azienda rispettivamente dalla Regione e dall'Università in applicazione dell'articolo 9 del Protocollo d'intesa;**

Ai sensi del Protocollo di Intesa: Regione - Università dell'Emilia Romagna l'Università concorre al sostegno dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena in primo luogo mediante la retribuzione del personale universitario in servizio presso i Dipartimenti ad Attività integrata (sia personale docente sia personale tecnico/amministrativo, sia con integrazione assistenziale sia non convenzionato con il S.S.R.) nonché presso i Dipartimenti Universitari di Scienze Biomediche e di Scienze di Sanità Pubblica, che pur non essendo integrati con l'Azienda, svolgono un ruolo fondamentale nella formazione degli studenti nelle discipline cliniche e negli studi di ricerca pre-clinica, nonché con il personale docente e ricercatore afferente nei Dipartimenti Integrati con l'Azienda Unità Sanitaria Locale: a tal fine il costo complessivo del personale docente e ricercatore della Facoltà di Medicina e Chirurgia é stato di € 15.992.808,34 totale, di cui € 11.629.993,82 lordi ed € 4.362.814,52 di oneri a carico dell'Amministrazione.

In secondo luogo l'Azienda ha riconosciuto al personale universitario svolgente attività assistenziali l'integrazione allo stipendio universitario di cui al D.P.R. 761/79 per il personale tecnico/amministrativo ed il trattamento aggiuntivo di incarico di cui all'art. 6 del D.Lgs. 517/99 per il personale docente e ricercatore universitario.

In particolare per quanto riguarda il personale docente e ricercatore universitario integrato (n. 110 unità al 31-12-2011) a fronte di uno stipendio tabellare universitario complessivo di € 9.342.126,49 di cui € 6.787.295,20 lordi ed € 2.554.831,29 di oneri a carico dell'Amministrazione Universitaria, l'integrazione complessivamente riconosciuta dall'Azienda (solo il trattamento aggiuntivo di incarico) è stata di € 2.746.554,42 lordi mentre gli oneri sono stati 1.017.110,08 per cui il costo complessivo dell'integrazione per l'Azienda è stato di € 3.763.664,50: detto importo è risultato inferiore a quello registratosi nell'anno 2010, pari complessivamente ad € 4.280.412,44, per due motivi: a) nel corso del 2011 si sono registrate ben n. 7 cessazioni tra cui n. 1 direttore di Dipartimento e n. 3 responsabili di struttura complessa a fronte di n. 4 assunzioni di cui n. 2 responsabili di struttura complessa (assunti a fine anno); per tale motivo anche gli stipendi universitari sono inferiori al valore del 2011; b) per il fatto che durante il 2010 sono stati liquidati gli arretrati relativi al trattamento aggiuntivo di incarico relativo al biennio economico: 2006 - 2007.

Per quanto riguarda il personale tecnico/amministrativo dell'Università integrato con l'Azienda (pari a n. 46 unità in servizio al 31-12-2011 di cui n. 3 integrati come dirigenti medici, n. 13 equiparati come dirigenti biologi e n. 30 come personale sanitario dell'area del comparto) gli stipendi universitari lordi complessivi sono stati di € 1.232.987,05 più gli oneri di € 318.945,32 per un totale di 1.551.932,37 €.

Rispetto all'esercizio 2010 vi è stato un lieve calo (da 1.298.052,66 € lordi ad € 1.232.987,05) dovuto al fatto che da un lato gli stipendi universitari sono rimasti sostanzialmente invariati e dall'altro sono cessate durante l'anno n. 2 unità di personale integrato come biologo.

L'Azienda ha riconosciuto a detto personale un'integrazione lorda annua di € 497.271,60 più gli oneri di € 184.150,71 per un costo complessivo per l'Azienda pari ad € 681.422,31, valore superiore a quello registratosi nel 2010 (€ 529.833,71) dovuto alla liquidazione di arretrati di una posizione di tecnico riconosciuto come dirigente biologo.

Azienda e Università hanno contribuito a sviluppare forme di integrazione tra le attività cliniche e di ricerca mediante i Protocolli di Intesa vigenti relativi all'inserimento nelle funzioni assistenziali di laureati titolari di assegni di ricerca e di studenti iscritti a corsi di dottorato di ricerca.

Detti Protocolli intendono sviluppare le sinergie tra i progetti di ricerca universitari e le ricedute cliniche di dette ricerche prevedendo la possibilità per tali soggetti di essere inseriti, fino ad un massimo di 16 ore la settimana, nell'attività assistenziale svolta nelle Unità Operative Aziendali strettamente connesse con l'attività di ricerca svolta: ciò ha comportato un indubbio beneficio sia agli assegnisti/dottorandi che hanno potuto beneficiare dell'esperienza clinica oggetto del

loro studio, sia all'Azienda in quanto si è potuta avvalere di personale professionalmente qualificato (laureati e, nella stragrande maggioranza dei casi, specializzati).

Tuttavia tale importante percorso di integrazione, analogamente a quanto avvenuto già nel 2010, è stato fortemente condizionato dai vincoli di bilancio aziendale, per cui solo una parte delle richieste di integrazione sono state soddisfatte; infatti dei 35 dottorandi in servizio al 31-12-2011 ne sono stati integrati solo 6, mentre dei 103 assegnisti in materie cliniche, solo 17 sono stati inseriti nelle funzioni assistenziali.

### **Il Centro AntiFumo**

Il 17 Ottobre 2008 con del. n.08/0000177/DG, in attuazione della DGR 11 Giugno 2008 "Piano regionale di intervento per la lotta al tabagismo", viene ufficialmente istituito il Centro AntiFumo (CAF) di AOU Policlinico di Modena.

Si rimanda al testo integrale di tale delibera per la descrizione della mission e della struttura organizzativa del CAF che si configura innovativo:

- per la sua struttura organizzativa, costituita sulla base della multidisciplinarietà, della pluriprofessionalità e dell'interdipartimentalità necessarie ad erogare prestazioni assistenziali di prevenzione e cura, di didattica e di ricerca;
- negli obiettivi assistenziali miranti:
  - ad inserire come prestazioni ordinarie la consulenza ed il trattamento del tabagismo di pazienti "anche tabagisti" in cura presso AOU Policlinico di Modena, già in costanza di ricovero o nel contesto dell'assistenza specialistica ambulatoriale delle patologie specifiche trattate (in particolare questo tipo di consulenza si è svolta presso la Struttura Complessa di Cardiologia)
  - ad offrire opportunità terapeutiche ai tabagisti presenti tra il personale d'assistenza didattica e ricerca di AOU Policlinico di Modena e di UniMoRe
  - ad offrire opportunità terapeutiche agli studenti di UniMoRe.
- negli obiettivi di didattica con l'attività seminariale per gli studenti dei corsi di laurea di UniMoRe con sede a Modena
- negli obiettivi di ricerca tendenzialmente miranti a coinvolgere come centri di ricerca i CAF della regione ER.

Come negli anni passati a far tempo dal 2009, in occasione della Giornata Mondiale per la lotta contro il tabagismo, anche nel 2011 è stato realizzato un seminario formativo per dipendenti dell'azienda e gli studenti dei corsi di laurea:

- 24.05.2011- The WHO Framework Convention on Tobacco Control.

Nel corso del 2011, sono stati inoltre organizzati incontri formativi per studenti dei corsi di laurea: è stato organizzato un seminario specifico per gli studenti dei corsi di laurea in infermieristica e uno per quelli del corso di laurea in ostetricia. L'attenzione di questi eventi è stata rivolta soprattutto ai danni provocati dal fumo e agli aspetti più strettamente psicologici che portano le persone a reiterare il comportamento tabagico.

Nel corso del 2011 è stata strutturato e organizzato un'importante studio, finanziato dal Ministero della Salute, dal titolo "Ruolo della subunità del recettore nicotinico alfa6 nella dipendenza da tabacco" e coordinato dal prof. Michele Zoli.

Lo studio, che vede il CAF di Modena centro promotore e di coordinamento, coinvolgerà i diversi CAF della Regione Emilia Romagna. Tale studio, si svolgerà nell'arco di tre anni con l'obiettivo di identificare la possibile associazione tra varianti di geni dei recettori nicotinici e l'abitudine al fumo, il tasso di ricaduta dopo la cessazione dal fumo, l'efficacia delle terapie per smettere di fumare. Ulteriore obiettivo è quello di identificare la possibile associazione tra tratti psicologici correlati a personalità, motivazione e psicopatologie specifiche e l'abitudine tabagica.

Nel corso del tempo il Caf ha iniziato ad utilizzare nuovi media per poter raggiungere i diversi tipi di utenti che vogliono smettere di fumare di cui le pagine web legate al sito del Policlinico ne sono un esempio. Il sito diventa uno strumento utile per l'aggiornamento e la formazione:

- attraverso la pubblicazione dei filmati e dei files degli interventi dei predetti Convegni,
- attraverso la condivisione e promozione del collegamento a siti prestigiosi gestiti da enti nazionali ed internazionali,
- come funzione di supporto alla terapia ed alla prevenzione delle ricadute del Tabagismo con la proposizione di consigli per smettere di fumare o per non ricominciare.

La Promozione della lotta al Tabagismo è perseguita anche attraverso altri media quali i monitor nelle sale di attesa di AUO Policlinico di Modena con messaggi specifici.

Il CAF di AOU Policlinico di Modena, inoltre, opera in sinergia con i CAF di AUSL di Modena e con quelli delle altre aziende sanitarie della regione Emilia Romagna.

Di seguito si riportano:

A) la tabella (n.1) riepilogativa delle attività espletate dal CAF nell'anno 2011 che rende esplicita la molteplicità degli obiettivi perseguiti e delle azioni ad essi funzionali;

B) due tabelle (n.2 e n.3) rappresentanti la casistica seguita nel 2011.

**Tabella n. 1 – Attività/Azioni 2011**

<b>ATTIVITÀ AZIONI/TEMI 2011</b>	
<b>ATTIVITÀ DI ORGANIZZAZIONE E DEFINIZIONE DEI PROTOCOLLI CLINICO ORGANIZZATIVI</b>	Definizione di nuovi protocolli da seguire nell'attività clinica (es. Protocollo Cardiologia)
	Messa a punto e utilizzo della Cartella Clinica Informatizzata del CAF
	Utilizzo del "numero verde" (attivo 8-18): 059 422 3333
	Attività di coordinamento con Facoltà di Medicina di UniMore
	Partecipazione al coordinamento CC.AA.FF. Ass. Sanità Regionale
	Organizzazione e svolgimento di incontri di coordinamento con CAF della provincia di Mo (Modena, Castelfranco, Pavullo, ecc.)
<b>COMUNICAZIONE PER LA SALUTE</b>	Utilizzo Monitor Aziendali per messaggi antifumo
	Realizzazione e Aggiornamento continuo della pagina CAF nel sito Aziendale
<b>VIGILANZA RISPETTO DIVIETODI FUMO</b>	Supporto Tecnico applicazione DGR divieto fumo c/o ingressi Ospedale
<b>DIDATTICA</b>	Organizzazione Seminario 31 Maggio 2011: Giornata Mondiale contro il Fumo
	Organizzazione Seminario per corso Laurea in Medicina, Infermieristica e ostetricia
<b>RICERCA</b>	Progettazione e organizzaione per ricerca "Ruolo della subunità del recettore nicotinico alfa6 nella dipendenza da tabacco",
<b>FORMAZIONE E</b>	Organizzazione Aggiornamento degli Operatori del CAF

<b>AGGIORNAMENTO</b>	Partecipazione a Corsi e Convegni come Relatori/Docenti
	Partecipazione a Corsi e Convegni come Uditori/Discenti
<b>ATTIVITA' CLINICA</b>	Consulenze di Tossicologia Clinica a pazienti ricoverati ed ambulatoriali
	Consulenze di Pneumologia a pazienti ambulatoriali
	Counseling di gruppo
	Counseling individuale
	Assistenza infermieristica
	Diagnostica strumentale spirometrica

## **SVILUPPO DEL SISTEMA QUALITÀ**

Le attività nel corso dell'anno 2011 sono state prevalentemente indirizzate verso 5 ambiti:

1. ACCREDITAMENTO, PROCEDURE E DOCUMENTI DEL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE, con integrazione delle raccomandazioni previste nella delibera 1706/2009 in tema di gestione del rischio.
2. AUDIT CLINICO
3. ANALISI DI PROCESSO E PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali)
4. VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE
5. FORMAZIONE

Lo sviluppo del lavoro nel corso dell'anno è avvenuto a partire da un obiettivo di approfondimento nello sviluppo del sistema di gestione per la qualità aziendale in coerenza con l'orientamento delle verifiche regionali in caso di rinnovo dell'accreditamento.

In particolare l'intento è stato quello di approfondire i contributi in tema di analisi delle performance e svolgimento dell'audit clinico e del SEA\_Significant Event Audit, diffusione di strumenti e metodi per l'analisi di processo applicati in particolare allo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali aziendali (PDTA), oltre alle integrazioni nei procedimenti e nelle procedure aziendali delle raccomandazioni in tema di gestione del rischio emanate attraverso la delibera regionale N.1706 del 2009.

La svolta e l'impostazione del lavoro è stata presentata a tutti gli operatori dell'azienda attraverso un incontro in plenaria presente la Direzione Aziendale. Ciò affinché il sistema di gestione per la qualità aziendale - già confermato nella sua impostazione di base attraverso il superamento della prima verifica di accreditamento per tutti e nove i dipartimenti aziendali e riconfermato nella riverifica avvenuta nel 2010 che ha riguardato 4 di essi - potesse rappresentare concretamente uno strumento fattivo del governo clinico ed essere il modello organizzativo di base funzionale all'esercizio del governo clinico in azienda.

## **SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE ED ACCREDITAMENTO**

Nel corso dell'anno particolare attenzione è stata posta allo sviluppo del sistema di gestione per la qualità in Emodinamica, in concomitanza ad una riorganizzazione interna alla struttura. L'organizzazione è stata esplicitata nel manuale di gestione per la qualità di Emodinamica, approvato sia dal direttore di struttura semplice che dal direttore del dipartimento afferente. Con lo stesso metodo è stato affrontato lo sviluppo del sistema di gestione per la qualità in Biobanca, con particolare riferimento al percorso dei campioni "per" Biobanca.

L'applicazione dei requisiti per l'accreditamento e lo sviluppo del sistema di gestione per la qualità ha coinvolto inoltre il Servizio di Fisica Sanitaria ed Servizio di Formazione ed Aggiornamento aziendale. In quest'ultimo caso in previsione dell'avvio del procedimento di accreditamento sia per la funzione di governo aziendale della formazione continua sia come provider ECM..

Numerose sono state le procedure oggetto di aggiornamento, a partire dalle raccomandazioni previste dalla delibera regionale 1706/2009 in tema di gestione del rischio, con particolare attenzione alle seguenti tematiche: gestione della documentazione sanitaria/cartella clinica, gestione del consenso informato, gestione delle emergenze legate al funzionamento del sistema RIS PACS, prevenzione e gestione delle cadute (per i dettagli si rimanda al capitolo "gestione del rischio e sicurezza").

Più in generale le procedure di carattere aziendale oggetto di revisione ed approvazione nel 2011 sono state le seguenti:

1.	TITOLO	REVISIONE N.	DATA DI DIFFUSIONE
2.	PO 05 Modalità di informazione e richiesta di consenso informato	4	13/06/2011
3.	PO 10 Corretta tenuta della cartella clinica	2	14/06/2011
4.	PO 17 Gestione della salma (decesso di paziente ricoverato)	2	15/09/2011
5.	PO 18 Prelievo multiorgano a cuore battente	1° approvazione	15/11/2011
6.	PO 23 Segnalazione di malattia infettiva - segnalazione di cluster epidemici o epidemie acquisite nel corso dell'assistenza in ospedale, patogeni inusuali	2	26/01/2011
7.	PO 27 Prevenzione e gestione delle cadute del paziente ricoverato	1° approvazione	13/09/2011
8.	PO 28 Gestione delle emergenze derivanti da malfunzionamenti RIS-PACS	1° approvazione	23/06/2011
9.	PO 29 Modalità di invio dei campioni alla struttura complessa di Anatomia e istologia patologica	1° approvazione	9/11/2011
10.	PO 33 Dichiarazione di nascita	1	28/09/2011
11.	PO 36 Attivazione emergenza in caso di arresto cardiocircolatorio nel paziente pediatrico	1	2/08/2011
12.	DS.PO.011 Percorso clinico-organizzativo per l'erogazione di Ossigeno terapia a lungo termine (USL diffusa da UAQ)	1° approvazione	26/09/2011
13.	PT 18 Prevenzione delle polmoniti correlate all'assistenza	1° approvazione	21/06/2011
14.	IO 27 Indicazioni relative agli obblighi di informativa all'autorità giudiziaria	1° approvazione	7/02/2011
15.	IO 33 Prelievo di tessuto muscolo-scheletrico	1° approvazione	22/12/2011

E' stato inoltre sviluppato, congiuntamente al Servizio Qualità dell'Azienda AUSL di Modena, il "Protocollo inter-aziendale tecnico-operativo per la fornitura di protesi acustiche" (*Approvato il 5.04.2011*).

#### **AUDIT CLINICO e PDTA (percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali)**

La metodologia dell'audit clinico é stata eletta ed adottata per la verifica dei risultati in ambito di PDTA, in particolare, nel 2011 per il PDTA per il trattamento del tumore della mammella. In questo contesto, ad integrazione di quanto già descritto nel capitolo "sicurezza e gestione del

rischio" (a cui si rimanda), sono state definite le responsabilità in capo al responsabile dell'audit clinico ed in capo al responsabile di percorso diagnostico terapeutico attraverso la definizione di specifiche Job description.

L'anno 2011 ha visto l'avvio di tre audit clinici - sviluppati e conclusi nel 2012 - nell'ambito del dipartimento interaziendale di Emergenza Urgenza sulle seguenti tematiche: Trauma grave, Stroke, Sca Stemi; progettati e svolti in maniera integrata con il Servizio Qualità dell'Azienda AUSL di Modena.

### **VERIFICHE ISPETTIVE**

Particolare enfasi è stata posta alle verifiche in autovalutazione. Tutte le unità operative e tutti i dipartimenti sanitari sono stati impegnati in un'attività di autovalutazione orientata a valutare il grado di aderenza dell'organizzazione rispetto ai requisiti promossi a livello regionale ai fini dell'accreditamento istituzionale. L'autovalutazione ha comportato una verifica sia sui requisiti generali che su quelli specifici previsti dalla delibera regionale DR327/2004. L'autovalutazione è stata estesa anche ai laboratori a carattere universitario che in azienda svolgono attività per l'assistenza. Ciò per dare avvio, a partire da una prima valutazione sullo stato dell'arte, allo sviluppo del sistema in vista delle prossime verifiche ispettive regionali che ne prevedono il coinvolgimento:

- Laboratorio CEMEF (Centro Malattie Eredometaboliche del Fegato)
- Laboratorio Ematologia
- Laboratorio Dermatologia
- Laboratorio Tossicologia Forense
- Laboratorio Fivet (Fertilizzazione in Vitro e Trasferimento degli embrioni in utero)

Per quanto riguarda le verifiche ispettive sul campo è stato predisposto il calendario da attivare nel 2012.

Nell'arco dell'anno 2011 è stato condiviso con Agenzia Sanitaria Regionale un programma di svolgimento delle verifiche di rinnovo dell'accreditamento in relazione alle date di scadenza delle determine di accreditamento emesse.

### **FORMAZIONE**

Lo svolgimento del programma di accreditamento si è avvalso di 3 corsi di formazione in aula di cui due di base, uno riguardante lo svolgimento delle verifiche ispettive oltre ad un contributo specifico nell'ambito di una iniziativa formativa coordinata dalla Direzione Sanitaria sulla gestione della cartella clinica e del consenso informato.

### **3.4.3 Gestione del rischio**

#### **Azienda USL**

Anche nel 2011, si è dato seguito alle attività di applicazione e monitoraggio delle raccomandazioni contenute nella DGR 1706/2009 "Integrazione delle politiche di prevenzione del rischio, di gestione del danno, del contenzioso e delle strategie assicurative".

In particolare, in merito alla **corretta tenuta della documentazione sanitaria**, l'Azienda mantiene attivo un sistema strutturato ed informatizzato di controlli di qualità della documentazione sanitaria che nel 2010, in esito a problematiche riorganizzative, ha visto una perdita non trascurabile di risorse dedicate (valutatori formati afferenti alle Direzioni sanitarie ospedaliere, al Servizio Committenza aziendale, ecc.), con una sensibile riduzione del totale dei controlli effettuati. Alla luce delle criticità occorse e tenuto conto dell'importanza di questa attività anche ai fini dell'estrazione di specifici indicatori di sicurezza e qualità assistenziale, si è ritenuto necessario provvedere, per il 2012, ad un riassetto delle forze in campo con la programmazione di almeno un audit organizzativo finalizzato al monitoraggio e valutazione della stessa.

I **controlli di qualità** prevedono altresì la verifica della presenza e del corretto utilizzo del Foglio unico di Terapia. L'ultima rilevazione effettuata nel 2011, su cartelle chiuse nel 2010, ha consentito di verificare la corretta adozione dello strumento nella quasi totalità delle cartelle cliniche controllate. Nell'ambito del monitoraggio della sicurezza della gestione clinica dei farmaci, in coerenza con le indicazioni regionali, una rilevazione effettuata nell'ottobre 2011 ha confermato l'utilizzo del Foglio unico di terapia in 65 su 85 Unità Operative di degenza del Presidio ospedaliero aziendale.

In tema di **profilassi antibiotica e anti-tromboembolica peri-operatoria** l'Azienda mantiene i livelli di monitoraggio e valutazione di applicazione delle procedure anche attraverso attività di audit. La presenza e adeguatezza delle prescrizioni viene altresì verificata, retrospettivamente, attraverso la valutazione del FUT nell'ambito dei controlli di qualità delle cartelle cliniche e, contestualmente all'attività chirurgica, attraverso l'utilizzo della SSCL (Surgical Safety Checklist) nei blocchi operatori del presidio in cui lo strumento è attivo. L'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e il riconoscimento precoce della complicanza infettiva sono stati esplicitamente delineati quali obiettivi nel prossimo piano-programma triennale in tema di rischio-infettivo.

L'Azienda prosegue le attività e il monitoraggio già strutturati in ambito di **ICA (Infezioni correlate all'assistenza)**, consolidando il sistema di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella. In particolare nel 2011 sono state elaborate indicazioni operative in tema di **Sorveglianza attiva di enterobatteri produttori di carbapenemasi** con implementazione del sistema di sorveglianza a livello di Presidio. Successivamente il documento è stato esteso e condiviso con le articolazioni territoriali.

Il sistema di **Sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico (SICHER)**, ha richiesto una fase propedeutica di formazione e di configurazione/collaudato di un software dedicato, è entrato a regime su alcune Unità Operative chirurgiche del Presidio dal gennaio 2011 con avvio della trasmissione dei dati rilevati al centro regionale referente. Il perfezionamento delle potenzialità del registro operatorio informatizzato nell'ambito del Sistema informativo ospedaliero, consentirà progressivamente l'estensione della rilevazione dei dati di sorveglianza anche nelle Unità Operative chirurgiche.

Consolidata risulta l'adesione al sistema regionale di **Sorveglianza del rischio infettivo in terapia intensiva (SITIER)** che consente peraltro ai professionisti la stesura e la consultazione di report (comparazioni intra-aziendali e sovra-aziendali) per l'eventuale rilievo di criticità finalizzato alla messa in atto di azioni di miglioramento. Nel corso della fine del 2011, coerentemente con le indicazioni regionali e con il riscontro di una non soddisfacente adesione al sistema di segnalazione spontanea degli eventi avversi (incident reporting), è stato elaborato un progetto di miglioramento mirato a specifici ambiti assistenziali (Chirurgia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia e assistenza domiciliare), supportato da personale infermieristico con funzione di facilitatore. I risultati ottenuti già nel primo trimestre del 2012 consentono di verificare un aumento significativo delle segnalazioni rispetto al medesimo trimestre 2011.

L'Azienda ha proseguito le attività formative finalizzate all'applicazione della **SSCL (Surgical Safety Checklist)** per il progressivo coinvolgimento di tutti i blocchi operatori del Presidio. Il 2011 ha visto da un lato l'adesione del blocco operatorio dell'ospedale di Vignola e, dall'altro, il termine del periodo di sperimentazione del blocco operatorio dell'ospedale di Mirandola che entrerà a regime nel 2012. Anche rispetto a tale ambito di attività, le integrazioni al registro operatorio informatizzato e, in senso lato, al sistema informativo ospedaliero nel suo complesso, potranno consentire di applicare tecnologie informatiche a supporto del flusso informativo dedicato, al momento attuale sostenuto con l'immissione manuale dei dati.

In riferimento alla **gestione dei sinistri**, nel 2011, il servizio assicurativo di responsabilità civile verso terzi e verso prestatori di lavoro (RCT/O) è stato aggiudicato ad una nuova compagnia con la definizione di una nuova polizza che, a decorrere dal 1 gennaio 2012, prevede uno scoperto in franchigia di 50 mila euro. Al fine di una più efficiente gestione della sinistrosità e del diretto coinvolgimento dell'Azienda nel risarcimento dei sinistri sotto-franchigia, l'Azienda ha promosso, d'intesa con la Compagnia, il diretto coinvolgimento dei professionisti medico-legali afferenti alla Unità Operativa di Medicina Legale e Gestione del

Rischio nella valutazione degli stessi. L'andamento della sinistrosità aziendale non ha rivelato significative variazioni nel 2011 rispetto all'anno precedente, né per numero totale di sinistri denunciati per i quali siano ravvisabili aspetti tecnico-professionali o organizzativi, né con riferimento alle discipline maggiormente coinvolte.

La valutazione della risarcibilità del danno lamentato, la definizione del quantum, la tempestiva liquidazione dello stesso all'istante ovvero la solerte presa in carico del paziente danneggiato attraverso l'opportuno percorso diagnostico-terapeutico, costituiscono fasi fondamentali del sistema aziendale di gestione dei sinistri. La celerità e la trasparenza di tali attività risultano peraltro funzionali alla ricomposizione di una relazione di fiducia tra il cittadino, il professionista e la struttura sanitaria. Con questa forte consapevolezza e coerentemente con quanto già previsto dal **"Progetto regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie"**, il 2012 sarà dedicato all'allestimento delle infrastrutture e alla formazione delle professionalità necessarie all'avvio di una vera e propria auto-gestione "liquidatoria" del contenzioso che vedrà la Regione impegnata in attività di supporto-supervisione più o meno significative anche in rapporto alla soglia economica del sinistro, fatta salva l'acquisizione di una copertura assicurativa per i soli sinistri "catastrofali" (soglia economica superiore a 1.500.000 Euro).

In riferimento alla **sicurezza delle cure** oltre alle linee di intervento e agli ambiti di miglioramento delineati dalla DGR 1706/2009 (in particolare quello dell'assistenza del paziente chirurgico), l'impegno che si è configurato come cogente per il 2012 sarà anche rivolto a supportare e rinnovare il sistema di monitoraggio e valutazione degli eventi avversi correlati all'assistenza integrando efficacemente le azioni pro-attive di gestione del rischio con quelle di tipo reattivo. In tal senso occorrerà corroborare la funzione della gestione del contenzioso come fonte informativa per la gestione del rischio al fine di indirizzare efficacemente, laddove necessario, azioni di miglioramento mirate. Sinteticamente gli ambiti di lavoro avviati nel 2011 e che proseguiranno nel corso di tutto il 2012 riguardano:

- la definizione di una **struttura di cartella clinica condivisa** a livello di presidio che possa fungere da matrice per l'informatizzazione a livello aziendale;
- la Regione ha peraltro recentemente annunciato che nel contesto del progetto sulla qualità della documentazione sanitaria, l'omogeneizzazione dei format di cartella disponibili si configura come una tappa imprescindibile del perseguimento dell'obiettivo di una **cartella informatizzata di livello "regionale"**. Si dovrà pertanto valutare se attendere i tempi di avvio e conclusione dei lavori regionali o se proseguire nel progetto aziendale avviato all'inizio dell'anno in corso;
- l'elaborazione di una procedura aziendale in tema di prevenzione e rilevazione informatizzata degli **eventi di caduta del paziente** ospedalizzato;
- il supporto alla **formazione e all'implementazione dell'utilizzo della SSCL** (surgical safety checklist) nei blocchi operatori del Presidio che non hanno ancora aderito al progetto S.O.S net; è stato in proposito redatto e proposto alla direzione aziendale un progetto di informatizzazione con penna ottica dei dati rilevati dalla SSCL;
- i **controlli di qualità della documentazione sanitaria** con l'estrazione di alcuni indicatori di esito e/o di processo (valutazione obiettivi dipartimentali);
- la revisione della procedura aziendale sulla **gestione clinica dei medicinali** in riferimento alle più recenti raccomandazioni regionali;
- sviluppo di strategie che consentano di gestire in sicurezza la **continuità assistenziale ospedale-territorio** anche rispetto al tema della terapia farmacologica.

### **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

#### **Interventi sul rischio Clinico**

Per quanto attiene la Gestione del Rischio Clinico si riporta di seguito l'insieme degli obiettivi raggiunti nel corso dell'anno 2011 anche alla luce di quanto previsto dalla Regione Emilia-Romagna con la DGR n. 732 del 30 maggio 2011 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2011".

### **Obiettivi DGR 732/2011:**

#### **B ACCESSIBILITA', QUALITA', SICUREZZA, CONTINUITA' DELLE CURE**

##### **B 1 Aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e gestione del rischio: raccomandazioni su organizzazione processi assistenziali in ospedale**

*Obiettivo 2011:*

**A.** Applicazione e monitoraggio delle raccomandazioni contenute nella DGR 1706/2009, in particolare su:

- I. tenuta documentazione sanitaria con l'adozione del foglio unico di terapia,
- II. monitoraggio post-operatorio e profilassi antibiotica chirurgica e antitromboembolica,
- III. sicurezza dei sistemi RIS-PACS
- IV. procedure di informazione e consenso con una specifica attenzione alla definizione di percorsi per facilitare il consenso consapevole ai trattamenti ospedalieri.

**B.** Utilizzare in modo integrato le banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi, come base per la stesura del piano/programma aziendale.

**C.** Redigere un report sulle azioni effettuate e i risultati raggiunti in tema di gestione del rischio.

**D.** Utilizzare in maniera regolare e strutturata gli strumenti per la gestione del rischio (Incident Reporting, RCA, Fmea\Fmeca, Audit, ecc.).

**E.** Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della salute e della Regione Emilia-Romagna

**F.** Partecipazione al Progetto regionale per la Sicurezza in Sala Operatoria (SOS.net).

**G.** Rilevare gli eventi sentinella ed i sinistri per assicurare il flusso ministeriale SIMES.

**H.** Consolidamento delle attività di sorveglianza delle ICA: segnalazione rapida di epidemia ed eventi sentinella, sorveglianza in chirurgia-SICHER e sorveglianza in terapia intensiva SITIER.

### **Risultati**

**A.** Per quanto attiene gli obiettivi posti dalla DGR 1706/2009 si precisa quanto segue:

#### **I. Tenuta documentazione sanitaria con l'adozione del foglio unico di terapia,**

Nel corso del 2011 l'Azienda ha concluso la revisione della procedura aziendale PO 10 "Corretta tenuta della cartella clinica" procedendo alla creazione di un format aziendale di minima della cartella clinica che può essere integrato con fogli aggiuntivi specifici per la singola Unità Operativa (U.O.). Si è inoltre proceduto alla revisione dei diversi fogli unici di terapia presenti a livello aziendale predisponendo tre tipologie (uno medico, uno chirurgico ed una pediatrico) validate dal gruppo di lavoro aziendale. Tale modulistica è stata inoltre integrata nella procedura aziendale PO 03 "Prescrizione e somministrazione della terapia". Nel corso del 2011 sono anche stati effettuati i controlli periodici sulla tenuta della documentazione sanitaria sia da parte della Direzione Sanitaria, sia attraverso la richiesta di effettuazione di autovalutazione a cura delle singole U.O. (quest'ultimo con riferimento di obiettivo budget 2011 sia per quanto riguarda l'effettuazione dei controlli sia per quanto riguarda il miglioramento della tenuta della cartella clinica). Nel 2011 sono stati effettuati controlli sulla qualità della documentazione

sanitaria su un campione del 6,6% (2885/43.601) del totale di cartelle cliniche dei pazienti dimessi nel 2011, mediante l'utilizzo della check-list regionale.

## **II. Monitoraggio post-operatorio e profilassi antibiotica chirurgica e antitromboembolica,**

Le indicazioni post-operatorie sono attualmente redatte dall'anestesista nel contesto della cartella anestesiologicala, ed i risultati del successivo monitoraggio vengono riportati nella documentazione sanitaria. Il monitoraggio del dolore è effettuato mediante rilevazione riportata in grafica. Per quanto attiene la profilassi antibiotica chirurgica, la valutazione di indicazione ed esecuzione della stessa sulla base dei protocolli aziendali viene annotata sia sulla cartella clinica che sulla cartella anestesiologicala. Il Servizio di Igiene ospedaliera aziendale ha provveduto inoltre all'effettuazione di controlli di adesione alle linee guida con verifiche randomizzate sulla documentazione sanitaria. Nel corso del 2011 si è inoltre provveduto ad aggiornare i protocolli antibiotici presso l'Ostetricia e ginecologia, le Chirurgie generali e l'Otorinolaringoiatria. Per quanto attiene la profilassi anti-trombo-embolica, è in uso una procedura aziendale che si avvale di scheda con algoritmo per la valutazione del rischio trombo-embolico utilizzando gli score recentemente apparsi in letteratura (Bahl V et al, Ann Surg. 2010;251:344-50) ed adattate ad ogni singola specialità chirurgica: tale scheda viene allegata in cartella clinica, ed è oggetto di verifica mediante i controlli periodici sulla tenuta della cartella clinica con attenzione specifica per l'ortopedia. È stato inoltre attivato un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare con il compito di revisionare periodicamente i protocolli operativi in essere che attualmente risultano in revisione alla luce delle nuove linee guida (Linee Guida NICE 2012, ACCP 2012) apparse successivamente all'ultima stesura del protocollo.

Tale attività nel 2010 è stata presentata attraverso un progetto dal titolo "Prevenzione del TromboEmbolismo Venoso (TEV) in area chirurgica" nell'ambito dell'iniziativa ministeriale "Call for good practice" e nel 2011 è stata avviata una raccolta dati (da cartelle dell'anno 2010) per valutare in azienda il grado di applicazione della procedura e di adozione della scheda di valutazione preventiva del rischio.

## **III. Procedure di informazione e consenso con una specifica attenzione alla definizione di percorsi per facilitare il consenso consapevole ai trattamenti ospedalieri.**

Nel corso del 2011 si sono altresì conclusi i lavori di revisione della procedura aziendale PO 5 "Modalità di informazione e richiesta di consenso informato" con adeguamento del modulo aziendale per il consenso informato al modello regionale: resta sempre in essere il gruppo di lavoro multidisciplinare istituito nel corso del 2010 con il compito di revisionare periodicamente i consensi informati/fogli informativi a corredo della documentazione presenti nelle diverse U.O. e di vagliare ed approvare l'inserimento di nuovi consensi informati/fogli informativi. In particolare è previsto che i succitati fogli informativi dovranno essere gestiti all'interno dell'azienda in forma "controllata" permettendo la rintracciabilità nel tempo anche delle copie obsolete. Tale attività si svilupperà e continuerà nei programmi di lavoro del 2012-2013.

In tema di consenso informato nel corso dell'anno 2011 è stato predisposto, con approvazione del Comitato Etico, il modulo e foglio informativo per il consenso informato all'invio dei campioni alla Biobanca Aziendale, inaugurata proprio nel 2011 e per il trapianto di cellule staminali limbari autologhe coltivate nell'ambito di un progetto sviluppato in collaborazione con il Centro di Medicina rigenerativa dell'Università di Modena.

**IV. Sicurezza sistemi RIS-PACS in Radiologia:** è in corso l'adeguamento alle raccomandazioni secondo la tempistica prevista dalla Delibera 1706/2009 ovvero si è posta l'attenzione prioritariamente all'identificazione del paziente in radiologia, sia a livello informatico (presenza di identificativo univoco del paziente sia a livello aziendale che a livello sovra-aziendale -provinciale) sia in radiologia al momento dell'accettazione. Inoltre è stata posta particolare attenzione alla gestione del paziente sconosciuto con rivisitazione del percorso di gestione delle immagini ed è inoltre stata definita una procedura aziendale per la gestione delle emergenze derivanti da malfunzionamenti RIS-PACS (PO28 "Gestione delle Emergenze derivanti da malfunzionamenti RIS-PACS") che regola i comportamenti in caso di emergenza del sistema, tale da permettere - attraverso la definizione di istruzioni

operative specifiche - la regolamentazione dei principali problemi che possono sorgere nella diagnostica per immagini ed influenzare il corretto iter di esecuzione degli esami radiodiagnostici

**V. Identificazione paziente:** nel corso del 2011 è stato diffuso a tutte le UO l'utilizzo del braccialetto identificativo per i pazienti <sup>[a]</sup>ricoverati in regime di degenza ordinaria, <sup>[b]</sup>sottoposti a procedura invasiva in regime di day hospital. È in fase di definizione una procedura aziendale per l'identificazione del paziente al momento del ricovero, in fase di trasporto interno oltre che del paziente chirurgico e sottoposto ad attività invasivo-interventistica (attività in corso nel 2012).

**VI. Informazione e Comunicazione al paziente:** Nel corso del 2011 l'Azienda ha inoltre partecipato al sotto progetto "Crisis management" del Programma di ricerca finalizzata n.8 "Approcci di sistema per la gestione del rischio" arrivando alla modifica della bozza di procedura aziendale PO 73 "Gestione degli eventi clinici maggiori" alla luce delle risultanze del Corso di Gestione della crisi tenutosi a Piacenza nel mese di ottobre 2011, ed approvazione della procedura nei primi mesi dell'anno 2012.

*Nota Bene:* Tutte le procedure a vario titolo citate sono rese disponibili e consultabili a tutti gli operatori dell'azienda attraverso la intranet aziendale all'interno del sistema informativo aziendale specificatamente predisposto per la gestione dei documenti del sistema qualità.

**B. Utilizzare in modo integrato le banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi, come base per la stesura del piano/programma aziendale:** Nel corso del 2011 si è inoltre partecipato al gruppo regionale sul piano/programma di gestione del rischio, predisponendo una bozza del piano-programma aziendale per il triennio 2012-2014 alla luce sia delle indicazioni emerse dal gruppo di lavoro sia dei dati estrapolati dalle banche dati disponibili per la mappatura dei pericoli/rischi.

**C. Redigere un report sulle azioni effettuate e i risultati raggiunti in tema di gestione del rischio:** Viene annualmente predisposto un registro informatizzato (foglio excel) degli eventi avversi avvenuti riportante oltre alla tipologia di strumento utilizzata per l'analisi dell'evento, anche le azioni di miglioramento emerse e poste in essere. È stato inoltre ipotizzato nella bozza del nuovo piano/programma una fase di rendicontazione delle azioni effettuate e dei risultati raggiunti nell'anno precedente da condividere ed approvare annualmente a livello del Collegio di Direzione.

**D. Utilizzare in maniera regolare e strutturata gli strumenti per la gestione del rischio (Incident Reporting, RCA, Fmea\Fmeca, Audit, ecc.).**

**Audit Clinico:** Nel corso dell'anno 2011 sono state acquisite in azienda le competenze (facilitatore interno) per il supporto allo svolgimento di attività di audit clinico e SEA\_Significant Event Audit secondo le aggiornate raccomandazioni ministeriali e regionali. Avvalendosi di tale supporto metodologico è stata promossa nel 2011 lo svolgimento esperienze di Audit Clinico centrate sull'attività di valvuloplastica (analisi della casistica 2009) e sul percorso diagnostico terapeutico di trattamento del tumore della mammella (analisi della casistica 2010) e del tumore della regione testa-collo (analisi della casistica 2011).

Le risultanze degli audit sono rese disponibili e consultabili accedendo alla intranet aziendale attraverso il sistema informativo aziendale BINGO, software per la gestione dei documenti del sistema di gestione per al qualità. Tale accesso nel 2011 in via sperimentale è stato riservato alla direzione aziendale, con l'intenzione di allargarne la consultazione.

Infine, con l'idea di diffondere in azienda in maniera strutturata strumenti e metodi per lo svolgimento di tale attività di verifica, sono state redatte due procedure: "Modalità di svolgimento dell'Audit Clinico" (PO85) e "Modalità di svolgimento del SEA-Significant Event Audit" (PO86) attualmente in iter di approvazione.

Attività di formazione dedicata è prevista nel calendario della formazione interna per l'anno 2012.

**Incident Reporting:** Sempre nel corso del 2011 è proseguita l'attività di formazione per l'utilizzo a livello aziendale della scheda di Incident reporting quale strumento di segnalazione

volontaria degli eventi indesiderati, tali corsi di formazione sensibilizzazione continueranno anche nel 2012. Nel corso del 2011 sono state compilate n. 20 schede di incident reporting.

**Fmea\Fmeca:** La tecnica FMEA é stata adottata per l'analisi di processo, oltre che per i principali processi aziendali di ricovero programmato, radiologico, di laboratorio e chirurgico (già affrontati in passato), anche per l'attività invasivo interventistica di Emodinamica nell'ambito di un progetto di riorganizzazione della stessa, che prevede per le attività critiche invasivo interventistiche la definizione di specifiche procedure con chiara definizione dei criteri di appropriatezza, e quindi di inclusione ed esclusione dei casi, dei criteri di clinical competence e delle modalità di trattamento delle complicanze. Tale iniziativa é stata promossa anche per le attività di radiologia interventistica e gastroenterologia interventistica, da realizzare a partire dal 2012.

Con la tecnica FMEA é stato inoltre svolta l'analisi di processo del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei tumori della regione testa-collo (in corso di approvazione), per il PDTA di trapianto delle cellule staminali limbari autologhe coltivate (approvato nel luglio 2012).

**E. Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della salute e della Regione Emilia-Romagna:** Nel 2011 è continuata l'applicazione ed il monitoraggio delle principali raccomandazioni per la sicurezza ministeriali e regionali recependo le indicazioni sia sulla violenza agli operatori che sulla sicurezza in terapia farmacologica con le fasi di ricognizione/riconciliazione della terapia farmacologica predisponendo nel format della cartella clinica un apposito spazio per l'anamnesi farmacologica che prevedesse tutti i campi da indagare in fase di ricognizione.

**F. Partecipazione al Progetto regionale per la Sicurezza in Sala Operatoria (SOS.net):** Dal 2008 l'AOU di Modena è impegnata a promuovere la sicurezza del percorso chirurgico attraverso la realizzazione di progetti di miglioramento tecnologico ed organizzativo. Gli ottimi risultati e l'esperienza acquisita hanno portato l'Agenzia Sanitaria Regionale ad affidare al Policlinico il ruolo di capofila del progetto regionale sullo sviluppo della rete delle sale operatorie sicure (SOS.net), che prevede l'attivazione di un sistema di monitoraggio sul rispetto delle raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria e sull'utilizzo della check list di sala operatoria quale strumento di verifica del rispetto di tali raccomandazioni.

Nel corso del 2011 l'AOU ha implementato lo sviluppo del progetto SOS.net completando l'arruolamento delle Unità Operative e diffondendo l'utilizzo della Check list in tutti i reparti chirurgici (eccetto chirurgia pediatrica, come previsto dal protocollo regionale). I risultati raggiunti possono considerarsi ottimi in quanto, nel 2011, il numero degli interventi chirurgici in cui è stata utilizzata la checklist è stato di 9.243 sul totale di 16.162 interventi chirurgici effettuati. Questo significa che più della metà degli interventi chirurgici effettuati è stato controllato con la checklist di sala operatoria la quale ha dunque garantito una copertura del 57,2% degli interventi chirurgici rispetto ad un media regionale del 19,3%.

Nel corso del 2011 l'AOU ha inoltre affiancato e supportato l'Agenzia Sanitaria in tutte le attività di raccolta, analisi e restituzione dei dati afferenti alla banca dati regionale. Il Servizio controllo di gestione aziendale ha infatti sviluppato un sistema di reportistica trimestrale con indicatori relativi sia all'utilizzo della check list che alle non conformità ad essa associate. A livello aziendale i dati prodotti sono stati periodicamente analizzati con i professionisti, in specifici incontri collegiali, per la discussione sulle criticità registrate e l'identificazione delle possibili azioni correttive da intraprendere. Una delle azioni correttive intraprese nel corso del 2011 è stata la revisione della procedura sulla identificazione del paziente e del sito chirurgico

All'interno di questa iniziativa é stata inoltre avviata la stesura di una procedura aziendale di "Identificazione del paziente sottoposto ad intervento chirurgico e lateralità dell'intervento" (PO81, attualmente in corso) che prevede tra l'altro l'introduzione della scheda per la verifica della identificazione del paziente, della identificazione del sito dell'intervento e della conferma dell'intervento

**G. Rilevare gli eventi sentinella ed i sinistri per assicurare il flusso ministeriale SIMES.** Il flusso ministeriale al SIMES è garantito mediante <sup>[a]</sup> segnalazione in Regione degli

eventi sentinella verificatisi nel corso dell'anno e fornendo le relazioni ove ritenuto necessario [b]alimentazione del database regionale dei sinistri da parte del Servizio Affari generali con integrazione dei rilievi medico-legali. Si ricorda infatti che l'Azienda ha aderito al progetto di ricerca regionale sul minimum data set e nel corso del 2011 si è inviato il database completo dei rilievi medico legali dell'anno 2011 (il 2009 e del 2008 erano già stati inviati nel corso del 2010).

## **H. RISCHIO INFETTIVO - Consolidamento delle attività di sorveglianza delle ICA:**

### **Segnalazione rapida di epidemia ed eventi sentinella**

La sistematica applicazione da parte di tutte le strutture assistenziali di una specifica procedura aziendale (PO 23) ha permesso di continuare a dare attuazione ai flussi informativi richiesti dalla Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 186 del 7 febbraio 2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale". Per le denunce di malattia infettive sospettate o accertate su pazienti ricoverati la procedura prevede che esse pervengano anche alla Direzione sanitaria per garantire, oltre ad un osservatorio complessivo anche la effettuazione tempestiva ed efficace dell'indagine epidemiologica in integrazione con il Servizio di Igiene Pubblica. La individuazione dei contatti del caso "indice" tra gli operatori sanitari, gli altri pazienti ed il restante personale permette l'applicazione delle misure di profilassi immediata e, per il personale dipendente, la segnalazione al medico competente per il follow-up successivo (meningococco, Myc. TB, Varicella, ecc..). Nel 2011 sono state gestite 237 denunce di malattie infettive. I sistemi di sorveglianza delle epidemie/cluster in ospedale e dei microrganismi con profilo di resistenza inusuale per l'ospedale e l'Italia, basati sui dati del laboratorio di Microbiologia e Virologia, sono stati implementati a livello informatico, grazie ad uno specifico progetto aziendale del 2010, per favorirne l'applicazione organica e sistematica. Il consolidamento di tale metodologia ha permesso nel 2011 di eseguire un'analisi statistica mensile del trend degli isolati, con segnalazione dei cluster /epidemie significativi e quindi a potenziale rischio, per le successive indagini e gli eventuali interventi di controllo da parte del settore di Igiene Ospedaliera.

Nel corso del 2011, la sorveglianza ha permesso di evidenziare 4 situazioni riconducibili a sospette epidemie; gli eventi sono stati studiati con gli strumenti abituali della indagine epidemiologica e sono stati segnalati ai competenti servizi regionali.

Sono attivi inoltre la sorveglianza delle meningiti batteriche ( nel 2011 sono stati registrati n. 10 casi di meningiti) e la sorveglianza su eventi sentinella microbiologici isolati

Quest'ultimo sistema, in corso da numerosi anni, ha carattere di sorveglianza continuativa ed ha l'obiettivo di tenere sotto controllo alcuni germi "sentinella" o "alert organism" al fine dell'avvio tempestivo dell'indagine epidemiologica mirata ad individuare eventuali sorgenti ambientali e/o umane, dare immediata applicazione alle misure di controllo della loro diffusione ed infine stabilire la frequenza degli isolamenti sostenuti da patogeni "alert". In generale, la segnalazione riguarda tutti i reparti dell'ospedale ed ha partenza, di norma, dal laboratorio di Microbiologia e Virologia. La selezione dei casi ed il protocollo di gestione successivo è affidata alle Infermiere addette al controllo delle Infezioni Ospedaliere (ICI).

Nella seconda metà del 2011, sulla base delle analisi epidemiologiche condotte dall'Agenzia sanitaria regionale - Area rischio infettivo, è stato avviato in tutte le Aziende sanitarie il Programma di sorveglianza e controllo degli Enterobatteri produttori di Carbapenemasi.

La realizzazione del programma, inserito tra le priorità dal Comitato Infezioni Ospedaliere, ed ulteriormente sviluppato nel corso del 2012, si è basato sull'applicazione di un protocollo di sorveglianza e ricerca attiva dei casi in reparti / setting assistenziali considerati a maggiore rischio e sull'applicazione di misure di isolamento da contatto.

### **Sorveglianza in chirurgia-SICHER**

Nell'anno 2011 è proseguito il programma di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, avviato alla fine del 2006 in adesione ad un progetto coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale, Area di Programma Rischio Infettivo con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza alle persone sottoposte ad intervento chirurgico (progetto SICHER).

La sorveglianza continuativa ha coinvolto le strutture e le procedure chirurgiche indicate di seguito: Chirurgia 1 (interventi su mammella, colecisti ed ernia), Chirurgia 2 (interventi su mammella, appendice, colecisti ed ernia), Chirurgia Pediatrica (interventi su colecisti ed ernia) ed Ortopedia (interventi di protesi di anca e ginocchio). Nel corso dell'anno 2008 sono stati introdotti gli interventi per le categorie COLO nelle UU.OO. di Chirurgia 1 e Chirurgia 2, oltre alla categoria THOR presso l'U.O. di Chirurgia Toracica. Gli interventi senza o con impianto protesico sono stati sorvegliati rispettivamente per 30 giorni e 1 anno. Il progetto, che prevede un ampio coinvolgimento del personale medico ed infermieristico, ha trovato una significativa adesione con circa l'80% di interventi delle categorie prescelte sottoposti a sorveglianza. Da settembre 2006 a 31 dicembre 2011 sono stati sorvegliati 8420 interventi; nel solo anno 2011 sono stati sorvegliati 1.500 interventi. Per quanto riguarda gli interventi non protesici sorvegliati a partire da settembre 2006 sono state identificate 98 infezioni della ferita chirurgica in altrettanti pazienti, con un'incidenza cumulativa totale pari all'1.16%. I dati d'incidenza di infezione risultano in media in linea all'atteso nel confronto con il dato della Regione Emilia Romagna e, pur nei limiti del confronto, lievemente superiori al dato dell'osservatorio statunitense (NNIS).

Nella seconda metà dell'anno 2010, i servizi regionali competenti hanno richiesto l'implementazione del progetto SICHER con l'obiettivo di medio termine di sorvegliare tutti gli interventi chirurgici (inclusi nella lista delle procedure eligibili per la sorveglianza) in tutte le UU.OO. In particolare ciascuna struttura dovrà sorvegliare le singole categorie d'intervento che, combinate, rappresentino almeno il 50% dell'attività chirurgica espletata. A livello aziendale nel corso del 2011 l'obiettivo, inserito nel programma di attività da parte del Comitato Infezioni Ospedaliere, è stato presentato e discusso per la successiva pianificazione nel corso di riunioni del Comitato di ciascun Dipartimento chirurgico .

E' previsto che entro la fine del 2012 ciascuna U.O. chirurgica attivi la sorveglianza secondo il protocollo regionale.

### **Sorveglianza in terapia intensiva SITIER**

Le unità operative di Terapia Intensiva Post-Operatoria (TIPO) e di Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena aderiscono ad un programma di sorveglianza infezioni ('Petalò Infezioni') a all'interno di un progetto più vasto per la valutazione sistematica della performance delle TI Italiane ('Progetto Margherita'), coordinato dal GiVITI . Con l'obiettivo di rendere ancora più completa la gestione del rischio infettivo, oltre alla sorveglianza tramite sistema Margherita-GiVITI, da circa 3 anni le unità di Terapia Intensiva condividono con il servizio di Microbiologia della nostra Azienda una reportistica periodica dell'andamento degli isolamenti microbiologici e dell'antibioticoresistenza ottenuta tramite sistema 'Vigi@ct'. Accanto a questo sistema, si è deciso di aderire al progetto nazionale di Sorveglianza Attiva Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva (SPIN-UTI), incluso nel Progetto Europeo BURDEN (Burden of Resistance and Disease in European Nations), - Workpackage 6 - Impact of antimicrobial resistance and inappropriate treatment in ICU-acquired infections in Europe. L'obiettivo principale del Progetto è di valutare l'impatto sulla morbosità e mortalità dei pazienti delle infezioni acquisite nelle TI associate a microrganismi resistenti, nonché sui costi correlati all'eccesso della durata della degenza nella UTI e nell'ospedale attribuibile alla resistenza antibiotica.

L'elaborazione dei dati del sistema Margherita relativi al 2011 per la TIPO ha permesso di rilevare il tasso di incidenza di Batteriemie del 2% (n. pazienti con batteriemia /1000 gg CVC pre-batteriemia) e di VAP del 9,7 % (n. pazienti con VAP/ 1000 gg Ventilazione meccanica pre-VAP), assolutamente in linea con il dato medio nazionale 2010 (rispettivamente 1.9% e 9 %).

### **Infezioni Ospedaliere (La Prevenzione del rischio infettivo)**

#### **Il rischio infettivo**

L'attività aziendale sul controllo del rischio infettivo viene sviluppata sia in adesione alle iniziative proposte dall'Area rischio infettivo dell'Agenzia sanitaria Regionale che attraverso lo sviluppo di programmi orientati dal Comitato Infezioni Ospedaliere. Tenuto conto che l'Azienda Ospedaliera - Universitaria di Modena è sede dei reparti di Malattie infettive e

Malattie dell'apparato respiratorio a valenza provinciale sono state sviluppate nel corso degli anni importanti sinergie con l'Azienda sanitaria territoriale ed in particolare con il Servizio di Igiene Pubblica. Inoltre anche nel 2011 sono continuate le specifiche convenzioni con il Dipartimento di Scienze di Sanità pubblica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia sui temi della sorveglianza epidemiologica delle infezioni ospedaliere, della sorveglianza della legionellosi e del controllo della qualità dell'aria nelle sale operatorie.

### **Sistemi di Sorveglianza Continua**

Le attività di sorveglianza continua, sia passiva che attiva, si concentrano su alcuni ambiti prevalenti tra i quali le malattie infettive, l'antibioticoresistenza ed alcuni tipi di infezioni nosocomiali (Infezioni del sito chirurgico, infezioni nelle Unità di Terapia Intensiva e legionellosi).

### **Sorveglianza delle malattie infettive, sorveglianza ed intervento per epidemie/cluster in ospedale e sorveglianza su microrganismi con profilo di resistenza inusuale**

La sistematica applicazione da parte di tutte le strutture assistenziali di una specifica procedura aziendale (PO 23) ha permesso di continuare a dare attuazione ai flussi informativi richiesti dalla Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 186 del 7 febbraio 2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale". Per le denunce di malattia infettive sospettate o accertate su pazienti ricoverati la procedura prevede che esse pervengano anche alla Direzione sanitaria per garantire, oltre ad un osservatorio complessivo anche la effettuazione tempestiva ed efficace dell'indagine epidemiologica in integrazione con il Servizio di Igiene Pubblica. La individuazione dei contatti del caso "indice" tra gli operatori sanitari, gli altri pazienti ed il restante personale permette l'applicazione delle misure di profilassi immediata e, per il personale dipendente, la segnalazione al medico competente per il follow-up successivo (meningococco, Myc. TB, Varicella, ecc.). Nel 2011 sono state gestite 237 denunce di malattie infettive. I sistemi di sorveglianza delle epidemie/cluster in ospedale e dei microrganismi con profilo di resistenza inusuale per l'ospedale e l'Italia, basati sui dati del laboratorio di Microbiologia e Virologia, sono stati implementati a livello informatico, grazie ad uno specifico progetto aziendale del 2010, per favorirne l'applicazione organica e sistematica. Il consolidamento di tale metodologia ha permesso nel 2011 di eseguire un'analisi statistica mensile del trend degli isolati, con segnalazione dei cluster /epidemie significativi e quindi a potenziale rischio, per le successive indagini e gli eventuali interventi di controllo da parte del settore di Igiene Ospedaliera.

Nel corso del 2011, la sorveglianza ha permesso di evidenziare 4 situazioni riconducibili a sospette epidemie; gli eventi sono stati studiati con gli strumenti abituali della indagine epidemiologica. Le 4 suddette epidemie sono state segnalate ai competenti servizi regionali.

Nella seconda metà del 2011, sulla base delle analisi epidemiologiche condotte dall'Agenzia sanitaria regionale - Area rischio infettivo, è stato avviato in tutte le Aziende sanitarie il Programma di sorveglianza e controllo degli Enterobatteri produttori di Carbapenemasi.

La realizzazione del programma, inserito tra le priorità dal Comitato Infezioni Ospedaliere, ed ulteriormente sviluppato nel corso del 2012, si è basato sull'applicazione di un protocollo di sorveglianza e ricerca attiva dei casi in reparti / setting assistenziali considerati a maggiore rischio e sull'applicazione di misure di isolamento da contatto.

### **Sorveglianza delle meningiti batteriche**

Anche nel corso del 2011 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha proseguito il programma di sorveglianza continuativa delle meningiti batteriche con il contributo del laboratorio di Microbiologia e Virologia. Complessivamente sono stati registrati n. 10 casi di meningiti.

### **Sorveglianza ed intervento su eventi sentinella microbiologici isolati**

Il programma è in corso da numerosi anni, ha carattere di sorveglianza continuativa ed ha l'obiettivo di tenere sotto controllo alcuni germi "sentinella" o "alert organism" al fine dell'avvio tempestivo dell'indagine epidemiologica mirata ad individuare eventuali sorgenti

ambientali e/o umane, dare immediata applicazione alle misure di controllo della loro diffusione ed infine stabilire la frequenza degli isolamenti sostenuti da patogeni "alert". In generale, la segnalazione riguarda tutti i reparti dell'ospedale ed ha partenza, di norma, dal laboratorio di Microbiologia e Virologia. La selezione dei casi ed il protocollo di gestione successivo è affidata alle Infermiere addette al controllo delle Infezioni Ospedaliere (ICI). Lo sviluppo del sistema informatico di laboratorio già citato ha reso possibile la disponibilità in tempi brevi dei dati ad uso dei clinici, del settore Igiene Ospedaliere e del Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere.

### **Sorveglianza e controllo dell' Antibioticoresistenza**

Anche nell'anno 2011 sono stati garantiti i flussi informativi provenienti dal laboratorio di Microbiologia e Virologia per la partecipazione allo specifico sistema di sorveglianza regionale dell'antibioticoresistenza. Al fine di promuovere il buon utilizzo dei chemioantibiotici sistemici attraverso strumenti di governo clinico, è attivo un gruppo di lavoro multidisciplinare coordinato da un dirigente Farmacista; partendo dal monitoraggio integrato dell'antibioticoresistenza e dei consumi di antibiotici ed antimicotici nei diversi reparti il gruppo definisce le strategie per perseguirne l'appropriatezza d'uso e ne monitora i risultati.

L'attività di prevenzione delle antibioticoresistenze è stata perseguita anche mediante l'aggiornamento dei protocolli di antibiotico profilassi peri-operatoria per gli interventi di chirurgia generale e di chirurgia otorinolaringoiatrica, sulla base delle evidenze delle Linee Guida per le Antibiotico-profilassi perioperatoria nell'adulto (Piano Nazionale Linee Guida 5, aggiornamento settembre 2008) e delle antibioticoresistenze specifiche per l'ospedale.

### **Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico**

Vedi sezione interventi sul rischio clinico: sorveglianza in chirurgia - SICHER

### **Legionellosi: sorveglianza delle polmoniti nosocomiali ed acquisite in comunità**

Nel 2011 è proseguito il programma di controllo e sorveglianza della legionellosi in ospedale che si avvale del monitoraggio periodico (attivo dal 2000 nel nostro ospedale) del livello di contaminazione batterica dell'impianto idrico e degli altri punti a rischio e della sorveglianza attiva dei casi di polmonite da Legionella pn. con particolare riferimento a quelli di sospetta origine nosocomiale; 7 pazienti sono risultati affetti da legionellosi, di origine esclusivamente comunitaria. E' attiva una specifica convenzione con il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia che ha permesso nel corso degli anni di sviluppare e consolidare le strategie di prevenzione del rischio di legionellosi nell'ospedale, fornendo inoltre l'opportunità di sperimentare tecnologie innovative per la bonifica dell'acqua e sviluppare nuove competenze e conoscenze specifiche.

### **Altri progetti di gestione del rischio infettivo**

#### **Risposta ad emergenze infettive**

#### **Piano di preparazione e risposta ad una Pandemia influenzale e pian per la West Nile Disease**

Sulla base degli aggiornamenti avvenuti dell'anno 2011 a cura degli organismi competenti, l'AOU di Modena ha aggiornato le proprie indicazioni interne aziendali sui temi in oggetto.

#### **Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza ed il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie**

L'AOU di Modena ha elaborato il programma nell'ambito del Comitato Infezioni Ospedaliere, con il pieno coinvolgimento dei professionisti, garantendo la diffusione capillare di un protocollo contenente gli obiettivi, le azioni da intraprendere e le buone pratiche per la prevenzione ed il controllo della diffusione delle KPC. E' stata inoltre curata la compilazione mensile online del report regionale (coordinata dall'Agenzia Sanitaria Regionale) con i dati dell'andamento della sorveglianza.

#### **Progetto " Igiene delle Mani "**

E' attivo a pieno regime dal 2008 il Progetto "Igiene delle mani" , sull'orientamento del programma dell'OMS e della campagna nazionale "Clean care is safer care" . Nell'anno 2011, il progetto è proseguito ed inoltre è stata svolta una giornata di formazione a livello aziendale con un Journal Club dal titolo "LA GIORNATA MONDIALE SULL'IGIENE DELLE MANI: il contesto di riferimento e l'esperienza del Policlinico" . l'evento è stato programmato e svolto in data 5 maggio 2011, giornata mondiale appunto dell'igiene della mani. Tra i relatori era presente anche la Dr.ssa ML Moro dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

### Gestione del rischio correlato al farmaco

La gestione del rischio clinico correlato al farmaco si è attuata nei seguenti ambiti:

- Allestimento centralizzato delle terapie oncologiche:

la centralizzazione in un laboratorio di "farmacia satellite" delle attività di preparazione delle terapie antitumorali si è conclusa nel 2011 con la centralizzazione delle terapie ONCOLOGICHE PEDIATRICHE ,raggiungendo l'obbiettivo in Azienda di qualità e sicurezza per il prodotto allestito,supporto tecnico qualificato per i clinici ed ottimizzazione delle risorse destinate alle terapie antitumorali.

Si evidenzia in tabella il numero di schemi di terapie oncologiche allestite nell'ultimo triennio:

anno	2009	2010	2011
Numero schemi terapie	18.751	20289	20838 pari a +2,7%

- progetto di prescrizione informatizzata e dose unitaria :

Nel corso del 2011 è continuata l'attività di distribuzione in dose personalizzata delle terapie per i tre reparti pilota (urologia ,Malattie infettive e lungodegenza)e nel dicembre 2011 è stata estesa ai reparti di oncologia ed ematologia. Nel corso del 2011 è inoltre continuata la sperimentazione , presso i reparti di Chirurgia I e II di prescrizione informatizzata con somministrazione controllata e distribuzione del farmaco mediante armadio robotizzato.

La partecipazione attiva da parte della Farmacia a questo progetto è finalizzata al contenimento del rischio correlato alla prescrizione della terapia ,in particolare agli aspetti riguardanti i profili di sicurezza dei farmaci ,i protocolli di terapia e le interazioni farmacologiche.

- ispezioni di reparto: nell'ottica di utilizzare questo strumento per supportare le varie realtà nella gestione corretta dei farmaci e DM in reparto e per la prevenzione dei rischi, sono state effettuate 66 visite, molto approfondite, ai reparti.,secondo la procedura aziendale che prevede la presenza della Direzione infermieristica e della Direzione Sanitaria. Le visite rappresentano un importante momento di formazione/informazione per i reparti al fine di ricondurre le scorte dei farmaci e dei D.M.alle reali esigenze in rapporto alle terapie in atto.
- Farmacovigilanza attiva e passiva e gestione Linee guida: periodicamente e al bisogno sono state recapitate ai Medici note informative riportanti avvertenze o notizie interessanti sull'uso dei farmaci.

Il Farmacista referente per la Farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza si è puntualmente occupato del ricevimento e della trasmissione a tutto il personale sanitario di eventuali comunicazioni di reazioni avverse e ha curato il caricamento dei dati del Policlinico nel file ministeriale, in tempo reale, come richiesto dalla normativa vigente.

Si schematizzano le principali azioni riguardanti tale settore :

Descrizione	2008	2009	2010	2011
<b>Segnalazione ADR Farmaci</b>	55	43	64	66
<b>Segnalazione incidenti D.M./reclami Ditte</b>	5	13	28	36
<b>Segnalazioni corpo estraneo</b>	1	4	0	0
<b>Ritiri Ministeriali Farmaci</b>	125	131	143	159
<b>Ritiri Ministeriali e "allert" D.M.</b>	7	255	432	491

### 3.5 Promozione cambiamento tecnologico, clinico ed organizzativo

#### Azienda USL

In tema di **innovazione clinico-organizzativa**, nell'ambito del Fondo per la Modernizzazione, i progetti di ricerca in cui l'Azienda USL di Modena è coinvolta sia come capofila che come unità di ricerca sono diversi. Per l'anno 2012 le attività dell'Azienda riguarderanno progetti presentati nell'ambito del **Fondo per la Modernizzazione** 2008, 2009 e 2010-2012.

In specifico proseguiranno le attività di relative ai seguenti progetti:

- "TR@ME: ipotesi di organizzazione del sistema trasfusionale delle Aziende sanitarie pubbliche modenesi per una integrazione della rete delle attività trasfusionali provinciali secondo un modello regionale Hub & Spoke";
- "Valutazione di efficacia di interventi di integrazione delle competenze all'interfaccia ospedale-territorio e di creazione di modalità di presa in carico alternativa al ricovero ordinario di specifiche casistiche internistiche";
- "Diagnostica e follow-up dei pazienti con gammopatia monoclonale di significato incerto (MGUS) negli ambulatori di medicina generale";
- "Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine: identificazione dei determinanti di inappropriata e sperimentazione del monitoraggio telemetrico";
- "Patologie oculari croniche: implementazione di linee guida e valutazione dell'impatto di una rete integrata per la diagnostica, il trattamento ed il follow-up" (capofila Azienda USL di Parma);
- "Sviluppo, attivazione e verifica di un modello di gestione del follow-up condotto dal MMG in donne con tumore della mammella diagnosticato in fase precoce e curato radicalmente" (capofila Azienda USL di Reggio Emilia);
- "La presa in carico sociosanitaria - Analisi e valutazione dei modelli organizzativi delle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord" (capofila Azienda USL di Piacenza).

In merito alle attività previste per i seguenti progetti presentati nell'ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012:

- "Presupposti e prospettive per lo sviluppo della chirurgia robot-assistita in Regione Emilia-Romagna";
- "ELETTRA, ELEGgibilità alla TRAnsizione dai servizi di salute mentale per l'infanzia e l'adolescenza alla rete dei servizi dedicati agli adulti";
- "Implementazione di un modello di erogazione diffusa delle cure palliative/fine vita con supporto di esperti nelle Aziende USL di Modena e Reggio Emilia: impatto complessivo del progetto e analisi di due casi specifici";

- "Valutazione dell'impatto clinico, economico ed organizzativo dell'uso di un sistema integrato di teleconsulto e teleradiologia per la diagnosi e il trattamento dell'ictus acuto negli ospedali della provincia di Modena: studio pilota prima-dopo. Progetto TELESTROKE";
- "Miglioramento della gestione della gravidanza fisiologica nelle Aziende dell'Area Vasta" (capofila Azienda USL Reggio Emilia);
- "Trasferimento di buone pratiche di contrasto alle iniquità in riferimento agli utenti nei servizi sanitari, socio-sanitari e comunità" (capofila Azienda USL di Reggio Emilia).

A seguito delle indicazioni Regionali, si procederà all'adempimento delle attività amministrative preliminari all'inizio dei progetti ed al conseguente inizio dell'attività scientifica.

Nel corso del 2012 sarà dato avvio ai progetti che risulteranno vincitori del Bando Aziendale Ricerca e Innovazione.

Nel 2011 è proseguita l'attività multidisciplinare e multiprofessionale di valutazione delle **innovazioni tecnologiche** in accordo con l'Osservatorio regionale dell'innovazione e all'interno della Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM) in stretto raccordo con la Commissione Regionale dei Dispositivi Medici (CRDM).

In particolare sono stati avviati due progetti di innovazioni tecnologiche finanziati dall'Azienda USL e dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Modena. Il primo, "**Applicazione delle tecnologie videoendoscopiche ad alta definizione nella diagnosi delle neoplasie dell'apparato gastrointestinale**" è finalizzato alla applicazione clinica di nuovi videoendoscopi ad alta definizione, magnificati, che rappresentano un'evoluzione epocale in endoscopia digestiva, garantendo il miglior risultato in termini di qualità di immagine e sensibilità diagnostica. L'alta definizione nasce dallo sviluppo di nuovi processori in grado di restituire immagini digitali di altissima qualità e risoluzione che consentono l'identificazione di alterazioni della struttura o della vascolarizzazione non altrimenti visualizzabili con strumentazione standard, il tutto con analoghi tempi di esecuzione dell'esame. Attraverso sistemi di trattamento digitale delle immagini è infatti possibile applicare filtri real time di post processing in grado di esaltare elementi diagnostici utili. Questa tecnologia può essere utilizzata nel corso di tutti gli esami endoscopici volti ad esplorare esofago, stomaco, intestino tenue e colon e identificare le lesioni pre-cancerose.

Un secondo importante progetto, "**Aumento dell'efficacia chirurgica nel trattamento delle disabilità motorie tramite impianto di neuro stimolatori (DBS) e nel trattamento di aneurismi cerebrali intracranici complessi tramite l'utilizzo di tecnologie di mapping corticale e studio video angiografico intraoperatorio**" ha come obiettivo l'incremento di efficacia dei trattamenti chirurgici in aree del cervello deputate a funzioni pregiate (motorie, sensoriali, cognitive), tramite il supporto di tecnologie avanzate finalizzate a garantire la massima precisione di esecuzione. In particolare, le procedure chirurgiche individuate sono: l'impianto di sistemi di stimolazione cerebrale profonda (DBS) ed il trattamento chirurgico di aneurismi intracranici complessi. Il primo caso di utilizzo prevede il trattamento dei disturbi neurologici legati al movimento, ed in particolare la malattia del Parkinson. Il secondo caso d'uso riguarda il trattamento chirurgico di aneurismi complessi. Le necessità cliniche primarie sono, tra le altre, quelle di assicurare un posizionamento del paziente adeguato a garantire le migliori traiettorie chirurgiche di accesso e di verificare il corretto posizionamento delle clip chirurgiche.

Un ulteriore progetto di innovazione attivo con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Mirandola ha portato all'installazione di una **Risonanza Magnetica Nucleare nel servizio di radiologia dell'Ospedale di Mirandola**. L'apparecchiatura, individuata dopo una selezione delle tecnologie disponibili sul mercato è stata scelta in funzione delle esigenze dell'Ospedale e dell'area territoriale di riferimento della provincia, è una RMN da 1.5 Tesla, scanner "totale body" ad alte prestazioni idoneo ad ottimizzare il flusso dei pazienti e la qualità di immagine.

In riferimento alla realizzazione dei progetti di **Information e Communication Technology** i servizi aziendali hanno sempre garantito lo sviluppo e le implementazioni dei programmi regionali rispetto alle differenti aree di interesse.

**Firma digitale.** L'Azienda è già dotata di tutti gli strumenti informatici idonei a produrre referti di laboratorio, radiologia, specialistica ambulatoriale e lettere di dimissione firmati digitalmente quindi con pieno valore giuridico come documenti informatici.

**Ricetta elettronica.** L'Azienda utilizza già, a titolo sperimentale, la NRE per l'effettuazione di prescrizioni elettroniche secondo le modalità tecniche emanate ormai qualche tempo fa da SOGEI per conto del Ministero dell'Economia e Finanze. L'azienda si impegna ad adeguare i detti applicativi secondo le integrazioni/modifiche che verranno indicate dalla Regione.

#### **Diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito, CUPWEB E Pagonline.**

L'Azienda ha messo in grado gli uffici URP di garantire l'attivazione dell'FSE per tutti i cittadini che ne facciano richiesta. Attualmente il sistema Pagonline è perfettamente integrato con il sistema informativo aziendale e discretamente utilizzato dagli utenti della provincia. Essendo in atto un percorso teso a cambiare l'attuale sistema CUP, si preferisce attendere tale migrazione tecnologica prima di attivare il sistema CUPWEB. Si stima che il cambio del CUP possa comunque avvenire entro l'anno 2012 e quindi che il sistema CUPWEB possa essere parimenti attivato entro l'anno.

Sempre in ambito di settori amministrativi, si segnala l'intenso lavoro realizzato per dare applicazione alle norme in tema di **tracciabilità dei flussi finanziari**, previsti dalla L. 136/2010, adempimenti che hanno fortemente condizionato la piena operatività nell'anno 2011 dell'attività di pagamento, ma che grazie alle soluzioni informatiche messe a punto si è cercato di minimizzare.

Da ultimo, si segnala che è ormai conclusa con pieno successo la sperimentazione di **dematerializzazione** di diversi processi tecnico-amministrativi presso il **Dipartimento di Sanità Pubblica**, nell'ambito della quale non solo si è potuto realizzare il superamento della produzione di documenti in formato cartaceo, ma si sono potuti soprattutto rimodulare i flussi organizzativi di innumerevoli processi di lavoro, per effetto dei quali il Dipartimento ha potuto "liberare" diverse figure amministrative, ridurre in modo considerevole i costi per carta, stampanti e supporti informatici tradizionali e incrementare la produttività del personale tecnico e sanitario. Gli investimenti realizzati sono pertanto stati ampiamente ripagati e la sperimentazione è in corso di estensione alle altre strutture amministrative territoriali (distretti) e ad alcuni servizi centrali, tra i quali il servizio Gestione del Personale.

#### **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

#### **Progetto Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003 e DPCM 26/3/2008)**

Per quanto riguarda l'anagrafe assistiti l'azienda, pur non avendo responsabilità dirette sugli obiettivi correlati, partecipa alle azioni provinciali volte a migliorare la qualità dei dati.

In particolare ha attivato un back office che agisce in modo sistemico per rilevare le anomalie e correggere i comportamenti che le determinano.

Gli applicativi diffusi nel 2011 consentono la trasmissione del prescritto con l'utilizzo dell'innovativo sistema di gestione della ricetta elettronica virtuale.

In generale da molti anni la banca dati riguardante l'anagrafe assistiti è completamente condivisa con l'Azienda territoriale ed il sistema si può considerare a regime. Data la centralità della banca dati anagrafica per tutto il sistema informativo ospedaliero si pone particolare attenzione alla manutenzione delle procedure per un costante mantenimento nel tempo dei livelli di qualità del dato raggiunti.

In una logica correlazione con l'introduzione della ricetta virtuale L'Azienda contribuisce con costanza alla manutenzione della anagrafe regionale dei medici prescrittori, in questo senso da tempo è stata ricondotta a procedura anche la gestione e manutenzione dell'anagrafe dei medici in formazione (specializzandi) associati, per ciò che riguarda le prescrizioni, ai rispettivi "tutor" strutturati.

## Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

I flussi informativi afo e fed ottenuti dalle procedure informatizzate aziendali dedicate alla logistica sono controllati e trasmessi con puntualità. I tassi di scarto e le anomalie rilevate sono fisiologiche e costanti nel tempo a testimonianza della sistematicità del processo.

Nel corso del 2011 gli applicativi riguardanti al logistica di farmaci e dispositivi sono stati completamente revisionati. L'aggiornamento della suite applicativa ha comunque garantito il mantenimento dei livelli raggiunti in ordine alla trasmissione dei flussi afo/fed.

## Il sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso

Il flusso è stato attivato sin dalla sua istituzione (2010) per la parte di competenza, ovvero per gli accessi dei cittadini utenti al PS generale ed ai diversi PS specialistici. Il flusso informativo viene regolarmente trasmesso con soddisfacente qualità dei dati rilevabile dalle percentuali di scarto che costituiscono il ritorno informativo del portale regionale.

In tutti gli invii mensili del 2011 si è registrata una percentuale di scarto intorno all' 1%.

### **B 9 Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti – Rete Sole - e della diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito (PAG 48 DGR)**

Dopo l'opportuno periodo di formazione la nostra Azienda ha attivato un punto dedicato per la generazione delle credenziali e l'apertura del fascicolo sanitario elettronico. La procedura è stata rodada in via sperimentale con l'attivazione di circa 50 fascicoli sanitari.

Per quanto riguarda l'alimentazione della rete sole con i referti prodotti in Azienda permangono margini di miglioramento sui livelli quantitativi inerenti il circuito ammissione/dimissione/lettera di dimissione nonché sui referti prodotti dai servizi di diagnostica per immagini.

Su questi ambiti ed anche sul pronto soccorso si è provveduto a diffondere in azienda una nuova modalità di gestione centralizzata del consenso, in base alla quale tutti i referti prodotti vengono trasferiti a sole a meno che non vi sia da parte dell'assistito una specifica manifestazione di volontà per l'oscuramento del singolo episodio. Questa evoluzione tecnica ed organizzativa ha impegnato l'azienda in modo significativo e pur non avendo ancora dato del tutto i suoi frutti è presupposto per un deciso incremento del numero dei referti trasmessi.

Lo sforzo più significativo è stato prodotto sulla specialistica ambulatoriale, ove la nuova modalità di gestione della privacy unitamente alla graduale diffusione di una nuova suite applicativa per la gestione degli ambulatori ha consentito di incrementare in modo soddisfacente i referti trasmessi al sistema .

La tabella che segue (attualizzata al luglio 2012, qui inteso come mese campione) da conto di questi progressi.

Anno	Mese	UOP	Inviati a Sole	Totali	%
2012	7	Coagulopatie Ambulatori	71	77	92,21%
2012	7	Gastroenterologia - Endoscopia Digestiva	153	153	100,00%
2012	7	Gastroenterologia	18	18	100,00%
2012	7	Gastroenterologia	20	21	95,24%
2012	7	Gastroenterologia	5	5	100,00%
2012	7	Malattie Infettive - PF - Nefrologia	51	66	77,27%

2012	7	Malattie Infettive	19	21	90,48%
2012	7	Oftalmologia	1340	1639	81,76%
2012	7	Ortopedia - Chirurgia Mano e Piede	1618	1999	80,94%
2012	7	Pneumologia	459	535	85,79%
2012	7	Reumatologia	557	614	90,72%
2012	7	Trasfusione - Men	34	34	100,00%
			4345	5182	91,20%

## Capitolo 4 - CONDIZIONI DI LAVORO, COMPETENZE DEL PERSONALE ED EFFICIENZA DELL'ORGANIZZAZIONE

Questa sezione è rivolta alla illustrazione dei fenomeni maggiormente significativi relativi alla composizione quali-quantitativa del personale ed alle scelte aziendali compiute nell'ottica della valorizzazione delle competenze professionali.

In quanto azienda di servizi, siamo consapevoli che il patrimonio di conoscenze e competenze costituito dalle persone che vi operano rappresenta la parte più pregiata del proprio valore; in questo capitolo vengono descritte le azioni e scelte attraverso cui si sono cercate di favorire soluzioni organizzative e contesti in grado di riconoscere, diffondere ed arricchire tale patrimonio.

Il capitolo si compone di diversi paragrafi:

- La "Carta d'identità" del personale
- Partecipazione dei Professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- Gestione del rischio e della sicurezza
- Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti
- Formazione
- Sistema Informativo del Personale
- Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze
- Promozione della salute e del benessere psico-fisico dei dipendenti
- Facilitazioni per i dipendenti

### 4.1 - Carta di identità del personale

L'andamento numerico dei dati del personale rivela un lieve decremento dei dipendenti (da 6.138 nel 2010 a 6.106 nel 2011: -32). Insieme all'Azienda Ospedaliero-Universitaria la quota complessiva di dipendenti in servizio è di 8.673, suddivisi nei ruoli e nelle aree professionali come rappresentato nelle tabelle e grafici.

Complessivamente la popolazione dei dipendenti è femminile per il 72,71% e maschile per il 27,29%.

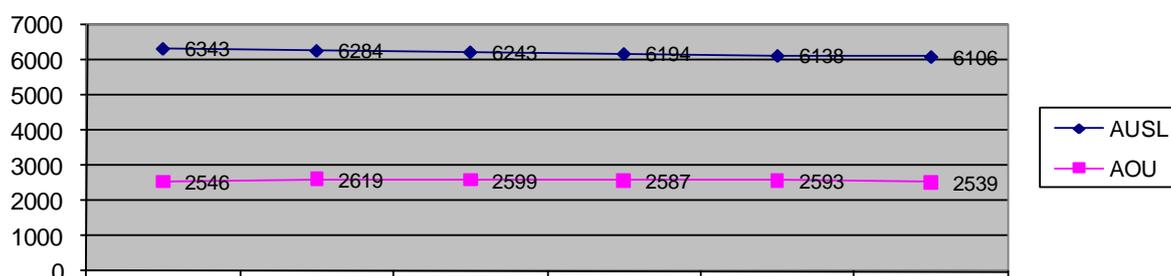
Il ricorso al part time interessa il 17,40% nell'azienda USL e il 17,7% nell'Az. Ospedaliero-Universitaria, principalmente i dipendenti di genere femminile.

La distribuzione del personale è prevalente nei servizi ospedalieri (stabilimenti dell'Az. USL e Az. Osp.Univ.).

Complessivamente l'area sanitaria occupa la prevalenza dell'apporto di personale, distribuito tra pers. Infermieristico (55,84%), medico (16,15%).

La fascia d'età prevalente è 45-54 anni (37,37%), seguita dalla fascia 35-44 (35,46%).

### Dipendenti AUSL e AOSP

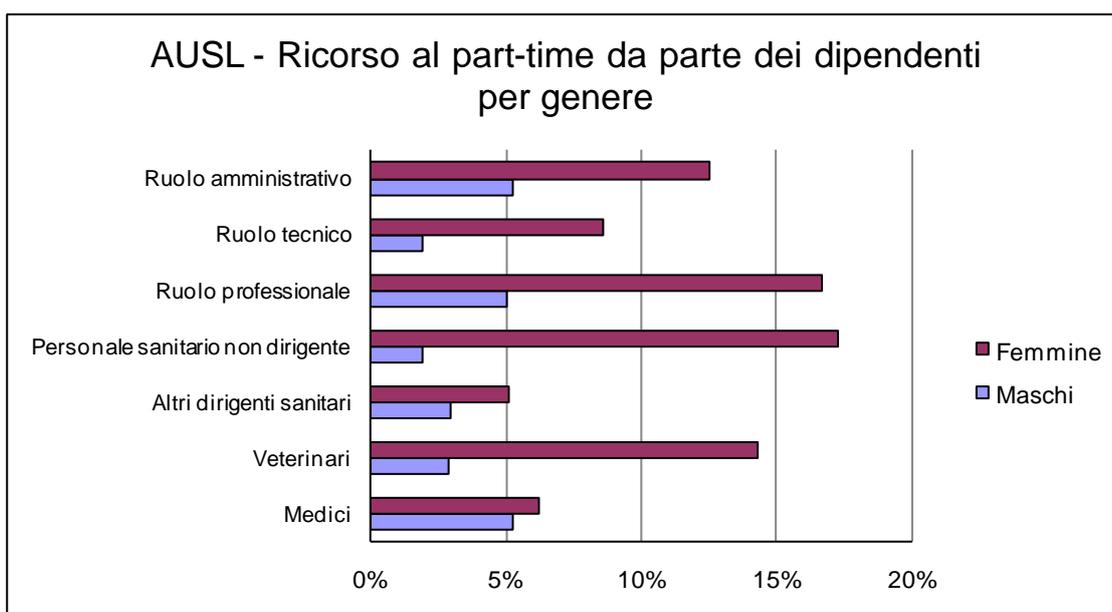


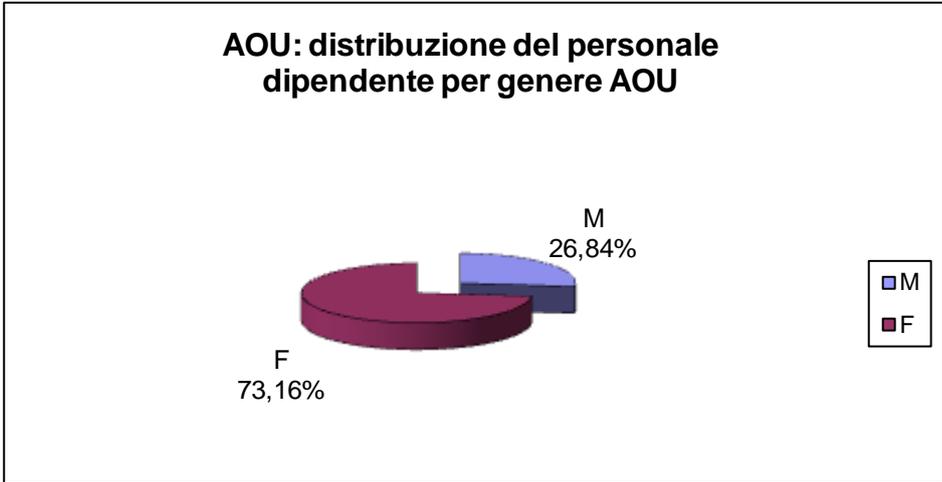
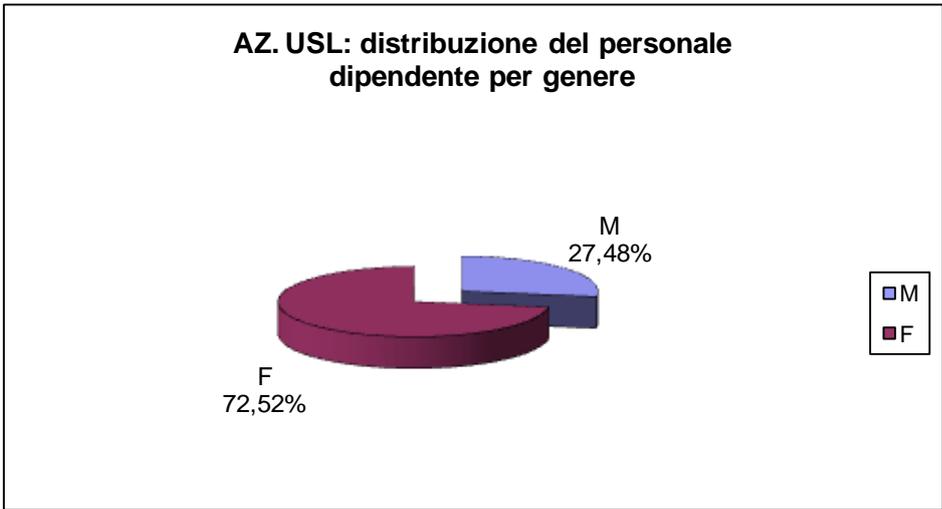
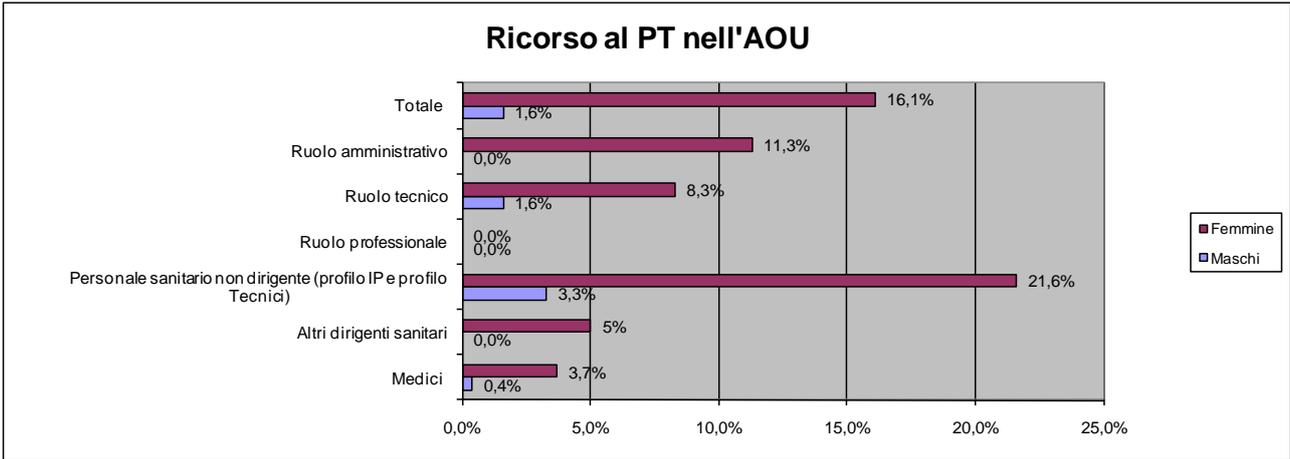
AZ. USL	2011					
	Maschi	P.T.	%	Femmine	P.T.	%
Medici	511	27	5,28%	437	27	6,18%
Veterinari	69	2	2,90%	28	4	14,29%
Altri dirigenti sanitari	34	1	2,94%	98	5	5,10%
Personale sanitario non dirigente	686	13	1,90%	2.779	479	17,24%
<b>Totale ruolo sanitario</b>	<b>1.300</b>		0,00%	<b>3.342</b>		0,00%
Ruolo professionale	20	1	5,00%	6	1	16,67%
Ruolo tecnico	263	5	1,90%	585	50	8,55%
Ruolo amministrativo	95	5	5,26%	495	62	12,53%
<b>Totale</b>	<b>1.678</b>	<b>54</b>	<b>3,22%</b>	<b>4.428</b>	<b>628</b>	<b>14,18%</b>
<b>AOSP+UNIVERSITA'</b>						
Categoria	MASCHI	tempi parziali	%	FEMMINE	tempi parziali	%
Medici	261	1	0,4%	191	7	3,7%
Altri dirigenti sanitari	9	0	0,0%	57	3	5%
Personale sanitario non dirigente (profilo IP e profilo Tecnici)	240	8	3,3%	1.140	246	21,6%
Ruolo professionale	11	0	0,0%	13	0	0,0%
Ruolo tecnico	124	2	1,6%	264	22	8,3%
Ruolo amministrativo	44	0	0,0%	213	24	11,3%
<b>Totale</b>	<b>689</b>	<b>11</b>	<b>1,6%</b>	<b>1.878</b>	<b>302</b>	<b>16,1%</b>
	<b>700</b>			<b>2.180</b>		

Tabella 1 - Dipendenti per categoria professionale AUSL e AOSP.

	2006		2007		2008		2009		2010	
	Maschi	Femmine								
Medici	564	399	553	404	537	408	522	426	520	426
Veterinari	75	21	74	23	73	26	72	25	69	28
Altri dirigenti sanitari	40	91	37	94	35	91	35	95	34	102
Personale sanitario non dirigente	755	2829	744	2797	717	2789	711	2803	701	2785
<b>Totale ruolo sanitario</b>	<b>1.434</b>	<b>3.340</b>	<b>1.408</b>	<b>3.318</b>	<b>1.362</b>	<b>3.314</b>	<b>1.340</b>	<b>3.349</b>	<b>1.324</b>	<b>3.341</b>
Ruolo professionale	22	3	19	4	18	5	21	5	22	6
Ruolo tecnico	271	642	269	618	276	632	270	609	276	583
Ruolo amministrativo	104	527	102	521	99	510	90	510	91	495
<b>Totale</b>	<b>1.831</b>	<b>4.512</b>	<b>1.798</b>	<b>4.461</b>	<b>1.755</b>	<b>4.461</b>	<b>1.721</b>	<b>4.473</b>	<b>1.713</b>	<b>4.425</b>

	2011		TOT.AUSL	AOU		Università		TOT
	Maschi	Femmine		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	USL+AOU
Medici	511	437	<b>948</b>	178	167	83	24	<b>1400</b>
Veterinari	69	28	<b>97</b>					<b>97</b>
Altri dirigenti sanitari	34	98	<b>132</b>	9	39	0	18	<b>198</b>
Personale sanitario non dirigente	686	2.779	<b>3465</b>	234	1117	6	23	<b>4845</b>
<b>Totale ruolo sanitario</b>	<b>1.300</b>	<b>3.342</b>	<b>4.642</b>	<b>421</b>	<b>1.323</b>	<b>89</b>	<b>65</b>	<b>6540</b>
Ruolo professionale	20	6	<b>26</b>	11	13	0	0	<b>50</b>
Ruolo tecnico	263	585	<b>848</b>	124	264	0	0	<b>1236</b>
Ruolo amministrativo	95	495	<b>590</b>	44	212	0	1	<b>847</b>
<b>Totale</b>	<b>1.678</b>	<b>4.428</b>	<b>6106</b>	<b>600</b>	<b>1.812</b>	<b>89</b>	<b>66</b>	<b>8673</b>

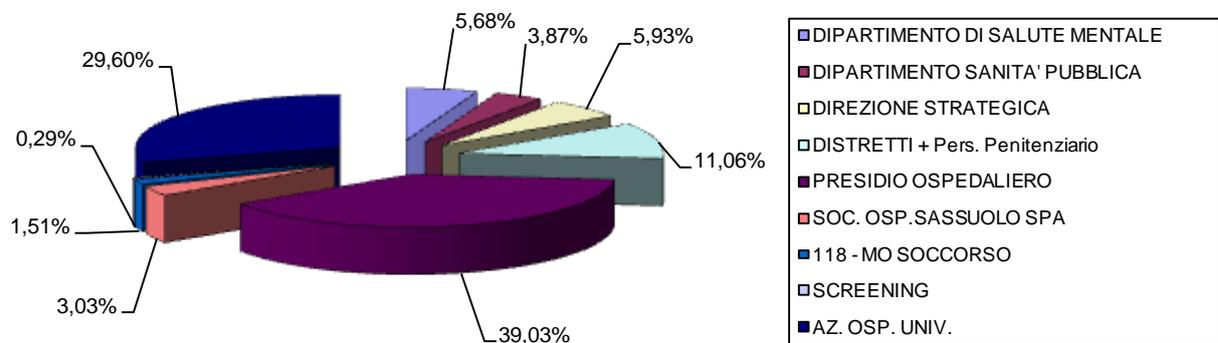




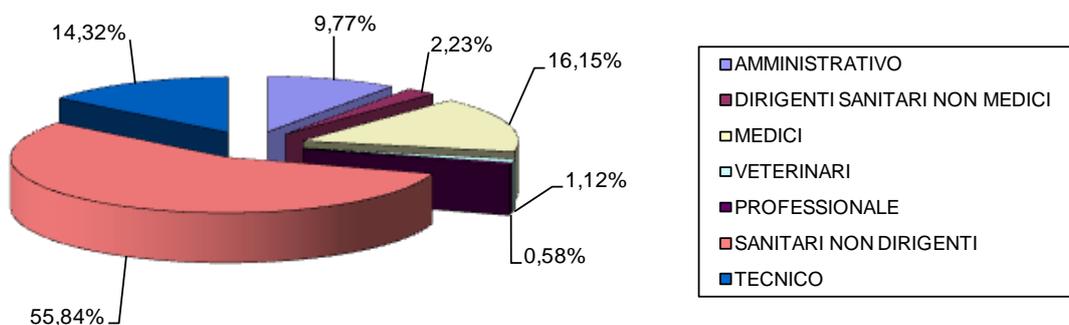
**Tabella 3 - Personale Dipendente per Livelli di Assistenza**

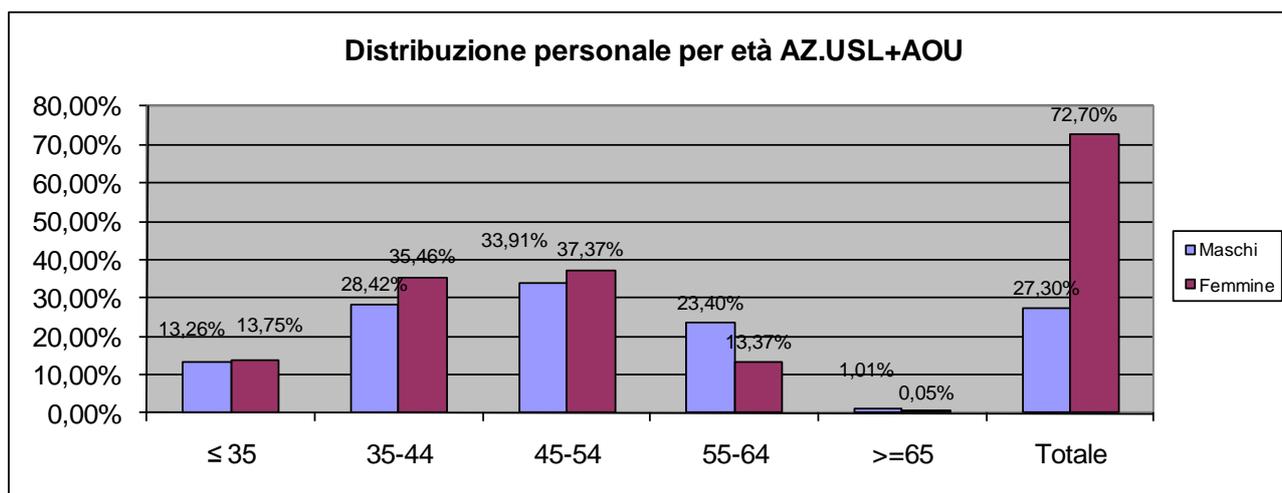
Livello Assistenziale	MEDICI/VETERINARI	ALTRI DIRIGENTI SANITARI	PERSONALE SANITARIO NON DIRIGENTE	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTRATIVO	RUOLO PROFESSIONALE	Totale complessivo
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	95	66	294	31	7	0	<b>493</b>
DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA	144	6	144	11	25	6	<b>336</b>
DIREZIONE (Gen., Amm., Sanit.)	42	39	44	130	240	19	<b>514</b>
DISTRETTI + Pers. Penitenziario	52	1	633	67	206	0	<b>959</b>
PRESIDIO OSPEDALIERO	635	20	2074	547	108	1	<b>3385</b>
SOC. OSP.SASSUOLO SPA	60	0	179	22	2	0	<b>263</b>
MO SOCCORSO	10	0	81	39	1	0	<b>131</b>
SCREENING	7	0	16	1	1	0	<b>25</b>
AZ. OSP. UNIV.	452	66	1380	388	257	24	<b>2567</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1497</b>	<b>198</b>	<b>4845</b>	<b>1236</b>	<b>847</b>	<b>50</b>	<b>8673</b>

**Distribuzione personale per articolazione**



**Distribuzione del personale per provenienza - AZ.USL + AOU**





**Tabella 4 - Personale non dipendente – trend 2006-2011**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Medici di Medicina Generale	536	534	524	524	519	531
Pediatri di Libera Scelta	95	94	96	99	100	101
Medici di continuità assistenziale (Guardia Medica)	75	77	85	78	72	76
Medici di emergenza territoriale	4	4	3	3	0	0
Medici specialisti ambulatoriali	171	172	196	171	179	182
Contratti Libero Professionali, Co.Co.Co, Interinali, Borse di studio	488	515	510	523	461	380
<b>Totale</b>	<b>1.369</b>	<b>1.396</b>	<b>1.414</b>	<b>1.398</b>	<b>1.331</b>	<b>1.270</b>

## 4.2 - Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

La partecipazione dei professionisti alle strategie aziendali trova uno dei suoi momenti di espressione e di sintesi all'interno del Collegio di Direzione che rappresenta l'organo attraverso cui si sviluppa la collaborazione sistematica e continuativa fra alta dirigenza professionale e direzione aziendale su temi di sviluppo organizzativo e professionale.

Il Collegio è presieduto dal Direttore Sanitario e prevede il coinvolgimento della Direzione Generale, Amministrativa, Socio-Sanitaria, dei Distretti, dei Dipartimenti Territoriali ed Ospedalieri, del Responsabile del Dipartimento Infermieristico Tecnico Riabilitativo Assistenziale (DITRA), dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti Ambulatoriali.

Dal 2007 inoltre è prevista anche la partecipazione del rappresentante dei cittadini, nella figura del Presidente del Comitato Consultivo Misto, con l'obiettivo di tenere conto, anche nella sede delle decisioni strategiche aziendali del punto di vista del cittadino - utente - paziente.

Le principali tematiche affrontate dal Collegio di Direzione nel corso del 2010 hanno riguardato:

- Comunicazione del Servizio di Medicina Legale in tema di responsabilità professionale;
- Costituzione Board aziendale ricerca e innovazione;
- Controllo appropriatezza e qualità della cartella clinica;
- Piano formazione Anno 2011;
- Regolamento del Dipartimento di Emergenza Urgenza;

- Notizie/informazioni relative all'approvazione del PAL
- Riorganizzazione Servizio Veterinario e Igiene Pubblica
- Riorganizzazione Servizio U.O. di Diabetologia
- Esito selezione progetti di modernizzazione
- Regolamento dispositivi medici – utilizzo procedure informatizzate
- Accordo per la regolamentazione dell'attività libero professionale

### 4.3 - Gestione del rischio e sicurezza

#### Azienda USL

#### Gestione del rischio e sicurezza degli operatori

L'**Azienda USL di Modena** riconosce tra i suoi obiettivi quello di sviluppare e promuovere una **cultura della sicurezza** attraverso un intervento sistemico sul rischio legato alle attività in ambito sanitario. Tale attività è finalizzata ad incrementare la sicurezza degli operatori e dei luoghi di lavoro, che significa incrementare la qualità dell'assistenza sanitaria nella dimensione della *patient safety*. Il concetto di *sicurezza* a cui tendono le attività di risk management sanitario corrisponde dunque alla capacità di ridurre gli eventi avversi correlati al processo assistenziale non solo con eventuale danno nei confronti dei pazienti ma anche degli operatori, attraverso una puntuale conoscenza degli ambiti e delle fonti di rischio, la conseguente messa in atto di azioni "protettive" e "preventive" specifiche e l'acquisizione/aggiornamento di buone pratiche di comportamento.

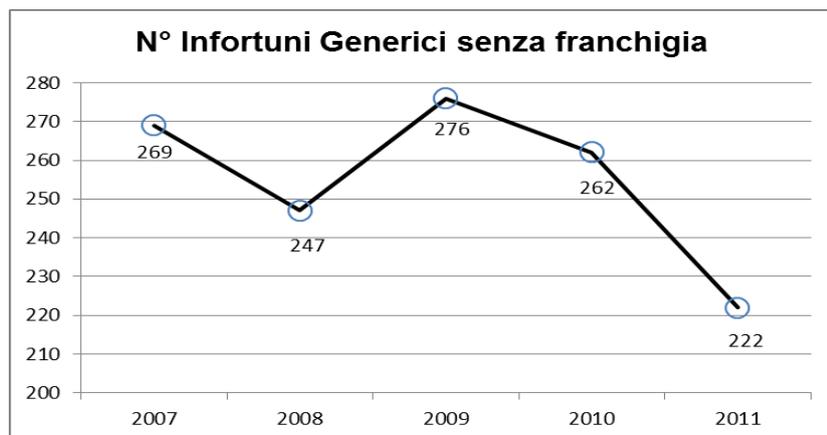
Di seguito alcuni dati relativi all'andamento degli eventi infortunistici occorsi al personale dipendente elaborati dal Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale e dalla Sorveglianza Sanitaria Aziendale.

#### Andamento degli infortuni in Azienda

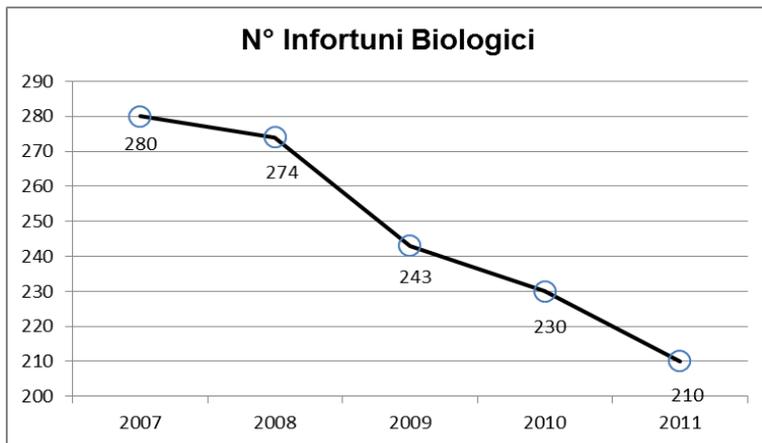
Ogni anno vengono elaborati i dati relativi a tutti gli eventi infortunistici occorsi al personale dipendente, sia rispetto ai fattori di rischio tradizionali, generalmente definiti infortuni generici che alle esposizioni accidentali a rischio biologico, i così detti infortuni generici.

I dati riportati nei registri infortuni permettono di verificare il profilo di rischio degli operatori dell'Azienda ed effettuare la comparazione con gli anni precedenti

#### Grafico 1: Infortuni generici senza franchigia



#### Grafico 2: Infortuni biologici



Nella statistica annuale nei riportata nei diagrammi precedenti sono esclusi dal conteggio gli infortuni in itinere, le ricadute e gli infortuni in franchigia (durata <4 gg).

Come appare evidente gli infortuni di entrambe le tipologie risultano in sostanziale calo.

Nel corso dell'anno 2011 gli infortuni generici sono stati 222, in riduzione rispetto all'anno precedente di 40 unità (nel 2009 erano stati 262), con una flessione del 15,3% %.

Per quanto riguarda gli infortuni biologici, nel corso dell'anno 2011, sono stati 210, in riduzione rispetto all'anno precedente di 20 unità (nel 2010 erano stati 230), con una flessione del 8,7%.

Considerando anche gli infortuni con franchigia il quadro rispetto agli anni precedenti appare in costante miglioramento.

**Tabella 1: Confronto infortuni per gli anni 2012/2011**

<b>Confronto anni 2010-2011</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
N. infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	<b>263</b>	<b>222</b>
N. infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	<b>62</b>	<b>54</b>
N. infortuni a matrice biologica	<b>230</b>	<b>210</b>
Totale infortuni denunciati	<b>555</b>	<b>486</b>
Totale di giornate di assenza per infortunio	<b>6.046</b>	<b>5.213</b>

Sul positivo andamento degli infortuni ha certamente inciso la formazione per la sicurezza predisposta e realizzata dal SPPA, con il supporto di altri Servizi aziendali, che ha raggiunto circa 2.400 lavoratori nel 2011.

### **IL RISCHIO BIOLOGICO (SSA)**

I lavoratori dell'azienda UsI di Modena esposti al rischio di infortunio biologico sono **5711**

Per quanto riguarda gli Infortuni sul Lavoro (ISL) a rischio biologico nel periodo 1/1/2011 – 31/12/2011 sono stati complessivamente 234, in parte dovuti alla manipolazione di taglienti e in parte a contaminazioni mucocutanee.

Nello specifico:

**Tabella 2: Infortuni a rischio biologico**

<b>Categorie</b>	<b>Anno 2011</b>
Punture da ago o lesione da altri oggetti taglienti	167
Contaminazioni mucocutanee con sangue o materiali	67

biologici	
<i>TOTALE Infortuni a rischio biologico (gestione informatizzata delle modalità di infortunio)</i>	234

Sul piano strettamente numerico possiamo, con buona approssimazione, affermare che nell'anno 2011 vi è stato un lieve calo dell'indice infortunistico rispetto al 2010 (calcolato sul numero dei lavoratori esposti) passando da **4,74/100** lavoratori a **4,09/100** lavoratori; Stabile appare l'indice riferito alle contaminazioni mucocutanee (in genere indice di scarso uso di DPI) che passa dal 1,13 del 2010 al 1,17 del 2011. In tabella 2 gli infortuni riferiti alla mansione.

**Tabella 3: Mansioni Infortuni Rischio Biologico**

Mansione	N° Infortuni
Infermiere	131
Medico	44
Altre figure ( O.S.S., Tecnici, Fisioterapisti, ecc...)	59

La ripresa epidemica dell'infezione tubercolare, nonché la segnalazione negli ultimi anni di alcuni casi di tubercolosi di natura professionale, rappresentano i principali motivi che impongono l'adozione di opportuni programmi di sanità pubblica e, al contempo, di individuare i gruppi a maggior rischio.

Risulta, per tali ragioni, di primario interesse inserire tra i gruppi a rischio anche gli operatori sanitari che quotidianamente sono a contatto con pazienti che potrebbero essere in fase contagiosa, o pazienti che rientrano in categorie ad alto rischio perché affetti da patologie favorevoli.

Inoltre, di non secondaria importanza, lo sviluppo di programmi a tutela del paziente.

Per questo si è realizzato nel corso del 2011 il programma di sorveglianza antitubercolare sugli operatori sanitari con l'esecuzione di accertamenti in fase preassuntiva, periodica e straordinaria in caso di contatto a rischio.

Il controllo ha permesso di individuare 92 lavoratori con probabile infezioni tubercolare reclutati, in massima parte in programmi terapeutici.

**Tabella 4: Accertamenti per la sorveglianza antitubercolare anno 2011**

	N°
Accertamenti eseguiti sul personale sanitario (preventiva, periodica e in caso di contatto a rischio)	2168
Lavoratori con Infezione Tubercolare Latente (Test IGRA positivo)	92

Proposta di terapia per Infezione Tubercolare Latente	59
---	----

L'attività vaccinale del Servizio di Sorveglianza Sanitaria sui lavoratori dell'azienda USL di Modena è rappresentata in *tab n°2*.

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, al fine dell'aggiornamento dei dati globali. Nello specifico:

### **ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

#### **Indicatori specifici**

Nel 2011 è stato completato il programma di estensione della sorveglianza sanitaria agli operatori con contratto di lavoro atipico che sono equiparati, ai sensi del D.Lgs. 81/2008, al lavoratore ed è stata assicurata la visita in fase preassuntiva ai sensi del D.Lgs. 81/2008 s.m.i., il cui giudizio è indispensabile all'attivazione del contratto.

#### **Tabella 5: Lavoratori in sorveglianza sanitaria (dipendenti e figure contrattuali equiparate al lavoratore ai sensi del D.Lgs.81/2008) al 31/12/2011**

Operatori Azienda U.S.L. di Modena in Sorveglianza Sanitaria (Escluso Ospedale Sassuolo SPA)	N° 6999
Maschi	N° 1990
Femmine	N° 5009
Personale Dirigente	N° 1840
Personale del Comparto	N° 4930
Studenti	N° 227

Si riporta la sintesi dello stato sanitario degli operatori dell'Azienda U.S.L. di Modena desunti dai giudizi di idoneità espressi negli anni, che evidenzia il numero di operatori esonerati dalle attività che prevedono la movimentazione manuale di carichi. Si segnala, inoltre, un incremento dell'esonero dal lavoro notturno. Questo ultimo dato è presumibilmente destinato a crescere a causa del progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa e rappresenterà, fra qualche anno, una seria criticità.

Nel corso dell'anno sono stati espressi 3913 (al 31/12/2011) giudizi di idoneità alla mansione specifica. (In tabella n°6 sono riportati i dati relativi ai giudizi limitanti le performances lavorative che si sono accumulate dal 1996 al 31/12/2011).

#### **Tabella 6: Limitazioni all'attività lavorativa**

<b>GIUDIZI Anno 2011</b>	<b>Numero (prescrizioni accumulate dal 1996 al 31/12/2011)</b>
Idoneità	3745
Idoneità con limitazione (MMC e Posture)	81
Idoneità con limitazione (esonero dal lavoro a turni sulle 24 ore)	75
Non Idonei alla mansione	12

### **Malattie Professionali anno 2011**

**Tabella 7: Malattie Professionali**

<b><i>Malattie professionali</i></b>	<b>nessuna</b>
--------------------------------------	----------------

### **Iniziative di prevenzione e di formazione rivolte ai lavoratori dell'azienda**

- La fornitura di calze elastocompressive (calze elastiche) a tutto il personale infermieristico e medico che opera stabilmente nelle Sale Operatorie, al fine di contrastare gli effetti negativi sull'albero venoso degli arti inferiori, derivanti dalla postura eretta prolungata;
- La distribuzione delle calzature con associata la fornitura di plantari personalizzati agli operatori che presentano patologie del piede, con positiva ricaduta sulla salute dei lavoratori interessati;
- la consegna e illustrazione del libretto informativo "Salute e sicurezza dei lavoratori nell'Azienda USL di Modena: Manuale informativo per la Sorveglianza Sanitaria" (su supporto informatico) a tutto il personale nuovo assunto al momento della visita di idoneità;
- Dal 1/01/2011 tutti gli infortuni generici con prognosi superiore a 3 giorni sono inseriti, informaticamente, nel Documento Sanitario Personale istituito ai sensi del D,Lgs 81/08 al fine di rendere organico lo stato sanitario del lavoratore.
- Realizzazione dei corsi di formazione specifica ( Radioprotezione, Malattie infettive, CEM, ecc.);

Relativamente alle iniziative di prevenzione e di formazione del personale rispetto alle differenti problematiche inerenti la tutela della salute degli operatori, il Servizio di Sorveglianza Sanitaria dell'Azienda ha mantenuto:

- la fornitura di calze elastocompressive (calze elastiche) a tutto il personale infermieristico e medico che opera stabilmente nelle Sale Operatorie, al fine di contrastare gli effetti negativi sull'albero venoso degli arti inferiori derivanti dalla postura eretta prolungata;
- la distribuzione delle calzature con associata la fornitura di plantari personalizzati agli operatori che presentano patologie del piede, con positiva ricaduta sulla salute dei lavoratori interessati;
- sono stati ridefiniti i percorsi per l'effettuazione della visita di idoneità preventiva alla mansione in fase preassuntiva ai sensi del D.Lgs. 81/2008 s.m.i.;
- estensione della Sorveglianza Sanitaria agli operatori con contratto di lavoro atipico equiparati ai sensi del D.Lgs. 81/2008 al lavoratore;
- realizzazione dei corsi di formazione specifica ( Radioprotezione, Malattie infettive, CEM, ecc.);
- aggiornamento delle procedure per la gestione delle esposizioni a rischio biologico conformemente a quanto previsto dalla Circolare Regionale 7/2009. A tal proposito è stato aggiornato il percorso per la gestione degli infortuni a rischio biologico. L'aggiornamento ha coinvolto i Servizi di Pronto Soccorso Aziendali e il Dipartimento di Patologia Clinica (CORELAB). Si è proceduto all'aggiornamento del personale coinvolto nella gestione e in particolare coordinatori e dirigenti delle UUOO e operatori dei Pronto Soccorso e Laboratorio.

## **Gestione del rischio e sicurezza delle cure**

Nel perseguire l'obiettivo dello sviluppo di una *cultura della sicurezza* che inerisce l'operatività di tutti professionisti sanitari nei differenti processi assistenziali, l'Azienda USL di Modena prosegue nella promozione e nel supporto delle attività di Risk management tese alla prevenzione e al controllo degli eventi avversi correlati alle cure.

Tali attività si esplicano prioritariamente in azioni rivolte a specifici problemi assistenziali (I) che si ritiene possano definire in modo adeguato, ancorché non esaustivo, l'impegno dell'organizzazione nel presidiare la *patient safety*.

Accanto a consolidate azioni di mantenimento riferite ad alcuni degli obiettivi definiti dalla DGR 1706/2009 (controlli di qualità e completezza della documentazione sanitaria, adeguatezza dell'assistenza peri e post-operatoria del paziente nel percorso chirurgico, comunicazione al paziente e comunicazione istituzionale pubblica) l'Azienda USL garantisce lo sviluppo di attività di Risk management indirizzate a specifiche criticità emerse dalla mappatura dei rischi, dall'analisi di processi ovvero dall'occorrere di eventi significativi (II).

### **Processo I**

#### **a) Controllo infezioni correlate all'assistenza**

Per la gestione del rischio infettivo, nel corso del **2011**, l'Azienda USL di Modena ha focalizzato la propria attenzione principalmente in questi ambiti:

#### **Sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza**

E' stata avviata la sorveglianza attiva per la prevenzione della diffusione dei CPE (Enterobatteri produttori di carbapenemasi) in ambito ospedaliero e territoriale, coerentemente con le indicazioni regionali. Tale attività è descritta nel protocollo "*Sorveglianza attiva per enterobatteri produttori di carbapenemasi*" adottato e condiviso a livello aziendale. In ambito ospedaliero, contesto assistenziale ritenuto a maggior rischio, vengono svolte una serie di attività cardine, in particolare: *screening microbiologico; segnalazione dei casi; applicazione delle misure di isolamento; verifica dell'adesione alle misure per la prevenzione della trasmissione; raccolta ed elaborazione dati.*

E' stata, inoltre, condotta una capillare attività di formazione rivolta a tutti gli operatori sanitari per l'implementazione dell'applicazione delle misure di prevenzione della diffusione delle infezioni/colonizzazioni in ambito ospedaliero secondo i contenuti del documento di Presidio "Misure di isolamento nelle Strutture Sanitarie". Si è inoltre consolidata l'attività di sorveglianza degli eventi epidemici secondo quanto riportato nella procedura di Presidio "Sistema di segnalazione delle malattie infettive, diffuse o sospetto di esserlo e alert organism nelle strutture ospedaliere" rivolta ai microrganismi sentinella e ad altri microrganismi con profilo di antibioticoresistenza comunque coinvolti in eventi epidemici di infezioni correlate all'assistenza.

### **Igiene delle mani**

Il framework per l'autovalutazione dell'igiene delle mani per l'anno 2011 proposto da OMS, ha determinato per gli ospedali del Presidio un punteggio totale di 215 punti identificando come "base" il livello di igiene delle mani degli operatori della struttura. In particolare il consumo annuale di gel idroalcolico in ospedale risulta inferiore al valore atteso, indicato da OMS. Tale dato impone un'analisi approfondita delle pratiche assistenziali rappresentando indubbiamente per il futuro un ambito di miglioramento imprescindibile.

### **SICH-ER**

La sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico è attivamente svolta nelle Unità operative di Chirurgia Generale e Ortopedia del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense (NOCSAE) con 420 interventi sorvegliati. I dati di tale attività, nell'ambito del progetto di monitoraggio regionale sono stati inviati all'Area rischio infettivo. Per le altre discipline chirurgiche della rete ospedaliera sono state identificate le attività per l'implementazione del corretto utilizzo del registro operatorio informatizzato, per rendere possibile, come passaggio ulteriore, l'estensione delle attività di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico.

### **Pagina WEB CCI**

Nella Home Page aziendale con accesso da Internet è stata attivata una pagina web, dedicata al Comitato Controllo Infezioni. Il sito raccoglie i documenti relativi alla gestione del rischio infettivo redatti dai professionisti diversamente coinvolti in base alle specifiche competenze, consentendo una rapida e facile consultazione da parte degli operatori sanitari dell'Azienda.

<http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/6555>

#### **b) Sicurezza in sala operatoria**

Il percorso che nel 2010 ha sostenuto la possibilità di applicare la Safe Surgical Checklist (SSCL) agli interventi effettuati dall'équipe della prima Unità Operativa che ha aderito al Progetto regionale S.O.S net è stato particolarmente oneroso ma ha utilmente sensibilizzato l'attenzione dei professionisti sugli aspetti di sicurezza in sala operatoria. Tale percorso ha comportato la revisione di procedure esistenti oltre che la stesura e la condivisione di nuove procedure finalizzate alla standardizzazione dei processi assistenziali sottesi agli ambiti di controllo/verifica della checklist riferiti alle fasi chirurgiche *pre-intra* e *post-operatoria*. Nonostante il 2011 abbia visto l'adesione di altri due presidi della rete ospedaliera provinciale, se parametrata al totale dei ricoveri con DRG chirurgico registrati nel 2011 nel settore pubblico (24.392) la percentuale di interventi chirurgici in cui risulta documentato l'utilizzo della checklist non risulta ancora soddisfacente [9.1% a fronte di un dato regionale complessivo (settore pubblico AOSP/AUSL) pari al 16.4%]. Nella convinzione che l'applicazione della SSCL sia uno degli strumenti a garanzia della sicurezza in sala operatoria, l'Azienda, segnatamente con le professionalità coinvolte, dovrà impegnarsi nell'identificazione e nel superamento degli eventuali fattori di tipo culturale oltre che di tipo tecnico-organizzativo che siano d'ostacolo all'adozione di questa buona pratica.

#### **c) Sicurezza in radiologia**

Facendo riferimento a quanto riportato nel documento di valutazione DGR 1706 del 2010 dei sistemi RIS-PACS provinciali in regione, il sistema RIS-PACS della provincia di Modena ha ottenuto, rispetto ai parametri valutati, un basso livello di criticità collocandosi tra i migliori sistemi RIS-PACS installati in regione.

Nel corso del 2011 sono stati implementati alcuni aggiornamenti hardware, software volti al miglioramento dell'architettura e delle prestazioni del sistema oltreché miglioramenti sulla banda di rete informatica che hanno permesso di ridurre i tempi di invio delle immagini dalla periferia.

Rispetto alla valutazione espressa relativamente ai requisiti obbligatori è stata posta particolare attenzione alle problematiche aggiornamento delle worklist di prenotazione con modifica ed eliminazione in diagnostica oltreché di fusione ed aggiornamento anagrafiche oltreché allo spostamento dei contatti (esami) da un paziente all'altro mediante l'implementazione di procedure di segnalazione tramite e-mail a cura degli esecutori verso gli amministratori di sistema di tutti gli applicativi (dipartimentali e non solo RIS-PACS) al fine di consentire agli stessi di operare le necessarie verifiche di buon esito dell'operazione. Rimane invece in corso la possibilità di implementazione di automatismo software (e-mail , finestra di popup operatore ... ecc) che permetta la segnalazione automatica di tali operazioni anche per quanto riguarda la segnalazione delle riconciliazioni degli esami a posteriori, attualmente gestita direttamente dagli amministratori sanitari di sistema verso gli altri interlocutori.

Relativamente invece ai requisiti non obbligatori (consigliati), volti in particolar modo al perfezionamento del sistema, sono in corso alcuni miglioramenti relativamente alla possibilità di riconoscimento del paziente mediante sistema di identificazione elettronico (come barcode o braccialetto elettronico ecc), per quanto riguarda l'allineamento del clock di sistema è stata implementata una procedura attraverso la quale vengono sincronizzate le diagnostiche con l'orologio centralizzato ed invece, laddove non possibile, operato un settaggio manuale con verifiche periodiche da parte degli amministratori locali. Per quanto riguarda l'apposizione della marcatura temporale sui referti (con firma digitale) i referti vengono marcati sul repository aziendale, rimane comunque in corso la valutazione di poter apporre direttamente su RIS la marcatura temporale contestualmente alla firma digitale.

#### **d) Gestione sinistri**

L'Azienda mantiene, ed anzi implementa, il proprio impegno nel garantire l'ottimale gestione del contenzioso e dei conflitti mettendo in campo tutte le professionalità e le competenze necessarie specificamente riferite alle attività di ascolto-mediazione e quelle proprie di valutazione del danno in ambito di responsabilità civile. Una efficiente gestione delle informazioni che provengono dal contenzioso contribuisce in modo determinante alla gestione del rischio clinico ed alla più precisa definizione della mappatura dei sinistri. Di fondamentale importanza sono dunque la precisa registrazione ed il puntuale aggiornamento dell'andamento della sinistrosità aziendale. Tale attività viene svolta sempre in modo rigoroso e particolarmente accurato. Ne sono una dimostrazione i seguenti dati di fonte regionale (triennio 2009-2011):

PERCENTUALE DI VALORI MISSING RELATIVI ALLE VARIABILI: DANNO LAMENTATO, TIPO PRESTAZIONE, ANNO DI NASCITA, CODICE MINISTERIALE.

<b>N.VARIABILI NON COMPILATE</b>	<b>N.TOTALE VARIABILI COMPILABILI</b>	<b>VAL %</b>	<b>SINISTRI APERTI NEL TRIENNIO</b>
<b>18</b>	1.338	<b>1,3</b>	347
<b>TOTALE REGIONALE</b>			
<b>1392</b>	18.220	<b>7,6</b>	4.555

Allo stesso modo da un estrazione dalla banca dati del marzo 2012 sul medesimo periodo di osservazione solo l'**1,9%** dei sinistri registrati nel database ed eligibili per la chiusura non risultano ancora chiusi; ciò a fronte di un dato regionale complessivo pari al **4,6%**.

In esito ad una verifica alla data del 31 Luglio 2012 la totalità dei sinistri denunciati nel 2011 alla Compagnia di assicurazione risultano regolarmente registrati nel Database.

#### **e) Prevenzione degli errori di identificazione (tracciabilità dei pazienti)**

A fronte di una estrema attenzione prestata da sempre alla corretta identificazione del paziente in corrispondenza dei "check-in" nei differenti contesti assistenziali (documenti d'identità, controlli ripetuti in caso di omonimie in anagrafica o nelle *work-list*, applicazione di braccialetto identificativo nel percorso chirurgico), la complessa articolazione dell'Azienda non ha ancora consentito l'adozione di sistemi di identificazione informatizzati. Gli snodi critici della corretta identificazione (gestione degli errori e riconciliazioni in pronto soccorso, in diagnostica per immagini e nella diagnostica di laboratorio) risultano rigorosamente monitorati e presidiati. Gli approfondimenti svolti soprattutto in ambito di Diagnostica per immagini nel 2011 (Analisi di eventi critici- *Significant Event Audit*) hanno chiaramente evidenziato come sia necessario ottimizzare tale attività corroborando l'integrazione tra la rete dei referenti di sistema (LIS; CIS e RIS-PACS) con quella (da formalizzare) dei referenti dedicati alla gestione delle correzioni e delle riconciliazioni sul sistema informativo ospedaliero (referti, cartella clinica).

### **Processo II**

#### **Attività di Sorveglianza e monitoraggio**

##### **a) Rischio di cadute in ospedale**

Nel 2011 è stato portato a termine e collaudato un Data entry dedicato alla registrazione informatizzata degli eventi di caduta dei pazienti in ospedale, condivisibile in rete da parte di tutti gli attori coinvolti: i professionisti delle Unità Operative, la Direzione Tecnico-Infermieristica e della Riabilitazione, le Direzioni sanitarie di stabilimento, la Direzione strategica segnatamente con la funzione aziendale di Gestione del Rischio. L'obiettivo prioritario della prevenzione del fenomeno supportata da uno strumento di conoscenza, misura e monitoraggio dello stesso che costituisce un punto d'osservazione trasversale a tutte le articolazioni del presidio ospedaliero, è garantito dal buon funzionamento del sistema a monte ovvero: l'uniformità e l'adeguatezza della rilevazione del rischio caduta dei pazienti a livello aziendale e la standardizzazione delle modalità di registrazione dell'evento di caduta, ambiti di impegno e di formazione del 2012. D'altra parte una migliore conoscenza del fenomeno riverberandosi positivamente sulla prevenzione dello stesso riduce automaticamente anche le richieste di risarcimento di danno e, quindi, l'esborso economico in capo all'Azienda.

##### **b) Rischio di Lesioni cutanee in ospedale**

L'Azienda ha altresì perfezionato, con le professionalità della Direzione Tecnico-Infermieristica e della Riabilitazione, una scheda di rilevazione e monitoraggio delle lesioni da decubito nelle Unità operative di degenza. La compilazione di questa scheda, perfettamente integrata nel Sistema informativo ospedaliero, è finalizzata all'adozione di modalità assistenziali coerenti con quanto indicato in letteratura, agevolando la valutazione dello stato anteriore del paziente, uniformando la raccolta e l'elaborazione dei dati con lo scopo di supportare la più efficace prevenzione del fenomeno e la definizione di tutte le azioni miglioramento che si rendessero di volta in volta necessarie.

#### **Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico**

#### **Gestione del rischio e sicurezza**

E' stata assicurata la realizzazione di quanto previsto dal Piano regionale della prevenzione relativamente alla prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro anche attraverso la partecipazione alle attività del coordinamento regionale dei Servizi di Prevenzione e Protezione e dei Medici competenti. E' stato garantito il flusso informativo ai competenti uffici regionali su Infortuni e malattie professionali relativi all'anno 2011.

#### **La valutazione dei rischi**

Nel corso del 2011 si è provveduto all'aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi , in piena collaborazione con i Rappresentanti per la Sicurezza aziendali , per i servizi/reparti sottoposti a ristrutturazione e/o trasferimenti in nuove sedi . Il monitoraggio degli ambienti e delle condizioni di lavoro avviene in piena sinergia con il Servizio Prevenzione e Protezione

dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (UniMoRe), in una logica di sistema che risulta da anni strettamente integrato per obiettivi, struttura ed organizzazione.

La riduzione del rischio e la prevenzione con tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori costituiscono una priorità aziendale perseguita attraverso un lavoro costante di 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.

Nell'ambito della valutazione del rischio da fattori psico-sociali, rappresentato in particolare dallo stress lavoro-correlato, è stato avviato già a partire dal 2010 un ampio progetto aziendale multidisciplinare in sinergia e collaborazione con il Servizio Formazione e Aggiornamento ed il Settore Psico-sociale.

### **La Informazione e la formazione**

Nel corso degli ultimi anni grande attenzione è stata 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 nel 2011 si è fatto ricorso con maggiore frequenza alla modalità di Formazione sul campo ( FSC).

Nell'ambito del progetto relativo al "Benessere organizzativo e lo stress lavoro-correlato" è stato progettato e realizzato un corso specifico .

Inoltre, in sinergia con l'UniMoRe e con AUSL di Modena, sono state organizzate specifiche iniziative informative e formative a favore dei medici in formazione specialistica,

Infine sono stati avviati alla formazione specifica per il rischio elevato gli addetti alla lotta antincendio ed evacuazione.

Si riportano di seguito i dati complessivi dell'attività informativa e formativa svolta nel 2011:

<b>Iniziativa</b>	<b>Durata (h)</b>	<b>N. edizioni</b>	<b>N. partecipanti</b>
Corso di Informazione (art.36 DLgs.81/08)	4,30	12	189
Corso Informazione per medici in formazione specialistica	5	1	134
Corso di Formazione Area Sanitaria ( art.37 DLgs 81/08)	16	2	71
Corso di Formazione Area Amministrativa	8	1	23
Corso "Stress: strategie interne per affrontarlo"	14	6	138
Corso Addetti all' Antincendio	16	4	22
Corso Addetti all' Antincendio (retraining)	8	3	21
Corso per RLS (aggiornamento)	8	1	7
Corso FSC - Uso dei cateteri venosi con sistema di sicurezza	1	3	58
Corso FSC - Utilizzo delle maschere facciali	1	1	20
Corso FSC - Uso degli ausili minore per la MMP	2	1	25

<b>TOTALE</b>			570
---------------	--	--	-----

### La Sorveglianza Sanitaria

La Sorveglianza Sanitaria, oltreché le attività previste dalle vigenti norme di legge a tutela della salute dei dipendenti dell'Azienda e dell'Università convenzionati, attraverso la valutazione dell'idoneità allo svolgimento della specifica mansione lavorativa, collabora nella predisposizione e attuazione delle misure per la tutela e dell'integrità psicofisica dei dipendenti, nella valutazione dei rischi e nella formazione degli operatori in tema di tutela della salute.

Relativamente al contenzioso derivante dalle decisioni del medico competente in ordine alla formulazione del giudizio di idoneità a tutela della salute dei dipendenti non si dispone dei dati ufficiali forniti direttamente dal Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro di Modena. Per quanto a conoscenza il livello di contenzioso è molto basso in valori assoluti (1 ricorso avverso il giudizio di idoneità all'anno negli ultimi anni) e largamente inferiore in confronto al contenzioso presente nelle altre Aziende sanitarie della Regione (Seminario Regionale "Orientamenti regionali in tema di sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro", Bologna, 2004).

Nel 2011 l'attività di Sorveglianza Sanitaria ha interessato 1756 operatori dei 3216 lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria obbligatoria, per un totale di 2129 valutazioni. A differenza degli altri anni, dopo un confronto regionale fra i medici competenti, è stato deciso di analizzare, per chi ha effettuato più di una visita, solamente l'ultimo giudizio d'idoneità formulato nel corso dell'anno; pertanto i giudizi d'idoneità analizzati nelle sottostanti tabelle sono 1756.

Relativamente alle condizioni di salute della popolazione lavorativa esaminata si riportano nella tabella seguente i risultati dei giudizi di idoneità rilevati al **31.12.11**:

<b>Giudizi di Idoneità - AOU di Mo - Anno 2011</b>							
<b>Operatori con limitazioni e inidonei sul totale degli Operatori Sorvegliati</b>						<b>Totale Operatori con limitazioni e inidonei sul totale dei Sorvegliati</b>	
<b>Limitazioni Parziali Temporanee</b>		<b>Limitazioni Parziali Permanenti alla Mansione</b>		<b>Inidonei temporaneamente/permanentemente alla mansione specifica</b>			
<b>N.</b>	<b>%</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>19</b>	<b>1,1</b>	<b>101</b>	<b>5,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>120</b>	<b>6,8</b>

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 e a fattori di rischio chimici come si evidenzia nella tabella seguente che fa riferimento al **31.12.11**:

<b>Tipologie di Rischio</b>	<b>%</b>
<b>Movimentazione di Gravi Carichi e Postura</b>	<b>60</b>

<b>Organizzativa (lavoro a turni e lavoro notturno)</b>	<b>21</b>
<b>Radiazioni ionizzanti</b>	<b>11</b>
<b>Chimico</b>	<b>6</b>
<b>Altre (Biologico, Radiazioni Non Ionizzanti)</b>	<b>2</b>
<b>Totale</b>	<b>100</b>

Nel 2011 le malattie professionali denunciate sono state 2, di cui 1 su denuncia del medico competente.

Nel 2010 le malattie professionali denunciate furono 7 , di cui 6 su denuncia del medico competente.

Per quanto riguarda il programma di sorveglianza antitubercolare sugli operatori sanitari, nel corso dell'anno 2011 sono stati effettuati 1202 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 5 episodi di esposizione occupazionale a pazienti con tubercolosi attiva, che hanno comportato l'attivazione della sorveglianza sanitaria per 214 operatori sanitari.

Inoltre sono stati effettuati approfondimenti diagnostici su 22 operatori sanitari risultati "ex novo" positivi al test tubercolinico (>10 mm).

Nel corso dell'anno è stata proposta a 23 operatori sanitari, su indicazione specialistica pneumologica, la chemiopprofilassi preventiva con isoniazide per il trattamento dell'infezione tubercolare latente (15 operatori hanno accettato di sottoporsi alla terapia e sono stati monitorati nel corso della stessa dai Medici Competenti per verificare eventuali effetti avversi).

Sempre nell'anno di riferimento sono state inoculate 173 dosi di vaccino anti epatite B in operatori sanitari mai vaccinati o con titolo anticorpale non protettivo.

Infine, l'adesione alla campagna antinfluenzale nell'anno 2011 è stata lievemente inferiore rispetto a quella dell'anno precedente con 332 vaccinazioni antinfluenzali effettuate rispetto alle 343 dell'anno precedente.

### **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.

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 31/12/2011 ;

- per gli infortuni a rischio biologico (RB) si è considerato il personale presente al 31/12/2011 con potenziale esposizione ai sensi del Documento di valutazione dei rischi: dipendenti, universitari integrati, contrattisti e MFS.

I dati considerati sono riferiti ai numeri sotto indicati.

Anno	2010	2011
<b>totale personale AN</b>	3065	2996
<b>totale personale esposto RB</b>	2900	2766

Nella Tabella 1 è riportato il totale degli eventi "infortunio" di **tutto** il personale esposto (compresi i medici in formazione specialistica ) e la loro distribuzione per cause principali e per frequenza riferiti agli anni 2010-2011.

**Tabella 1:** Infortuni sul lavoro AOU di Modena – Anni 2010 e 2011.

Tipologia di rischio	2010		2011		Confronto 2011/2010	
	N	% sul totale	N	% sul totale	ΔN	Δ %
<b>Totale</b>	<b>293</b>	100	<b>286</b>	100	<b>-7</b>	<b>-2,4</b>
<b>Movim. Man. Pazienti</b>	35	11,9	32	11,2	-3	-8,6
<b>Cadute</b>	28	9,6	26	9,1	-2	-7,1
<b>Itinere</b>	36	12,3	42	14,7	6	16,7
<b>Altri</b>	72	24,6	57	19,9	-15	-20,8
<b>Sub Totale AN</b>	<b>171</b>	<b>58,4</b>	<b>157</b>	<b>54,9</b>	<b>-14</b>	<b>-8,2</b>
<b>Tasso Incidenza AN/100 dip</b>	<b>6,7</b>		<b>6,3</b>		<b>Δ</b>	<b>-0,4</b>
<b>Percutanee</b>	83	28,3	87	30,4	4	4,8
<b>Mucocutanee</b>	39	13,3	42	14,7	3	7,7
<b>Altro rischio biologico*</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Sub Totale RB</b>	<b>122</b>	<b>41,6</b>	<b>129</b>	<b>45,1</b>	<b>7</b>	<b>5,7</b>
<b>Tasso Incidenza RB/100 dip esposti</b>	<b>5,2</b>		<b>5,7</b>		<b>Δ</b>	<b>0,4</b>

Si rileva che il numero assoluto degli infortuni è aumentato (seppur di poco) nel 2011 (326 infortuni) rispetto all'anno precedente (319 infortuni).

L'aumento è relativo agli infortuni con esposizione a rischio biologico, che rappresentano il 50,6 % degli infortuni, e che mostrano un andamento incostante negli anni ( sono passati da 203 nel 2009, a 145 nel 2010 fino agli attuali 165 registrati nell'anno 2011).

**Tabella 2:** Incidenza per qualifica ( X 100 lavoratori) degli Infortuni a rischio biologico

- Anni 2010 e 2011.

Qualifiche	2010			2011			Diff. 2010/2011	
	N	% sul tot	Incidenza per qualifica	N	% sul tot	Incidenza per qualifica	Δ N	Δ % Incidenza ruolo
Infermiere	72	49,7 %	6,7%	80	48,5 %	7,6%	8	11,1
Medico	34	23,4 %	5,9%	30	18,2 %	5,4%	- 4	- 11,8
MFS	23	15,9 %	5,1%	36	21,8 %	7,4%	13	56,5
OTA/OSS	8	5,5%	3,7%	5	3,0%	2,3%	- 3	- 37,5
Laboratorista (escl. medico)	0	0%	0%	6	3,6%	3,4%	6	600
Tecnico	1	0,7%	1,1%	0	0%	0%	- 1	- 100
Ostetrica	6	4,1%	9%	8	4,8%	9,4%	2	33,3
Ausiliario	1	0,7%	1%	0	0%	0%	- 1	- 100
<b>Totale</b>	<b>145</b>	<b>100 %</b>	<b>5,2%</b>	<b>165</b>	<b>100 %</b>	<b>6,0%</b>	<b>20</b>	<b>13,8</b>

Nel 2011 la categoria professionale con maggiore incidenza di infortuni a rischio biologico rimane quella delle ostetriche (9,4%), seguita dagli infermieri ( 7,6% ); si sottolinea come i MFS risultino significativamente più a rischio rispetto alla popolazione di confronto (sanitari dipendenti), dato spiegabile sia con un più rigoroso ricorso alla notifica che di un effettivo maggiore frequenza di infortunio per la minore esperienza e destrezza in alcune manovre da parte dei MFS.

Per gli infortuni non a rischio biologico invece, si registra una diminuzione nel tasso di incidenza che passa da 5,7 infortuni ogni 100 operatori esposti nell'anno 2010, a 5,4 infortuni ogni 100 operatori esposti nell'anno 2011.

Nell'anno 2011, il numero totale di **giorni di assenza** (compresi gli MFS) sono stati 4021 che, sommati alle ore d'integrazione all'infortunio (74 giorni), salgono a 4095 giornate perse complessivamente. La durata media dell'infortunio (esclusi gli infortuni a zero giorni ed inclusi gli infortuni in itinere) nel 2011 è stata di **24,98** giorni contro i 22,73.

L'azienda mantiene impegno costante nella prevenzione degli infortuni, promuovendo la formazione del personale, l'addestramento e l'adesione alle buone pratiche di lavoro ed attivando gli interventi correttivi che risultino utili al miglioramento della sicurezza negli ambienti di lavoro.

### **Aspetti Assicurativi**

*Responsabilità Civile verso Terzi in ambito sanitario.*

Il 30 giugno 2011 è venuto a scadere il contratto assicurativo per la RCT/RCO in ambito sanitario sottoscritto con Faro Assicurazioni, decorrente dal 31 agosto 2008, che ha garantito questa Azienda dalle richieste risarcitorie per presunti danni alla persona, conseguiti ad atti connessi alla pratica assistenziale, pervenute nel corso della validità della copertura assicurativa. Il 28 ottobre 2011 è venuto a naturale scadenza anche il contratto assicurativo RCT/RCO sottoscritto con la Torus Assicurazioni, sottoscritto per il secondo rischio. Dalla giustapposizione dei due contratti assicurativi è derivata una copertura assicurativa pari ad un massimale complessivo per sinistro di € 3.500.000,00, a fronte di una franchigia per singolo sinistro pari ad € 50.000,00.

A seguito di procedura negoziata ex art. 57 del D.Lgs. 163/2006, svoltasi in ambito AVEN, il servizio assicurativo per la RCT/RCO sanitaria è stato assegnato alla Compagnia di Assicurazione AM TRUST EUROPE LTD, per la durata dal 30 giugno 2011 al 30 giugno 2015. Si tratta di una copertura assicurativa a primo rischio con massimale di polizza pari ad € 5.000.000,00 con franchigia frontale per sinistro pari ad € 75.000,00.

A seguito della procedura negoziata di cui sopra è stato assegnato anche il servizio assicurativo per la RC patrimoniale alla Compagnia Assicurativa Lloyd's London – Sindacato Markel. Durata dal 30 giugno 2011 al 30 giugno 2014. Questa polizza assicurativa garantisce l'Azienda dalle richieste risarcitorie pervenute da terzi, e da altre pubbliche amministrazioni, relative a danni al patrimonio dei reclamanti, originati da fatti non connessi alla attività assistenziale.

Il patrimonio mobiliare ed immobiliare di questa Azienda trova invece copertura, contro i danni che esso può subire, nella polizza assicurativa sottoscritta, per il periodo che va dal 31 dicembre 2010 al 30 giugno 2016, con la Compagnia di Assicurazione INA ASSITALIA.

### **La Gestione del Fenomeno Risarcitorio nel 2011**

A seguito del D.M. del Ministro dello Sviluppo Economico del 28 luglio 2011 è stata revocata alla Faro assicurazioni l'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa in tutti i rami e, contestualmente, è stata disposta la Liquidazione Coatta Amministrativa della medesima Compagnia assicurativa.

Ne è stata naturale conseguenza che tutti i sinistri denunciati presso la Faro Assicurazioni, ed ancora aperti, dovranno essere trattati, definiti, ed eventualmente risarciti, con risorse umane e finanziarie a carico dell'Azienda.

Questo ha comportato, rispetto agli anni precedenti, un maggiore consolidamento della pratica risarcitoria diretta in capo all'Azienda ed un rafforzamento del ruolo del Comitato Valutazione Sinistri.

Quest'ultimo si occupa di valutare in maniera collegiale tutte le richieste di risarcimento pervenute all'Azienda nel corso dell'anno e che siano venute a completa istruttoria, tanto che trovino copertura assicurativa nell'attuale polizza assicurativa, quanto in una delle precedenti, o che, come nel caso della Faro Assicurazioni, siano sprovvisti di copertura assicurativa.

L'Ufficio assicurazioni opera in stretta collaborazione con la Struttura Complessa di Medicina Legale di questa Azienda, la quale ha la competenza di effettuare la valutazione medico legale di tutti i sinistri che giungono alla osservazione del Comitato Valutazione Sinistri.

Il Comitato è composto da professionisti esperti in materie giuridico – assicurative, dai medici legali di questa Azienda, dalla Direzione Sanitaria, dalla Direzione Amministrativa, da rappresentanti della Compagnia assicurativa interessata e dal Broker aziendale.

Nel corso 2011 il Servizio Affari Generali, per il tramite dell'Ufficio Assicurazioni, ha proseguito e consolidato la gestione diretta dei sinistri in franchigia e di tutti i sinistri denunciati presso la Faro Assicurazioni, oggi in Liquidazione Coatta Amministrativa.

La gestione diretta dei sinistri in franchigia ha favorito il recupero della naturale relazione di fiducia con l'utenza reclamante il risarcimento del danno. Detta relazione di fiducia aveva subito una certa incrinatura a causa delle lungaggini burocratiche e della inevitabile terzietà assunta dai liquidatori delle compagnie di assicurazioni nella gestione dei sinistri.

La gestione diretta dei sinistri ha inoltre consentito una accelerazione dei tempi di definizione dei sinistri ed un maggior controllo sugli esborsi a carico del bilancio aziendale.

La partecipazione dell'Azienda alle richieste di mediazione attivate, ai sensi del D.Lgs nr 28 del 2010, da alcuni danneggiati, ha consentito, nei casi di esito positivo, una riduzione del contenzioso davanti al Giudice Ordinario. Allo stesso modo tutta l'attività di gestione diretta dei sinistri, nei numerosi casi di esito positivo, ha consentito una sensibile riduzione dei casi di ricorso al Giudice di merito.

Tutto quanto sopra evidenziato ha inoltre consentito un miglioramento anche dei rapporti con le compagnie di assicurazione e con gli studi legali per la trattazione delle vertenze.

Si sono ulteriormente rafforzati i rapporti con le associazioni dei cittadini, ed in particolare con il Tribunale per i Diritti del Malato il quale ha contribuito a mantenere un rapporto di trasparenza e di fiducia con l'utenza e la cittadinanza.

In definitiva si può affermare che, grazie al ruolo più attivo e propulsivo dell'Azienda nella gestione del fenomeno risarcitorio si sono ottenuti indubbi vantaggi in termini di monitoraggio, controllo della spesa e miglioramento dei rapporti con l'utenza.

#### **4.5 - Ridefinizione ruoli professionali in relazione a sviluppo strategie aziendali**

Nel 2011 si è proseguito con la ridefinizione della prima linea gestionale, formalmente attuata nel 2010, attraverso il coinvolgimento fattivo dei nuovi livelli decisionali:

- Dipartimento Aziendale Cure Primarie (DACP)
- Dipartimento Salute Mentale (DSM)
- Dipartimento Sanità Pubblica (DSP)
- Dipartimenti Ospedalieri
- Dipartimento Assistenziale Infermieristico Tecnico Riabilitativo (DITRA)

Sono stati messi a punto percorsi di formazione-intervento per sostenere il ruolo gestionale e per l'acquisizione di competenze e strumenti relativi al ciclo Programmazione & Controllo, alla Valutazione, allo Sviluppo e all'Empowerment dei collaboratori, rivolti alla prima linea gestionale.

In particolare nei Dipartimenti di nuova istituzione (DACP e DITRA) è stato ridefinito l'assetto organizzativo e di conseguenza modulati ruoli e responsabilità.

Altri interventi organizzativi significativi sono stati condotti nel Dipartimento di Sanità Pubblica e nel Dipartimento di Salute Mentale.

In particolare, la revisione organizzativa ha riguardato i servizi di Igiene Pubblica, attuata con la Delibera n. 147 del 18/10/2011, attraverso la quale è stato configurato un unico Servizio di Igiene Pubblica a valenza provinciale (struttura complessa) che riunifica i due Servizi di Igiene Pubblica previsti dalla deliberazione del D.G. n. 143 del 1° luglio 2003, e cioè il Servizio Igiene

Pubblica – controllo rischi biologici, e il Servizio Igiene Pubblica – controllo rischi in ambienti di vita.

In conseguenza a questa delibera, il Servizio Igiene Pubblica è stato articolato nel territorio in due strutture semplici :

- "Funzioni Igiene pubblica area nord" per i Distretti di Carpi e Mirandola;
- "Funzioni Igiene Pubblica area sud", per i Distretti di Sassuolo, Vignola e Pavullo;

mantenendo nell'ambito del Servizio Igiene Pubblica due aree disciplinari :

- Profilassi delle malattie infettive
- Igiene del territorio e dell'ambiente costruito

Anche il servizio veterinario è stato riorganizzato nel 2011 prevedendo l'articolazione in 5 Aree disciplinari (strutture complesse):

- Sanità Animale,
- Igiene degli Alimenti di Origine Animale (area macelli e sezionamenti);
- Area Igiene degli Alimenti di Origine Animale (area trasformazione);
- Area Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (area Igiene Zootecnica);
- Area Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (area Igiene Urbana)

cui competono la programmazione delle attività e il raggiungimento degli obiettivi, la gestione delle risorse e del personale, nonché la direzione tecnico professionale delle attività, superando l'articolazione territoriale pre-esistente.

Anche il Dipartimento di Salute Mentale è stato interessato nel 2011 da un processo di riorganizzazione che ha ridefinito aree di competenza trasversali su tutta l'Azienda superando l'articolazione territoriale precedente.

## **4.6 - Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti**

### **Azienda USL**

L'Azienda USL ha da tempo costruito, deliberato e reso operativo 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).

L'impianto complessivo di valutazione è articolato nelle **due** aree significative:

1. la valutazione di **posizione** relativa al ruolo organizzativo ricoperto;
2. la valutazione del **risultato annuale** conseguito, che il D. Lgs. 150/09 ha reso obbligatoria per tutti gli operatori aziendali (valutazione di performance).

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. RESPONSABILITA' 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.

Relativamente alla seconda area (Valutazione di risultato o di performance) dal 2010, anche per rispondere a quanto richiesto dalla Riforma Brunetta sono state messe a punto schede per la valutazione della performance articolate in 3 dimensioni:

1) Area degli obiettivi di performance, strettamente legata al raggiungimento degli obiettivi definiti annualmente in sede di budget ed attribuiti dai Dirigenti ai Responsabili la metodologia cosiddetta "a cascata", secondo cui dagli obiettivi strategici formulati dalla Direzione e negoziati con la prima linea dirigenziale, vengono individuati obiettivi successivi sempre più specifici per area di attività, settore e livello di responsabilità seguendo l'architettura organizzativa ed il sistema di responsabilità complessiva del sistema.

2) Area delle competenze trasversali, in cui, per ogni area professionale sono state definite in modo condiviso le competenze non strettamente tecnico-professionali, ma che è necessario esprimere al meglio per conseguire elevati livelli di performance professionale :e competenze definite vanno riferimento ai seguenti ambiti:

- Propositività, Iniziativa, Autonomia
- Aspetti comunicativi e relazionali con pazienti, care giver, altri interlocutori
- Privacy e Sicurezza
- Disponibilità e flessibilità
- Gestione delle situazioni critiche
- Integrazione e collaborazione con altre figure professionali

**per i ruoli gestionali:**

- Gestione dei collaboratori e team work
- Organizzazione e gestione risorse (umane, finanziarie, organizzative).

3) Area degli obiettivi annuali, in cui ad inizio anno vengono declinati per ogni équipes professionali gli obiettivi derivanti dal processo di negoziazione del budget.

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.

Progetto di formazione/intervento: "Sviluppo del sistema di valutazione individuale e delle performance aziendali"

Con il processo di pianificazione e programmazione in atto e nell'ottica del miglioramento dell'efficienza gestionale, l'Azienda ha inteso sviluppare un sistema di controllo strategico in grado di monitorare il perseguimento degli obiettivi di medio/lungo periodo, collegato ad un controllo direzionale maggiormente efficace per la valutazione degli obiettivi a breve periodo. Inoltre si è ritenuto necessario identificare in modo univoco a livello centrale e a livello periferico territoriale sia il sistema di valutazione individuale, imposto dalla legislazione vigente sia per il personale del comparto che della dirigenza che il sistema di monitoraggio delle performance organizzative aziendali.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 130 del 21/09/2011 è stato approvato il progetto di formazione/intervento "Sviluppo del sistema di valutazione individuale e delle performance aziendali" da realizzarsi per dodici mesi a decorrere da settembre 2011, gestito dal Servizio Sviluppo Organizzativo aziendale.

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, Dipartimento Cure Primarie, Dipartimenti Ospedalieri, Dipartimento di Sanità Pubblica, Dipartimento di Salute Mentale e funzioni di staff alla Direzione Generale) ed una funzione di supporto metodologico al processo complessivo di valutazione.

### **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

#### **Area dirigenziale**

La AOU di Modena ha da tempo implementare il sistema di valutazione, in costante confronto con le OO. SS., promuovendo ad ogni livello la diffusione della cultura della valutazione e regolamentando il processo di valutazione con un proprio regolamento adottato nell'anno 2002 .

Ciò, in considerazione del fatto che La valutazione dei dirigenti costituisce uno degli elementi più significativi nella gestione del rapporto di lavoro introdotto dal CC. NN. LL. della Dirigenza del 8 Giugno 2000, e si esplica in due ambiti, che coinvolgono due distinti Organi di valutazione secondo specifiche procedure, costituiti da:

- Il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati annualmente in base alla relativa contrattazione aziendale, il cui organo di valutazione è il **Nucleo di Valutazione**;
- La professionalità espressa nell'arco della durata degli incarichi dirigenziali assegnati, il cui organo di valutazione è il Collegio Tecnico di valutazione.

**L'anno 2010 aveva visto l'introduzione di una nuova scheda di valutazione delle prestazioni individuali funzionale al riconoscimento della retribuzione del risultato, dopo un percorso di revisione dello strumento avvenuto nel corso del 2009, mediante l'approvazione della nuova scheda da parte del Nucleo Interno di Valutazione, la condivisione della scheda in sede sindacale e la formazione dei professionisti sulle regole tecniche di applicazione.**

Nell'ambito della procedura di valutazione, vengono assicurati secondo il dettato contrattuale i seguenti principi:

- **la partecipazione del valutato.** Il valutatore di I istanza presenta la scheda di valutazione al valutato per dividerne i contenuti e focalizzare eventuali aree di possibile miglioramento. Nella fase di II istanza il valutato redige una relazione scritta da presentare al Collegio tecnico sull'attività svolta e i risultati conseguiti nel periodo di incarico.
- **l'obbligo di motivazione.** la motivazione deve essere riportata, in forma sintetica, in calce alla scheda di valutazione e al verbale conclusivo.
- **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.

Per quanto riguarda le modalità procedurali seguite ai fini della valutazione dinanzi al Collegio Tecnico e al Nucleo Interno di valutazione, si rinvia a quanto dettagliatamente illustrato nell'allegato A) al presente Bilancio di Missione.

**L'attività di verifica dell'anno 2011** ha avuto il seguente andamento:

sono stati valutati complessivamente, tra Area medica e Area SPTA, n.60 incarichi dirigenziali di cui:

- n. 4 Strutture complesse
- n. 13 Strutture semplici
- n. 8 Incarichi professionali complessi
- n. 35 Incarichi professionali semplici

A questi si aggiungono n. **33** valutazioni per maturazione dell'esperienza professionale di 5 e 15 anni per l'applicazione dei benefici contrattuali.

### **Area Comparto**

A seguito dell'elaborazione della nuova scheda di valutazione, l'anno 2011 è stato dedicato, almeno nel primo quadrimestre, a definire i criteri di utilizzo e a fornire supporto informativo ai valutatori, al fine di procedere alla valutazione 2010 con il nuovo strumento.

Quest'ultimo ha carattere di flessibilità rispetto alle esigenze organizzative aziendali, pertanto potrà variare ed adeguarsi in riferimento alle capacità professionali ed ai risultati che l'azienda riterrà più significativi per le proprie finalità. Le stesse capacità individuate oggi come oggetto di valutazione potranno infatti cambiare nel tempo, e così la loro pesatura.

Affinchè il processo di valutazione della performance non diventi un semplice rituale burocratico, ma uno strumento di innovazione organizzativa, i valutatori sono stati invitati ad attenersi ai seguenti principi base:

- Il sistema di valutazione deve essere uno strumento di valorizzazione delle risorse umane (non punitivo o sanzionatorio);
- Gli elementi su cui si basa la valutazione devono essere conosciuti dai valutati ad inizio anno; è infatti fondamentale il pieno coinvolgimento di tutte le figure professionali nel processo di definizione degli obiettivi e dei comportamenti richiesti;
- Il processo di valutazione deve prevedere la fase di autovalutazione e il colloquio finale;
- Il sistema deve avere ad oggetto le capacità, i comportamenti professionali e i risultati ottenuti, riconoscendo il merito e rinforzando, di conseguenza, i comportamenti attesi;
- I fattori di valutazione devono essere espliciti, le capacità tradotte in termini di comportamenti professionali osservabili e gli obiettivi in termini di risultati attesi ed indicatori di risultato.

L'introduzione del nuovo strumento informatizzato non ha modificato il processo di valutazione già precedentemente sperimentato e applicato.

### **Sistema incentivante per il personale del comparto**

L'azienda ha stipulato con le Organizzazioni Sindacali e la Rsu un contratto integrativo che interviene sul trattamento accessorio del personale del comparto, con la finalità di armonizzarlo con il contesto normativo vigente.

Il sistema premiante ha per oggetto il contributo del lavoratore al raggiungimento degli obiettivi assegnati ad ogni unità operativa attraverso gli strumenti programmatici aziendali e negoziati con le strutture attraverso il processo di budget e il raggiungimento di specifici obiettivi strategici aziendali formalizzati in termini di progetto, individuale o di gruppo. Tale contributo viene misurato attraverso il sistema di valutazione.

## **4.7 - La Formazione**

### **Le determinanti, il percorso di elaborazione e gli obiettivi di riferimento del Piano di Formazione Aziendale**

## **I determinanti del Piano di Formazione Aziendale**

La complessità del processo di formazione aziendale, che comprende la formazione di tutte le professionalità e di tutti i livelli di responsabilità, nonché la sua valenza strategica rendono necessaria la presa in considerazione di alcuni determinanti:

Integrazione tra le strutture organizzative coinvolte nella sua attuazione.

A tale scopo è stata costruita una "rete aziendale della formazione" così strutturata: 1 referente per ogni stabilimento ospedaliero e per ogni distretto; 1 referente per la dirigenza ed 1 per il comparto per ciascun dipartimento e per il presidio; sono inoltre coinvolti i responsabili a tutti i livelli organizzativi. La rete dei referenti della formazione ha pertanto la funzione di:

- raccogliere le esigenze formative predisporre una proposta annuale da portare all'attenzione del Comitato Direttivo nei tempi previsti dalla programmazione aziendale
- curare che il piano di formazione-aggiornamento sia in linea con gli obiettivi Aziendali e Regionali
- favorire corsi multidisciplinari e integrati sia all'interno del Dipartimento che verso l'esterno onde agevolare al massimo l'integrazione sanitaria e sociosanitaria
- rispettare le indicazioni metodologiche fornite da Agefor per i percorsi ECM
- supportare i Servizi che sono sede di eventi formativi

Correlazione tra gli obiettivi di sviluppo delle attività dei contesti organizzativi e l'identificazione dei bisogni formativi. A tale scopo la Direzione Aziendale ha scelto di considerare la formazione come un investimento da inserire all'interno del processo di negoziazione annuale del budget delle macrostrutture.

Adeguamento ai requisiti previsti al capitolo "Formazione" del Modello di Accredimento istituzionale della Regione Emilia Romagna per il quale il Piano di Formazione aziendale costituisce evidenza documentale.

Adeguamento della progettazione delle attività contenute nel Piano ai requisiti di accreditamento, per il riconoscimento dei crediti formativi, del programma nazionale e regionale di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.).

Agefor – Agenzia Formativa dell'Azienda USL - nella definizione del piano di formazione aziendale svolge tre importanti compiti:

predisposizione del Piano della Formazione Aziendale e suo monitoraggio

progettazione ed erogazione di iniziative formative

supporto e coordinamento della gestione di iniziative formative di competenza di specifiche strutture dell'Azienda

Predisposizione del Piano della Formazione Aziendale e suo monitoraggio

Per l'anno 2011, il Piano Aziendale di Formazione prevedeva 3 aree distinte:

- AREA STRATEGICA GESTIONALE (proposte dalle Direzioni) Su tematiche e professionisti individuati dalle Direzioni (ad esempio ricadute dell'atto aziendale su DACP, Distretti e Dipartimenti Ospedalieri)
- AREA TECNICO PROFESSIONALE (proposte dalle Macrostrutture) che ha previsto 4 sezioni specifiche.
- FORMAZIONE INTERNA

Le macrostrutture aziendali hanno identificato le proposte formative di area tecnico professionale specifica a partire dall'analisi del fabbisogno delle singole articolazioni organizzative (U.O., Servizi, ecc.) e in base alle esigenze specifiche delle diverse qualifiche professionali presenti nell'organico.

Hanno considerato le competenze necessarie da sviluppare oppure da mantenere per il raggiungimento degli obiettivi della macrostruttura e degli obiettivi ed indirizzi di riferimento

desumibili dai piani di attività, in modo coerente con quanto previsto nei requisiti specifici per l'accreditamento istituzionale nel capitolo "Clinical competence e formazione".

Gli interventi formativi sono stati definiti a partire dalle competenze tecnico professionali indispensabili a garantire il raggiungimento dei risultati e collegate alla mission delle diverse realtà operative. A tal fine, hanno utilizzato quanto predisposto per rispondere ai requisiti specifici di accreditamento in materia di Clinical Competence (mappe delle competenze, profili ...). La mappa delle competenze è stata predisposta a valenza dipartimentale o di area. Attualmente lo strumento è stato applicato in tutte le UU.OO. del Dipartimento Materno Infantile, del Dipartimento integrato di Medicina Metabolica e del Dipartimento Integrato di Neuroscienze. Inoltre è applicato nelle UU.OO. del Nuovo Ospedale Civile S'Agostino Estense di Baggiovara del Dipartimento di Area Critica, del Dipartimento di Chirurgia, del Dipartimento di medicina interna e riabilitativa, del Dipartimento di Ortopedia, del Dipartimento di Diagnostica per Immagini, del Dipartimento di Emergenza Urgenza e nella Centrale Operativa Provinciale Modena Soccorso.

### **CONVEGNI**

In questa area le macrostrutture hanno inserito momenti formativi legati alla condivisione e diffusione di particolari know-how, legati a tecnologie ed innovazioni specifiche o a particolari tipologie di pazienti motivandole, definendo il livello di diffusione e le ricadute per l'Azienda.

### **FORMAZIONE ESTERNA**

Le macrostrutture hanno individuato quali competenze specifiche possono trovare risposta con la formazione esterna (ad esempio qualifiche poco numerose, competenze molto specifiche per pochi operatori...)

### **ESIGENZE FORMATIVE**

Per le macrostrutture è stato possibile segnalare eventuali esigenze formative su competenze trasversali (ad esempio lavaggio delle mani, gestione del rischio, piano per la sicurezza, percorso emergenza urgenza, metodologie formative...) che sono state vagliate ed accolte se coerenti con indicazioni aziendali.

### **3. AREE MONOTEMATICHE**

In questa area sono state individuate dalle Direzioni, aree tematiche 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.

Si è implementata una metodologia di raccolta dei bisogni più strutturata per livelli di intervento con l'obiettivo di integrare e connettere funzioni e contenuti, attraverso

1.Revisione e supporto metodologico alla stesura delle proposte

Analisi della coerenza tra titolo, obiettivi, tipologia e metodologia didattica (soprattutto per la fsc) e costi previsti.

2.Integrazione funzionale e professionale

Riconduzione "a sistema" per validazione dei contenuti (comunicazione e relazioni, dolore e cure palliative, D.L.vo 81/08, aspetti medico legali e documentazione clinica...);

Condivisione con altre strutture di tematiche trasversali presenti nel piano formativo di singole strutture

3.Razionalizzazione ed economie di scala

Condivisione e riconduzione, a livello aziendale, dipartimentale/distrettuale dei percorsi comuni a più unità operative o su temi di interesse trasversale (es. Salute Stranieri, lesioni ...)

4.Progettazione ed erogazione di iniziative formative

progettazione di proposte formative coerenti con i bisogni specifici e capaci di accrescere le competenze;

organizzazione di calendario e logistica compatibili con le attività operative;  
utilizzo di docenti esperti e materiale didattico a supporto idoneo;  
innovazione nei temi proposti e nelle metodologie didattiche adottate.

5. Supporto e coordinamento della gestione di iniziative formative di competenza di specifiche strutture dell'Azienda

predisposizione di procedure organizzative/amministrative e formulazione di indicazioni per le varie articolazioni aziendali;

consulenza, supporto organizzativo e, al bisogno, anche amministrativo per le macrostrutture aziendali.

Le aree tematiche principali

Area Ricerca e Innovazione

Nel 2011 prosegue l'attività di promozione di questa area allo scopo di costruire una rete aziendale in grado di sostenere metodologicamente ed organizzativamente sia progetti di ricerca sia di miglioramento. L'obiettivo specifico 2011 è fornire ai professionisti l'occasione di leggere testi medico-scientifici in lingua inglese, in modo guidato e sostenuto dalla docente, al fine di perfezionare la comprensione della letteratura che riguarda le più recenti ricerche, percorsi assistenziali, linee guida e/o problematiche.

#### **Area Salute stranieri**

Si tratta di eventi formativi che hanno come area tematica l'approccio al paziente migrante, in modo coerente con il fatto che il flusso migratorio nella nostra provincia ha assunto caratteristiche tali da risultare una realtà strutturale, con un significativo incremento nella richiesta di accesso e nella fruizione del SSR da parte dei migranti, fattore indicativo di una reale integrazione della popolazione straniera.

#### **Area dematerializzazione**

Tra gli obiettivi 2011 è stato previsto il supporto ai servizi per la realizzazione dei progetti di dematerializzazione che saranno inseriti nei programmi di attività.

#### **Area Emergenza urgenza**

Agefor ha investito anche per il 2011 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 come previsto dal

#### **Area Comunicazione e relazione**

Numerose iniziative formative si propongono di sensibilizzare gli operatori e fornire loro stimoli di riflessione in merito al sistema di care giving, con riferimento specifico al contesto sanitario, con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari conoscenze e competenze relative alle diverse dinamiche familiari e, di conseguenza, sulla "relazione che cura", approfondendo aspetti relazionali specifici per alcune patologie.

#### **Area Gestione del rischio**

Come negli anni passati prosegue l'attività di formazione sui contenuti del nuovo D.lgs 81/08 per la diffusione della cultura della salute e della sicurezza agli operatori.

Il Sistema Informativo Ospedaliero è stato anche per il 2011 un tema rilevante in quanto sta diventando lo standard informatico di riferimento per tutte le strutture della rete aziendale.

#### **Area Dolore e cure palliative**

Nel 2011, in coerenza con l'applicazione della legge nazionale del 2010, sono stati individuati specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative.

#### **I focus 2011**

Su mandato della Direzione Aziendale, per il 2011 era stato deciso, con coordinamento di Agefor, di procedere con un focus specifico su alcune aree tematiche significative:

- Dolore e cure palliative
- Comunicazione e relazione
- Gestione del rischio

Nell'area Dolore e Cure Palliative è stata effettuata una analisi delle esigenze formative espresse dalle macrostrutture con l'obiettivo di predisporre un piano di formazione a sostegno dell'implementazione del Programma Cure Palliative e della Rete di Terapia del dolore aziendali, in coerenza con i livelli di competenza individuati dal modello organizzativo.

Nell'area Comunicazione e relazione a partire dai bisogni emersi dalle macrostrutture, sono state ridefinite le tematiche da sviluppare nei prossimi anni su 2 ambiti tematici:

- comunicazione e relazione con l'utente
- dinamiche relazionali ed integrazione in equipe, anche con riferimento alle tipologie di pazienti presi in carico.

Nell'area Gestione del rischio nell'ottica di una visione sistemica ed integrata della formazione in tema di rischio sanitario, si è convenuto di adottare una modalità condivisa di gestione delle proposte formative sul tema che avessero caratteristiche di priorità per il 2011 (e/o di obbligatorietà per disposizione normativa) oltre che di trasversalità rispetto alle discipline e ai ruoli di appartenenza dei destinatari. Si è proceduto con una analisi dei bisogni comune tra le varie strutture aziendali coinvolte e con la predisposizione di un piano formativo integrato.

Il nuovo programma ECM 2011-2013

Dal 1 gennaio 2011, è entrato in vigore il nuovo programma ECM, regolamentato dagli Accordi Stato Regioni del 7 agosto 2008 e del 5 novembre 2009, dalla Determinazione della Commissione Nazionale ECM del 13 gennaio 2010 e dal DPCM del 26 Luglio 2010. La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali

È confermato che ogni operatore sanitario deve acquisire: 150 crediti formativi nel triennio 2011-2013 (50 crediti/anno - minimo 25 e massimo 75). Non si possono recuperare crediti dagli anni precedenti.

A partire dal 2011 verranno riconosciute ai fini ECM le seguenti tipologie:

- Formazione Residenziale
- Convegni e congressi
- Formazione residenziale Interattiva
- Training individualizzato
- Gruppi miglioramento o di studio, commissioni, comitati
- Attività di ricerca
- Audit clinico e/o assistenziale
- Autoapprendimento senza tutor (FAD)
- Autoapprendimento con tutor (FAD)
- Docenza e tutoring + altro

Per convegni, congressi, simposi e conferenze (tipologia 2), per gruppi di miglioramento (tipologia 5), per attività di ricerca (tipologia 6), per docenze e tutoring (tipologia 10) nei tre anni il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere il 60% di 150, vale a dire 90 crediti nei 3 anni.

L'Azienda USL provvederà a registrare l'attività di tutoraggio nella formazione base e post base di tutte le professioni sanitarie. A richiesta fornirà ai singoli professionisti la documentazione

che dovrà essere indirizzata all'Ordine Professionale o al Collegio per l'emissione dell'attestazione e erogazione dei crediti. Sono acquisibili 4 crediti per mese di tutoraggio, con il limite di utilizzo del 50% dei crediti di ogni anno (25 crediti).

Informazioni quali-quantitative

N° corsi/seminari organizzati per macroarea

AREA	TOTALE CORSI
Alcol e lavoro	1
Amministrativa	2
Assistenza infermieristica e tecnica	5
Audit	9
Cartella infermieristica	4
Comunicazione e relazione	11
Cultura e Sanità	3
Diabete	4
Dimissioni protette	---
Dolore-cure palliative	9
Emergenza-urgenza	44
Emogasanalisi	2
Gestione CVC	4
Gestione del rischio - Sorveglianza Sanitaria	5
Gestione del rischio - Documentazione clinica	4
Gestione del rischio - Fisica sanitaria	7
Gestione del rischio - Ingegneria Clinica	---
Gestione del rischio - Rischio Clinico	13
Gestione del rischio - Rischio infettivo	4
Gestione del rischio - SPPA	10
Informatica	8
Legionella	1
Lesioni	2
Manageriale, Gestionale, Organizzativa	21
Metodologia della Formazione	2

Percorsi e integrazione	4
Qualità e accreditamento	6
Ricerca e innovazione	10
Salute stranieri	2
TAO	2
Tecnico Professionale Specifico	526
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>725</b>

I corsi sono stati erogati per un totale di 1340 edizioni, 1257 con accreditamento ECM e 83 senza accreditamento ECM.

N° dipendenti con obbligo ECM e numero dei dipendenti che hanno conseguito il numero di crediti ECM richiesti

Professioni	Presenti Azienda	in	N. professionisti che hanno conseguito da 25 a 50 crediti	N. professionisti che hanno conseguito oltre 50 crediti
Assistente Sanitario	50		20	13
Biologo	21		8	13
Chimico	3		2	1
Dietista	14		3	0
Educatore Professionale	57		24	18
Farmacista	31		6	7
Fisico	4		0	4
Fisioterapista	128		47	49
Infermiere	2605		808	365
Infermiere Pediatrico	12		1	0
Logopedista	37		4	28
Medico Chirurgo	930		275	219
Odontoiatra	1		0	0
Ortottista	2		0	1
Ostetrica/o	131		50	26
Psicologo	65		17	40
Tecnico Audiometrista	6		3	0

Tecnico della Prevenzione nell'ambiente di Lavoro	114	19	62
Tecnico di Neurofisiopatologia	11	5	1
Tecnico Educ. e Riabilitazione Psichica e Psicosociale	1	1	0
Tecnico Fisiologia Cardiocircolatoria e Perfusionione Cardiovascolare	27	0	9
Tecnico Ortopedico	0	0	0
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	100	39	42
Tecnico Sanit. di Radiologia Medica	140	61	47
Veterinario	97	26	57
<b>Totali</b>	<b>4587</b>	<b>1419</b>	<b>1002</b>

N° totale dei crediti EC acquisiti nell'anno da personale dipendente e convenzionato, con specificazione del numero di crediti acquisiti con iniziative interne

Personale dipendente: n. 158.525 crediti di cui:

- n. 147.545 crediti da formazione interna,
- n. 9.962 crediti da formazione accreditata dall'Azienda per conto di Altri Enti
- n. 1.018 crediti da formazione esterna (n.b. per molti corsi si attendono gli attestati ecm).

Personale convenzionato: n. 27.392 crediti di cui:

- n. 26.219 crediti da formazione interna
- n. 1.173 crediti da formazione accreditata dall'Azienda per conto di Altri Enti.

N° di crediti erogati a personale esterno, partecipante a iniziative di formazione aziendali: 42.564

N° di crediti acquisiti dai dipendenti e convenzionati per attività di docenza e tutoraggio: 24.958

Costo complessivo per formazione del personale dipendente e convenzionato, distinto per eventi ECM, eventi non ECM, iniziative esterne all'azienda

Formazione interna, cioè organizzata dall'Azienda, con copertura economica aziendale.	Eventi ECM	Dipendenti	219.663	
Comprende i costi diretti degli eventi				239.036

		Convenzionati	19.373	
	Eventi non ECM	Dipendenti	8.639	8.774
		Convenzionati	135	
Formazione interna, cioè organizzata dall'Azienda, con finanziamenti specifici	Eventi ECM	Dipendenti	52.603	56.167
		Convenzionati	3.564	
	Eventi non ECM	Dipendenti	2.883	3.266
		Convenzionati	383	
Formazione esterna (cioè fruita presso altri enti) Comprende i costi sostenuti per coprire quote di partecipazione e missioni	Eventi ECM	Solo per il personale dipendente	169.259	172.402
	Eventi non ECM		3.143	

#### Servizio di Biblioteca on line

N. di utenti abilitati (* )	(operatori sanitari dipendenti che hanno accesso a Internet)
N. di utenti che hanno utilizzato il servizio nell'anno (* )	Tutti quelli che hanno accesso alla rete. Hanno inoltre usufruito del servizio di accesso da remoto (per es. casa) n. .... nuovi operatori
N. totale di accessi (* )	Il numero di accessi non è calcolabile dal momento che le risorse in abbonamento sono accessibili da diversi punti oltre che dal sito della biblioteca.

(\*) Dato non disponibile presso Agefor - Per informazioni rivolgersi a Dott.ssa Chiara Bassi - CEVEAS

Collaborazione alla formazione di base e post base:

Università di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Modulo di Formazione di base nell'area della Medicina generale e delle Cure Primarie nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Dall'anno accademico 2008/09, è stato istituito presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia il modulo di Formazione di base nell'area della Medicina generale e delle Cure Primarie, che prevede lezioni d'aula alternate alla frequenza di tirocini presso gli studi dei Medici di Medicina Generale e presso i servizi territoriali dell'Azienda USL. Prima esperienza in Italia, il percorso ha l'obiettivo di integrare le competenze di base acquisite in ospedale con quelle relative agli aspetti preventivi, riabilitativi e socio assistenziali che caratterizzano la medicina extraospedaliera. Gli studenti coinvolti hanno frequentato i servizi del Dipartimento Cure Primarie Aziendale.

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 nei seguenti corsi di laurea triennale:

Dietistica

Fisioterapia

Terapia occupazionale

Infermieristica - sede di Modena

Ostetricia

Tecnica della riabilitazione psichiatrica

Tecniche di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare

Tecniche di laboratorio biomedico

Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia

Regione Emilia Romagna

Corso di formazione specifica in medicina generale

L'AUSL di Modena è sede di tirocinio del corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale gestito dalla Regione Emilia-Romagna, riservato a laureati in Medicina e Chirurgia che intendono esercitare l'attività di medico di Medicina Generale.

Nell'arco del triennio formativo è previsto lo svolgimento di attività didattica di natura seminariale, finalizzata a completare le conoscenze inerenti ai problemi clinici più rilevanti da affrontare e di natura pratica presso gli ospedali e le sedi distrettuali delle Aziende Sanitarie regionali, focalizzandosi soprattutto sugli aspetti legati all'integrazione dei percorsi del paziente fra medicina generale, territorio e ospedale.

A decorrere dal triennio formativo 2011-2013 ad Agefor è stata affidata la gestione complessiva delle attività didattiche e di tirocinio pratico, nonché la gestione amministrativa e contabile del corso in relazione ai corsisti assegnati all'Azienda USL di Modena.

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 2011 sono stati attivati n. 8 corsi di formazione iniziale e n. 7 corsi di riqualifica.

#### **4.8 - Sistema informativo del personale**

Il sistema informativo del personale può essere definito come l'insieme dei processi, procedure, informazioni, documenti, dati finalizzati, da un lato, agli adempimenti di legge e alle applicazioni economiche, normative e contrattuali, dall'altro, a supportare l'attività strategica, decisionale, di sviluppo e di comunicazione dei vertici dell'azienda.

Il sistema informativo del personale deve pertanto consentire di ordinare organicamente i processi e le informazioni che vedono coinvolti tutti gli attori aventi un qualsiasi rapporto di dipendenza gerarchico-direzionale con l'azienda dal momento del loro inserimento e per tutta la durata del rapporto.

Il sistema informativo del personale, ed in particolare la gestione delle operazioni amministrative e contabili, è stato gestito, nel susseguirsi delle diverse organizzazioni e unificazioni che hanno visto interessata la nostra Azienda, con l'ausilio di due principali applicativi:

- ➔ AS400-Matrix: è la procedura che si è occupata della pianta organica, dello stato giuridico e dello stato matricolare, della procedura concorsi, del fascicolo del dipendente, delle paghe (comprende tutto quello che riguardava il trattamento economico previdenziale del personale dipendente o con rapporto di collaborazione);
- ➔ JOBTIME: era lo strumento principe per le problematiche pertinenti il ricevimento e la gestione dei dati relativi alla presenza - assenza del personale dipendente o con rapporto di collaborazione.

Le informazioni e i conseguenti (e dipendenti) processi contenuti nelle due procedure non interagivano organicamente e autonomamente tra loro, ma i dati, opportunamente trattati, venivano trasferite tramite passaggi delle informazioni su supporti magnetici con risultati affidabili, ma con modalità e tempi non sempre votati all'efficienza e alla immediata fruibilità.

L'aumento delle esigenze legate ai nuovi sistemi gestionali (si pensi, solo a titolo esplicativo, alla gestione dei profili di carriera, allo sviluppo delle competenze interne, al Knowledge Management,...) e l'incremento del fabbisogno informativo che ne è derivato, unitamente al livello dimensionale raggiunto, alla complessità delle funzioni, alla variabilità degli istituti da applicare, alla specificità tipiche delle aziende sanitarie pubbliche hanno fatto emergere diverse problematiche legate al sistema informativo mettendo in crisi il modello basato sul contemporaneo utilizzo dei due applicativi.

Se infatti questo modello ha consentito da un lato un efficace presidio delle informazioni grazie anche alla maggiore autonomia data alle distinte unità organizzative coinvolte in ogni singolo processo, dall'altro ha però rappresentato un limite nella produzione dell'informazione e della unicità del dato, superabile con la sola unificazione del sistema operativo da adottare.

La sfida, ma contemporaneamente l'improcrastinabile esigenza, è stata quella di realizzare un sistema informativo in grado di offrire funzioni e servizi per sostenere la nuova struttura

organizzativa e di favorire l'assetto che l'Azienda adotta oggi o adotterà a seguito degli inevitabili processi di riforma che potranno susseguirsi.

Pertanto il progetto di "reingegnerizzazione" non ha avuto (e non ha) il solo scopo di conservare una parità funzionale, sostituendo il "vecchio" sistema informativo con il "nuovo"; ma è stata invece un'occasione e uno stimolo per la rivisitazione critica dei processi amministrativi e per una riflessione sugli obiettivi di miglioramento del servizio che devono rispondere a criteri di apertura, flessibilità e adattabilità.

Il progetto di "reingegnerizzazione" ribadisce nelle sue linee programmatiche la centralità del lavoratore e, quindi, la costituzione del curriculum vitae inteso in senso ampio e dinamico

Partendo da un processo di Gap Analysis si è cercato di individuare quelli che potevano essere i principali vincoli derivanti dalla "ormai vecchia" procedura; in particolare:

- Mancanza di una base dati unica ed integrata, che comportava la necessità di creare una base dati aggiuntiva su cui effettuare interrogazioni contenenti dati misti (gestionali e amministrativi)
- Mancanza di un inquiry strutturato su questa base dati
- Mancanza di integrazione tra le funzioni attualmente gestite (parte in AS400-Matrix e JOBTIME e parte su pc)
- La procedura AS400-Matrix copriva unicamente l'informativa base del dipendente, mentre altre funzioni (come le valutazioni o le conoscenze acquisite) erano supportate da procedure su personal computer
- Il sistema presentava un basso livello di usabilità, avendo un'interfaccia molto complessa che scoraggiava la mobilità degli utilizzatori, richiedendo un addestramento laborioso e lungaggini nell'utilizzo
- Ciascun addetto utilizzava anche strumenti diversi per il medesimo scopo (word processing, fogli elettronici, ecc.) rendendo alquanto arduo lo scambio di documenti
- Disomogeneità dei dati e delle informazioni
- Il sistema, nel suo complesso, aveva infine raggiunto il limite di personalizzazione consentito e richiedeva una costante manutenzione dei programmi

Per dare risposte alle crescenti esigenze ed integrare la strategia aziendale con i piani HR si è introdotto un nuovo sistema informativo del personale che si affiancasse in una prima fase e sostituisse poi i due applicativi in uso denominato WHR.

L'introduzione di WHR – (WEB HUMAN RESOURCES), sistema informativo gestionale integrato, ha permesso all'Azienda di gestire i suoi processi con:

- Un unico database
- Un'unica applicazione e
- Un'unica interfaccia utente

WHR, che si basa su data base SQL secondo un'architettura applicativa di tipo client server, è costituito da diversi moduli applicativi gestionali tutti integrati tra loro, così da utilizzare un'unica anagrafica dipendenti.

I principali moduli applicativi sono:

- Gestione giuridica
- Gestione economica
- Gestione rilevazione presenze
- Gestione reportistica direzionale
- Gestione cartellino on-line (portale del dipendente)
- Gestione concorsi

- Gestione pensioni
- Gestione ottica dei moduli giustificativi e dei transiti

Il nuovo sistema consente

- Diminuzione dei costi di manutenzione
- Standardizzazione dei linguaggi aziendali
- Eliminazione di attività duplicate (one data-one entry)

La possibilità di attingere da un unico data base e l'interfaccia web permette inoltre

- Integrazione tra anagrafica e struttura organizzativa
- Raggruppamento logico dei dati
- Maggiore Integrazione organizzativa
- Storicizzazione
- Gestione dei profili professionali
- Reportistica interattiva e flessibile (dati statistici e storici)
- Consegna della cedola dello stipendio ed eventuali comunicazioni in via telematica (portale del dipendente)

La linea di sviluppo futuro sarà l'adozione di un modulo informatico che gestisca le nuove funzioni che sorgeranno in Azienda: la formazione a distanza, la valutazione del potenziale, la pianificazione degli organici e delle competenze dell'organizzazione, il budget economico del personale (attualmente in fase di sperimentazione), la trasmissione telematica dei dati contabili per le dichiarazioni agli istituti nazionali

La fase attuale di "reingegnerizzazione" ci ha visti impegnati principalmente in:

- Ridefinizione dell'anagrafica dei dipendenti attraverso l'unificazione delle preesistenti anagrafiche
- Codifica degli eventi
- Ricodifica e ridefinizione dei centri di costo di afferenza e delle metodologie di allocazione del persone all'interno dell'organigramma aziendale
- Definizione e standardizzazione delle reportistica attraverso la definizione di cruscotti direzionali ed estrazioni il più possibile flessibili
- Ridefinizione delle procedure e dei profili di accesso (sia di livello di utenza sia di gestione del dato)
- Allineamento con la funzione di controllo di gestione

#### **4.8 - Relazioni con personale dipendente e sue rappresentanze**

##### **Azienda USL**

La complessità delle dinamiche sindacali dell'azienda 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 l'Ufficio 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.

### **Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena**

Nel corso del 2011 la contrattazione ha avuto come principale obiettivo, la definizione di un nuovo CCIA per l'area comparto con il quale è stato delineato in modo più preciso l'istituto della produttività e sono stati armonizzati altri istituti, già oggetto di precedenti accordi, con i principi dettati dal nuovo contesto

normativo. E' da sottolineare, come punto di forza, la continua collaborazione e il continuo confronto tra uffici Relazioni Sindacali dell'azienda ospedaliera e dell'azienda territoriale.  
Si forniscono di seguito alcuni dati:

### **Incontri Con Le Organizzazioni Sindacali Anno 2011**

- N. 16 Incontri Area Comparto
- N. 9 Incontri Area Dirigenza Medica
- N. 1 Incontri Area Spta

### **ACCORDI SINDACALI ANNO 2011**

<b><u>AREA CONTRATTUALE</u></b>		<b><u>DATA SOTTOSCRIZIONE</u></b>
<b>COMPARTO</b>	<b>CCIA 2011</b>	<b>25/10/2011</b>
<b>DIRIGENZA MEDICA</b>	<b>Accordo sull'orario di lavoro</b>	<b>30/03/2011</b>
<b>DIRIGENZA PTA</b>	<b>CCIA 2006/2009</b>	<b>25/10/2011</b>

### **Dati relativi al contenzioso del lavoro anno 2011**

#### **Azienda USL di Modena**

Nel corso dell'anno 2011 sono sopravvenuti **8** ricorsi al giudice del lavoro da parte di dipendenti.

Sono pure stati promossi 10 ricorsi al medesimo giudice aventi ad oggetto richieste in materia di previdenza ed assistenza obbligatorie.

Non sono invece pervenute istanze di conciliazione avanti la Direzione Provinciale del Lavoro, essendo divenuto facoltativo tale procedimento.

Nel corso del medesimo anno non risulta che siano disposti pagamenti conseguenti a provvedimenti giurisdizionali di tale natura.

#### **Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena**

Il contenzioso in materia di lavoro viene gestito da apposito ufficio (composto da un Dirigente e una persona di supporto di categoria Bs) il quale si occupa della trattazione di tutte le vertenze in materia di lavoro avanti ogni sede conciliativa.

Nel 2011 è stata trattata una sola vertenza in sede conciliativa che andrà a definizione nel 2012. Le poche conciliazioni trattate sono la conseguenza della norma che ha abolito l'obbligatorietà della conciliazione prima di poter presentare il ricorso giurisdizionale.

La gestione delle cause, inerenti i rapporti di lavoro pubblico contrattualizzato, avanti il Giudice del lavoro è affidata allo stesso ufficio che provvede direttamente con personale proprio fino al primo grado di giudizio, mentre per la difesa nelle cause di lavoro in sede di appello e in quelle con personale avente rapporti di lavoro diversi da quello contrattualizzato, si provvede ad incaricare difensori esterni all'Azienda.

Le cause di lavoro notificate all'azienda nel corso del 2011 sono state 10, di cui 4 in sede di appello; mentre ne sono venute a conclusione 4 di cui tre favorevoli all'Azienda.

Durante l'anno sono state trattate complessivamente 15 cause di lavoro di cui 5 in Corte di Appello.

La tipologia delle vertenze e delle cause è molto varia. Si va dalle problematiche d'inquadramento agli incarichi all'interno dell'Azienda, dalle cause degli ex direttori Sanitari ed Amministrativi per l'adeguamento dei compensi alle richieste degli specializzandi del pagamento delle borse di studio.

## 4.9 – Promozione della salute e benessere psico-fisico dei dipendenti

### Vaccinazione antinfluenzale

E' stata promossa all'interno dell'Azienda, con varie modalità informative, la opportunità/necessità, per gli operatori sanitari, di aderire alla campagna vaccinale 2011/2012 sottoponendosi alla vaccinazione antinfluenzale stagionale.

Nella proposta si fa leva sugli argomenti ampiamente pubblicizzati nella campagna della Regione enfatizzando il rischio di contagio per l'operatore sanitario e la riduzione del rischio delle complicanze e tuttavia in questo ambito vi è stato un calo drammatico delle adesioni.

Sul piano operativo sono stati individuati punti vaccinali, articolati in un ampio calendario, per il periodo novembre-dicembre, in ogni sede di lavoro con ampie fasce orarie di accesso al fine facilitare l'adesione di tutti i Professionisti ed Operatori dell'Azienda.

A fronte di tale impegno, tuttavia, è corrisposta una adesione significativamente inferiore alla campagna 2010-2011

Vaccinazione contro l'epatite B: viene effettuata, in quasi tutta l'azienda, su indicazione dei medici competenti, dal personale infermieristico che collabora con il Servizio di Sorveglianza sanitaria Aziendale. Dal 1/1/08 è attiva la procedura sulla sorveglianza sanitaria del nuovo assunto che è sottoposto alla visita di idoneità specifica alla mansione prima dell'immissione in attività. Nell'ambito della visita viene effettuata la vaccinazione l'Epatite B a tutti i suscettibili che andranno a svolgere attività a rischio ed è fortemente consigliata anche al personale di ruolo amministrativo.

Nel corso del 2011 sono state effettuate complessivamente 224 dosi vaccinali (in massima parte cicli vaccinali completi su nuovi assunti)

In via generale è una vaccinazione non solo offerta, ma fortemente consigliata fino ad essere imposta alle categorie a rischio (pronto soccorso, chirurgie, ecc) e il tasso di adesione è intorno al 100%.

**Tabella 4: Vaccini eseguiti anno 2011**

<b>Tipo vaccino</b>	<b>N dosi</b>
Epatite B	224
Antitetaniche e Antidifterica/Antitetanica	12
Antinfluenzale stagionale	404

## Capitolo 5 - SISTEMI DI RELAZIONI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

Raggiungere uno stato di buona salute per tutti non significa soltanto curare/guarire, ma anche promuovere la salute in modo proattivo prevenendo le malattie e mettendo le persone in grado di scegliere comportamenti salutari.

Le persone per comprendere che cosa fare per promuovere o gestire la propria salute hanno bisogno di:

- informazioni chiare (accesso ai servizi, percorsi, ecc.), affidabili e scientificamente corrette (appropriatezza delle prestazioni, ecc.);
- rete di relazioni che garantisca (fiducia) e rinforzi con azioni diversificate una comunicazione a servizio della promozione della salute.

"La comunicazione per la salute è un elemento decisivo nel governo delle attività assistenziali che ha avuto un notevole impulso negli ultimi anni [...]. Per affrontare i problemi e gli obiettivi descritti le Aziende Sanitarie e il sistema dei servizi sociali devono sviluppare un insieme coordinato di competenze e funzioni mirate alla comunicazione: il Sistema Comunicazione. Questo Sistema deve garantire il collegamento dei vari punti informativi con particolare attenzione alle fasce più deboli (anziani, immigrati, persone con disagio economico e sociale), deve poggiare su un piano comunicativo integrato e condiviso e su strutture organizzative competenti. Il Sistema comunicazione deve essere pertanto capace di sostenere la rete e l'integrazione tra i soggetti titolari della programmazione e della erogazione dei servizi." (Tratto da: Piano Socio Sanitario - Regione Emilia-Romagna)  
Il [Sistema Comunicazione e Marketing Sociale](#) dell'Azienda USL di Modena, per rispondere al suo mandato, ha cercato costantemente di costruire reti di relazione interne (URP, Dipartimento di Salute Pubblica, Dipartimento di Salute Mentale, Distretti Sanitari, Dipartimento di Cure Primarie, Ceveas, Presidi Ospedalieri) ed esterne (Associazioni di volontariato, di categoria, ecc.). Nel 2011 ha supportato la Regione, inoltre, nei seguenti gruppi:

- 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"
- 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"

### 5.1 - Strumenti e canali per l'informazione al cittadino

In linea con quanto contenuto nello stesso Piano Socio Sanitario Regionale [l'U.O Relazioni con il Pubblico dell'Azienda USL](#) 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 ed 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 "informatore/comunicatore 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. L'URP mantiene costanti raccordi con la Direzione Generale, le direzioni distrettuali e dipartimentali, è collegato operativamente con i referenti degli uffici di settore (Servizio Informativo Aziendale, Ufficio Stampa, Sistema Qualità, Centro Servizi Ambulatoriali, etc..) 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.

### **Il portale dell'Azienda USL**

Il [portale dell'Azienda](#) si rivolge ai cittadini, agli operatori sanitari, aziende ecc. e intende offrire informazioni aggiornate su strutture, servizi/prestazioni e possibili approfondimenti attraverso specifiche aree tematiche. Nel 2011 si è continuato ad implementare il portale dell'Azienda USL. Sono state pubblicate circa 1120 pagine e formati altri 20 operatori con il compito di mantenerlo rispetto alla propria area di competenza. Le pagine singole visionate sono state circa 4.333.209 e le visite sono state 1.005.374.

### **L'informazione e l'accesso ai servizi**

L'informazione per l'accesso ai servizi, anche nel corso del 2011, si è avvalsa di diversi canali e strumenti.

- **[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 opera anche attraverso il **[Laboratorio Lapis](#)** per migliorare la comprensibilità e la chiarezza del linguaggio e per la semplificazione della comunicazione scritta destinata ai cittadini secondo criteri di trasparenza, equità, precisione e omogeneità.

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 ad intraprendere una politica di miglioramento della qualità, assegnando un rilievo significativo alle opinioni degli utenti.

- **Front office:** punti di informazione e accoglienza collegati al sistema URP, presenti in diverse strutture territoriali ed 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
- **[Carta dei servizi aziendale:](#)** strumento "dinamico" con modalità periodiche di aggiornamento, sia sul versante informativo che su quello degli impegni aziendali. Risponde alle domande sempre più esigenti ed 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: 800033033** (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 2011 i contatti in entrata di secondo livello sono stati 900
- **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 telefonico alle richieste sui nuovi servizi telematici (Tao online, Referti online) e attraverso il **Numero Verde Aziendale (800300315)** sul programma di prevenzione del tumore del colon retto. Nel corso del 2011 i contatti in entrata sono stati oltre 14.000
- **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 2011 i referti scaricati sono stati 103422 e 59606 i pazienti che hanno scaricato almeno un referto.
- **TAO online:** nuovo servizio che permette ai pazienti seguiti da un centro TAO di vedere e stampare direttamente da casa l'ultima scheda terapeutica. Nell'anno 2011 le terapie scaricate sono state 7265 e 1699 i pazienti che hanno scaricato almeno una terapia
- **L'esperto risponde** è un servizio realizzato con [l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena](#) specifico sulle tematiche inerenti le strutture sanitarie ([posta@prevenzio.net](mailto:posta@prevenzio.net)).
- **InforMo** è la struttura collocata in staff alla Direzione del Dipartimento di Sanità Pubblica in cui operano professionisti appartenenti al Servizio Veterinario e al Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione per fornire informazione e formazione sugli Alimenti e sul Rapporto uomo-animale e ambiente. Distribuisce, inoltre, news-letter che forniscono rassegne "stampa e normativa" periodiche in materia di sicurezza alimentare e di rapporto uomo-animale e ambiente.
- **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.
- **Newsletter del Dipartimento di Sanità Pubblica**
- **Ufficio Stampa:** per informare su nuovi servizi, spostamenti, inaugurazioni attraverso i mass media, nel 2011 sono stati realizzati: 246 comunicati, 17 Conferenze stampa ed effettuate 8 inaugurazioni.
- **Relazioni Esterne:** garantisce la gestione delle relazioni esterne dell'Azienda, promuove l'immagine del servizio sanitario pubblico e supporta l'ufficio stampa.

### **Le Campagne Informative 2011**

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 2011 sono state realizzate 13 campagne e diffusi 285.000 strumenti

**LUNGA VITA ALLE SIGNORE:** campagna di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori femminili <http://www.saluter.it/campagne/lunga-vita-alle-signore>

**LA LINEA GIUSTA E' PREVENIRE** - programma di screening per la prevenzione dei tumori del colon retto <http://www.saluter.it/campagne/programma-di-screening-per-la-prevenzione-e-la-diagnosi-precoce-dei-tumori-del-colon-retto>

**DONAZIONE SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE** - assieme a una nuova vita nasce una possibilità di cura <http://www.saluter.it/campagne/201cdona-il-sangue-del-cordone-ombelicale>

**SALUTE IN VIAGGIO:** campagna informativa regionale rivolta alle persone che viaggiano con l'obiettivo di prevenire inconvenienti o problemi per la salute che potrebbero presentarsi. <http://www.saluter.it/campagne/201csalute-in-viaggio201d>

**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

**ANTIBIOTICI: SOLUZIONE PROBLEMA?:** campagna organizzata dal CeVEAS dell'Azienda USL di Modena, "finalizzata a informare i cittadini sul corretto uso degli antibiotici. La campagna informativa è stata finanziata dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) con l'obiettivo di realizzare uno studio scientifico sperimentale che ne valuterà l'efficacia

**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

**ESENZIONE TICKET PER REDDITO:** campagna informativa regionale sulle nuove regole per certificare l'esenzione dal ticket in base al reddito, per visite ed esami specialistici, in vigore da maggio 2011

**NUOVE REGOLE DI ESENZIONE DAL TICKET DI PRONTO SOCCORSO:** campagna regionale con gli aggiornamenti sulle nuove esenzioni di Pronto Soccorso entrate in vigore dal maggio 2011

**LA RACCOLTA DEI FUNGHI SPONTANEI:** campagna informativa aziendale con le indicazioni di accesso per il controllo funghi

**IO MI VACCINO - PROTEGGI TE, PROTEGGI GLI ALTRI - LA VACCINAZIONE PREVIENE L'INFLUENZA E LE SUE COMPLICANZE:** campagna regionale con lo scopo di prevenire l'influenza e le sue complicanze. <http://www.saluter.it/campagne/influenza-io-mi-vaccino.-proteggi-te-proteggi-gli-altri>

**AUTOCERTIFICAZIONE PER ESENZIONE TICKET:** campagna regionale che stabilisce i nuovi criteri di applicazione dei ticket sanitari

**CENTRO SERVIZI di BAGGIOVARA:** campagna aziendale per comunicare il trasferimento di diversi servizi aziendali presso questa nuova sede.

Il [Sistema Comunicazione e Marketing Sociale](#) a supporto delle campagne nazionali e regionali, ha realizzato le seguenti iniziative:

- [Appuntamenti "Ottobre Rosa - Ricordati di Te"](#)
- [Antibiotici: soluzione o problema?.](#)
- [Alcol, non sei uno di famiglia](#)
- [Cambia aria! Smetti di fumare. Scegli un'aria migliore](#)
- [Giornata mondiale per la lotta all'AIDS 2011](#)

Inoltre ha supportato la comunicazione delle diverse macro aree aziendali in ordine a temi specifici attraverso la realizzazione e/o la stampa di:

- 30.000 copie pieghevole "Spazio giovani - Centro adolescenza"
- 4.000 copie opuscolo "Liberiamoci dalla Violenza" per il Centro di accompagnamento al cambiamento per uomini violenti
- Gruppo di lavoro nuovi ticket regionali: 3.000 copie (scheda), 5.250 copie (pieghevole), 1.020 copie (locandina)
- Informazione PAL: 25.000 copie (opuscolo), 1.000 copie (volume)
- Per "Settimana Salute Mentale": 3.000 opuscoli, 1.000 cartoline, 1.500 quaderni, 2.500 cartelline, 300 manifesti

## **La comunicazione per la promozione della salute nella comunità**

### **Il Programma territoriale "Comunicazione e promozione della salute"**

Il Programma Territoriale della provincia di Modena "Comunicazione e promozione della salute" è stato approvato dall'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria il 24 marzo 2010. Dal punto di vista organizzativo il Programma, a livello distrettuale potrà essere sviluppato all'interno dei singoli Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, nonché dei relativi Programmi Attuativi Annuali. A livello provinciale, la CTSS ha adottato il Programma Territoriale "Comunicazione e Promozione della Salute" - avviato il 30 gennaio 2008 dalle Aziende Sanitarie modenesi - per favorire una maggiore integrazione tra le attività che i diversi servizi/strutture svolgono nella prevenzione e promozione della salute, per sostenere la collaborazione con altri Soggetti della comunità nella diffusione di sani stili di vita e per garantire un'attuazione coerente ed omogenea sull'intero territorio provinciale. Nel 2011 si è insediato il [gruppo di coordinamento operativo](#) relativo allo sviluppo dei progetti nell'ambito del Programma Territoriale "Comunicazione e Promozione della Salute" e si è altresì incontrato il [Gruppo di lavoro "Comunicazione, formazione, educazione e valutazione"](#) per fare un aggiornamento sulle attività del Programma.

### **I servizi e la soddisfazione dei cittadini**

#### **I Comitati Consultivi Misti e il Comitato di Coordinamento Interaziendale (CCI).**

Si valorizza il rapporto con l'associazionismo con particolare riferimento alla rappresentatività e all'impegno dei CCM presenti nei 7 Distretti, operativi anche attraverso un tavolo di Coordinamento Interaziendale (CCI) di cui fanno parte sia l'Azienda Policlinico sia la 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 2011 sono stati organizzati 9 incontri di coordinamento, prodotto un documento consuntivo e programmatico delle attività, deliberato il nuovo regolamento di funzionamento dei CCM che crea le condizioni per una visione più articolata della composizione, del funzionamento, delle aree di attività, della visibilità interna ed esterna dei CCM.

#### **La gestione delle segnalazioni dei cittadini (modificare il collegamento con la nuova pagina sotto:**

<http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/8123>

## **5.2 - La Comunicazione per la Salute**

Il Sistema Comunicazione dell'Azienda usa sincreticamente le sue diverse articolazioni ([Educazione alla Salute](#), [Ufficio Stampa](#), [Marketing Sociale](#), [Programma Interaziendale "Comunicazione e Promozione della Salute"](#), [Laboratorio Cittadino Competente](#), [Relazioni Esterne](#)) per annodare rapporti di partnership e individuare canali che concorrano ad attivare capillari interventi di promozione della salute. L'approvazione da parte della CTSS del Programma Territoriale della provincia di Modena "Comunicazione e promozione della salute" ha dato coerenza e forza a questo percorso. Il sito [www.ppsmodena.it](http://www.ppsmodena.it) con 76.816 pagine singole visionate e 24.784 visite e la [Newsletter PPS](#) hanno rafforzato la comunicazione per promuovere sani stili di vita.

Nel 2011 si è continuata la sperimentazione in "altri luoghi" e con "altri canali" sia per promuovere la salute sia per realizzare alcune campagne informative. L'obiettivo perseguito è stato quello di raggiungere target sempre più diversificati di persone.

## **Fumo**

Nel 2011 sono proseguite le attività del gruppo interaziendale "Territorio senza fumo" insediatosi nel 2010, in coerenza anche con la DGR n°844/2008 "Piano regionale d'intervento per la lotta al tabagismo".

In aprile, è stata realizzata la campagna [Cambia Aria! Smetti di fumare. Scegli un'aria migliore](#), in occasione della *Giornata mondiale senza fumo* e della *Giornata nazionale del respiro*, dai toni piuttosto ironici.

- Anche nel 2011 si è svolta una nuova edizione del concorso a premi per diventare non fumatori ["Scommetti che smetti?"](#): promosso dall'Ausl di Modena, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, dalla LILT e dall'associazione "Amici del cuore" con la collaborazione di numerosi partner allo scopo di far desistere dal vizio del fumo e di diffondere sani stili di vita. Al concorso hanno aderito:
- 302 partecipanti
- 28 sono stati i premi consegnati 19.157 visite al sito del concorso "Scommetti che smetti?" nell'anno solare

"Scommetti che smetti?" ha ricevuto anche il primo premio nella categoria "Web 2.0 e salute" al concorso nazionale "Comunicazione marketing e informazione per la salute" promosso dall'edizione 2011 del Festival del Giornalismo di Perugia.

Il [Concorso "Liberi di Scegliere" 2011](#) ha premiato l'istituto Berti di Prignano sulla Secchia.

Nell'Area Ospedaliera Nord di Modena si è realizzato il [Progetto educativo sulla smoking-cessation](#), rivolto in prevalenza a Medici Infermieri e tecnici Oss delle Unità Operative di Cardiologia, Medicina Pneumologia e Centro Antifumo Ospedali Carpi e Mirandola con l'obiettivo di fornire conoscenze atte a promuovere la dismissione del fumo nei pazienti ricoverati per patologia gravi e ad affermare come la smoking-cessation debba essere considerata una necessità terapeutica capace di garantire benefici su mortalità e morbilità.

## **Alcol**

*Nel 2011 sono proseguite le attività del gruppo interaziendale Alcol insediatosi nel 2010, in linea con le indicazioni regionali e in coerenza con la DGR n°698/2008 "Programma Dipendenze Patologiche".*

Durante il mese - Aprile - dedicato alla lotta all'alcol, le Aziende sanitarie modenesi hanno promosso la campagna ["Alcol, non sei uno di famiglia"](#), mirata a sensibilizzare sul ruolo educativo e di esempio che la famiglia può esercitare per prevenire i rischi derivanti dal consumo di alcol. Infatti, proprio a tal proposito sui materiali della campagna compariva l'immagine di una bottiglia di vino "ritagliata" dalla classica foto che ritrae nonni, genitori e nipoti. L'iniziativa è stata sostenuta dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e realizzata insieme alle associazioni di auto-aiuto della provincia (AA, ACAT e AI-ANON) e in collaborazione con Ordine dei Medici, Ordine dei Farmacisti, Federfarma Modena e Farmacie comunali di Modena S.p.A. Hanno partecipato anche gli Ospedali Privati Villa Igea e Villa Rosa. In tale occasione, nel territorio della provincia di Modena, sono state realizzate oltre 30 iniziative di sensibilizzazione.

Per l'Anniversario di Fondazione del Corpo di Polizia Municipale di Modena nel 2011, tra iniziative istituzionali, attività benefiche e momenti culturali si è scelto di proporre un [aperitivo senza alcol](#).

In novembre 2011, nell'ambito del progetto "Lavoro sicuro senza alcol", è stato realizzato il programma di ["Tra promozione di sani stili di vita e applicazione della normativa"](#), convegno organizzato dalla Regione Emilia-Romagna per confrontarsi con tutti i soggetti presenti e tracciare una ipotesi di lavoro fondata sulla normativa vigente.

## **AIDS**

Nel corso del 2011 sono proseguite le attività della "Commissione interaziendale per la lotta all'AIDS" culminate come ogni anno con la campagna di sensibilizzazione realizzata in occasione del 1° dicembre (Giornata mondiale contro l'AIDS) che, con lo slogan ideato nel 2007 (anno di avvio della campagna regionale) "In una storia d'amore la tua storia ti accompagna sempre. Tieni fuori l'Aids" ha contato circa 43 eventi nella provincia. Con la supervisione della "Commissione interaziendale per la lotta all'AIDS" è stato inserito un testo informativo nei referti dei test Hiv contenente i riferimenti del Numero Verde Regionale e del sito del Servizio Sanitario Regionale [HelpAids](#).

Nel corso del 2011 sono state realizzate diverse iniziative destinate ai detenuti della Casa Circondariale S. Anna di Modena: incontri di promozione della salute aperti anche alla sezione femminile, con particolare attenzione al tema MST/HIV, ed uno spettacolo di promozione della salute "La salute vien... - Scenette musicate per star bene", con particolare attenzione all'adesione al test Hiv.

Anche nel 2011 l'AziendaUSL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena hanno gestito il progetto HelpAids per conto della Regione Emilia-Romagna, assicurando il coordinamento editoriale e redazionale del Portale regionale [www.helpaids.it](http://www.helpaids.it). Nella sezione *counselling on line* sono state fornite le risposte agli oltre 1.400 quesiti formulati dagli utenti e sono state registrate 198.309 visite al portale.

### **Alimentazione, movimento e prevenzione cardiovascolare**

Le malattie cardiovascolari costituiscono un importante problema di sanità pubblica in quanto sono fra le cause di mortalità, morbosità, e invalidità più diffuse. La prevenzione primaria resta l'arma più valida e importante per combattere questo tipo di patologie con l'adozione di **sani stili di vita**.

È stato istituito, a tal fine, con Delibera del Direttore Generale del 21 giugno 2011 il Gruppo di progetto "Alimentazione e attività motoria".

Nel 2011 numerose sono state le iniziative messe in atto:

- a Pavullo nel Frignano è stato realizzato il progetto "[Anziani in movimento](#)", che si concentra sull'attività motoria come veicolo di integrazione sociale e prevenzione sanitaria;
- a Guiglia, presso il castello, appuntamenti informativi nell'ambito di "[Salute & Benessere se ne parla al Castello](#)";
- a Pavullo nel Frignano, in occasione della festa della scuola media del 2 giugno, [Alimentiamo il Movimento e lo Sport](#);
- A Serramazzoni, nel mese di maggio, [Corri Serra Corri 2011](#), lo sport come aggregatore e sostenitore della salute;
- A Vignola, percorsi di psicomotricità e laboratori creativi per bambini e informazioni su sani stili di vita per i genitori nell'ambito di [Diamoci una mossa](#);
- A Pavullo, nell'ambito della [17a edizione della Fiera dell'Economia Montana - "Creatività e innovazione"](#) - predisposti punti informativi, dove operatori sanitari, farmacisti e volontari sono a disposizione dei visitatori, dando consigli su come mantenersi in salute, distribuendo materiali informativi e effettuando semplici test di approfondimento;
- Supporto alla comunicazione del lancio dei progetti "[Palestra Sicura](#)" e "Prescrizione dell'attività fisica".

### **Ambiente**

All'edizione 2011 del Festival *filosofia* dedicata alla natura le Aziende Sanitarie modenesi, attraverso [Consumabile. Misura quanto sei sostenibile](#), hanno proposto un momento di gioco, aggregazione e riflessione sui temi dell'ambiente e della salute.

Il tema ambiente e sostenibilità è stato centrale anche nel concorso a premi on-line "[Vivi la salute. Vinci il parco](#)", promosso dalle Aziende Sanitarie modenesi nell'ambito della manifestazione fieristica Children's tour 2011.

## Scuola

Sono stati coinvolti nel 2011 oltre 32.000 soggetti tra studenti, docenti e altro personale scolastico con le attività coordinate dagli operatori sanitari e contenute nella XVII edizione di [Sapere&Salute](#), il catalogo che raccoglie i progetti di [Educazione alla Salute](#) offerti alla scuola dall'Azienda USL e da altri partner del territorio anche esterni al mondo della sanità, in piena coerenza con l'obiettivo della intersectorialità degli interventi fortemente sostenuta dal Programma nazionale ["Guadagnare salute"](#).

Tra i progetti più consolidati e che hanno visto confermato un elevato apprezzamento sia da parte degli alunni che del personale sanitario, oltre che di pazienti e utenti, è ["Natale a colori"](#), progetto che da oltre 10 anni porta l'atmosfera natalizia nei luoghi di assistenza e cura e che, nell'ultima edizione, ha coinvolto circa 3.800 alunni delle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado della provincia.

È stato realizzato, in collaborazione con il CONI, il progetto ["Mi muovo con piacere"](#) che ha visto, in questa terza edizione, la partecipazione di 41 scuole con 228 classi per un totale di circa 5.372 ragazzi della provincia.

Tappe significative dell'iniziativa sono state la Festa provinciale dei Giochi della Gioventù e la giornata di premiazione delle scuole.

L'Azienda USL di Modena ha aderito al trial regionale di efficacia ["Paesaggi di Prevenzione"](#), di durata biennale, promosso dall'Assessorato Politiche per la Salute RER e dall'Ufficio Scolastico Regionale. Sono state coinvolte, nell'anno 2011, 10 scuole medie inferiori e medie superiori (5 braccio di controllo e 5 braccio di intervento) per un totale di circa 700 alunni e 40 docenti.

Al progetto "Infanzia a colori", rivolto alle scuole dell'infanzia e primaria, hanno aderito due scuole elementari di Pavullo e Pievepelago ed una scuola materna di Castelfranco Emilia.

Si è svolta, nel 2011, la premiazione dei concorsi ["Mangia giusto, muoviti con gusto"](#) e ["Mani in pasta"](#) che hanno coinvolto oltre 52 scuole della provincia, per un totale di oltre 5900 studenti e 113 insegnanti. Otto le scuole premiate.

## I luoghi di cura

Il Sistema Comunicazione per facilitare la comunicazione fra operatori sanitari e pazienti nei luoghi di cura, nel 2011:

- ha fatto parte del panel multiprofessionale provinciale di Modena e Parma del [Progetto Glaucoma](#)
- ha collaborato al Corso DUNE
- con il gruppo di lavoro Genitori Più è proseguito il lavoro
- con il gruppo aziendale cure palliative è stato progettato materiale informativo per il Progetto "dolore cronico"

Inoltre, a sostegno dei diversi servizi, sono stati stampati i seguenti materiali:

- 1.000 copie del manifesto "Sorrìdi alla prevenzione"
- 10.000 copie dell'opuscolo "Sorrìdi alla prevenzione"
- 5.000 copie di "Guida Assistenza Sanitaria in Gravidanza"
- 6.000 copie di "Scheda della gravidanza"
- 1.000 pieghevoli "Lavorare ed allattare" per Distretto Sassuolo
- 900 copie delle 3 schede "Lavorare ed allattare": spremitura, conservazione/trasporto e somministrazione latte materno per Distretto di Sassuolo
- 4.000 locandine "I pidocchi dei capelli"
- 20.000 opuscoli "I pidocchi dei capelli" e opuscoli multilingua

*I mass media e la comunicazione per la salute*

Nel 2011, in una logica di multicanalità, sono stati destinati spazi su radio, siti web, quotidiani cartacei, coinvolgendo i principali gruppi editoriali locali, per favorire la divulgazione di informazioni sui sani stili vita. In particolare, si segnalano i seguenti progetti:

- ["Scommetti che smetti"](#)
- [Antibiotici: Soluzione o problema?](#)

## I temi della promozione della salute in "altri Luoghi"

Anche nel 2011 il Sistema Comunicazione e Marketing Sociale ha promosso la salute in diversi setting per raggiungere fette sempre più ampie e diversificate della popolazione, in particolare

si è partecipato:

- al Festival della Filosofia 2011 sulla *natura* con "[ConsumAbile. Misura quanto sei sostenibile](#)" una iniziativa per la promozione della salute e dell'ambiente.
- a Children's Tour -Edizione 2011 con la promozione di stili di vita sani e sostenibili attraverso il gioco on-line "[Vivi la salute. Vinci il parco](#)"
- nell'ambito dell'edizione 2011 della manifestazione fieristica Skypass è stato realizzato il gioco on-line "[Skypass4Health](#)" per promuovere la salute
- alla [Settimana della Salute 2011](#) a Fiorano, Formigine, Maranello, Prignano e Sassuolo con incontri, conferenze, concerti gratuiti sul benessere e sulla promozione di sani stili di vita
- a [Ottobre Rosa - Ricordati di te](#) 2011 per la prevenzione dei tumori

Promuovere la salute in altri luoghi comporta anche soffermare lo sguardo sulle "persone altre". Per questo motivo si sono realizzate iniziative di sensibilizzazione quali:

- "[Oltre i muri per sconfiggere il pregiudizio](#)" per sensibilizzare le persone a superare lo stigma e il pregiudizio in collaborazione con il Centro Servizi Volontariato e progetti sperimentali quali: [La promozione della salute in carcere](#)

### **Formazione**

Nel 2011 il Sistema Comunicazione e Marketing Sociale ha realizzato/partecipato ai seguenti corsi a livello:

#### **Distrettuale**

- [Motivare all'allattamento: a Sassuolo i professionisti e le mamme ne parlano insieme](#) (Sassuolo, 7 ottobre 2011)

#### **Provinciale**

- L'agente accertatore per il fumo - Supporto al piano di comunicazione progetto Fumo (Modena, 15 dicembre 2011)
- La promozione del benessere a scuola: educare alla salute applicando le life skills. Media education per lo sviluppo delle competenze trasversali (Modena, 13 dicembre 2011)
- [Educazione alla salute a scuola: giovani e nuovi linguaggi](#) (Modena, 1 dicembre 2011)
- [Web 2.0 e promozione della salute](#) (Modena, 27 settembre 2011)

#### **Nazionale**

- Comunicare la salute - Istituto Superiore di Sanità (Roma, 7-10 giugno 2011)
- Identità personale e promozione della salute - Ministero della Salute (Reggio Emilia, 9-11 febbraio 2011)

## **5.3 - 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). Nel 2011 sulla **intranet** sono state pubblicate 700 pagine e ci sono state 794.605 visite. **House Organ "NoiUSL"**, a cura dell'[Ufficio Stampa](#), sono state pubblicate 13 newsletter per i dipendenti dell'Azienda USL con 80.785 spedizioni e 12.653 letture. **Rassegna stampa** (sintesi via e-mail/intranet) realizzata dall'Ufficio Stampa tramite la selezione e la preparazione degli articoli locali e nazionali più significativi inerenti la salute e la Sanità: nel 2011 sono state inviate 364 rassegne.

**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 aziendali, a supporto dei referenti della comunicazione, ma disponibile anche a tutti operatori dell'azienda, costituisce un importante strumento di comunicazione interna

**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](#).

**Protocollo informatico, l'Azienda** per il protocollo informatico usa l'applicativo Nadir.

**Posta elettronica:** è utilizzata per trasmettere comunicazioni ai dipendenti. [Newsletter](#) sulle attività del Dipartimento di Sanità Pubblica

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 nuovo portale dell'Azienda:** operatori formati per alimentare il nuovo portale.

### 5.3.1 La partecipazioni delle associazioni di volontariato

Nell'anno 2011 come sopra specificato il Punto Unico del Volontariato, il cui coordinamento è affidato al Presidente del CCM, ha consolidato la sua attività all'interno del policlinico nei servizi che mette a disposizione del cittadino quali:

- fornire ai degenti e ai loro parenti informazioni omogenee sui servizi e interventi che le Associazioni di volontariato possono offrire a Modena nell'area socio-sanitaria;
- accogliere i degenti nel momento in cui chi li accompagna è impegnato nell'evasione delle formalità legate all'accettazione e/o alla dimissione dal reparto;
- supportare gli utenti nel momento del pagamento ticket;
- gestire il prestito libri e supporti audio della biblioteca interna nata dalla realizzazione del progetto " libri in corsia".

Nel 2011 si è insediato il nuovo CCM, essendo giunto a scadenza il precedente, che ha visto modificarsi la composizione per l'entrata quali componenti di nuove associazioni di volontariato, sempre in rappresentanza dell'area socio-sanitaria, differenti rispetto alla composizione precedente. Quindi sono nuovi componenti i volontari delle Associazioni: I Giovani Diabetici Modenesi, Lilt, La nostra Voce, Federconsumatori, Gozzetti, AVO.

I progetti che nel corso del 2011 ha perseguito il CCM sono stati:

- a) Indagini di gradimento aree materno infantile, trapianti e oncologia DH: conclusione dei percorsi iniziati nel 2010 dal CCM uscente.
- b) conoscenza della realtà Modenese del Nosocomio CCM eletto maggio 2011: incontri di formazione

Il Presidente del CCM, supportato dal Vice-Presidente, ha coordinato le attività del Punto Unico del Volontariato in AOU, in modo particolare gli scopi principali perseguiti sono stati: \* favorire la conoscenza delle associazioni, delle loro attività e la promulgazione delle stesse;

\* favorire la conoscenza a tutti i cittadini ed in particolare agli utenti della AOU il ruolo e le competenze di ogni singola associazione che presta la propria attività socio-sanitaria all'interno ed all'esterno del Policlinico sul territorio provinciale modenese.

### 5.3.2 - L'Utenza straniera e la mediazione culturale

In Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena – Policlinico, da anni è attivo il servizio di mediazione culturale rivolto all'utenza ricoverata in regime ordinario e di day hospital, ma anche per chi fruisce dell'attività ambulatoriale.

E' costituito da un'equipe di mediatori che opera con presenza fissa e continuativa presso la sede 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 gruppo è costantemente supervisionato, sia per ciò che attiene gli aspetti organizzativi che qualitativi, dalla coordinatrice tecnica dipendente della società affidataria del Servizio e dal responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Nel corso del 2011 la nostra azienda ha partecipato al progetto di modernizzazione Equasanità (DGR 2337/2009) condividendo la metodologia di analisi per valutare l'impatto delle diversità sull'organizzazione.

### **Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico**

#### **5.4 I Rapporti con i Media**

Il Policlinico di Modena è una struttura sanitaria di riferimento provinciale e nazionale che, quindi, deve rapportarsi a un numero elevato e diversificato di utenti e professionisti. Una buona comunicazione è, così, fondamentale non solo per valorizzare il lavoro dei propri clinici e ricercatori ma anche per farsi promotore di comportamenti virtuosi nella prevenzione e per informare la cittadinanza sulla salute nel suo complesso.

È fondamentale comunicare alla cittadinanza tutte le eccellenze del Policlinico - assistenziali, didattiche e di ricerca - non per mero spirito autoreferenziale ma per dare la misura degli sforzi che si compiono per restituire ai cittadini-utenti una sanità adeguata alle aspettative. Questo da un lato potrà evitare che i pochi casi di eventuali episodi interpretati come "malasanità" possano danneggiare l'immagine di una struttura sana e la credibilità di professionisti; dall'altro potrà correggere comportamenti e abitudini scorrette che portano i cittadini ad utilizzare in maniera impropria la sanità pubblica e all'abuso di richieste di prestazioni .

La **strategia comunicativa messa in campo dal Servizio Rapporti con l'Informazione**, in stretto contatto con la Direzione aziendale, nel periodo 2007-2011 - da quando cioè sono presenti le risorse umane sufficienti per gestire questo tipo di comunicazione - è stata sviluppata in queste due direzioni:

1. Integrazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia per una gestione comune delle notizie sull'attività didattica e scientifica. L'Azienda Ospedaliero - Universitaria è il luogo privilegiato di integrazione tra didattica, ricerca e assistenza e quindi è fondamentale che la comunicazione a tutti gli stakeholder (istituzioni e utenti) venga fatta a una sola voce.
2. Trasformare l'Ufficio in un vero front office nei confronti dei media che non si limitasse ad un atteggiamento di difesa per disinnescare le notizie che potrebbero danneggiare l'Azienda ed i suoi dipendenti, ma fosse in grado di ingenerare un rapporto di fiducia da parte dei media con lo scopo di prevenire e gestire le notizie negative ma, soprattutto, di valorizzare tutto ciò che di positivo avviene in Azienda e fornire una corretta comunicazione sociale.

#### **Attività 2011**

Dopo questa doverosa premessa, analizziamo i dati di attività del servizio. Come si può vedere nella tabella riportata qui sotto, **sono stati inviati 108 comunicati** stampa contro i 114 dello scorso anno **e sono state organizzate 10 conferenze stampa** contro le 12 del 2010. Il Servizio ha gestito anche la parte comunicativa di **3 inaugurazioni**.

MESE	N. COMUNICATI		N. CONFERENZE		INAUGURAZIONI	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
GENNAIO	10	8		1	1	
FEBBRAIO	14	8	3	3		
MARZO	17	12	2			

APRILE	8	11	1	1		
MAGGIO	6	9	2		1	1
GIUGNO	9	13		1	1	1
LUGLIO	7	6	1		1	1
AGOSTO	6	3				
SETTEMBRE	10	10	2	1		
OTTOBRE	12	7		1		
NOVEMBRE	10	12	1	2	1	
DICEMBRE	5	9	1			
<b>TOTALE</b>	<b>114</b>	<b>108</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

Il numero di **comunicati stampa** è sovrapponibile anche a quello del 2008 (110). Il dato, nonostante la leggera diminuzione dimostra un consolidamento della produzione di note stampa da parte del Servizio Rapporti con l'Informazione e quindi della comunicazione aziendale verso i media. Questa consapevolezza è rafforzata dal dato delle conferenze stampa, uno strumento di promozione strettamente legato ad iniziative "di peso". Una conferenza stampa, infatti, si organizza solamente in presenza di una "notizia" significativa.

**Gli articoli riguardanti il Policlinico monitorati dal nostro Servizio e pubblicati sulla stampa quotidiana nel corso del 2011 sono stati circa 1391**, contro i circa 700 del 2010. Questa forte crescita di articoli, dei quali oltre 394 sono stati diretta conseguenza di comunicati stampa trasmessi, è stata certo motivata dal cosiddetto "Caso Cardiologia" che ha riempito per mesi le pagine dei quotidiani.

Il sito web [www.policlinico.mo.it](http://www.policlinico.mo.it), è sotto la responsabilità del Servizio Rapporti con l'Informazione e viene gestito dalla redazione composta da Gabriele Sorrentino, Giovanni Saguatti (Direzione Tecnologie dell'Informazione), Mauro Miglioli (Ufficio Qualità). **Nel 2011 si sono registrati 446.206 accessi (+85.468)** rispetto allo stesso periodo 2010 con una media di 37.184 accessi mensili.

Dall'estate 2011 è attiva una **pagina Facebook** dell'Azienda - sempre in capo al Servizio Rapporti con l'Informazione - dove vengono inseriti gli appuntamenti e le notizie aziendali, oltre ai video di interesse. Al momento, la pagina - che è gratuita - è impostata col minimo livello di interattività, perché l'utente può commentare i post dell'amministratore ma non può inserire propri post. In un futuro, se vi fosse l'esigenza e se fosse possibile costruire l'organizzazione di back office necessaria, si potrebbe anche aumentare l'interattività. La pagina viene utilizzata anche dalle campagne di promozione della Salute in accordo con l'Azienda USL. Ad oggi (agosto 2012), sono 181 gli iscritti alla pagina del Policlinico che ricevono direttamente gli aggiornamenti della pagina.

### **Uno sguardo al futuro**

Il 2011, al quale si riferisce questo bilancio, è stato anche l'ultimo anno in cui è stata in vigore l'organizzazione, inaugurata nel 2007, che prevedeva l'integrazione con l'Ufficio Stampa dell'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia. Dal 1 giugno 2012, infatti, in accordo con quanto previsto dal Piano Attuativo Locale, l'attività di rapporti con i media ha iniziato il percorso che la porterà ad integrarsi con quella dell'Azienda USL, nell'ottica di fornire una comunicazione "di sistema" che tenga però in conto le peculiarità del Policlinico. Il bilancio di missione del 2013 sarà l'occasione per testare il polso a questa nuova organizzazione.

## **5.5 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità**

Nel corso del 2011 per mantenere e consolidare l'impegno dell'Azienda nella missione di "Un ospedale a misura d'uomo" si sono attivati diversi percorsi per mantenere viva l'informazione con il cittadino/utente mediante il costante aggiornamento delle carte di accoglienza dei diversi reparti dell'Azienda.

Le carte di accoglienza sono disponibili presso l'Ufficio relazioni con il Pubblico e sono pubblicate sul sito internet ed intranet aziendale.

Unitamente al Comitato Consultivo Misto sono stati programmati i percorsi di indagine di gradimento relativamente ai dipartimenti che nel corso del 2012 verranno sottoposti a verifica regionale, dipartimento 6 – Radiologie – e dipartimento 7 – laboratori.

Il ruolo del coinvolgimento del cittadino tramite le associazioni di volontariato è stato consolidato nel corso dell'anno con il Punto Unico del Volontariato, coordinato dal Presidente del CCM con il supporto dell'URP.

Per quanto riguarda invece la promozione della salute, nel rispetto con quanto indicato dai piani regionali e in linea con l'Azienda territoriale sanitaria si sono sostenute le campagne informative volte alla sensibilizzazione dei cittadini. In modo particolare si è dato sostegno e pubblicità alle giornate nazionali volte a sostenere la donazione organi, sangue, l'allattamento al seno, prevenzione del dolore, lotta al tabagismo, AIDS, malattie rare.

L'Azienda ha partecipato al progetto regionale nel quale sono state coinvolte oltre alle associazioni di volontariato, l'Azienda USL ed il Comune di Modena del "Premio Donazione e solidarietà"; progetto di sensibilizzazione sul tema della donazione degli organi rivolto agli studenti delle scuole secondarie inferiori di Modena. Giunto alla nona edizione nel 2011 ha coinvolto più di 1300 ragazzi e si è concluso nel mese di maggio con la premiazione dei vincitori e il riconoscimento ai ragazzi e insegnanti, nonché ai professionisti che hanno aderito al progetto. Il Premio, promosso dall'Ufficio Città Sane OMS del Comune di Modena in collaborazione con il Policlinico Universitario, Azienda Usl di Modena e le associazioni del dono Admo, Aido, Aned, Antf, Aseop, Avis, Avpa.

Sono stati pubblicizzati per evidenziare la trasparenza dell'attività aziendale i diversi report di attività utilizzando lo strumento di internet e intranet (percorso rivolto ai dipendenti), quali: il report semestrale ed annuale delle segnalazioni dei cittadini, il report dell'attività del servizio di Mediazione Culturale, il bilancio di Missione, ecc.

## Capitolo 6 - GOVERNO DELLA RICERCA E INNOVAZIONE

### Azienda USL

L'attenzione dell'AUSL di Modena per la Ricerca è sottolineata dal numero importante di progetti in corso che vedono la partecipazione dei professionisti e per i quali la Direzione Aziendale ha voluto consolidare una funzione di supporto e sostegno dell'incentivazione alla progettualità e l'avvio della rendicontazione attraverso l'Anagrafe regionale della ricerca.

La funzione aziendale di Ricerca nasce con l'obiettivo di supportare la conduzione di ricerche, facilitare il trasferimento delle innovazioni efficaci nella pratica clinica e valorizzare i risultati della ricerca applicata.

Numerosi gli studi avviati e finanziati dalla Comunità Europea, dal Ministero e dalla Regione.

Strettamente connesso all'attività di ricerca, lo sviluppo dell'innovazione è stato guidato sia sul versante dell'innovazione tecnologica che per quanto riguarda l'innovazione clinico-organizzativa.

L'innovazione tecnologica pone una seria sfida tanto importante quanto ardua, dal punto di vista gestionale e dei costi.

Il Comitato Etico Provinciale, istituito dall' AUSL di Modena, l'AOU Policlinico e Università degli studi di Modena e Reggio Emilia nel corso del 2011 ha valutato 284 ricerche e 10 nuovi programmi di Usi Allargati, per un totale di 294 protocolli.

Si può definire avviato e consolidato nella nostra provincia il percorso che ha reso possibile la sperimentazione clinica di farmaci in fase III e in fase IV ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta. La Commissione per la sperimentazione in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta prevista dalla normativa è una realtà presente da diversi anni. Gli ambulatori dei medici, singoli o associati, sono diventati luogo di sperimentazione e le attività di sperimentazione sono così considerate a pieno titolo una componente qualificante dell'attività assistenziale in medicina generale.

L'Azienda USL di Modena è tra le firmatarie dell'accordo siglato tra le Associazioni imprenditoriali del distretto biomedicale di Mirandola, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena per la realizzazione del Quality Center Network per fornire un riferimento per la valutazione preclinica e clinica dei dispositivi, per concorrere allo sviluppo di innovazioni e per un loro trasferimento nella pratica clinica.

### **6.1 Attività di ricerca**

Il SSR ha da tempo acquisito la consapevolezza della rilevanza delle attività di ricerca come elemento essenziale al proprio sviluppo strategico individuandole con la L.R. N° 20 del 2004 tra le funzioni istituzionali fondamentali proprie di tutte le Aziende Sanitarie, al pari della funzione assistenziale e della formazione, con le quali deve necessariamente integrarsi.

Registrare e documentare, secondo criteri condivisi e confrontabili, le attività di ricerca intraprese o da intraprendere nella propria realtà e/o in realtà limitrofe consentirà alle Aziende, ai Dipartimenti e ai Collegi di Direzione di disporre di informazioni che consentiranno una crescita nella capacità di analisi ed elaborazione per verificare e 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; quali siano le aree non investite da attività di ricerca verificando invece l'esistenza, in tali ambiti, di problemi assistenziali meritevoli di essere investigati.

L'AUSL di Modena con Delibera del Direttore Generale n ° 060 del 07/04/2009 ha approvato il "Regolamento per la conduzione di ricerche o sperimentazioni" e ha istituito il Fondo Aziendale per la Ricerca.

Il Fondo comprende le risorse dedicate a supportare tutte le attività aziendali finalizzate al sostegno della ricerca e al miglioramento della pratica clinica.

La regolamentazione dell'accesso al Fondo sarà disciplinata da specifico atto, adottato previo parere favorevole del Collegio di Direzione e il regolamento dovrà prevedere, oltre alla copertura delle maggiori spese aziendali amministrative derivate dalle attività di ricerca, programmi di formazione e aggiornamento specifici finalizzati all'incentivazione della ricerca in Azienda, le modalità di raccolta dei contributi di tutti i soggetti pubblici e privati, comprese le imprese del settore farmaceutico e biomedicale, che condividano gli obiettivi generali delle funzioni di ricerca dell'AUSL di Modena.

Tra gli obiettivi del Regolamento anche la necessità di tracciare le fasi e le modalità di adozione, all'interno dell'Azienda USL di Modena, di uno strumento fondamentale per il governo della ricerca sostegno alla ricerca: l'Anagrafe.

Un format digitale validato a livello regionale, grazie all'apporto delle diverse esperienze in materia di tutte le Aziende, consente di censire i progetti di ricerca secondo criteri e variabili condivisi, sia per l'aspetto scientifico che per l'aspetto economico-finanziario.

Per l'anno 2011 l'Azienda USL di Modena, è stata impegnata nella rilevazione puntuale di tutti i progetti autorizzati durante l'anno e nell'inserimento nell'anagrafica.

Nel corso del 2011 sono state sviluppate le attività dei seguenti progetti che hanno avuto un co-finanziamento da parte della Regione, del Ministero o della Comunità Europea.

Regione

## **6.2 Bando per i progetti di Modernizzazione**

Sono proseguite nell'anno 2011 le attività connesse al progetto "Valutazione e innovazione dell'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine" che vede come capofila l'Azienda USL di Modena", ammesso al finanziamento del bando regionale di modernizzazione del 2009. Il progetto, coordinato dalla Direzione Sanitaria e con la collaborazione dell'AUSL di Parma, di Reggio E. e l'AOU Policlinico di Modena, riguarda il trattamento con ossigeno, in ambito extra-ospedaliero, di pazienti affetti da malattie respiratorie croniche. Attraverso una fase retrospettiva ed una fase prospettica, mira a valutare: a) le modalità prescrittive dell'ossigenoterapia domiciliare; b) il percorso seguito del paziente dal momento in cui è posta l'indicazione, all'inizio del trattamento, al follow-up; c) l'efficacia di un nuovo intervento di monitoraggio in un sottogruppo di pazienti in ossigenoterapia domiciliare d) il rispetto dei requisiti di sicurezza e di minimizzazione del rischio delle cure con trattamento di ossigeno a domicilio.

Nel progetto sono previsti anche dispositivi di *home-care* in modo da sviluppare modalità di controllo e verifiche tramite l'ausilio della telemedicina. Nel 2010 è stato programmato l'acquisto di circa 30 sistemi di telemedicina per altrettanti pazienti. Obiettivo del progetto è identificare dei determinanti di inappropriatelyzza per ottimizzare sia il percorso clinico che le risorse a disposizione delle cure domiciliari. Nel 2011 è stata sviluppata l'attività di controllo e follow-up.

Gli altri progetti ammessi al finanziamento nel 2009, le cui attività si sono protratte per tutto il 2011 e che vedono la partecipazione dell'Ausl di Modena in collaborazione con le altre Ausl dell'Area Vasta Emilia Nord, sono:

- Patologie oculari croniche: implementazione di linee-guida e valutazione dell'impatto di una rete integrata per la diagnostica, il trattamento ed il follow-up. La linea di attività dell'Ausl di Modena (descritta più dettagliatamente al link: <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/5799>), si occuperà dell'implementazione di raccomandazioni di appropriatezza per la diagnostica dei pazienti con glaucoma.

- La presa in carico sociosanitaria. Analisi e valutazione dei modelli organizzativi delle aziende dell'Area Vasta Emilia Nord.

- Sviluppo, attivazione e verifica di un modello di gestione del follow-up condotto dal MMG in donne con tumore della mammella diagnosticato in fase precoce e curato radicalmente (descritto più nel dettaglio nella sezione 5 "Ricerca e Formazione per il Governo Clinico")
- Requisiti clinici e gestionali validati a supporto dei sistemi di gestione informatizzata della terapia: definizione, condivisione e adozione negli specifici CPOE/EMAR delle aziende AVEN.

Avviate nel 2009, si sono concluse nel 2011 le attività di ricerca delle 2 proposte progettuali finanziate dalla regione nel bando di modernizzazione 2008.

Il primo progetto, "TR@ME: ipotesi di organizzazione del sistema trasfusionale delle aziende sanitarie pubbliche modenesi per una integrazione della rete delle attività trasfusionali provinciali, secondo il modello regionale "hub & spoke", aveva tra gli obiettivi principali la revisione del modello organizzativo di gestione degli emoderivati attraverso l'implementazione della metodologia "Type & Screen", monitorare la sicurezza e migliorare l'efficienza nell'uso degli emoderivati e degli emocomponenti. Hanno aderito al progetto l'AOU Policlinico di Modena, l'AOU e l'AUSL di Parma, l'ASMN e l'AUSL di Reggio Emilia. La fase realizzativa e di test dei dispositivi tecnologici (frigo - emoteche intelligenti) è iniziata nel 2011.

Il progetto dal titolo "Valutazione di efficacia di interventi di integrazione delle competenze all'interfaccia ospedale-territorio e di creazione di modalità di presa in carico alternativa al ricovero ordinario di specifiche casistiche internistiche" è stato coordinato dal Dipartimento di cure primarie, in collaborazione con l'AUSL di Bologna e l'AUSL di Imola. Tra gli obiettivi si registrano la condivisione fra i professionisti ospedalieri e i professionisti territoriali delle casistiche rilevanti per le quali sono possibili modalità di presa in carico sicura ed efficace alternativa al ricovero e l'aumento della disponibilità di servizi alternativi all'ospedalizzazione.

#### Ministero

Il 2011 è stato caratterizzato dal finanziamento all'interno del Bando per la Ricerca Finalizzata 2009 (Giovani Ricercatori), della proposta vincitrice presentata dalla Clinica Neurologica dell'Ausl di Modena. La proposta progettuale dal titolo "TIA pathway implementation to improve clinical management in a second level hospital" (*Principal Investigator*: dr.ssa Federica Casoni) è la prima finanziata in azienda relativa al Bando Giovani Ricercatori del Ministero.

A seguito della comunicazione da parte del Ministero della Salute dell'ammissione al finanziamento della stessa proposta e alla rimodulazione del budget previsto, sono state effettuate le attività preliminari all'avvio delle attività di ricerca, quali l'affidamento dell'incarico e la sottoscrizione dei contratti con il Ministero e con la Regione.

#### Comunità Europea

L'azienda USL di Modena partecipa al progetto Europeo denominato METABO (Controlling Chronic Diseases related to Metabolic Disorders), finanziato dalla Comunità Economica Europea.

Il consorzio di gestione del progetto si compone di 21 Aziende provenienti da Paesi della Comunità Economica Europea, è finanziato nell'ambito del 7° programma quadro ICT-2007 .

Lo scopo del progetto METABO è quello di implementare una piattaforma integrata in grado di effettuare un monitoraggio continuo e multi parametrico dello stato metabolico in pazienti affetti da diabete, realizzando percorsi di cura personalizzati. L'ambiente di applicazione previsto è sia clinico che di vita ordinaria.

Oltre ai parametri clinici e biomedici tradizionali verranno monitorati anche abitudini alimentari, attività fisica e risposta alle terapie. I dati prodotti verranno poi integrati ed impiegati al fine di modellare il comportamento metabolico per prevedere l'influenza e l'impatto relativo di trattamenti specifici e generare poi piani di cura personalizzati, collegando i differenti attori delle cure primarie e secondarie.

L'uso combinato di strumenti per un modeling predittivo e per la personalizzazione del processo di cura individuale si propone di migliorare l'integrazione tra il paziente, i

professionisti coinvolti e le Aziende Sanitarie con l'obiettivo di massimizzare la qualità e tempestività dell'atto medico. A questo scopo il progetto ha sviluppato nel 2010 un prodotto prototipale costituito da una piattaforma we-based di informazioni cliniche e da un sistema di monitoraggio multiparametrico, tramite sensori, connesso con PC palmare per alimentare la piattaforma we-based. Attualmente è in corso la sperimentazione clinica. Nel corso del 2011 il progetto è proseguito con una presa in carico da parte della nostra azienda della attività di validazione con ausili di simulazione (in questo caso simulatori di guida) e anche con la collaborazione di pazienti volontari per la validazione finale del prototipo.

L'azienda USL di Modena partecipa inoltre al progetto Europeo denominato PERFORM (Centralized Hospital Processor Prototype Integrated), finanziato dalla Comunità Economica Europea sempre nell'ambito del 7° programma quadro.

Il consorzio di gestione del progetto si compone di 20 Aziende provenienti da 8 Paesi della Comunità Economica Europea.

Obiettivo del progetto è lo sviluppo di una piattaforma di monitoraggio remoto per la valutazione qualitativa, quantitativa e la personalizzazione del processo di cura di pazienti affetti da malattie neurodegenerative allo scopo di migliorare e personalizzare il processo di cura ottimizzando le risorse a disposizione.

Nell'ambito del progetto è stato realizzato un sistema prototipale indossabile per la valutazione in tempo reale del paziente affetto da morbo di Parkinson. Il sistema è basato su sensori di movimento ed un complesso sistema di analisi per la discriminazione dei movimenti non patologici da quelli patologici. Tale sistema è stato utilizzato in sperimentazione nel corso del 2011. Il progetto ha concluso le attività nel 2011 con la validazione finale del prototipo su pazienti volontari e l'organizzazione di un evento scientifico internazionale divulgativo dei risultati ottenuti.

Nel corso del 2011 sono stati preparati due proposte di progetto sottoposte alla valutazione della Unione Europea nei settori della chirurgia vascolare e delle neurologia; in particolare una riguardante la progettazione e successiva sperimentazione di valvole venose (Smart EMVV) e l'altra riguardante la costruzione di modelli fisiologici predittivi della evoluzione della malattia del Parkinson con l'ausilio di reti neurali (Neuronet).

### **6.3 Ricerca e Innovazione tecnologica**

Nel corso del 2010 si sono concluse le attività di due progetti di ricerca collegati ad innovazioni tecnologiche e finanziati dall'Azienda USL e dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Modena.

La prima dal titolo " Applicazione delle tecnologie videoendoscopiche ad alta definizione nella diagnosi delle neoplasie

dell'apparato gastrointestinale" è finalizzata alla applicazione clinica di nuovi videoendoscopi ad alta definizione, magnificati, che rappresentano un'evoluzione epocale in endoscopia digestiva, garantendo il miglior risultato in termini di qualità di immagine e sensibilità diagnostica. L'alta definizione nasce dallo sviluppo di nuovi processori in grado di restituire immagini digitali di altissima qualità e risoluzione che consentono l'identificazione di alterazioni della struttura o della vascolarizzazione non altrimenti visualizzabili con strumentazione standard, il tutto con analoghi tempi di esecuzione dell'esame. Attraverso sistemi di trattamento digitale delle immagini è infatti possibile applicare filtri real time di post processing in grado di esaltare elementi diagnostici utili. Questa tecnologia è stata utilizzata nel corso di tutti gli esami endoscopici volti ad esplorare esofago, stomaco, intestino tenue e colon e identificare le lesioni pre-cancerose. La seconda ricerca dal titolo "Aumento dell'efficacia chirurgica nel trattamento delle disabilità motorie tramite impianto di neuro stimolatori (DBS) e nel trattamento di aneurismi cerebrali intracranici complessi tramite l'utilizzo di tecnologie di mapping corticale e studio video angiografico intraoperatorio" ha come obiettivo l'incremento di efficacia dei trattamenti chirurgici in aree del cervello deputate a funzioni pregiate (motorie, sensoriali, cognitive), tramite il supporto di tecnologie avanzate finalizzate a garantire la massima precisione di esecuzione. In particolare, le procedure chirurgiche individuate sono state: l'impianto di sistemi di stimolazione cerebrale profonda (DBS) ed il trattamento chirurgico di aneurismi intracranici complessi. Il primo caso di utilizzo ha previsto il trattamento dei disturbi neurologici legati al movimento, ed in particolare la malattia del Parkinson. Il secondo caso

d'uso ha riguardato il trattamento chirurgico di aneurismi complessi. Le necessità cliniche primarie sono state, tra le altre, quelle di assicurare un posizionamento del paziente adeguato a garantire le migliori traiettorie chirurgiche di accesso e di verificare il corretto posizionamento delle clip chirurgiche.

Acquisito nel 2005 attraverso un progetto finanziato dalla Cassa di Risparmio, il sistema chirurgico "Da Vinci", nel corso del 2008 è stato oggetto di un formale percorso regionale di *Technology Assessment*. In collaborazione con l'Agenda Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna, l'Osservatorio Regionale per l'Innovazione, professionisti dell'Ausl di Modena e di altre Aziende della regione hanno prodotto una dettagliata valutazione delle evidenze relative all'utilizzo del sistema "Da Vinci" per le principali indicazioni cliniche.

Il sistema robotico, il primo acquisito in regione, collocato nel blocco operatorio del Nuovo Ospedale Civile S.Agostino Estense, è stato impiegato complessivamente per oltre 500 interventi chirurgici (Tabella 1).

Si è consolidata nel corso degli anni l'attività di chirurgia robotica urologica, in particolare per gli interventi di prostatectomia radicale effettuati anche da professionisti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena per i quali è stata messa a disposizione la tecnologia, in un'ottica di integrazione, per la formazione professionale e per una efficienza complessiva di sistema. Nel 2010 sono stati eseguiti dalla Unità Operativa di Chirurgia Generale del Nuovo Ospedale Civile S.Agostino Estense, i primi interventi di tiroidectomia robotica trans ascellare, per arrivare nel 2011 a 42 interventi.

Nel corso del 2011, con finanziamenti aziendali, si sono consolidate nel laboratorio analisi provinciale dell'Ospedale di Baggiovara, tecnologie di automazione del processo analitico e sofisticati sistemi informatici atti a rilevare, in modalità sempre più capillare e analitica, l'attività del laboratorio con l'obiettivo di ridurre esami inappropriati e ottimizzare le risorse disponibili con indicatori gestionali ricavabili in tempo reale. Inoltre è stato avviato un progetto di fornitura per le tecnologie utilizzate dalla microbiologia con annesso un nuovo sistema informativo dedicato.

Sempre nel 2011 è proseguito un progetto finalizzato a raccogliere ed integrare le informazioni morfologiche (ecografiche) e di esami analitici (b-test) in un unico ambiente per far convergere tutte le informazioni necessarie a migliorare la qualità delle cure nel percorso nascita. Il progetto vedrà la sua prima realizzazione nel corso del 2012.

E' iniziato lo studio di progetto preliminare di un sistema di gestione delle immagini endoscopiche e del flusso informativo collegato alle attività in questione comprensivo di informatizzazione del processo di refertazione da realizzare nel 2012-2013 in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Modena e l'Ospedale di Sassuolo.

Sono proseguite alcune attività atte a facilitare l'utilizzo di sistemi di telemedicina quali ad esempio l'estensione del sistema radiologico RIS-PACS alle carceri e il miglioramento del sistema MUSE per la lettura e refertazione remota di tracciati diagnostici elettrocardiografici.

**Tabella 1**

<b>Distretto anatomico</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>TOTALE</b>
<i>Prostata</i>	0	0	7	65	56	65	66	<b>259</b>
<i>Tratto esofago-gastrico</i>	0	16	24	22	33	14	22	<b>131</b>
<i>Colecisti</i>	10	6	3	0	2	0	0	<b>21</b>
<i>Giunto pielo-uret.</i>	0	0	0	3	6	5	4	<b>18</b>
<i>Tiroide</i>	0	0	0	0	0	15	42	<b>57</b>
<i>Colon</i>	0	0	0	1	3	5	18	<b>27</b>
<i>Surrene</i>	0	1	0	1	0	0	7	<b>9</b>
<i>Altro*</i>	0	2	9	3	4	5	12	<b>35</b>
<b>TOTALE</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>43</b>	<b>95</b>	<b>104</b>	<b>109</b>	<b>171</b>	<b>557</b>

\* comprende interventi su pancreas, fegato, stomaco.

(Fonte dati: Direzione stabilimento NOCSAE, rilevati a febbraio 2012.)

#### 1. Formazione per la ricerca

Per favorire l'accesso alle fonti di informazione scientifica e la crescita negli operatori sanitari di una cultura volta all'uso di informazioni valide e affidabili è stata creata, nel 1997, all'interno del Ce.V.E.A.S., una Biblioteca dove sono presenti la maggiori riviste internazionali (primarie e secondarie).

La Biblioteca gestisce abbonamenti cartacei e online (circa 1500), oltre a un patrimonio di circa una ottantina di monografie anche in versione elettronica, patrimonio che viene incrementato ogni anno.

#### **PRINCIPALI ATTIVITÀ DELLA BIBLIOTECA**

*Gestione abbonamenti delle riviste cartacee dell'Azienda USL (registrazione e invio ai vari reparti/servizi)*

*Gestione abbonamenti online a riviste, banche dati e e-books.*

*Valutazione e aggiornamento del catalogo riviste*

*Document delivery, che consente di richiedere la copia di un documento, non presente in Biblioteca, ad altre strutture italiane*

*Ricerche bibliografiche sulle banche dati in abbonamento presenti in Biblioteca e in Internet*

*Ricerche bibliografiche per progetti interni al CeVEAS e progetti Aziendali (pacchetti, linee guida, ...)*

*Corsi di formazione per tutti i professionisti dell'Azienda sull'utilizzo delle risorse a disposizione in rete*

Nel 2011 sono stati richiesti gratuitamente presso altre strutture 310 documenti, mentre ne sono stati forniti a biblioteche esterne 256.

Il servizio è gratuito. La biblioteca aderisce, infatti, ai maggiori cataloghi collettivi italiani che prevedono lo scambio reciproco e gratuito dei documenti.

Sono state effettuate sulle banche dati in abbonamento presenti in Biblioteca e in Internet 120 ricerche per diversi professionisti dell'azienda.

Nel corso del 2011 la biblioteca ha organizzato 10 giornate di formazione sull'utilizzo delle risorse online; in particolare sono stati trattati i seguenti argomenti: le Riviste elettroniche, la banca dati Medline (base e intermedio), la banca dati Embase, la Cochrane Library, Clinical Evidence, le linee guida, i Motori e sulla ricerca delle evidenze in rete.

Ai corsi, accreditati per tutte le professioni, hanno partecipato circa 150 operatori.

La biblioteca ha organizzato anche corsi specifici per Pediatri di Libera scelta (10 ore) e per il Servizio Infermieristico dell'Ospedale di Sassuolo (12 ore).

Nel corso dell'anno 2011 il sistema CLAS, attraverso il quale tutti gli operatori dell'Azienda possono consultare dall'esterno tutte le risorse della biblioteca, ha visto un incremento di registrazioni pari a circa 110. Sono regolarmente organizzati seminari per illustrare le modalità di accesso e le potenzialità del servizio.

L'acquisizione di tutte le 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, CINAHL, the Cochrane Library, Clinical Evidence, Uptodate nonché i principali testi di riferimento per la medicina) è stata fatta in forma consortile.

Tutti gli acquisti sono stati fatti in collaborazione con il servizio Acquisti Economale e Logistico e la spesa complessiva per tutte le risorse online nel 2011 è stata pari a 95.000 €.

#### **6.4 Il "capitale" della ricerca: le conoscenze**

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 USL.

In questo senso il primo punto di partenza è stata una ricerca condotta sulle principali banche dati elettroniche di letteratura biomedica (MedLine e Embase), per individuare le pubblicazioni prodotte negli anni 2005-2011 da professionisti dell'Azienda USL di Modena (ricercando nel campo "Address" la keyword "Modena" e selezionando, dai record individuati, quelli che sono di interesse aziendale).

In ottemperanza alla Delibera di Giunta Regionale n. 563 del 2012 (paragrafo 5.3 - La tracciabilità dell'attività di ricerca), durante l'anno 2012 sarà proposta una specifica progettualità che dovrebbe consentire di completare il censimento con tutte le attività di "produzione dei saperi" diverse dalle pubblicazioni sui circuiti editoriali comuni.

## 6.5 Ricerca e formazione per il Governo Clinico

Nel corso del 2011 sono state consolidate e ampliate le attività di sperimentazione e valutazione d'impatto di alcuni specifici percorsi diagnostico terapeutici multidisciplinari e multi professionali. Promuovere l'appropriatezza è principio fondamentale che guida la definizione dei livelli essenziali di assistenza e rappresenta una sfida continua per governare in modo razionale la rapida evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie disponibili in campo medico-assistenziale. Sviluppare e sostenere strumenti coerenti, quali la sperimentazione di percorsi clinico-assistenziali integrati, e svolgere attività di audit strutturato, sono elementi qualificanti per le politiche di ricerca e innovazione della nostra azienda sanitaria.

Nel corso del 2011, sono proseguite le attività di implementazione e sviluppo del progetto "La Risonanza Magnetica in Provincia di Modena: strutture in rete per l'eccellenza delle prestazioni offerte ai cittadini".

Il progetto si prefigge di migliorare l'appropriatezza della richiesta, dell'esecuzione e della refertazione delle prestazioni di Risonanza Magnetica e prevede il forte coinvolgimento anche delle strutture private accreditate che eseguono l'esame in provincia di Modena, allo scopo di diminuire i tempi d'attesa per l'esecuzione della prestazione e limitare l'uso della mobilità passiva.

E' proseguita l'attività di audit periodico su esecuzione e refertazione delle prestazioni, grazie al supporto del gruppo di lavoro di cui fanno parte radiologi delle diverse strutture sanitarie, sia pubbliche che private accreditate della provincia di Modena. Sono state rese coerenti rispetto alle evidenze di letteratura le note informative per il paziente avviando, inoltre, un percorso di selezione e presa in carico dei pazienti claustrofobici.

Sono terminate le attività connesse al progetto finanziato con le risorse regionali messe a disposizione con il bando di Modernizzazione del 2008 ("Il percorso integrato di gestione dei pazienti con Gammopatia Monoclonale nella provincia di Modena (MGUS)"), che prevedeva l'introduzione di un nuovo percorso diagnostico per consentire al MMG di classificare il livello di rischio del paziente di sviluppare una malattia linfo-proliferativa, utilizzando una specifica scheda di valutazione, e dando seguito ad un programma di *follow up* definito da una specifica *flow chart*.

I principali obiettivi del progetto sono:

- sperimentare un modello organizzativo presso gli ambulatori di medicina generale volto all'ottimizzazione della diagnosi e del *follow up* delle Gammopatie Monoclonali attraverso i parametri proposti nella specifica *flow-chart*;
- costituire una banca dati per il monitoraggio nel tempo della coorte dinamica dei portatori di Gammopatie Monoclonali della provincia di Modena;
- valutare l'impatto, sul volume di attività considerato standard del laboratorio centralizzato BLU dell'Ausl di Modena, dei volumi di attività aggiuntivi correlati a specifiche indagini utili a identificare i fattori di rischio di progressione;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle visite ematologiche dei pazienti con Gammopatia Monoclonale, in relazione ai differenti livelli di rischio identificati.

Conclusa la fase di implementazione del percorso diagnostico e della formazione dei professionisti, il 2012 sarà avviata la valutazione d'impatto del percorso su tutto l'ambito provinciale.

È stato avviato il progetto di ricerca finanziato dal bando AIFA denominato "Antibiotici: soluzione o problema? Campagna di comunicazione per promuoverne il corretto utilizzo".

Il progetto è coordinato dal Ceveas in collaborazione con le Aziende USL di Modena e Parma, l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna e l'Istituto Change di Torino. Nel corso del progetto, è stata realizzata una ricerca per conoscere le cause che conducono a un uso inappropriato di questa classe farmaceutica. Il progetto ha coinvolto tutti i MMG e Pls della Provincia di Modena, insieme ai farmacisti, ed ha previsto la diffusione di una serie di strumenti di comunicazione cartacea, di interventi di formazione e il coinvolgimento dei mass-media locali. La valutazione d'impatto si concluderà nel corso del 2012.

È continuato il complesso percorso di implementazione delle attività collegate al progetto di ricerca sperimentale denominato "Sviluppo, attivazione e verifica di un modello di gestione del *follow-up* condotto dal MMG in donne con tumore della mammella diagnosticato in fase precoce e curato radicalmente".

Il progetto prevede lo svolgimento di un trial randomizzato, finanziato con fondi ministeriali, mentre l'analisi di fattibilità, di impatto organizzativo e di adesione da parte delle pazienti e dei medici, nonché di soddisfazione delle pazienti è finanziata con fondi del bando regionale di modernizzazione dell'anno 2009.

I risultati attesi sono quindi:

- Evidenze sulla fattibilità del programma di *follow up* gestito dai MMG derivate dal monitoraggio dei casi trattati nel contesto dell'RCT; valutazioni sul tasso di adesione delle pazienti e degli operatori; valutazione della percezione della qualità di vita correlata alla salute e livello di soddisfazione delle pazienti e dei medici.
- Sviluppo di un modello organizzativo di gestione del *follow up* gestito dai MMG, trasferibile nei contesti regionali (accordi con le categorie professionali coinvolte; modalità di visite e valutazione degli esiti delle indagini diagnostiche; protocolli, modulistica, gestione appuntamenti..)
- Riduzione della variabilità tra medici, centri specialistici e aziende sanitarie
- Modelli formativi collaudati per lo sviluppo delle competenze dei MMG
- Pacchetti informativi, modalità comunicative, percorsi educativo/motivazionali per le pazienti e strategie di coinvolgimento delle Associazioni.

Il progetto, particolarmente complesso ma di grande rilevanza in termini di innovazione organizzativa, è già stato avviato nell'AUSL di Reggio-Emilia e sarà avviato anche nella nostra realtà aziendale nel corso del 2012.

## **6.6 Comitato Etico**

Il Comitato Etico Provinciale di Modena istituito nel 2001 è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei pazienti che partecipano ad una sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela; opera in condizioni di indipendenza di giudizio sia dagli enti che lo hanno istituito (AOU Policlinico, AUSL di Modena e Università degli studi di Modena e Reggio Emilia) sia da altri soggetti pubblici o privati che si fanno promotori di sperimentazioni che coinvolgono i pazienti.

La relazione di sintesi delle attività è contenuta nel documento allegato.

## **6.7 Board Aziendale Ricerca e Innovazione**

Nell'ambito dello sviluppo e del governo delle attività di ricerca, l'anno 2011 è stato caratterizzato dalla realizzazione delle attività richieste dalla 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, nella seduta del 07/07/2011 ha proposto la composizione del Board Aziendale Ricerca e Innovazione (Board) e con Delibera del Direttore Generale 112 del 23/08/2011 è stato istituito il Board Aziendale Ricerca e Innovazione ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 1066 del 27 luglio 2009. Inoltre, è stato approvato il "Regolamento del Board Aziendale Ricerca e Innovazione", allegato alla Delibera del Direttore Generale di cui sopra.

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 e tenute costantemente aggiornate delle pagine web, sia nell'area intranet aziendale che internet. È riservata, invece, ai componenti del Board Aziendale un'area ad accesso esclusivo, con la documentazione necessaria ai lavori delle sedute programmate del Board.

Nel corso del 2011 il Board ha concentrato i lavori prevalentemente sulle attività connesse alla partecipazione ai bandi di ricerca regionali e ministeriali.

Tra le altre attività, il Board propone al Collegio di Direzione criteri e modalità di utilizzo e monitoraggio del Fondo Aziendale della Ricerca di cui all'art.9 del Regolamento Aziendale per la conduzione di ricerche e sperimentazioni.

In ottemperanza a tale mandato, nel corso dell'anno 2011 il Board ha definito, condiviso e proposto per la pubblicazione un bando per progetti di ricerche spontanee, a sostegno della propria strategia aziendale di supporto alla ricerca e all'innovazione, come parte integrante della mission istituzionale e per favorire le ricerche indipendenti e senza fini di lucro, che contribuiscono al miglioramento dei processi assistenziali e alla valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori. Nello specifico, le attività del Board sono state correlate all'analisi preliminare del contesto di riferimento aziendale necessaria alla strutturazione e stesura del bando stesso.

## **6.8 Commissione Sperimentazione in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta**

La Commissione per la Sperimentazione in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta prevista dalla normativa, sia nazionale che regionale, è ormai una realtà presente da diversi anni nella nostra provincia e il percorso che ha reso possibile la sperimentazione clinica di farmaci in fase III e in fase IV ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta oramai fortemente consolidato. Gli ambulatori dei medici, singoli o associati, sono diventati luogo di sperimentazione e le attività di sperimentazione sono così considerate a pieno titolo una componente qualificante dell'attività assistenziale in medicina generale.

Il rinnovo della Commissione per la sperimentazione in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, per il periodo 2010/2012, ha coinciso con una riflessione sulla collocazione che la Commissione avrebbe dovuto avere per un suo funzionamento più adeguato ed efficiente.

La stessa composizione ha subito delle integrazioni in quanto fin dal rinnovo, intervenuto nel luglio 2010, è stato ritenuto opportuno integrarla inserendo un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali che insieme ai medici sul territorio è sempre più spesso chiamato come punto della "rete della ricerca". Da ultimo la riflessione è ora rivolta al personale infermieristico, che dovrà essere rappresentato all'interno della Commissione per dare voce anche a questi professionisti che autonomamente o in collaborazione partecipano sempre più attivamente a progetti di ricerca.

Fa riferimento alla Commissione il "Network dei ricercatori delle Cure Primarie modenesi", che raccoglie sia i MMG che i PLS iscritti nel Registro dei Ricercatori, che i professionisti coinvolti in studi osservazionali (per i quali non è previsto l'obbligo di iscrizione al registro). Il Network non ha una struttura definita ma risponde agli obiettivi primari dei ricercatori delle cure primarie, offrendo l'opportunità di ricevere formazione continua sui temi della ricerca e di realizzare un confronto tra pari sui temi della pratica professionale, per fare emergere quesiti di ricerca pertinenti alle attività assistenziali e praticabili all'interno della pratica quotidiana. In considerazione di ciò, come da indicazioni della delibera di giunta regionale n. 596 del 2005, è stata effettuata la formazione dei MMG e PLS su "*Gli aspetti generali della Ricerca clinica in MMG e Pediatria di Libera scelta*". A tale corso di formazione hanno partecipato i MMG e i PLS delle Aziende Sanitarie Locali afferenti all'AVEN, con l'obiettivo di aggiornare, successivamente, i registri degli sperimentatori già istituiti.

È continuata per tutto l'anno 2011 la collaborazione con il CeVEAS, al fine di garantire il necessario supporto metodologico per la formalizzazione dei protocolli di ricerca e per la raccolta e l'analisi dei dati.

Durante l'anno 2011 le attività della Commissione hanno riguardato la valutazione di alcuni protocolli di ricerca, proposti da promotori commerciali. Inoltre sono proseguite le attività connesse al progetto di ricerca dal titolo "Sviluppo, attivazione e verifica di un modello di gestione del follow-up condotto dal MMG in donne con tumore della mammella diagnosticato in fase precoce e curato radicalmente", ammesso al finanziamento del Bando di Modernizzazione del 2009, riguardanti soprattutto la formazione dei Medici di Medicina Generale per permettere la partecipazione al progetto stesso.

Inoltre, nel corso dell'anno 2011, la Commissione ha collaborato alla stesura del progetto di ricerca presentato al Programma Ministeriale del "Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie" (CCM) (titolo del progetto: "Applicazione del modello predittivo e dell'indice di rischio della fragilità per la individuazione e la selezione dei soggetti anziani "fragili" sui quali attivare interventi proattivi e di prevenzione della non autosufficienza nel sistema dei servizi territoriali socio-sanitari integrati").

## **6.9 Quality Center Network**

Per fornire alle imprese del settore biomedicale un riferimento per la valutazione preclinica e clinica dei dispositivi medici e per poter valutare le ricadute e le conseguenze cliniche, organizzative, economiche, sociali e etiche delle tecnologie sanitarie, per concorrere nella AUSL di Modena allo sviluppo di strategie per il trasferimento nella pratica clinica delle conoscenze derivanti dal settore industriale e per contribuire nell'Università al miglioramento degli aspetti formativi, il 30 luglio 2007 è stato rinnovato il Quality Center Network. L'accordo è stato siglato tra le Associazioni imprenditoriali del distretto biomedicale di Mirandola, dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, dall'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, dalla Provincia di Modena, dall'Unione dei Comuni Modenesi Area Nord e da Democenter-Sipe (Centro per l'Innovazione e il Trasferimento Tecnologico della Provincia di Modena).

Link: <http://www.qualitycenternetwork.it/>.

### **Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico**

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR), così come delineato dalla Legge Regionale 29/2004, riconosce come proprie funzioni fondamentali l'assistenza, la formazione e la ricerca ed ha previsto che ogni Azienda del SSR debba contemplare fra i suoi obiettivi principali quello di integrare queste tre funzioni che pertanto risultano possedere la stessa rilevanza istituzionale.

La Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, in coerenza con gli orientamenti espressi dalla Legge Regionale sopra ricordata, sostiene, con l'articolo 3 dell'Atto Aziendale, che la missione dell'Azienda è caratterizzata dalle macrofunzioni assistenziale, di didattica e ricerca.

Relativamente a quest'ultima, si specifica che "L'Azienda rappresenta il luogo privilegiato per la realizzazione di attività di ricerca volte a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento tecnologico applicativo delle acquisizioni sperimentali".

Ciò premesso, e come previsto dalla Delibera Regionale 213 del 14 febbraio 2005 "Introduzione del Bilancio di Missione nel Servizio Sanitario Regionale", le informazioni contenute in questa sezione del documento riguardano le **azioni promosse per l'esercizio di una piena responsabilità da parte del sistema sanitario pubblico nel campo del governo della ricerca.**

Nel luglio del 2009, la Giunta Regionale, con lo scopo di sviluppare ulteriormente una strategia che favorisca sia l'integrazione tra ricerca, assistenza e formazione, sia il governo dei processi di innovazione nei servizi sanitari, ha prodotto il documento *"La ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna"*, DGR n. 1066 del luglio 2009.

Con essa vengono fornite alle Aziende indicazioni operative per proseguire il percorso già avviato di formalizzazione delle attività di ricerca e innovazione come parte delle funzioni del Collegio di Direzione e la dotazione di un'infrastruttura a supporto dell'attività medesima.

In concreto, ai fini dello sviluppo di questa sezione vengono descritte le principali azioni attivate dall'Azienda:

- creazione della **infrastruttura locale per la Ricerca e l'Innovazione**, con finalità rivolte in particolare verso:
  - integrazione tra i vari sottosistemi aziendali (Collegio di Direzione, Comitato Etico locale, Servizio Formazione e Aggiornamento, ecc.);
  - collaborazione con altre Aziende;
  - sviluppo della capacità di attrazione di risorse finanziarie;
  - sviluppo di progetti di ricerca e innovazione in rete con altre istituzioni e strutture sanitarie della Provincia, della Regione, nazionali, europee ed extraeuropee;
  - utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche;
- garanzia di **trasparenza** nella attività di ricerca, attraverso:
  - censimento delle attività svolte e delle risorse organizzative/finanziarie dedicate a ricerca e innovazione;
  - assetto di regole per assicurare trasparenza nella gestione dei finanziamenti pubblici o privati;
  - valorizzazione del ruolo del Comitato Etico locale.

Con l'Atto Aziendale, l'Azienda ha approvato l'istituzione di una funzione dedicata allo sviluppo delle attività di ricerca e innovazione, il Servizio Ricerca e Innovazione, collocato in staff alla Direzione Generale, con l'obiettivo fondamentale di porre l'Azienda nelle condizioni di poter e saper esercitare una piena responsabilità nella promozione e governo delle attività di ricerca e rafforzare l'integrazione con la Direzione Medica di Presidio, con il Dipartimento Amministrativo, con il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie e con i Dipartimenti ad Attività Integrata per sviluppare un progetto aziendale relativo al technology assessment.

#### **6.10 – Azioni del Servizio Ricerca e Innovazione**

Nel corso del **2011**, con il coordinamento attuato dal Servizio Ricerca e Innovazione, sono proseguite in particolare le attività inerenti alle seguenti aree:

- A. Gestione e monitoraggio delle attività di ricerca;
- B. Implementazione dei progetti aziendali "Anagrafe delle Ricerca" e "Banca dati informatica per le sperimentazioni sponsorizzate";
- C. Sviluppo rapporti con il settore biomedicale (Quality Center Network – QCN)

#### **A. Gestione e monitoraggio delle attività di ricerca**

Nel periodo considerato sono state regolarmente svolte attività di supporto al Collegio di Direzione nella identificazione delle priorità della ricerca.

Sono state svolte 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) e privati, attraverso:

- ⇒ promozione della partecipazione da parte dei professionisti aziendali ai bandi di ricerca clinica;
- ⇒ assistenza ai dipartimenti ad attività integrata ed ai ricercatori nell'iter di presentazione dei progetti di ricerca e nella gestione delle varie fasi della conduzione degli studi;

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, 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.

Si riportano in tabella 6.1 i progetti presentati dalla AOU dal 2007 al 2011, per la partecipazione ai bandi di finanziamento promossi da Enti pubblici e privati, per i quali il Servizio Ricerca e Innovazione ha curato la comunicazione degli atti e delle informazioni contenute nei bandi e ha fornito supporto nella stesura del piano scientifico e economico del progetto di ricerca.

*Tabella 6.1 Progetti presentati dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena  
Anni 2007 - 2011*

<b>Bando Di Ricerca</b>	<b>Ente Finanziatore</b>	<b>Numero Progetti Presentati</b>
Ricerca Sanitaria Finalizzata 2007	Ministero della Salute	2
Ricerca Sanitaria Finalizzata 2008 - Malattie rare	Ministero della Salute	6
Ricerca Sanitaria Finalizzata 2008 - Cellule Staminali	Ministero della Salute	2
Ricerca Sanitaria Finalizzata 2009	Ministero della Salute	11
Giovani Ricercatori 2007	Ministero della Salute	16
Giovani Ricercatori 2008	Ministero della Salute	19
Giovani Ricercatori 2009	Ministero della Salute	14
Ricerca Finalizzata alla Modernizzazione 2008	Regione Emilia-Romagna	5
II° Programma sperimentale per le Medicine Non Convenzionale anno 2008	Regione Emilia-Romagna	2
Enti Privati (Telethon) e Fondazioni	/	4
anni 2008 - 2010	Istituto Superiore di Sanità	7
anni 2008 - 2010	AIFA	2

Ricerca Sanitaria Finalizzata 2010	Ministero della Salute	11
Giovani Ricercatori 2010	Ministero della Salute	25

Nel corso del 2011, è proseguito lo svolgimento di tutti gli adempimenti correlati al **Programma di Ricerca Regione Università 2007 – 2009**, programma che ha comportato un continuo impegno organizzativo – gestionale in tutte le sue fasi: dalla presentazione dei progetti (con supporto ai responsabili scientifici nella stesura del piano economico), alla gestione e al monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti per le verifiche intermedie ed annuali, fino alla stesura delle rendicontazioni scientifiche ed economiche.

Con le DGR n. 2242 del 27.12.2007, n. 1181 del 27.07.2009 e n. 2042 del 27.12.2011 sono stati ammessi a finanziamento i progetti approvati nell'ambito dei bandi dell'Area 1 (1a "Ricerca Innovativa", 1b "Medicina Rigenerativa"), dell'Area 2 "Ricerca per il Governo Clinico" e dell'Area 3 "Formazione alla Ricerca e creazione dei Research Network".

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i progetti finanziati dalla Regione Emilia – Romagna, per i quali l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena è capofila, suddivisi per area di ricerca e con indicate le Aziende partecipanti al progetto.

*Tabella 6.2 Programma di Ricerca Regione e Università Anni 2007 – 2009 Progetti di Area 1a*

<b>Area 1a Ricerca Innovativa</b>			
<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Titolo Progetto</b>	<b>Aziende partecipanti</b>	<b>Finanziamento</b>
Prof. Giuseppe Torelli Ematologia	Studio dello stato immunologico dei pazienti trapiantati di organo solido e di midollo osseo/staminali periferiche: validazione ed applicazione di tests immunologici innovativi, per lo sviluppo di una gestione razionale e coordinata su base regionale della diagnosi e del trattamento delle complicanze infettive post-trapianto	Azienda OU Bologna Azienda OU Parma	€ 951.200
Prof. Giorgio Enrico Gerunda Chirurgia dei Trapianti	Integrated molecular/imaging technologies for characterization of biological aggressiveness of hcc in patients candidate to liver transplant	Azienda Usl Modena	€ 676.200
Prof. Pier Franco Conte Oncologia	Identification and clinical validation of predictive and prognostic factors, with special focus on molecularly	Azienda OU Bologna Azienda OU Parma	€ 542.400

	targeted agents		
Prof. Paolo Frigio Nichelli  Neurologia Ausl Modena N.O.C.S.A.E Baggiovara	Diagnosi e trattamento delle epilessie farmaco-resistenti	Azienda Usl Modena	€ 215.000

Tabella 6.3 Programma di Ricerca Regione e Università Anni 2007 – 2009 Progetti di Area 1b

<b>Area 1b Medicina Rigenerativa</b>			
<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Titolo Progetto</b>	<b>Aziende partecipanti</b>	<b>Finanziamento</b>
Prof. Michele De Luca Centro di Medicina Rigenerativa "Stefano Ferrari"	Human epithelial stem cells: molecular characterization and development of clinical applications in regenerative medicine	Azienda OU Parma Azienda Usl Cesena	€ 2.799.823

Tabella 6.4 Programma di Ricerca Regione e Università Anni 2007 – 2008 Progetti di Area 2

<b>Area 2 Governo Clinico</b>			
<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Titolo Progetto</b>	<b>Aziende partecipanti</b>	<b>Finanziamento</b>
Prof. Paolo Paolucci  Oncoematologia Pediatrica	Elaborazione di un programma di follow up integrato degli eventi avversi a distanza dopo terapia oncologica in età pediatrica (studio prospettico, controllato, multicentrico, multidisciplinare)	Azienda OU Bologna Azienda OU Parma Azienda Osp Reggio Emilia Azienda OU Ferrara Azienda Usl Reggio Emilia Azienda Usl Ravenna Azienda Usl Rimini Azienda Usl Piacenza	€ 306.000

Prof. Fabrizio Ferrari  Neonatologia	Audit clinico strutturato per definire le priorità di governo clinico dell'Hub&Spoke perinatale ed i piani di implementazione per il miglioramento della qualità assistenziale	Azienda OU Bologna Azienda Osp Reggio Emilia Azienda Usl Reggio Emilia Azienda Usl Modena	€ 195.000
Prof. Marco Bertolotti  Medicina Metabolica Ausl Modena N.O.C.S.A.E Baggiovara	Governo clinico delle malattie metaboliche: Definizione del rischio cardiovascolare globale in pazienti con diabete mellito di tipo 2. Studio epidemiologico su una popolazione di soggetti afferenti agli ambulatori di diabetologia	Azienda OU Bologna Azienda OU Parma Azienda OU Ferrara Azienda Usl Modena	€ 149.000

Tabella 6.5 Programma di Ricerca Regione e Università Anni 2008 – 2009 Progetti di Area 2

<b>Area 2 Governo Clinico</b>			
<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Titolo Progetto</b>	<b>Aziende partecipanti</b>	<b>Finanziamento</b>
Prof. Giampaolo Bianchi  Urologia	Ruolo del sistema robotico "Da Vinci" nella chirurgia oncologica del Colon e della Prostata. Studio prospettico multicentrico di confronto tra laparoscopia tradizionale e robot assistita	Azienda OU Bologna Azienda OU Parma Azienda Osp Reggio Emilia Azienda Usl Modena Azienda Usl Forlì	€ 450.000
Prof. Mirco Neri  Geriatrics Ausl Modena N.O.C.S.A.E Baggiovara	Efficacia dell'esercizio fisico e dell'attività socializzante nella depressione dell'anziano. Studio multicentrico randomizzato controllato	Azienda Usl Bologna Azienda Usl Parma Azienda Usl Reggio Emilia Azienda Usl Modena Azienda Usl Piacenza Università Bologna	€ 430.000

Prof. Alberto Giannetti	Strategie a lungo termine di gestione clinica della psoriasi e studio controllato pragmatico sull'efficacia di interventi non farmacologici nel controllo della malattia. Farmacoeconomia e linee guida	Azienda OU Bologna Azienda OU Parma Azienda Osp Reggio Emilia Azienda OU Ferrara Azienda Usl Bologna Azienda Usl Ravenna Azienda Usl Rimini Azienda Usl Piacenza Azienda Usl Forlì Azienda Usl Cesena	€ 320.000
Dermatologia			

Tabella 6.6 Programma di Ricerca Regione e Università Anni 2010 - 2011 Progetti di Area 2

<b>Area 2 Governo Clinico</b>			
<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Titolo Progetto</b>	<b>Aziende partecipanti</b>	<b>Finanziamento</b>
Dott. Filippo Bertoni	Valutazione di costo/efficacia della IGRT(radioterapia guidata dalle immagini)/IMRT(radioterapia ad intensità modulata) ipofrazionata nel trattamento delle neoplasie prostatiche, polmonari, cervico-cefaliche, e cerebrali primitive a cattiva prognosi	Azienda USL Bologna Azienda Osp. Reggio Emilia Azienda OU Ferrara Azienda OU Bologna IRST Meldola Azienda OU Parma Azienda USL Piacenza Villa Maria Cecilia Cotignola Azienda USL Rimini	€ 392.000
Prof.ssa Roberta Gelmini	Il ruolo della tecnica del linfonodo sentinella nelle neoplasie differenziate della tiroide. Studio multicentrico prospettico randomizzato di confronto delle metodiche con colorante vitale, linfoscintigrafia e tecnica combinata	Azienda USL Forlì Azienda OU Parma	€ 281.500
Chirurgia			

Dott. Giuseppe Longo  Osservazione Breve Oncoematologica	Metodologia di valutazione dell'appropriatezza dell'impiego dei farmaci oncologici ad alto costo	Azienda USL Modena (Carpi e Mirandola) Azienda USL Reggio Emilia Azienda OU Ferrara CEVEAS	€ 306.000
Prof. Mario Luppi  Ematologia	Valutazione della efficacia di un intervento precoce di medicina palliativa in pazienti con cancro in diversi stadi di malattia	Azienda OU Bologna Azienda OU Ferrara Azienda USL Reggio Emilia Azienda USL Piacenza Azienda USL Ravenna Azienda USL Rimini Azienda Osp. Reggio Emilia	€ 433.500

Tabella 6.7 Programma di Ricerca Regione e Università Anni 2007 - 2009 Progetti di Area 3

<b>Area 3 Formazione alla ricerca e creazione dei research network</b>			
<b>Responsabile Scientifico</b>	<b>Titolo Progetto</b>	<b>Aziende partecipanti</b>	<b>Finanziamento</b>
Prof. Alessandro Liberati Statistica Medica Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Master di II° livello: "Governance e promozione della ricerca nelle aziende sanitarie" - Anno 2008	/	€ 153.000
Prof. Alessandro Liberati Statistica Medica Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Master di II° livello: "Governance e promozione della ricerca nelle aziende sanitarie" - Anno 2009	/	€ 148.000
Prof. Michele De Luca Centro di Medicina Rigenerativa "Stefano Ferrari"	Corso di perfezionamento in Medicina Rigenerativa: aspetti biologici, clinici, normativi e gestionali	/	€ 100.000

Al fine di favorire i responsabili scientifici nella realizzazione delle loro attività progettuali è stata organizzata una centralizzazione delle richieste di acquisizione di risorse umane, di materiali di laboratorio, di apparecchiature di laboratorio e di attrezzature informatiche, come

contemplato nei piani economici dei progetti. Ciò ha consentito un notevole snellimento delle procedure, un regolare confronto con i professionisti interessati, un monitoraggio preciso e costante delle spese sostenute e una rendicontazione scientifico-economica estremamente puntuale e dettagliata.

Nella tabella sottostante è riportato il dettaglio al 31.12 2011.

Tipologia	Numero	Importo
Contratti libero professionali (comprese le 9 integrazioni a fini assistenziali) – durata variabile da 1 a 3 anni	41	€ 1.318.378
Borse di studio ospedaliere – durata variabile da 1 a 3 anni	6	€ 214.510
Assegni di ricerca – durata variabile da 1 a 3 anni	20	€ 898.003
Convenzioni con altri Enti	2	€ 85.000
Contratti collaborazione - Università	5	€ 229.750
Materiali di laboratorio	/	€ 1.087.270
Attrezzature informatiche	/	€ 34.520
Apparecchiature di laboratorio	/	€ 135.491

Numerosi sono anche i progetti che vedono la partecipazione delle unità operative aziendali ai progetti coordinati dalle altre Aziende Ospedaliere – Universitarie della Regione Emilia-Romagna.

#### **B. Implementazione dei progetti aziendali "Anagrafe delle Ricerca" e "Banca dati informatica per le sperimentazioni sponsorizzate"**

##### **Anagrafe regionale della Ricerca**

Nel corso del 2011 è proseguita la partecipazione al progetto promosso dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale relativo all'**Anagrafe della Ricerca**. In applicazione del progetto regionale della costituzione di una anagrafe scientifica e amministrativa dei progetti di ricerca si è pertanto proceduto, con la collaborazione di una professionista della segreteria amministrativa del Comitato Etico, alla elaborazione di una scheda, per ogni singolo progetto scientifico, per la raccolta dei principali dati scientifico-economici rilevanti per l'Azienda 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, valutare l'impatto economico dell'attività di ricerca, identificare le aree di maggiore intensità di ricerca e della aree orfane. Il progetto è cominciato a Settembre 2009 e come da indicazioni regionali dal 2010 è stato possibile inserire i progetti di ricerca avviati a partire dal 2009. Al 31.12.2011 risultano inseriti 95 progetti, e sono state validate e chiuse, come richiesto dalla Regione, le schede dei progetti per i quali l'AOU è capofila nei progetti finanziati nell'ambito del Programma di Ricerca Regione-Università triennio 2007-2009 e triennio 2010-2012 (progetti Area 2 "Ricerca per il Governo clinico").

##### **Banca dati informatica per le sperimentazioni sponsorizzate**

Con il coordinamento del SRI 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. Al 31.12.2011 sono state inserite 80 sperimentazioni.

### **C. Sviluppo rapporti con il settore biomedicale (Quality Center Network - QCN)**

Il SRI ha contribuito alla realizzazione degli obiettivi declinati nel Quality Center Network, accordo sottoscritto dalle Associazioni imprenditoriali del Distretto di Mirandola (MO) e dalle Istituzioni locali, nell'interesse dell'Azienda di sviluppare progetti di ricerca con il settore del biomedicale della Provincia, con l'obiettivo di favorire il trasferimento nella pratica clinica delle informazioni derivanti dallo sviluppo industriale. Il suddetto accordo ha permesso l'attivazione di una collaborazione tra le parti per la definizione dei criteri di esecuzione di sperimentazioni pre-cliniche e cliniche dei dispositivi medici e la loro valutazione sotto i diversi aspetti della efficacia clinica, della efficienza economica ed organizzativa, di sicurezza, di qualità e di eticità. Nel corso del 2011 sono proseguite le attività di ricerca pre-clinica e clinica.

#### **6.11 - Integrazione tra i sottosistemi aziendali**

Il Servizio Ricerca e Innovazione assolve, necessariamente per la mission affidatale, un ruolo trasversale all'intera organizzazione. Dovendosi integrare non solo con le tradizionali funzioni assistenziali dei servizi, non può considerarsi aggiuntiva e distinta rispetto ad altre funzioni gestionali, né in termini di struttura organizzativa dedicata, né in termini operativi.

Ciò premesso, il Servizio Ricerca e Innovazione interagisce, in particolare, con:

- la Direzione Sanitaria e la Direzione Medica di presidio specificamente per le funzioni di governo clinico;
- le funzioni di staff dedicate alla formazione, alla qualità, all'accreditamento, alla comunicazione;
- il Servizio di Ingegneria Clinica, che rappresenta la struttura tecnica competente alla valutazione del parco diagnostico-terapeutico aziendale e del suo aggiornamento in funzione della evoluzione tecnico-scientifica;
- il Sistema Informativo delle Tecnologie Informatiche di Comunicazione, al quale compete l'adozione di innovazioni nel campo delle infrastrutture dei sistemi informatici applicabili alle pratiche cliniche e gestionali;
- il Comitato Etico Provinciale, al quale compete il governo complessivo della ricerca.

#### **6.12 - Capacità di attrazione da parte dell'Azienda di risorse finanziarie**

Nelle tabelle sotto riportate sono indicati i progetti attivi al Dicembre **2011** ed i relativi finanziamenti per ente erogatore.

*Tabella 6.8 Numero progetti attivi a dicembre 2011 per ente erogatore*

<b>Ente erogatore</b>	<b>Numero Progetti</b>	<b>%</b>
MINISTERO DELLA SALUTE	9	39%
ISTITUTO SUPERIORE SANITA'	3	13%
REGIONE EMILIA-ROMAGNA	9	39%
ALTRI	2	9%
<b>TOTALE</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabella 6.9 Finanziamenti relativi ai progetti attivi a dicembre 2011 per ente erogatore

Ente erogatore	Finanziamento per Ente	%
MINISTERO DELLA SALUTE	€ 2.812.271	76,4%
ISTITUTO SUPERIORE SANITA'	€ 112.000	3,0%
REGIONE EMILIA-ROMAGNA	€ 439.000	11,9%
ALTRI	€ 317.348	8,6%
<b>TOTALE</b>	<b>€ 3.680.619</b>	<b>100%</b>

Altri finanziamenti derivano dall'attività di sperimentazione clinica sponsorizzata.

Tabella 6.10 Fatturato per sperimentazioni cliniche sponsorizzate anni 2007 - 2011

Anni	Fatturato per sperimentazioni cliniche sponsorizzate
2007	<b>€ 885.993</b>
2008	<b>€ 845.064</b>
2009	<b>€ 839.274</b>
2010	<b>€ 773.462</b>
2011	<b>€ 623.969</b>

### 6.13 - Utilizzo appropriato delle innovazioni tecnologiche

#### **Le modalità di introduzione delle innovazioni tecnologiche**

Nel 2009 è stata istituita, in Azienda, la Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM), facendo seguito alla Delibera della Giunta Regione Emilia Romagna n. 1523 del settembre 2008.

Nel corso dell'anno 2011 la CADM, di cui il Servizio Ricerca e Innovazione è parte integrante, ha proseguito i propri lavori, con incontri a cadenza mensile, 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 la Direzione Aziendale e il Collegio di Direzione nelle decisioni riguardanti l'introduzione di nuove tecnologie ad elevato impatto clinico, organizzativo ed economico.

#### **Progetti: "Anagrafe della Ricerca" e "Banca dati informatica per le sperimentazioni sponsorizzate"**

Di seguito si riportano alcune tabelle con informazioni relative agli Studi Clinici del periodo 2008 - 2011. Per un maggior dettaglio, si rimanda alla sezione specifica del Comitato Etico, del presente Bilancio di Missione.

Tabella 6.11 Sperimentazioni approvate per tipo promotore Anni 2008 - 2011

Anno	Numero Studi Clinici complessivi	di cui A. Ospedaliero-Universitaria	%	di cui Azienda USL	%	di cui Ospedale di Sassuolo	%	di cui Centri privati	%
<b>2008</b>	<b>213</b>	143	<b>67.1%</b>	56	<b>26.3%</b>	7	<b>3.3%</b>	7	<b>3.3%</b>
<b>2009</b>	<b>331</b>	226	<b>68.3%</b>	90	<b>27.2%</b>	5	<b>1.5%</b>	10	<b>3.0%</b>
<b>2010</b>	<b>273</b>	180	<b>65.9%</b>	76	<b>27.8%</b>	10	<b>3.7%</b>	7	<b>2.6%</b>
<b>2011</b>	<b>294</b>	208	<b>70.7%</b>	75	<b>25.5%</b>	7	<b>2.4%</b>	4	<b>1.4%</b>

Di seguito sono riportati in forma grafica i dati numerici della tabella precedente

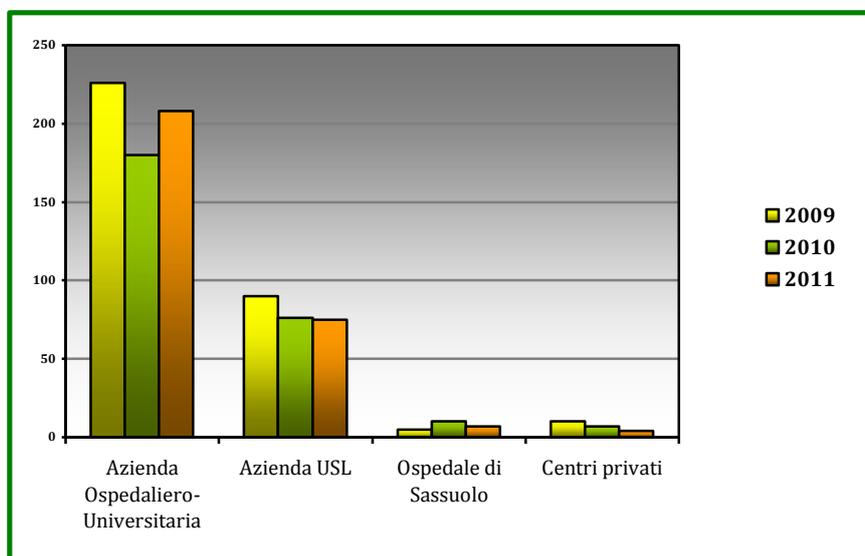


Tabella 6.12 *Sperimentazioni approvate per tipologia Anni 2009 – 2011*

Tipologia di Protocolli presentati	2009		2010		2011	
	N. Studi C.	%	N. Studi C.	%	N. Studi C.	%
Interventistico con	134	40,5%	114	41,8%	111	37,8%

Farmaco						
Interventistico senza Farmaco	38	11,5%	34	12,5%	60	20,4%
Interventistico con Dispositivo	21	6,3%	17	6,2%	8	2,7%
Osservazionale	120	36,3%	97	35,5%	105	35,7%
Studi Genetica	1	0,3%	0*	0,0%	0*	0,0%
Accessi Allargati	16	4,8%	11	4,0%	10	3,4%
Studi Medicine non convenzionali	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%
<b>Totale</b>	<b>331</b>	<b>100%</b>	<b>273</b>	<b>100%</b>	<b>294</b>	<b>100%</b>

\* Dal 2010 gli studi di genetica sono stati assimilati agli studi interventistici senza farmaco.

Da ultimo va ricordata l'adesione al progetto Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI) per la creazione di un sistema di integrazione che consenta la applicazione a livello inter-aziendale o regionale di tecnologie innovative realizzate e sperimentate localmente, per perseguire l'obiettivo di miglioramento delle capacità di governo e indirizzo dei processi di innovazione.

#### **6.14 – Assetto di regole per la trasparenza nella gestione dei finanziamenti pubblici o privati**

Nel corso del 2011 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). 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)*

- *Fissazione quota aziendale per costi generali in materia di ricerche e sperimentazioni non commerciali (n. 100/08)*
- *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)*
- *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).*

Per la gestione e monitoraggio degli studi clinici non sponsorizzati nel corso del 2009 si è data piena attuazione alla realizzazione del **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, favorisce la ricerca spontanea e permette inoltre di garantire la copertura dei costi aziendali per le sperimentazioni cliniche non sponsorizzate.

Per lo specifico scopo 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.

## **Capitolo 7 - OBIETTIVI SPECIFICI DI RILEVANZA ISTITUZIONALE**

### **7.1 - Programma sperimentale per il trattamento della violenza di genere e intrafamiliare LIBERIAMOCI DALLA VIOLENZA (LDV)**

#### **Premessa:**

La violenza alle donne, in particolare quella domestica, è un fenomeno che riguarda la salute pubblica, ha connotazioni sanitarie non solo per le conseguenze in termini di lesioni o di fratture che determina, ma perché incide profondamente sul complessivo stato di benessere psico-fisico delle donne, dei loro figli e del contesto sociale in generale.

L'OMS ricorda che il benessere delle famiglie e della società è profondamente influenzato da quello femminile.

Una ricerca effettuata dall'ISTAT nel 2006 nel nostro paese, analizzando un campione di donne di età compresa tra i 16 e i 70 anni, ha evidenziato come quasi 7 milioni di esse, (il 31,9 %) abbia subito nel corso della propria vita una violenza fisica o sessuale, di cui la prima è avvenuta più spesso ad opera del partner, il 93% di queste violenze non è stata denunciata, il 34% delle donne non ne ha parlato con nessuno, il 34,5% ha ritenuto che la violenza sia stata "molto grave" e in molte situazioni i figli vi hanno assistito.

Nel contesto modenese, un monitoraggio effettuato presso le U.O di Pronto Soccorso dell'AUSL negli anni 2008-2009-2010 ha evidenziato un accesso annuo di circa 800 donne per problematiche riferibili alla violenza domestica. Sebbene l'entità del fenomeno, come ci indica la diversa letteratura esistente sul tema appaia sottostimato, il PS si evidenzia come l'ambito che più di ogni altro si interfaccia con questa problematica.

Da alcuni anni l'Azienda USL di Modena è impegnata sul tema della violenza alle donne ed aderisce insieme ad altre istituzioni ad un Protocollo d'intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno contro la violenza alle donne (documento approvato con delibera di Giunta Provinciale n. 81 del 06-03-2007), partecipa ai lavori del Tavolo Prefettizio e al consolidamento delle relazioni con la rete dei servizi territoriali che intervengono sul tema.

#### **Stato dell' arte sul lavoro con gli autori**

Nel nostro territorio provinciale esistono associazioni e servizi competenti a prendersi in carico le donne che hanno subito violenza (Associazione Casa delle Donne, Associazione Donne e Giustizia, Consultori Familiari, Servizi Sociali comunali).

Finora non esistevano spazi, servizi dedicati al trattamento degli uomini maltrattanti.

La situazione nel resto del nostro paese non è molto diversa.

Negli Stati Uniti e in altre parti d' Europa invece, a partire dagli anni '80, si sono sviluppati programmi di trattamento per gli uomini autori di violenze, con lo scopo di fare assumere loro la consapevolezza e un senso di responsabilità verso il proprio comportamento violento e di aiutarli a "disapparere" sostituendolo con capacità relazionali basate sul riconoscimento dell'uguaglianza di genere e sul rispetto dell'integrità e dell'autonomia delle donne.

In Norvegia ci si lavora da oltre 20 anni, in particolare da parte dell'Associazione ATV, Alternativ til Vold di Oslo, i cui professionisti sono essenzialmente psicologi. Essi lavorano con gli uomini sulla ricostruzione di sé al di fuori delle dinamiche della violenza, da alcuni anni hanno iniziato a focalizzare l'attenzione sui bambini figli degli autori delle violenze domestiche, poiché è forte la consapevolezza che la violenza incide profondamente sulle relazioni familiari.

Sebbene la valutazione degli esiti di questo tipo di programmi sia concretamente molto complessa e difficile, diversi lavori valutativi europei ed americani hanno mostrato significativi effetti positivi - anche se con una certa variabilità di successo - relativamente ai benefici psicologici ricevuti dai pazienti, alla diminuzione della percentuale di recidiva e più in generale rispetto alla qualità della vita e del senso di sicurezza percepita da parte delle partner degli uomini che hanno completato il processo di trattamento.

Il Servizio alle Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna nel 2008-2009 ha promosso una specifica formazione sul tema nel corso della quale hanno presentato le loro esperienze relatori norvegesi, inglesi, austriaci e l' AUSL di Modena vi ha inviato alcuni psicologi.

In seguito, in considerazione anche della formale disponibilità espressa dal Direzione Generale, l'AUSL di Modena è stata individuata come istituzione capofila a livello regionale per la realizzazione di un programma sperimentale per il trattamento della violenza di genere e intrafamiliare rivolta agli autori delle violenze (Delibere Regionali n.289 del 2010 e n. 2162/2011).

Nel giugno e nel settembre 2011 gli psicologi di ATV hanno effettuato una formazione sul loro modello di trattamento con maltrattanti ai colleghi dell' AUSL di Modena.

E' stato istituito un gruppo progettuale (delibera Direttore Generale 22/11/2011) ed è stato effettuato un Convegno il 25 novembre per la presentazione dell' attività di LDV alle istituzioni e alla cittadinanza.

3 sono gli psicologi (uomini) che lavorano presso il Centro LDV, il progetto è coordinato da una sociologa sanitaria.

### **OBIETTIVI GENERALI del Programma sperimentale LDV**

- contribuire alla prevenzione della violenza
- offrire possibilità di cambiamento agli autori delle violenze
- contribuire alla promozione di una cultura di cambiamento nelle relazioni di genere volta al superamento della violenza
- potenziare la consapevolezza circa il ruolo e la responsabilità genitoriale paterna e il suo esercizio
- contribuire a promuovere e migliorare il benessere dei minori, delle donne e degli uomini
- favorire la riduzione degli stereotipi di genere a vantaggio di un' immagine aperta e plurale della mascolinità e della paternità

### **OBIETTIVI SPECIFICI del Programma sperimentale LDV:**

- contribuire alla riduzione del rischio di recidive di maltrattamento
- contribuire alla riduzione di nuovi casi di maltrattamento domestico
- concorrere a migliorare la sicurezza delle vittime reali e potenziali
- contribuire alla riduzione delle incidenze sanitarie e sociali a carico delle vittime
- essere parte integrante di un ampio sistema di intervento a livello provinciale, per lavorare in RETE contro la violenza domestica

### **Dal 2 dicembre 2011 ad oggi**

15 sono gli uomini in carico ad LDV e circa 30 i contatti esterni (operatori dei servizi sociali, sanitari, partner, giornalisti, studenti ecc.)

L' accesso è diretto o su contatto telefonico e al momento è gratuito .

Il programma di trattamento proposto si ispira a quello norvegese.

Costante è la collaborazione con i servizi e le associazioni del territorio che si occupano di violenza.

LDV è la prima struttura pubblica in Italia dedicata al trattamento degli autori delle violenze di genere e intrafamiliari.

LDV partecipa ad un programma di monitoraggio europeo sull' attività svolta e sui suoi esiti.

## **7.2 – Un progetto di sviluppo del benessere organizzativo in Azienda USL di Modena**

Con il termine "salute organizzativa" s'intende "l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative".

Questa definizione sottolinea la transizione del costrutto di salute organizzativa da visioni centrate sulle condizioni di benessere del singolo individuo, a prospettive più vaste, centrate sulla definizione delle caratteristiche del contesto, della cultura e delle pratiche lavorative comunitarie in grado di favorire il benessere individuale e l'efficacia organizzativa.

Nella panoramica degli studi sulla salute, qualità della vita lavorativa e il benessere organizzativo, dagli anni '70 ad oggi, il focus degli interventi per la gestione dello stress nelle organizzazioni, si è spostato da fattori legati all'individuo (valutazione degli stressor e strategie di fronteggiamento), a fattori legati al contesto, giungendo fino alla attuale normativa che richiede la valutazione e il monitoraggio di fattori di rischio psicosociale. Tali fattori corrispondono ad aspetti di progettazione, organizzazione e gestione del lavoro e dei loro contesti ambientali e sociali, che potenzialmente possono dar luogo a danni di natura psicologica, sociale o fisica. Quando la causa dello stress si identifica in fattori del contesto di lavoro o dell'attività lavorativa, esso viene definito "lavoro-correlato" e può avere un effetto potenzialmente dannoso sull'individuo a livello cognitivo (ad esempio, deficit attentivi, mnestici, etc.), emotivo (ad esempio burnout, ansia, etc.) o fisico (ad esempio problemi articolari, cervicali, etc.), pertanto richiede la predisposizione di azioni organizzative volte a prevenirne gli effetti.

Nella direzione della prevenzione dei fattori di rischio e della promozione della qualità della vita lavorativa, l'Azienda USL di Modena ha avviato nel 2010 l'iniziativa "Benessere lavorativo nelle strutture territoriali".

All'interno di AUSL Modena, il Coordinamento dei Distretti Sanitari, in accordo con la Direzione Amministrativa e il Dipartimento di cure Primarie, da Maggio 2010 ha avviato un percorso di collaborazione scientifico-professionale con il gruppo di ricerca di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni dell'Università di Bologna. Sono stati selezionati tutti gli operatori del Servizio Amministrativo (referenti amministrativi di SAUB, CUP, URP, segreterie di direzione e tutti gli amministrativi di back-office) e del Servizio Salute Donna (medici, psicologi, ostetriche e figure socio-sanitarie dei consultori familiari) presenti nei sette distretti di Modena. La scelta dei partecipanti è avvenuta mediante "campionamento strategico", volto a individuare categorie di lavoratori la cui attività presenti possibili criticità connesse al tema del benessere. I due servizi sono stati scelti poiché sono stati di recente interessati da modificazioni della tipologia di utenza e da notevole aumento e differenziazione delle richieste lavorative e pertanto, più di altri settori risultano potenzialmente esposti a rischio psicosociale. Inoltre la scelta ha consentito un confronto intra-organizzativo dello stato di benessere lavorativo tra due diverse tipologie di servizi: amministrativo e sanitario. Il progetto ha avuto inizio nel Maggio 2010 ed è terminato il 1° marzo 2012.

Per la fase di indagine quantitativa è stato messo a punto un questionario che ha avuto come obiettivo quello di indagare la percezione dei dipendenti dell'Ausl di Modena sulle "domande e le risorse" presenti nell'ambiente di lavoro e gli esiti da essi generati. Domande, risorse ed esiti sono stati indagati tenendo presente la loro natura cognitiva, emotiva e fisica. I partecipanti al progetto sono stati invitati a compilare il questionario in occasione di un evento formativo sui temi in oggetto. Essendosi trattato di una ricerca longitudinale al T1, in base al campionamento strategico effettuato in seguito alle indicazioni dell'Azienda, sono stati intervistati 327 lavoratori (65,7% amministrativi e 34,3% del Salute donna) appartenenti ai 7 distretti territoriali della Ausl di Modena: Modena (32,7%), Sassuolo (14,4%), Mirandola (11,6%), Carpi (11,6%), Castelfranco (10,1%), Vignola (10,1%) e Pavullo (9,8%). I partecipanti, di cui 88,7% donne e 11,3% uomini, hanno un'età compresa tra i 21 e i 63 anni ( $M = 48.47$ ;  $DS = 7,14$ ), la maggior parte di loro vive con il proprio partner (70,4%) e ha figli (82,4%). Per ciò che concerne il titolo di studio, la maggior parte ha un diploma di scuola media superiore (46,9%), il 29,9% ha laurea, il 10,7% una qualifica professionale, l'9,7% ha la licenza media inferiore, i rimanenti (2,8%) dichiarano di avere altri titoli. Il 65,7% dei

partecipanti lavora in area amministrativa (31,4% assistente, 16,7% collaboratore, 10,3% coadiutore, 0,6% dirigente) il restante 34,3% per il servizio "Salute Donna" (12,2% medico, 3,8% psicologo, 19,9% ostetrica/asv/infermiere).

Conclusa la prima fase di rilevazione e analisi dei dati, si è ritenuto opportuno introdurre una fase qualitativa di ricerca, non prevista inizialmente, prima di procedere alla restituzione e alla seconda somministrazione. La finalità è stata individuata da un lato nella necessità di procedere ad una raccolta ex-post delle informazioni emerse mediante indagine quantitativa, e dall'altro di individuare riferimenti utili in previsione della definizione di interventi di miglioramento nei diversi contesti di lavoro indagati. All'indagine qualitativa sono state coinvolte figure che, assumendo un ruolo di coordinamento e supervisione nel proprio servizio, potessero fare da portavoce per un intero gruppo di lavoro, consentendo di svincolare la riflessione dall'astrattezza dei dati quantitativi e di raccogliere informazioni relative ai contesti lavorativi reali.

Sono state utilizzate due tecniche di ricerca qualitativa: un *focus group* sui responsabili del Servizio Amministrativo e sette interviste semi strutturate rivolte alle figure di coordinamento e significative del Servizio Salute Donna. Ai partecipanti è stata proposta una serie di sei domande che hanno indagato il tema del benessere lavorativo.

Le domande sono state formulate in linea con il modello teorico utilizzato per l'indagine quantitativa (DISC - Cfr. J.de Jonge, & C.Dormann, *The DISC model: Demand induced strain compensation mechanisms in job stress*. In M. F. Dollard, A. H. Winefield, & H. R. Winefield (Eds.), *Occupational stress in the service professions*, Taylor & Francis, London, 2003.), allo scopo di contestualizzare e interpretare i dati emersi dalla ricerca, integrando le informazioni già raccolte.

L'impostazione generale del percorso di ricerca presentato e la scelta delle metodologie di rilevazione derivano dal presupposto che la tutela del benessere dei lavoratori avvenga mediante la prevenzione di eventuali esiti negativi del lavoro, quali esaurimento, insoddisfazione lavorativa, cattiva performance e sintomi fisici e psicologici. Al fine di prevenire tali esiti, l'indicazione proveniente dalla letteratura scientifica in materia e dalla recente normativa sulla prevenzione del rischio stress-lavoro correlato, è quella di utilizzare sistemi di valutazione atti a misurare la presenza di fattori di rischio, (carico di lavoro, ambiguità di ruolo, mancanza di equità) e di intervenire con azioni organizzative volte al potenziamento dei fattori protettivi (competenze, supporto, controllo, e conciliazione casa-lavoro, nei contesti di lavoro).

Come già segnalato, appare importante rimarcare la peculiarità del modello utilizzato (DISC) che consiste nel considerare contemporaneamente criticità e punti di forza presenti in una data situazione lavorativa e nella possibilità di valutarne il match. Tale caratteristica costituisce il valore aggiunto del modello: va infatti tenuto presente che la prevenzione del disagio in ambito lavorativo non si limita all'individuazione dei fattori di rischio, ma consiste nel miglioramento continuo della situazione di lavoro, attraverso lo sviluppo di fattori protettivi che giocano un ruolo rilevante come elementi di prevenzione.

Guardando a titolo esemplificativo i risultati della ricerca quantitativa sull'intera organizzazione, il disagio - rilevato come esito emotivo attraverso l'esaurimento - si associa a caratteristiche dell'ambiente di lavoro, nello specifico alla domanda emotiva. Allo stesso tempo l'auto apprendimento - rilevato come esito cognitivo - si associa a domanda cognitiva e a risorse emotive e fisiche. Da questi risultati è possibile ipotizzare diversi suggerimenti operativi.

Da un lato i risultati forniscono un'indicazione delle caratteristiche dell'ambiente di lavoro su cui intervenire per ridurre i livelli di esaurimento emotivo.

Dall'altro, in linea con il modello teorico scelto e con il presupposto che una situazione lavorativa sana non si sviluppi soltanto grazie all'assenza di fattori negativi, ma anche potenziando le caratteristiche positive, i risultati dell'indagine indicano le leve su cui agire per promuovere l'autoapprendimento e di conseguenza lo sviluppo di competenze e l'accrescimento professionale.

Azioni che permettano una riduzione delle domande emotive (ad esempio rotazione delle mansioni) o un incremento delle risorse cognitive (ad esempio formazione, programmi di carriera) possono rappresentare esempi di indicazioni operative che si basano sulla valutazione

effettuata e rispondono ad effettivi bisogni/problematiche riportati dai lavoratori dell'Azienda USL di Modena.

Secondo il paradigma della ricerca-azione e dello sviluppo organizzativo la raccolta e condivisione dei dati qualitativi, costituiscono tappe strategiche fondamentali per pervenire alla elaborazione di un piano di azione efficace.

Lo sviluppo organizzativo è definito come una strategia complessa finalizzata al mutamento di convinzioni, atteggiamenti, valori e strutture organizzative ma anche una tecnica di intervento finalizzata a generare e promuovere un cambiamento pianificato.

Nel percorso "Benessere lavorativo nelle strutture territoriali" che ha visto il coinvolgimento di AUSL Modena e la collaborazione scientifica dell'Università di Bologna, come progetto di sviluppo, il concetto assume entrambe le connotazioni: in quanto strategia, esso risponde agli obiettivi programmatici aziendali di diffusione della cultura del benessere organizzativo e richiama le prescrizioni normative in termini di sicurezza e salute dei lavoratori, in quanto tecnica, favorendo il coinvolgimento attivo degli attori in ogni fase, esso promuove la condivisione dell'apprendimento e la costruzione di conoscenza dall'esperienza.

In linea con il concetto di sviluppo organizzativo, per condurre l'intero processo in questione si è fatto riferimento al paradigma della ricerca-azione partecipativa. Tale approccio consiste in un processo di raccolta sistematica di dati per la definizione di un problema (diagnosi) che prevede l'individuazione e l'applicazione di soluzioni (intervento) attraverso il diretto coinvolgimento degli interessati nella definizione di un piano d'azione. La prospettiva della ricerca-azione valorizza lo sforzo di lettura e interpretazione congiunta dei dati di ricerca da parte dei ricercatori, committenti e partecipanti. Questa caratteristica ha trovato manifestazione nella moltitudine di incontri di restituzione, commento e discussione dei risultati tra ricercatori, referenti aziendali e partecipanti nelle diverse fasi. L'attività di restituzione dei risultati ha offerto poi tre ordini di vantaggi: sul piano del reperimento di informazioni, essa ha permesso di raccogliere i commenti degli interessati, contestualizzare i risultati nei singoli ambienti di lavoro e raccogliere spunti ragionati e specifici sulla necessità di interventi per il miglioramento; sul piano del processo di sviluppo, ha permesso di coinvolgere attivamente ciascun partecipante, fornendo un feedback in itinere del lavoro svolto, valorizzando il contributo dei partecipanti e consolidando il contratto psicologico stipulato durante le sessioni di formazione nella fase di avvio del percorso; infine ha permesso di sensibilizzare gli attori ai temi affrontati dalla ricerca, fornendo loro chiavi di lettura della realtà lavorativa e possibili soluzioni coerenti con il modello teorico utilizzato per l'indagine.

Già in questa fase di avanzamento sono stati definiti alcuni ambiti di intervento per uno dei due Servizi aziendali coinvolti, che dovrebbero riguardare: la riprogettazione dei livelli assistenziali del servizio per area geografica, a livello dell'intera organizzazione (lungo termine); la predisposizione di un percorso formativo sulle competenze manageriali e di leadership rivolto alle figure di coordinamento, a livello inter-distrettuale, (medio termine); e a livello del singolo servizio, operazioni di analisi del lavoro mediante osservazione per la riorganizzazione dei compiti.