

GRUPPO OSPEDALE DI SASSUOLO SPA

Società sottoposta all'attività di direzione e coordinamento da parte dell' Azienda USL di Modena – Partita Iva 002241850367

Sede Legale VIA FRANCESCO RUINI N.2 - 41049 SASSUOLO MO
Iscritta al Registro Imprese di MODENA - C.F. e n. iscrizione 02815350364
Iscritta al R.E.A. di MODENA al n. 333566
Capitale Sociale Euro 7.500.000,00 i. v. - P.IVA n. 02815350364
Posta elettronica PEC: ospedale@pec.ospedalesassuolo.it

RELAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE SULLA GESTIONE **BILANCIO CONSOLIDATO AL 31.12.2017**

Signori Azionisti,

l'esercizio 2017 si chiude con un risultato di esercizio in utile per € 85.284, rispetto ad un utile dell'esercizio precedente di € 44.686.

Va ricordato come dal punto di vista organizzativo il Gruppo Ospedale di Sassuolo SpA svolga la propria attività attraverso la gestione del Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo e attraverso la gestione di un Poliambulatorio privato accreditato a San Felice sul Panaro (MO).

Si riportano di seguito le principali informazioni relative alla società controllante Ospedale di Sassuolo SpA.

1. Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

Dal punto di vista normativo il progetto del Nuovo Ospedale di Sassuolo in una prima fase si originava come una sperimentazione gestionale ai sensi dell'art. 9 bis del D.Lgs.502/92 e s.m.i., basata sulla collaborazione sperimentale ed innovativa tra soggetto pubblico (Azienda USL) e soggetto privato (Casa di Cura accreditata operante nel Distretto); con delibera nr. 109/2009 del 2 febbraio 2009 la Regione Emilia Romagna ha sancito la definitiva conversione in regime ordinario della precedente sperimentazione gestionale. La quota di maggioranza è detenuta dal soggetto pubblico, con il 51%, che ne definisce anche la mission. L'assetto azionario della Ospedale di Sassuolo Spa prevede una partecipazione pressoché paritetica da parte del socio pubblico e di quello privato – 51 per cento Azienda USL DI Modena e 49 per cento Atrikè Spa.

Il capitale sociale, inizialmente fissato in un milione di euro, è stato successivamente nel corso dell'anno di avvio dell'attività sanitaria aumentato a 7.5 mln di euro. Ad eccezione del triennio di sperimentazione, le azioni sono trasferibili anche tra i soci e cedibili solo a condizioni stabilite e con il consenso di tanti soci che rappresentano almeno il 70 per cento delle azioni aventi diritto di prelazione.

La definizione delle modalità di funzionamento della società e la disciplina dei rapporti tra contraenti sono contenute, rispettivamente, nello statuto e nei patti parasociali. Il Consiglio di Amministrazione è stato nominato dall'Assemblea in data 29 giugno 2017 e resta in carica per un triennio. Il Consiglio di Amministrazione ha provveduto a delegare parte dei propri poteri ad un Direttore Generale, così come previsto dalla Delibera Regionale di conversione in regime ordinario.

L'organo di controllo è costituito dal Collegio Sindacale, composto da tre sindaci nominati dall'assemblea dei soci; il controllo contabile è affidato ad una società di revisione esterna che provvede a certificare il bilancio.

1.2 Mission

L'Ospedale di Sassuolo Spa concorre al conseguimento degli obiettivi primari assegnati dal Piano Sanitario Regionale e dal PAL Provinciale, ed in specifico la mission è la seguente:

- Il nuovo Ospedale di Sassuolo nasce per assicurare a tutti i cittadini del territorio di riferimento prestazioni ospedaliere di primo livello che rispondano a criteri di efficacia, appropriatezza, efficienza e sicurezza.
- Accanto a queste si collocano alcune attività specialistiche che possono rappresentare un punto di riferimento a valenza sovradistrettuale ed aziendale.
- L'Ospedale riconosce fra i suoi principi ispiratori la centralità della persona e vuole rappresentare un "luogo" affidabile, amichevole e confortevole per chi deve realizzare il proprio percorso di cura e per chi vi opera.
- L'Ospedale è parte della rete provinciale operando in forte integrazione con il vicino Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense di Baggiovara e svolgendo il ruolo di ospedale di riferimento per l'Area SUD, comprendente anche gli ospedali di Vignola e Pavullo;
- Per garantire la continuità assistenziale nei percorsi diagnostico terapeutici collabora con la rete dei servizi socio-sanitari del territorio di riferimento.
- Adotta modelli gestionali innovativi in grado di valorizzare le risorse umane e professionali degli operatori anche attraverso il loro coinvolgimento nei processi decisionali e la loro partecipazione alle attività di ricerca e formazione continua.

1.3 Le fasi della sperimentazione gestionale; avvio gestione ordinaria

La società mista Ospedale di Sassuolo Spa è stata creata il 21 ottobre 2002, successivamente sono partite le fasi della sperimentazione che si possono così riassumere:

- una prima fase (21.10.2002-01.01.2005) nella quale la società di gestione ha operato per preparare le condizioni necessarie per attivare il nuovo Ospedale di Sassuolo collaborando sia con l'Azienda USL di Modena sia con Villa Fiorita;
- una seconda fase (1.1.2005-1.8.2005) nella quale si è provveduto all'attivazione delle attività sanitarie precedentemente svolte dalla Casa di Cura Villa Fiorita e vi è stato l'avvio dei primi percorsi di attivazione organizzativa tra le due strutture prossime alla fusione;
- nel periodo 1.8.2005-31.07.2008 si è realizzato il trasferimento delle attività del vecchio Ospedale di Sassuolo e di Villa Fiorita nella nuova struttura. Il 2006 è stato il primo anno di funzionamento pressoché completo dello stabile del Nuovo Ospedale. Infine nel 2008 si è attivato il Poliambulatorio e sono stati trasferiti una serie di servizi distrettuali nella nuova struttura.

La sperimentazione è terminata a fine gennaio 2009 e con delibera della Giunta Regionale Emilia Romagna n. 102/09 del 02 febbraio 2009 è stato reso definitivo il nuovo assetto gestionale. Il superamento della sperimentazione è seguito alle valutazioni positive dell'Azienda Usl e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Modena, del Comitato di Distretto, delle organizzazioni sindacali e del socio privato.

Nella delibera di cui sopra la Regione ha stabilito che la società dovrà operare nel rispetto dei seguenti vincoli, principi ed elementi di garanzia:

- 1) garantire il perseguimento della missione in ambito pubblico a mezzo contratto di fornitura;
- 2) prevedere una revisione dello statuto e dei patti parasociali in modo tale che si rifletta la maggioranza pubblica nella composizione degli organi sociali, una riduzione dei componenti del consiglio di amministrazione, una divisione tra compiti di gestione e di indirizzo e controllo;
- 3) prevedere accordi tra i soci per l'eventuale recesso da parte del socio privato;
- 4) formulare un nuovo contratto di committenza con la Usl di Modena, in continuità con i principi contenuti nel precedente contratto di fornitura 2006/2008;
- 5) Prevedere modalità di assunzione del personale trasparenti ed imparziali;
- 6) Prevedere in caso di modifica della compagine sanitaria privata, la sottoscrizione e condivisione, da parte dei nuovi soci, dei principi e vincoli appena elencati;

1.4 Accordo di fornitura

L'Azienda USL di Modena nei confronti della Società assume, di fatto, un triplice ruolo: socio, committente/cliente e fornitore di servizi.

I rapporti di fornitura di prestazioni e servizi da parte della Società nei confronti di cittadini iscritti nell'anagrafe degli assistiti dell'Azienda USL di Modena sono regolamentati mediante appositi contratti annuali, inseriti all'interno di una programmazione di riferimento di durata triennale.

Al fine di consentire una più corretta ed efficiente programmazione di medio periodo delle attività della Società, i rapporti tra questa e l'Azienda Usl di Modena sono formalizzati mediante un programma quadro che garantisce una prospettiva triennale dei rapporti di fornitura, dove sono indicati gli sviluppi attesi nelle attività assistenziali svolte, con particolare riferimento a quelle che si caratterizzano per la necessità di investimenti o disinvestimenti in tecnologie o professionalità.

Visto il ruolo specifico e strategico dell'Ospedale di Sassuolo all'interno della rete ospedaliera della provincia di Modena e della necessità di assicurare una costante coerenza ed integrazione all'interno della rete stessa, sono definite nei contratti di fornitura annuale le modalità operative di integrazione delle attività e procedure, dei protocolli e delle metodologie operative.

Di seguito viene riportato un prospetto riepilogativo di quanto previsto dal Contratto di Committenza (A) per la produzione di degenza e di specialistica e di quanto effettivamente prodotto nell'anno 2017 dal Nuovo Ospedale di Sassuolo (B).

A)		B)	C)= B)-A)	D	E)= A) +C) +D)
Contratto di Committenza		Produzione	Produzione vs Contratto di Committenza	Contenzioso/ Non riconosciuto	Totale al netto di contestazioni
Degenza	33.576.944	33.276.670	(300.274)	(226.224)	33.050.446
Specialistica	10.630.542	11.157.143	526.601	(5.891)	11.151.252
Totale	44.207.486	44.433.814	226.328	(232.115)	44.201.698
Attività vincolata (MAPS) già contenuta nella specialistica	516.867	441.530	(75.337)		(75.337)
TOTALE RICONOSCIUTO					44.126.362

Dal prospetto sopra riportato, si evince (senza considerare l'attività oggetto di monitoraggio MAPS (successivamente descritta in maniera più puntuale), un aumento di attività di € 226.327,68 (+526.601,23 di specialistica e -300.273 di degenza) della produzione totale rispetto a quanto richiesto dalla Committenza. Tuttavia, dal totale della produzione è stato sottratto il valore del contenzioso della produzione legato a contestazioni di varia natura (-€ 226.224,19 per la degenza e -5.891 per la specialistica). Tenuto conto di queste contestazioni, l'Ospedale di Sassuolo si è mantenuto al di sotto del valore del contratto di committenza per un importo di -5.788.

Si specifica inoltre che il budget della Specialistica fissato dal Contratto di Committenza è orientato a consentire all'AUSL di Modena il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla DGR n.1035/09 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006" e n. 1056/15 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie". Pertanto, all'interno del budget della Specialistica è stata prevista una somma pari a 516.867,00 vincolata all'erogazione di prestazioni concordate tra le Parti e oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa secondo i contenuti previsti dalla Programmazione specifica per MAPS (dettagliata all'interno del contratto stesso). Il contratto di committenza recita che il mancato raggiungimento degli obiettivi di offerta CUP ivi contenuti comporterà una riduzione del budget della specialistica in misura pari alla valorizzazione delle prestazioni non erogate. A tal proposito, è stato decurtato un ulteriore importo di -75.337 legato al mancato raggiungimento del budget e pertanto, la produzione totale rispetto al contratto è pari a 44.126.362, mantenendosi quindi al di sotto di quanto previsto di -81.124 €

Si specifica inoltre che il contratto 2017 ha previsto il riconoscimento:

- di un contributo di € 4.654.000 (accantonamento per rinnovi contrattuali e riconoscimento dell' indennità di esclusività al personale)
- di un contributo di qualificazione di € 3.450.000 che comprende la remunerazione delle attività a funzione (PS, materno-infantile, oncologia), garantendo anche lo svolgimento di attività di continuità anche nell'ambito della rete assistenziale dell'area sud.

I dati sulle prestazioni sanitarie realizzate nel corso del 2017 sono riportati nella successiva sezione "ANDAMENTO DELLA GESTIONE".

2. Modifiche aspetti organizzativi/strutturali

Coerentemente a quanto previsto nella prosecuzione del percorso verso l'Ospedale per intensità di cure, si è dato avvio alla fase del progetto che coinvolge le UU.OO. di area, sviluppando nel corso dell'anno le seguenti attività connesse al consolidamento della cabina di regia chirurgica con:

- o riassegnazione di alcune specialità chirurgiche tra gli operatori in servizio presso il prericovero;
- o individuazione di una figura completamente dedicata alla verifica dell'applicazione del corretto percorso di inserimento in lista e pianificazione attraverso la continua supervisione di:
 - inserimento in lista d'attesa coerente con quanto esplicitato da ciascun reparto nel proprio documento di classificazione delle patologie per priorità;
 - pianificazione operatoria per le patologie monitorate e le patologie oncologiche;
 - coerenza con volumi di attività operatoria programmata a budget;
 - pianificazione trimestrale delle sedute operatorie elettive.

A prosecuzione del lavoro intrapreso da vari anni dalla Regione Emilia Romagna, si è partecipato, assieme ad altri professionisti di tutte le Aziende Sanitarie regionali, a gruppi tecnici di lavoro che definissero azioni di miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e consentissero il contenimento dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.

A completamento dei lavori è stata pubblicata la DGR n. 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna", in cui si dettagliano le strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato e si indicano gli strumenti di monitoraggio dei tempi di attesa, quali: il nomenclatore SIGLA, aggiornato e completato con procedure e interventi chirurgici, nonché le linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie, che fissano regole omogenee su tutto il territorio regionale e hanno lo scopo di assicurare che la gestione delle liste di attesa dei ricoveri avvenga secondo criteri di appropriatezza, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali ed al contempo rafforzando strumenti e regole di governo del percorso del paziente chirurgico e della programmazione delle risorse.

Sono stati effettuati incontri dedicati con ciascuna Unità Operativa chirurgica e relativo operatore di prericovero al fine di diffondere tali strumenti e condividere le modalità operative di inserimento in lista d'attesa e pianificazione operatoria.

Dal mese di Settembre, inoltre, sempre nell'ambito del contenimento dei tempi d'attesa per il ricovero programmato chirurgico, si è dato avvio ad una collaborazione con l'AUSL di Modena per lo sfruttamento della piattaforma operatoria degli ospedali di Pavullo e Vignola per interventi elettivi ad opera dell'equipe di Chirurgia Generale del NOS. Tale sfruttamento sinergico della piattaforma operatoria degli ospedali dell'Area Sud, consentiranno all'ospedale di Sassuolo di smaltire con più tempestività gli interventi in lista d'attesa di chirurgia generale e per gli ospedali d'area l'utilizzo a pieno regime degli spazi di sala operatoria altrimenti sottoutilizzati. Il primo ospedale coinvolto è stato quello di Vignola, presso il quale sono stati eseguiti nel corso dell'anno 107 interventi di ernie ambulatoriali; dal mese di novembre, invece, si è dato avvio anche alle attività chirurgiche presso l'Ospedale di Pavullo dove, oltre all'attività di chirurgia ambulatoriale complessa (28 ernie ambulatoriali), si sono eseguiti 8 Interventi in degenza ordinaria.

Nell'ambito dei percorsi avviati di STEN (servizi di trasporto per l'emergenza neonatale) per la centralizzazione dei neonati a rischio in linea con la DGR 1603/2013 e STAM (Del Sistema Di Trasporto Materno Assistito) si effettuano degli audit periodici con le altre aziende provinciali.

Igiene ospedaliera e prevenzione delle infezioni nosocomiali.

L'Ospedale di Sassuolo ha implementato un **ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA PREVENZIONE, IL CONTROLLO E LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**. Conforme alla DGR 318/2013 (protocollo 1821/17 del 31 agosto 2017), che si sviluppa su tre livelli organizzativi, come da tabella a seguire.

	Descrizione	Compiti
1° Livello	<p>- Nucleo Strategico Interdisciplinare presieduto dal direttore sanitario e composto da specialisti delle diverse discipline</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definire annualmente le strategie di intervento per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza - Definire il programma annuale delle attività per l'uso appropriato degli Antibiotici - Identificare i referenti medici e infermieristici per la strutturazione della rete di facilitatori

	Descrizione	Compiti
		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorare le attività (Report periodico sul monitoraggio delle ICA e uso degli ATB) - Valutare la relazione consuntiva annuale
2° Livello	<ul style="list-style-type: none"> - Nucleo operativo controllo e gestione ICA - Nucleo operativo per l'uso responsabile degli ATB 	<ul style="list-style-type: none"> - propongono al Nucleo Strategico il programma delle attività per la gestione del rischio infettivo (ICA e ATB) - coordinano le azioni per l'attuazione del Programma delle attività approvato dal Nucleo Strategico - redigono e presentano al Nucleo Strategico la relazione annuale sull'attività svolta in tema di ICA e ATB - favoriscono il coordinamento con altre Aziende sanitarie e con il livello regionale in tema di controllo delle ICA e antimicrobial stewardship.
3° Livello	<ul style="list-style-type: none"> - Referenti/Facilitatori di struttura/UO. Medici ed infermieri per ciascuna UO o struttura operativa appositamente formati 	<ul style="list-style-type: none"> - Affiancamento ai due nuclei operativi - Assicurare l'effettiva attuazione delle politiche di sorveglianza e controllo decise - Lavorare in rete tra i vari Referenti ed i Nuclei operativi

Nell'ambito dell'igiene ospedaliera, la Direzione Sanitaria si è occupata dei consueti compiti svolti in maniera sistematica:

- monitorare l'epidemiologia delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) provvedendo a supportare le Unità Operative nella gestione dei casi e dei cluster infettivi (debiti informativi, modalità di isolamento, eventuali strategie di contenimento aggiuntive).
- promuovere l'aggiornamento in merito alla prevenzione ed al controllo delle ICA in collaborazione con i referenti dell'AUSL di Modena.
- proseguire con i re-training rispetto al rischio infettivo ed all'igiene delle mani rivolti al personale non-sanitario (dipendenti CIR, Dussmann, volontari AVO, etc..).
- applicare le misure di prevenzione e controllo della legionellosi (organizzazione dei controlli microbiologici sull'acqua, valutazione risultati e scelta degli interventi in collaborazione con il SAT)
- effettuare gli annuali controlli ambientali/microbiologici (aria, acqua, superfici, gas anestetici) dei blocchi operatori e degli ambulatori chirurgici (organizzazione dei monitoraggi, interpretazione dati e applicazione correttivi).

Temi di particolare interesse nell'ambito della gestione del rischio infettivo sono stati nel 2017:

- 1) Implementazione del protocollo regionale di Sorveglianza del Sito Chirurgico (Progetto SICHER) come da indicazioni della Circolare regionale n.18/2016 Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SICHER).
- 4) Sinossi raccomandazioni prevenzione infezioni sito
- Redazione e implementazione di una sinossi delle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico da adottare nelle fasi preoperatoria, perioperatoria e postoperatoria in sintonia con il documento regionale
- 2) Attività di miglioramento rispetto all'applicazione di Buone Pratiche Assistenziali (Igiene delle Mani)
- 3) La sorveglianza di alert organism mediante il sistema Vigiguard
 - Attività effettuata in stretta collaborazione con il Laboratorio Provinciale di Microbiologia Clinica dell' OCSAE con due modalità:
 - segnalazione giornaliera da parte del Laboratorio alla Direzione Sanitaria (Igiene Ospedaliera) degli alert organism (Enterobatteri resistenti ai carbapenemi, Clostridium difficile, Legionella pneumophila, Acinetobacter baumani multiresistente, Stafilococco meticillino resistente, Stafilococco coagulasi negativo resistente a linezolid)
 - verifica periodica degli isolati microbici da tutti i materiali biologici analizzati e refertati con antibiogramma, tramite l'utilizzo di un apposito software integrato con il sistema informatizzato del Laboratorio di Microbiologia
- 5) Attività di consulenza continua all'interno dei reparti di degenza, di medici infettivologi per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici.

- 6) Sorveglianza attiva degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi ed in particolare adempimento al flusso informativo relativo alle batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* ed *Escherichia coli* produttori di carbapenemasi, come da circolare del ministero della salute del 26/02/2013.

Per quanto riguarda il tema dell'igiene delle mani, questa deve essere effettuata in tutti i momenti indicati dall'OMS e, quindi, l'obiettivo da raggiungere è un grado di adesione pari al 100%. Nell'Ospedale di Sassuolo il grado medio di adesione all'igiene delle mani è stato: del 60% nel 2015, del 74% nel 2016, del 53% nel 2017, con una notevole variabilità tra le diverse Unità Operative. Si riportano anche i dati relativi al consumo del gel alcolico (standard: 15L/1000 gg di degenza) al fine di una efficace prevenzione del rischio infettivo.

Aree/ Unità Operative	2016 L/1000 gg	2017 L/1000 gg
Area Rossa Alta Intensità (Cardiologia, Pneumologia, Medicina Urgenza)	18,37	19,32
Area Verde Media Intensità (Medicina A)	10,85	9,68
Area Blu Media Intensità (Medicina B, Pneumologia, Cardiologia)	18,67	13,08
Lungodegenza, Medicina Riabilitativa	9,22	14,00
Chirurgia Generale	8,78	17,87
Chirurgie Specialistiche	9,49	12,37
Ortopedia e Traumatologia	14,94	10,54
Urologia	7,54	15,46
Ostetricia	10,03	12,63
Pediatria e Nido	15,42	10,88
Consumo medio di Ospedale	12,58	12,89

- Il consumo medio di gel alcolico complessivamente è lievemente aumentato. Nel dettaglio di Unità Operativa, è aumentato per: Urologia, Lungodegenza, Ostetricia, Chirurgia. Al contrario si è osservato un minor consumo per le aree internistiche e la pediatria.

In particolare il ruolo della direzione sanitaria nell'ambito del progetto SICHER è stato di:

- monitoraggio e controllo della qualità dei dati inseriti nel flusso regionale per gli interventi inclusi nella sorveglianza nell'arco del 2017
- monitoraggio e perfezionamento del software interaziendale per agevolare il flusso informativo al fine di garantire il corretto e completo invio dei dati degli interventi sorvegliati..
- Analisi report aziendale e condivisione con i clinici dei risultati ottenuti.

Gli esiti della sorveglianza riportano lo sviluppo di un'infezione del sito chirurgico nello 0,80% delle procedure oggetto di sorveglianza, dato del tutto in linea con la media regionale.

La copertura delle procedure in sorveglianza è stata per l'Ospedale di Sassuolo, superiore all'80%.

GESTIONE DEL RISCHIO

Nell'ambito dell'implementazione delle buone pratiche assistenziali ed al fine di garantire percorsi in sicurezza ai pazienti si è provveduto a istituire un **"Comitato per la sicurezza"** con il compito di supportare l'organizzazione nella definizione delle priorità e delle linee di indirizzo in tema di **risk management**, garantire l'implementazione delle strategie individuate negli specifici settori di competenza ed il passaggio di informazioni rispetto agli obiettivi ed alle attività all'interno dell'Ospedale.

Il Comitato, coordinato dal **Direttore Sanitario con il supporto operativo della Medicina Legale e Gestione del Rischio dell'Azienda Usi di Modena**, è composto da professionisti esperti in tema di gestione del rischio (Medicina Legale, Gestione Qualità, Prevenzione e Protezione, Formazione e sviluppo delle competenze, Gestione delle tecnologie e delle strutture, e altri responsabili chiamati in base alle tematiche in discussione). Il comitato ha le seguenti responsabilità:

- Fornisce indicazioni per l'attivazione e gestione dei sistemi di segnalazione di "eventi avversi" per individuare situazioni critiche e per gestire adeguatamente le comunicazioni e le relazioni con i soggetti interessati a quanto emerso nelle segnalazioni (utenti, operatori sanitari, fornitori, ...);
- Elabora strategie per la rilevazione dei rischi nell'ambito dei percorsi diagnostici e terapeutici;

- Definisce le **priorità di intervento** verso cui orientare gli sforzi con particolare attenzione ai rischi con elevate probabilità di accadimento;
- Assicura la **pianificazione e realizzazione in tempi brevi di azioni correttive** nel caso di **eventi avversi rilevanti** segnalati
- Assicura la definizione delle **modalità di gestione dei rischi: dalla valutazione agli interventi atti a ridurre la frequenza e la gravità;**
- Fornisce indicazioni per la **pianificazione delle attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale** finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- Approva le **periodiche relazioni dove sono riportati dati e valutazioni sugli andamenti e indicati interventi migliorativi e preventivi.**

Il Comitato si avvale di un **Gruppo operativo** - composto da *Medico di Direzione Sanitaria, Direzione Infermieristica e Tecnica, Resp. Sistema Qualità, Resp. Prevenzione e Protezione* – che ha il compito di rendere operative le strategie e gli indirizzi definiti nell’ambito del Comitato stesso. Una attività molto importante che svolge è un’azione sistematica di raccolta e valutazione delle segnalazioni di eventi avversi e criticità e condivisione con il **Direttore Sanitario** e il **Referente Gestione del Rischio** dei primi provvedimenti da adottare e il percorso di azioni da intraprendere. Il **Gruppo operativo**, secondo le **indicazione della Direzione Sanitaria e del Referente Gestione del Rischio**, garantisce le seguenti attività:

- **raccoglie e analizza con sistematicità i dati sugli eventi avversi e gli esiti delle verifiche/audit effettuati** (incident reporting, infortuni operatori, esiti di verifiche su documentazione clinica, reclami, segnalazioni, ecc.)
- **redige specifiche relazioni** su situazioni di criticità con le analisi effettuate e le proposte di miglioramento e di prevenzione
- **assicura** la redazione della **relazione annuale di gestione del rischio e piani e programmi per la gestione del rischio**
- **propone** specifici **percorsi di formazione** per accrescere le capacità degli operatori nell’uso delle tecniche per la individuazione degli eventi avversi, l’analisi delle situazioni critiche e di rischio, l’introduzione di correttivi
- **assicura le comunicazioni e le informazioni** relative agli eventi indesiderati/sentinella che devono essere fornite agli organi istituzionali regionali e del ministero preposti al monitoraggio dei rischi, secondo quanto definito nelle specifiche procedure

E’ inoltre istituita una rete di **Referenti del rischio medici e infermieristici di Unità Operativa** (oltre alle figure previste dal D.Lgs. 81/2008). I referenti rappresentano le figure di riferimento all’interno di ogni unità operativa che promuovono la diffusione della cultura della sicurezza fra i professionisti e facilitano la segnalazione "di aree di rischio" da parte degli operatori, possibilmente prima che si concretizzi un qualsiasi evento avverso. Rimane responsabilità dei Direttori clinici e Coordinatori assistenziali l’implementazione delle indicazioni aziendali per la sicurezza delle cure presso la propria Unità Operativa e compito di ciascun professionista l’adesione alle stesse nell’ambito dell’attività ordinaria.

Check list di sala operatoria.

Le azioni realizzate durante il 2017 hanno consentito di **introdurre per tutte le specialità chirurgiche l’utilizzo della check-list** (SSCL: Surgical Safety Checklist);

In particolare si è effettuato:

- Adeguamento dei sistemi informativi; raccolte e invio dati correlati, al coordinamento della rete regionale per l’elaborazione degli stessi
- Utilizzo dei dati per effettuare analisi e valutazioni con il coinvolgimento degli operatori e le professionalità interessate
- Adozione in caso di scostamenti negativi di azioni di miglioramento

Nel 2017 è inoltre stata approvata la procedura interaziendale “DS.DI.SSCL *Utilizzo della Surgical Safety Checklist (SSCL) in sala operatoria*”.

Nel corso del **2017 sono stati rilevati i seguenti dati con riferimento all’utilizzo della check-list.**

Specialità	Nr Interventi	Tasso di compilazione CheckList	Completezza CheckList
CHIRURGIA*	2208	80,43%	99,26%
ORTOPEDIA	1376	85,32%	98,88%
GINECOLOGIA	1187	70,43%	99,46%
OTORINO	945	83,70%	99,06%

Specialità	Nr Interventi	Tasso di compilazione Checklist	Completezza Checklist
UROLOGIA	779	89,60%	99,46%
TOTALE	6495	81,22%	99,20%

* nella chirurgia generale sono incluse le chirurgie specialistiche

Partecipazione a gruppi di lavoro interaziendali provinciali.

Nel corso dell'anno la direzione sanitaria ha partecipato ai seguenti gruppi di lavoro interaziendali:

- Nell'ambito della definizione del **percorso diagnostico terapeutico assistenziale** dei pazienti affetti cronicamente da scompenso cardiaco, si è completato il lavoro di stesura della lettera di dimissione condivisa a livello provinciale.
- Avvio del percorso interaziendale Piede diabetico
- Progetto cure Palliative: con le DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» e DGR 1770/2016 «Requisiti specifici per l'accreditamento della rete locale di cure palliative» le aziende sanitarie del territorio regionale hanno attivato gli strumenti necessari per la rimodulazione delle reti locali di cure palliative. Nel 2017 l'Ospedale di Sassuolo ha sviluppato in collaborazione con la rete locale delle cure palliative un percorso che durante il corso dell'anno è maturato e si è consolidato, portando ad una fattiva collaborazione tra territorio ed ospedale. Un risultato conseguito è un trend (2014-2017) in aumento dei pazienti oncologici deceduti al domicilio o in hospice in carico alla rete cure palliative territoriali, per il distretto di Sassuolo.
- Creazione di un **documento interaziendale per l'offerta vaccinale alle categorie a rischio.**
- Definizione di percorsi prestabiliti tra i vari setting assistenziali: (Case Residenze Anziani, ospedale e PS), a garanzia della continuità assistenziale ai pazienti fragili.
- Partecipazione alla negoziazione di budget dei farmaci ad alto costo coordinati dal Dipartimento farmaceutico provinciale.
- COBUS (Comitato buon uso sangue);
- Gruppo disinfettanti AUSL MO;
- Nell'ambito dei percorsi delle Urgenze chirurgiche, è stato convocato un tavolo di lavoro in cui si è messo in atto una revisione dei percorsi pomeridiani, notturni e festivi di presa in carico del paziente urgente dagli ospedali spoke periferici agli hub di area. Per quanto concerne l'Ospedale di Sassuolo, per le discipline di Chirurgia Generale e Urologia, il Protocollo in fase di definizione, prevede il ruolo di riferimento per i pazienti provenienti dagli ospedali di Pavullo e Vignola per la consulenza urgente e/o intervento chirurgico in urgenza. Non verranno invece centralizzati presso l'Ospedale i pazienti che già in origine necessitano di assistenza intensiva post operatoria per i quali, invece, si prevederà un invio diretto presso l'OCSAE.
- Assieme agli specialisti otorinolaringoiatri e pneumologi dell'AUSL e dell'Az.Ospedaliero-univeritaria, si è definito il PDTA dei disturbi del sonno. Un percorso interaziendale di presa in carico del paziente affetto da OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno) che mette a disposizione del MMG dei posti dedicati per visite specialistiche riservate al quesito diagnostico "sospetta OSAS", lo specialista, eseguita la visita e se sarà confermato il sospetto clinico, indirizzerà il paziente all'esecuzione del monitoraggio cardiorespiratorio (prescrivendo la prestazione e tramite percorso interno) e alle altre eventuali prestazioni diagnostiche o terapeutiche secondo quanto previsto dal PDTA Provinciale Disturbi del Sonno. Le strutture coinvolte, compreso l'ospedale di Sassuolo, sono state individuate tenendo conto delle competenze professionali presenti, nonché del riferimento per area geografica degli utenti.
- Progettazione ed attuazione di iniziative coordinate dal Servizio di Controllo infezioni correlate all'assistenza e Nucleo strategico controllo infezioni AUSL MO.
- Partecipazione mensile al gruppo di lavoro della task force della specialistica ambulatoriale con l'obiettivo della "RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE." Come previsto dalla delibera 1076/2016
- Definizione delle reti provinciali relativamente a:
 - Elettrofisiologia
 - Endoscopia digestiva
 - Oculistica
 - Otorinolaringoiatria

Farmacia

In linea con gli obiettivi strategici assegnati dalle tre direzioni, nell'ambito dell'acquisto di Dispositivi Medici, il SF

ha collaborato con l'Ufficio Acquisti (UA) e i Clinici utilizzatori per aderire alla normativa prevista per gli enti pubblici, con applicazione della normativa contenuta nel nuovo Codice degli Appalti:

- procedendo di preferenza all'acquisizione tramite gare già espletate da Centrali di acquisto (Intercenter, AVEN, Consip);
- collaborando con l'UA, nelle procedure di acquisizione, per gli aspetti sanitari e tecnici;
- facendo rispettare il divieto di utilizzo di nuovi dispositivi medici, anche in prova o comunque non acquisiti a titolo oneroso, che non fossero stati preventivamente approvati dal Nucleo Locale Valutazione Dispositivi Medici.

In attuazione del DGR 318/2013 "Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici", il SF ha partecipato al Nucleo Strategico e al Nucleo Operativo di Stewardship antibiotica; inoltre ha collaborato strettamente con l'equipe di infettivologi dell'Ospedale Policlinico di Modena, che bisettimanalmente è presente in Ospedale.

Il 2017 ha visto l'avvio della produzione di farmaci galenici magistrali da parte del Laboratorio di galenica; nel primo anno di attività sono stati prodotti 323 farmaci pari a 90 preparazioni (liquidi e polveri per uso orale, liquidi per uso diagnostico, preparazioni semisolide per uso topico, compresi due antidoti).

Nell'ambito della Gestione del Rischio clinico, il SF ha promosso ed organizzato due eventi formativi rivolti a tutto il personale sanitario, realizzati in due edizioni:

- Gestione del Rischio Clinico nella terapia farmacologica (in collaborazione con la Dott.ssa Vania Maselli, referente Risk Management dell'Ospedale);
- Vigilanza Dispositivi Medici e Farmaci e gestione di categorie ad alto rischio.

Prosegue il progetto di tracciabilità dei farmaci intravitreali nel percorso di cura del paziente oculistico iniziato nel 2016, con l'implementazione della tracciabilità sul singolo paziente mediante la preparazione a priori in Farmacia del materiale necessario alla seduta operatoria; prende l'avvio il progetto "Governare l'appropriatezza prescrittiva e controllo della spesa farmaceutica attraverso l'utilizzo dei Registri AIFA OCULISTICA": nel corso del 2017 il numero di pazienti trattati con farmaci sottoposti ai Registri di Monitoraggio è stato pari a 663, per un totale di 1.982 somministrazioni.

Il SF ha preso in carico la gestione logistica dei gas medicinali compressi in bombola: mediante il gestionale informatizzato è stata assicurata la tracciabilità dell'intero percorso a partire dalla richiesta del Coordinatore Infermieristico fino alla consegna in Reparto, tracciando lotto e scadenza di ogni bombola.

2.1 Il Servizio Infermieristico **SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

RISORSE PROFESSIONALI:

Nel corso del primo semestre del 2017 si sono realizzate le selezioni di diverse figure professionali, nello specifico Infermieri, Tecnici di Fisiopatologia Cardiocircolatoria, Fisioterapisti e Tecnici di Radiologia, da cui sono scaturite graduatorie valide per il triennio.

Nel secondo semestre si è provveduto alla riorganizzazione del Servizio Delle Professioni Sanitarie ed è stato istituito il profilo del Responsabile dell'Organizzazione delle risorse umane dell'area comparto e del Responsabile Sviluppo e Valorizzazione delle risorse umane dell'area comparto.

Le aree assistenziali sono state riorganizzate secondo il principio della Piattaforma ed è stata assegnata la guida delle stesse a coordinatori esperti.

ORGANIZZAZIONE:

Nel primo trimestre del 2017 è stato istituito un tavolo tecnico, costituito da rappresentanti delle sigle sindacali, servizio delle professioni sanitarie, coordinatori e infermieri con lo scopo di analizzare le criticità emerse negli anni precedenti rispetto al turno adottato nel 2015 da tutti i reparti del NOS. Da questo lavoro è nata la necessità di sperimentare una nuova matrice, disegnata e analizzata dai componenti del tavolo e adattata all'organizzazione dell'Ospedale. (L'obiettivo per l'anno 2018 è quello di sperimentare la matrice in due reparti dell'Ospedale).

Nel secondo trimestre dell'anno è stato potenziato l'organico della centrale di sterilizzazione al fine di ottimizzare l'assetto e garantire una adeguata risposta alle richieste organizzative. Abbiamo avviato il percorso per garantire la tracciabilità del materiale che transita nella centrale.

Nello stesso periodo si è avviata la riorganizzazione del Blocco Operatorio e del Pre ricovero.

FORMAZIONE:

E' stata introdotta la figura di un Infermiere Esperto al Servizio Formazione al fine di incentivare gli aspetti relativi alla ricerca e all'applicazione dell' Evidence-Based Clinical Practice, a garanzia di una formazione mirata al raggiungimento e/o consolidamento di competenze sempre più qualificate.

Per quanto di sua competenza il servizio delle professioni sanitarie ha contribuito alla diffusione del questionario per la rilevazione dei bisogni formativi.

Nell'ultima fase dell'anno è stato istituito il Comitato scientifico delle Professioni sanitarie.

Nel secondo semestre, tutte le aree assistenziali hanno avviato un progetto di miglioramento, accreditato come formazione sul campo, su un tema di loro scelta (es. gestione stomie, gestione paziente in arresto cardiaco ecc.) con l'obiettivo di migliorare le conoscenze e acquisire maggiori competenze.

Nel corso del 2017 si è consolidato il gruppo di infermieri posizionatori di Laedercath.

ATTIVITA' TRASVERSALI DEL SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE:

Nel secondo semestre in collaborazione con il Servizio delle Risorse Umane è stata organizzata e gestita la selezione per la Progressione Economica Orizzontale (PEO) per tutte le figure dell'area comparto.

In collaborazione con la Direzione Sanitaria, il Servizio ha gestito il rientro del DH Oncologico in Azienda.

In collaborazione con il Servizio Informatico Aziendale si è avviato il progetto per la Cartella Informatizzata.

In collaborazione con la Direzione Sanitaria, per quanto di competenza, il Servizio ha contribuito all'avvio del progetto informatizzato dell'applicazione del SAFETY SURGERY CHECK LIST (SSCL) in sala operatoria.

Nel corso dell'anno, per quanto di competenza ha mantenuto una collaborazione stretta con il Servizio di Igiene Ospedaliera e RSPP.

FORMAZIONE

Nel 2017 le attività finalizzate allo sviluppo delle competenze del personale sono state numerose.

La pianificazione, guidata dalla valutazione dei fabbisogni formativi rilevati, è stata organizzata su 3 livelli:

FORMAZIONE AZIENDALE OBBLIGATORIA orientata al rispetto degli obblighi formativi derivanti dalla normativa sulla sicurezza negli ambienti di lavoro (DLgs 81/08);

N° corsi	N° partecipanti	N° ore di formazione complessiva	N° crediti acquisiti
12 in presenza	155	656	476
3 FAD	244	1406	No ecm

Mantenimento ed implementazione delle competenze cliniche in materia di rianimazione cardio polmonare e gestione delle emergenze sanitarie;

N° corsi	N° partecipanti	N° ore di formazione complessiva	N° crediti acquisiti
21	237	1789	2816

FORMAZIONE PROFESSIONALE SPECIFICA orientata allo sviluppo di competenze professionali specifiche nei diversi ambiti dell'azienda e finalizzate al miglioramento complessivo della risposta clinico assistenziale rivolta all'utenza

N° corsi	N° partecipanti	N° ore di formazione complessiva	N° crediti acquisiti
18	458	2317	2418,8

FORMAZIONE SUL CAMPO organizzata all'interno delle singole equipe di lavoro e finalizzata all'apprendimento attraverso la discussione di casi clinici e/o approfondimenti scientifici e confronto tra professionisti.

N° percorsi	N° partecipanti	N° ore di formazione complessiva	N° crediti acquisiti
12	46	1034	1144

La gestione dell'accREDITAMENTO dei corsi è avvenuta grazie alla collaborazione con il provider Agefor.

In funzione di quanto citato gli eventi formativi sono stati numerosi e di una certa significatività, a dimostrazione del perseverante impegno della Società Ospedale Sassuolo S.p.A. verso la continua formazione e la specializzazione del personale medico e del comparto operante all'interno della struttura.

La maggior parte degli eventi ha avuto un obiettivo formativo interno e sono stati realizzati da personale dipendente dell'Ospedale, altri hanno avuto un carattere provinciale e sono stati organizzati e gestiti dal nostro personale in ambito dipartimentale; per altri, invece, ci si è affidati alla consulenza di formatori esterni.

2.2 Consumi energetici e attività di manutenzione ordinaria e straordinaria

La fornitura di energia elettrica e di energia termica sono governate dal Servizio Tecnico, in collaborazione con l'Energy Manager, insieme decidono le politiche energetiche conoscendo il panorama normativo, le indicazioni Regionali e le prescrizioni del contratto novennale.

Il Servizio Tecnico riceve le segnalazioni di richieste di manutenzione e si interfaccia con i manutentori svolgendo un ruolo di coordinamento e di controllo; la conclusione dell'atto manutentivo ed eventuali costi extra sono comunicati al Servizio Tecnico che li deve espressamente autorizzare.

Negli orari di chiusura dell'Ufficio del Servizio Tecnico le richieste di manutenzione sono inoltrate dai sorveglianti al Call Center manutentivo che è attivo h24.

Le manutenzioni straordinarie sono anch'esse coordinate dal Servizio Tecnico che si può avvalere, in base alle diverse circostanze, dei manutentori interni o di manutentori esterni anche attraverso apposite gare in base all'entità dell'intervento ed ai regolamenti Aziendali.

Consumi energetici

La fornitura di energia termica e di energia elettrica dell'Ospedale di Sassuolo è la parte principale del contratto novennale.

Il consumo di energia elettrica annua è di poco superiore a 6.100MWh, di cui circa il 48% in regime diurno e 52% in regime notturno.

Il consumo di energia termica è di circa a 6.200 MWh.

Il sistema di tri-generazione riesce a fornire circa 90% del fabbisogno di energia elettrica (5.500MWh) e circa il 91% del fabbisogno di energia termica (5.900MWh). Inoltre è attivo, nel periodo estivo, un assorbitore di calore che trasforma l'energia termica in energia frigorifera assolvendo al compito di smaltire calore in modo poco oneroso trasformandolo in condizionamento ambientale: il processo è a costo zero per l'Ospedale.

Attività di manutenzione ordinaria

L'attività di manutenzione ordinaria degli impianti dell'Ospedale è regolata da un contratto d'appalto che è parte integrante dell'accordo novennale di fornitura dell'energia. Prevede, per ogni tipologia d'impianto, modalità e frequenza di intervento.

Tutti gli impianti rientrano nel contratto di manutenzione seppur in alcuni casi specifici ci si avvalga di sub-appalti con personale specializzato per impianti che richiedono competenze particolari (ascensori, porte antincendio, presidi antincendio, gruppi elettrogeni, ecc.).

Gli interventi manutentivi a chiamata eseguiti nel corso del 2017 sono stati circa 3500 (comprensivi delle chiamate in reperibilità) e il tempo medio di risposta è compreso fra 1 e 2 giorni.

Gli interventi manutentivi straordinari ordinari eseguiti nel corso del 2017 sono stati prevalentemente rivolti a: impianto illuminazione normale e d'emergenza, ascensori, UPS, UTA, impianti gas tecnici (aria medica), porte normali o automatiche, condotte raccolta e smaltimento acque piovane.

Nell'ambito dell'attività di manutenzione rientrano inoltre i monitoraggi ambientali periodici presso il comparto operatorio ed ambulatori chirurgici (verifiche inquinamento microbiologico aria, superfici, acqua, gas anestetici aerodispersi) e i controlli ed analisi periodiche sull'impianto idraulico finalizzati alla prevenzione e controllo della legionellosi.

Attività straordinaria

L'attività straordinaria che ha interessato gli impianti o la struttura dell'Ospedale svolta nel 2017 è di seguito riepilogata:

- Analisi di riordino distributivo e funzionale ai fini della stesura del Piano strategico 2018-2020
- Pianificazione trasferimento diabetologia
- Negoziazione installazione gestionale manutenzione (DSS – Consorzio Integra)
- Progettazione e realizzazione nuova area sosta autoveicoli
- Gestione rinnovo pratica antincendio
- Tinteggiatura Area Rosa

2.3 Comfort e accoglienza

Per quanto riguarda i servizi offerti all'utenza, possiamo dire che il 2017 è stato un anno di consolidamento dei risultati ottenuti e questo grazie all'azione di controllo e monitoraggio dei servizi fatta anche in collaborazione con i reparti (tutte le segnalazioni ricevute sono state analizzate e processate dal servizio logistica).

I buoni risultati sono stati evidenziati anche dagli utenti che hanno compilato 320 questionari di gradimento (nel 2016 erano stati 205, per il 2018 si pensa di aumentare questo dato anche grazie all'adozione di un software per effettuare interviste agli utenti).

In particolare molta attenzione è stata rivolta al servizio di pulizia e sanificazione ambientale anche pensando all'aumento dei casi di patologie infettive.

Sono stati effettuati complessivamente oltre 300 controlli in tutte le aree della struttura e l'indice di performance finale è stato di 1,27 per il lotto sanitario a fronte di un valore di 1 ritenuto come ottimale. I casi di non conformità sono stati 16, in calo rispetto al 2016 dove erano stati 42. Il dato economico è sovrapponibile a quello del 2016 se da questo si escludano le spese sostenute per l'aumento di ore extra contratto (pulizie stanze infette) che è stato di 432 ore (1.058.615 euro nel 2017, 1.033.372 nel 2016, 1.280.725 nel 2015 con vecchio contratto).

Per quanto riguarda il servizio di ristorazione si confermano i buoni risultati del 2016 sia in termini di gradimento del servizio da parte dei degenti, sia rispetto alle non conformità rilevate (stessi dati del 2016).

Residuano problematiche al bar dove ancora oggi si rilevano segnalazioni rispetto ai tempi di attesa troppo lunghi, si auspica che la soluzione adottata possa aiutare a risolvere il problema (seconda cassa che si attiva nei momenti di maggior affluenza). Attualmente è in corso la gara Intercenter a cui aderisce anche la nostra struttura.

Per quanto riguarda il servizio di lavoio della biancheria, si è assistito ad una leggera riduzione delle non conformità passate da 28 del 2016 a 24 del 2017, permangono tuttavia difficoltà con la fornitura delle divise per la sala operatoria, per il 2018 si pensa di migliorare quest'aspetto grazie all'adozione di un sistema automatizzato di consegna della divisa stessa. Si conferma il trend di diminuzione della spesa per questo servizio (-18.000 euro rispetto al 2016) e questo in relazione ai minor costi sostenuti per la teleria sterile della sala operatoria. Il contratto per questo appalto è scaduto, siamo in regime di proroga sino all'aggiudicazione della gara Intercenter attualmente in corso.

Particolare attenzione è stata dedicata anche alla gestione dei rifiuti sia per quanto riguarda i rifiuti urbani (rivista tutta la segnaletica e il sistema di raccolta nei reparti), che i rifiuti speciali a rischio infettivo.

Sul tema della corretta gestione dei rifiuti speciali a rischio infettivo sono stati organizzati due corsi con il preciso scopo di aumentare la differenziazione degli stessi con obiettivo per il 2018 di una riduzione di almeno un 15-20 %, obiettivo che si auspica di raggiungere anche grazie ad una più attenta gestione dei rifiuti speciali prodotti dalle sale operatorie (dato in tal senso nuove indicazioni). Sul versante del contenimento della spesa, il risparmio rispetto al 2016 è stato di oltre 10.000 euro.

Per quanto riguarda l'Igiene Ospedaliera, si è proseguito con la sensibilizzazione di tutto il personale rispetto al tema dell'Igiene delle mani vero e proprio capo saldo nella lotta alle infezioni nosocomiali. Il numero delle osservazioni-controlli fatti durante l'attività di lavoro dei dipendenti è passato da 450 ad oltre 700 ma occorre dire che il corretto grado di adesione alle procedure di lavaggio e frizionamento delle mani con gel alcolico è in diminuzione (solo il 53% dei dipendenti segue correttamente la procedura), senza che vi sia una categoria in particolare (il problema riguarda sia il personale del comparto che i medici). Per il 2018 si pensa di programmare almeno tre corsi per tutto il personale con lo scopo di migliorare il dato di adesione alle corrette pratiche igieniche.

Positivo invece è il leggero l'aumento del consumo medio di gel alcolico passato da 12,6 a 12,9 lt/giornate di degenza.

Nel 2017 è proseguita l'attività di VolontariArte, da segnalare è l'importante accordo che è stato sottoscritto dalla nostra struttura (primo ospedale a farlo in tutta Italia) con la galleria ARTANTIDE con cui si è deciso di presentare il tema dell'Arte Etica.

La galleria stessa sin dal 2016 ha promosso il "movimento arte etica" e costituito il relativo manifesto firmato al momento da 13 artisti di livello internazionale. In quest'anno sono state allestite 3 mostre (il progetto ne prevede 8 nell'arco del biennio 2017-2018) e le tematiche trattate sono varie e spaziano dall'ecologia, alla condanna a tutti i tipi di guerre, lo sfruttamento del lavoro minorile, l'economia, tutte tematiche comunque a forte impatto sociale certi che l'affermazione di Pablo Picasso «*l'arte scuote dall'anima la polvere accumulata nella vita di tutti i giorni*» possa contribuire a dare alla nostra struttura quel volto umano che sempre ha avuto.

3. Gestione risorse umane

3.1 Organizzazione e gestione Risorse Umane – attività sindacale

L'attività sindacale dell'area comparto è stata caratterizzata in parte dal confronto sulle problematiche relative alla nuova normativa sui turni di lavoro, all'implementazione del turno in quinta a rotazione costante.

3.2 Situazione del personale

Riportiamo di seguito alcuni dati relativi alle Risorse Umane che prestano la propria opera presso l'Ospedale di Sassuolo.

In particolare, la tabella rappresenta il personale, ripartito tra Personale "Comandato" e Personale Dipendente, la rappresentazione della forza lavoro sia in termini di numero di teste che di teste pesate, oltre che la suddivisione per qualifica professionale.

Qualifica	2017						2016						Delta 2017 - 2016					
	Comandato		SPA		Totale		Comandato		SPA		Totale		Comandato		SPA		Totale	
	Teste	Teste Pesate	Teste	Teste Pesate	Teste	Teste Pesate	Teste	Teste Pesate	Teste	Teste Pesate	Teste	Teste Pesate	Teste	Teste Pesate	Teste	Teste Pesate	Teste	Teste Pesate
Direttori	7	7	3	3	10	10	9	9	3	3	12	12	(2)	(2)	0	0	(2)	(2)
Dirigenti Amministrativi	0	0	6	6	6	6	0	0	5	5	5	5	0	0	1	1	1	1
Medici	43	43	88	88	131	131	48	48	76	76	123	123	(4)	(4)	12	12	8	8
LNM - Dirigenti San non medici	0	0	4	4	4	4	0	0	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0
TOTALE DIRIGENTI	50	50	101	101	151	151	57	57	87	87	144	144	(6)	(6)	13	13	7	7
Caposala	8	8	9	9	17	17	8	8	9	9	17	17	0	0	0	0	0	0
Fisioterapisti	0	0	10	10	10	10	0	0	9	9	9	9	0	0	1	1	1	1
Infermieri Professionali	129	129	164	164	293	293	133	133	152	152	285	285	(4)	(4)	11	11	8	8
ORTO - Ortotisti	0	0	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0
OSTE - Ostetriche	7	7	26	26	33	33	7	7	23	23	30	30	0	0	3	3	3	3
PUEPI - Puericultrici	2	2	0	0	2	2	3	3	0	0	3	3	(1)	(1)	0	0	(1)	(1)
TECALDIO - Tecnici Audio	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
TECCA - Tecnici Cardio	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
TECLB - Tecnici Lab	0	0	3	3	3	3	0	0	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0
TECN - Tecnici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	(0)	(0)	0	0	(0)	(0)
TECRX - Tecnici RX	6	6	13	13	19	19	6	6	14	14	20	20	0	0	(1)	(1)	(1)	(1)
AMMM - Amministrativi	0	0	64	64	64	64	0	0	64	64	64	64	0	0	(0)	(0)	(0)	(0)
ASS - Ass/Ota	14	14	95	95	110	110	14	14	93	93	107	107	0	0	3	3	3	3
CENT - Centralinisti	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0
TOTALE COMPARTO	168	168	389	389	557	557	172	172	372	372	544	544	(5)	(5)	17	17	13	13
Totale complessivo	218	218	490	490	708	708	229	229	459	459	688	688	(11)	(11)	31	31	20	20

Dalla tabella, si evince un aumento del personale dipendente SPA e ciò è legato sia al turnover in uscita del personale comandato sia a nuove assunzioni verificatesi nel corso dell'anno.

Gestione dei sistemi organizzativi

Sistema Informativo Aziendale

L'anno 2017 ha visto il Sistema Informativo Aziendale attivamente impegnato nelle principali linee d'azione che vengono riportate nel seguito:

Gestione ed ampliamento infrastruttura hardware:

- Gestione, ampliamento e sostituzione per obsolescenza, ove necessario, della dotazione informatica dei reparti, dei servizi tecnici ed amministrativi.
- Dotazione/sostituzione ai reparti di postazioni portatili per l'utilizzo del software di prescrizione e somministrazione al letto del paziente.
- Messa in sicurezza e riorganizzazione della Server Farm. Riorganizzazione dei locali magazzino e tecnici del SIA.

Gestione Sistema Informativo Contabile Amministrativo (Microsoft Dynamics Nav) e di Controllo di Gestione:

- Attivazione del progetto scarico dei dispositivi medici utilizzati in sala operatoria tramite Terminali mobili (palmari).
- Attivato progetto di riorganizzazione delle attività amministrative orientate alla digitalizzazione della documentazione

Privacy:

Attivato il percorso di riorganizzazione e gestione della protezione dei dati personali in vista del nuovo regolamento europeo GDPR.

Controllo di gestione

L'attività del Controllo di Gestione, nel corso del 2017, ha riguardato il supporto alla direzione strategica nei processi di programmazione e di controllo direzionale ed operativo, permettendo una tempestiva rendicontazione dei dati di produzione e di costi, finalizzata a monitorare l'andamento del risultato economico, previsto in sede di budget e, in base all'analisi degli scostamenti, ad apportare correttivi, ove necessario.

Tale monitoraggio continuo ha riguardato non solo i dati derivanti dalla produzione e dal relativo assorbimento di risorse, ma altresì gli indicatori legati agli obiettivi aziendali, d'interesse nazionale e regionale.

Accreditamento e qualità

La riorganizzazione dell'Ospedale secondo i criteri dell'Intensità di cura è proseguito con il consolidamento del nuovo modello organizzativo, attraverso la strutturazione della cabina di regia del pre-ricovero chirurgico e l'affinamento del sistema di monitoraggio con indicatori utili per valutare gli andamenti e i livelli di qualità dell'assistenza.

Si riportano i dati relativi ad alcuni indicatori, che forniscono un quadro significativo su diversi aspetti di misurazione della efficacia assistenziale e della efficienza organizzativa.

Il dato sulla presenza media dei pazienti evidenzia una migliore e più efficiente gestione dei posti letto, in particolare nell'area ad alta intensità che coinvolge le tre specialità di Medicina d'Urgenza, Cardiologia, Pneumologia.

	PL	2014	2015	2016	2017
Medicina Urgenza alta intensità	8	7,5	7,8	8,0	7,6
Medicina Urgenza media intensità					
Cardiologia alta intensità	15	10,7	13,2	11,8	11,6
Cardiologia media intensità					
Pneumologia alta intensità	12	10,6	11,4	10,7	10,8
Pneumologia media intensità					

(N giornate di degenza / N di giorni del periodo esaminato)

I dati relativi alla **qualità dell'assistenza sono positivi** sia se confrontati con gli standard di letteratura sia nel confronto tra gli ultimi anni.

Un indicatore importante per valutare la qualità dell'assistenza è la percentuale di episodi di insorgenza in ospedale di lesioni da pressione => 2 grado. I dati riportati di seguito mostrano un andamento del fenomeno assai contenuto nelle diverse aree dell'ospedale, considerando che i dati di letteratura indicano percentuali che vanno dall'1,44% al 32,7% di pazienti ricoverati che hanno lesioni da pressione.

	2014	2015	2016	2017
Ospedale	1,7%	2,6%	1,9%	0,6%
Alta Intensità (Area Rossa)	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%
Media Intensità Medica (Area Blu)	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%
Media Intensità Medica (Area Verde)	1,2%	0,0%	2,9%	0,0%
Bassa Intensità Medica (Lungodeg-Riabilit)	4,6%	10,7%	0,0%	3,6%
Media Intensità Chirurgica (Area Lilla)	2,1%	4,3%	0,0%	0,0%
Media Intensità Chirurgica (Area Arancione)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

(N pazienti con lesione da pressione => 2 grado/ N pazienti analizzati nello studio)

Un altro indicatore, preso comunemente in considerazione per valutare la qualità assistenziale, fa riferimento agli eventi "cadute dei pazienti", negli ultimi anni si è registrato un dato rassicurante se confrontato con i dati di letteratura, l'indice "cadute su 1000 gg degenza" è stato per l'Ospedale di 0,95 nel 2014, 0,89 nel 2015, 1,15 nel 2016, 1,02 nel 2017; da una revisione su studi osservazionali emerge un tasso di cadute in ospedale variabile tra l'1,3 e l'8,9 cadute su 1000 giorni di degenza. In particolare l'indice è molto contenuto per le specialità mediche, dove la problematica di norma è più presente; i dati sono riportati nella tabella seguente.

	2014	2015	2016	2017
Ospedale	0,95	0,89	1,15	1,02
Medicina Urgenza	0,36	0,72	0,37	0,76
Cardiologia	2,72	0,85	0,43	0,47
Pneumologia	0,52	2,10	0,24	0,50
Medicina interna	1,08	1,08	1,58	1,54
Lungodegenza	0,77	0,58	1,30	1,62

(N eventi caduta / N giornate di degenza totali *1000)

Si rimanda al Bilancio Sociale per ulteriori dati di buone performance sia relativamente agli aspetti di efficienza che di qualità dell'assistenza.

Medicina del lavoro

La struttura di Medicina del Lavoro nasce per volontà di Ospedale di Sassuolo spa per rispondere sia ad una esigenza interna di ottemperare ai dettati legislativi di sorveglianza sanitaria obbligatoria (D.Lgs.81/08 – testo unico) e di promozione della salute tra i propri dipendenti sia per offrire alle aziende, alle organizzazioni imprenditoriali e ai medici competenti del territorio un servizio di medicina del Lavoro efficiente e professionalmente di alto profilo in quanto oltre alle professionalità dei medici del lavoro si avvale delle consulenze dei sanitari e dei servizi di diagnostica dell'ospedale.

Le attività che vengono svolte dalla Unità Operativa di Medicina del Lavoro si possono così riassumere: Attività di controllo sanitario dei lavoratori, valutazione e monitoraggio dei rischi negli ambienti di lavoro e consulenza in tema di Medicina del Lavoro.

Fisica Medica

Il Servizio di Fisica medica svolge le funzioni proprie dell'Esperto Qualificato ai sensi del (D.lgs. 230/95 e s.m.i.), dell'Esperto Responsabile della Sicurezza in Risonanza Magnetica (D.M. 2 agosto 1991 modificato dal D.P.R. n. 542/1994 e s.m.i.) e dello Specialista in Fisica Medica (D.lgs. 187/00).

Attività Ordinaria

- Controllo periodico di sicurezza e qualità di tutte le apparecchiature diagnostiche radiologiche e a risonanza magnetica dell'Ospedale. Attività di supporto alla pianificazione delle acquisizioni e alla gestione delle apparecchiature radiologiche.
- Gestione dei programmi di garanzia della qualità ai sensi del D.Lgs. 187/00
- Attività di Radioprotezione dei pazienti.

Attività Straordinaria

- Revisione modalità di calcolo della stima di dose agli operatori per gruppi omogenei di attività
- Programmazione dell'aggiornamento tecnologico dei apparecchiature diagnostiche in dotazione alla radiologia
- Valutazione e installazione scopia per l'UO di Cardiologia.

Informazioni attinenti all'ambiente e al personale

Tenuto conto di quanto previsto dal D. Lgs. 32/2007 e del ruolo sociale dell'impresa, così come evidenziato anche dal documento sulla relazione sulla gestione del Consiglio Nazionale dei Dottori commercialisti e degli esperti contabili, si ritiene opportuno fornire le seguenti informazioni attinenti l'ambiente e al personale:

Personale

La prevenzione dei rischi lavorativi e la promozione della salute nei luoghi di lavoro rientrano tra gli obiettivi prioritari di OSPEDALE DI SASSUOLO S.p.a. ed è pertanto considerato un impegno costante e continuativo di tutta l'organizzazione aziendale l'attenzione rivolta all'ambiente di lavoro.

L'Azienda ritiene che un continuo miglioramento della qualità e della sicurezza dei posti di lavoro si ottenga più facilmente attraverso il coinvolgimento e l'impegno di tutte le funzioni, della Direzione e del personale di ogni livello, coinvolgimento finalizzato ad un costante crescita della "qualità del lavoro", della competitività e dell'immagine aziendale che, in ultima analisi, porterà anche, come diretta conseguenza, ad una maggiore soddisfazione dei nostri utenti.

Il contributo dei nostri collaboratori al raggiungimento di tali obiettivi è determinante. Si è pertanto provveduto ad instaurare e mantenere un rapporto di assoluta trasparenza e piena comprensione delle problematiche del lavoro, delle procedure e delle metodologie di pertinenza.

La gestione della sicurezza sul posto di lavoro viene effettuata in attuazione del D.Lgs. 81/2008 e smi "Testo Unico per la salute e la sicurezza sul lavoro": ai sensi di quanto previsto dalla normativa è pertanto presente in azienda un Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA) che opera al fine di promuovere la sicurezza dei lavoratori in piena e reciproca collaborazione con le altre figure previste dalla normativa e/o comunque direttamente coinvolte nella gestione della sicurezza: RSPP (Responsabile del SPPA), Medici Competenti e Medico Autorizzato (sorveglianza sanitaria), Rappresentanti dei Lavoratori, Esperto Qualificato ed Esperto Responsabile Apparecchiature RM (apparecchiature radiologiche e risonanze magnetiche), Addetto Sicurezza Laser, Servizio Tecnico, Servizio Ingegneria Clinica, Direzione Sanitaria, Ufficio Formazione, Ufficio Acquisti e Farmacia.

OSPEDALE DI SASSUOLO S.p.a ha implementato un Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul lavoro secondo quanto previsto dalle linee guida UNI –INAIL.

Il programma per il miglioramento dei livelli di sicurezza viene discusso periodicamente e si concretizza principalmente nelle seguenti azioni: a)verifica periodica delle misure di sicurezza; b)revisione periodica dello stato di applicazione delle normative riguardanti la sicurezza; c)verifica periodica della valutazione dei rischi;

d) redazione di un programma di valutazione dei rischi costantemente aggiornato ed un Piano di Emergenza diffuso a tutto il personale.

Sono stati nominati e formati i rappresentanti dei lavoratori e gli addetti alla squadra antincendio e pronto soccorso. Sono promossi specifici corsi di formazione relativi ai temi sulla sicurezza sui luoghi di lavoro per tutti gli addetti; ai nuovi assunti viene consegnata apposita documentazione informativa/didattica relativa alle specifiche mansioni.

Esistono specifiche procedure operative in termini di prevenzione e promozione della sicurezza distribuite a tutte le U.O./Servizi. I liberi professionisti, in cospicuo numero presenti presso la struttura sono considerati per quanto riguarda gli aspetti relativi alla salute e sicurezza sul lavoro come i dipendenti.

Gli infortuni e le malattie sono costantemente monitorati in collaborazione con l'U.O. di Medicina del Lavoro, l'Ufficio Risorse Umane Az.le (operatori dipendenti) e dell'Ausl di Modena (operatori a comando) in quanto una loro analisi permette di individuare le possibili cause e quindi attuare gli adeguati rimedi, laddove possibile.

Nel corso dell'esercizio 2017 non si sono verificate morti sul lavoro del personale iscritto al libro matricola, per i quali è stata accertata definitivamente una responsabilità aziendale.

Non si sono registrati addebiti in ordine a cause di mobbing, per cui la società è stata dichiarata definitivamente responsabile.

Andamento delle attività

Di seguito si riportano i dati sulle **specialità presenti** in ospedale, con i relativi **posti letto** suddivisi tra ordinari e di day hospital/day surgery.

POSTI LETTO						
Unità Operativa	Posti letto al 31/12/2006			Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	Day Hospital	Totale	Ordinari	Day Hospital	Totale
AREA MEDICA						
Medicina d'urgenza	8		8	8		8
Cardiologia	11	1	12	11	1	12
UTIC	4		4	4		4
Medicina Interna	48	4	52	56	3	59
Pneumologia	12	2	14	12	1	13
D. H. internistico ad indirizzo Oncologico		6	6		8	8
Lungodegenza	14		14	16		16
Medicina Riabilitativa	10	2	12	10	2	12
Totale area medica	107	15	122	117	15	132
AREA CHIRURGICA						
Chirurgia Generale	20	4	24	15	7	22
Ortopedia e Traumatologia	12	1	13	28	2	30
Ortopedia Chirurgia Artroscopica	12	1	13	-	-	-
Urologia	14	2	16	21	2	23
Oculistica	1	2	3	1	3	4
Otorino	2	1	3	4	2	6
Totale area chirurgica	61	11	72	69	16	85
AREA MATERNO-INFANTILE						
Ostetricia	14	1	15	18		18
Ginecologia	4	2	6	8	3	11
Pediatria	8	1	9	9	1	10
Pediatria Nido				16		16
Totale area materno-infantile	26	4	30	51	4	55
TOTALE	194	30	224	237	35	272

Attività imprenditoriale e Libera professione**Libera professione – fatturato complessivo**

Il fatturato complessivo realizzato nell'anno 2017 evidenzia, rispetto all'anno precedente, un sostanziale mantenimento cfon un incremento complessivo di € 20.210 (0,44%), derivante da un incremento del fatturato da attività chirurgica di € 74.283 e da una contrazione del fatturato da attività ambulatoriale di € 53.254.

Attività chirurgica di sala operatoria

Il numero complessivo di prestazioni chirurgiche erogate a pagamento nell'anno 2017 (= 411 interventi) supera decisamente il valore ottenuto nell'anno precedente (392) quasi eguagliano i valori dell'anno 2014

	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Interventi	411	392	392	417	382	331

L'incremento del volume di attività si riflette in un aumento complessivo del fatturato da interventi di € 74.283, pari al 5,94%.

L'incremento è particolarmente significativo per gli interventi intermediati da rapporti di convenzione con fondi ed assicurazioni in incremento di € 41.282, pari al 7,27%.

	Assicurati	Paganti in proprio	Società sportive	Totale
Anno 2017	175	231	5	411
Anno 2016	156	233	3	392
Delta	19	(2)	(2)	19

Nell'anno 2017 il fatturato da assicurazioni per l'attività chirurgica ammonta ad € 567.974 pari al 45,4 % del totale. Il risultato ottenuto per i pazienti assicurati avvalorla scelta fatta alcuni anni fa di implementare rapporti di convenzione diretta con Assicurazioni, Fondi e Mutue aspetto per il quale la nostra struttura è ritenuta all'avanguardia nonché riferimento per altre strutture pubbliche della Regione

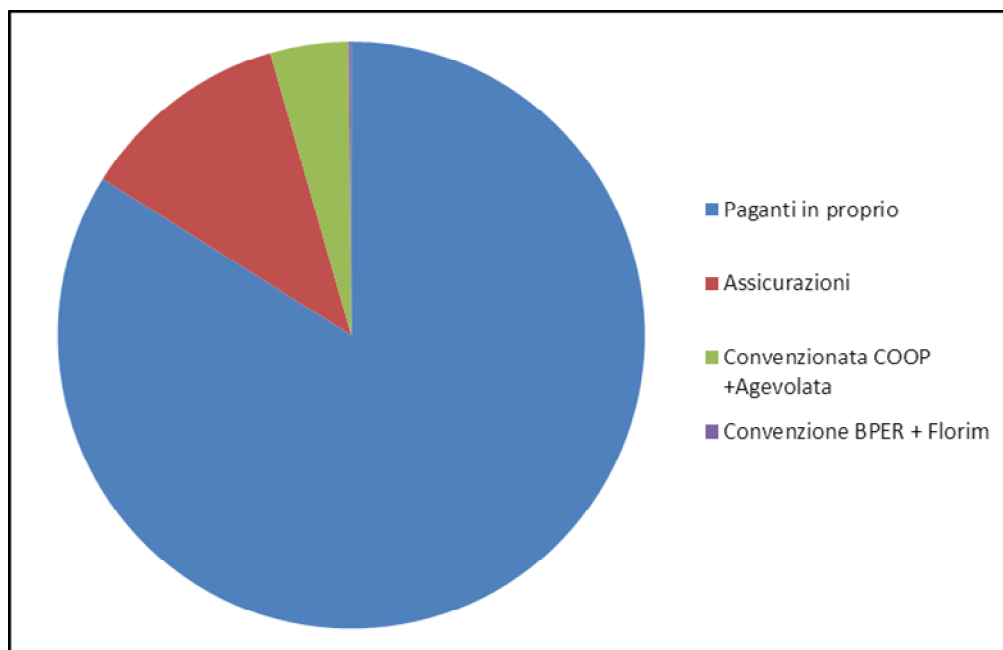
Attività Ambulatoriale

I dati di fatturato per l'anno 2017, relativi alle attività ambulatoriali a pagamento, mostrano una leggera flessione rispetto ai valori dell'anno 2016, in decremento di € 53.254,00 pari al 1,6%.

	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Ambulatoriale LP	3.326.315	3.379.380	3.365.561	3.236.183	3.030.188	3.044.941

La riduzione del fatturato riguarda sostanzialmente l'attività erogata a favore di paganti in decremento di € 100.968, mentre si registrano incrementi per l'attività verso assicurazioni e fondi per € 30.957 e per l'attività svolta in convenzione COOP per € 15.268.

	Fatturato 2017	Fatturato 2016	2017-2016
Paganti in proprio	2.735.467	2.836.435	(100.968)
Assicurazioni	423.371	392.575	30.796
Convenzionata COOP +Agevolata	161.558	145.571	15.987
Convenzione BPER + Florim	5.917	4.989	930
Totale Specialistica	3.326.315	3.379.569	(53.254)



Assicurazioni e mutue

I rapporti di convenzione diretta esistenti nel 2016 sono stati mantenuti: Generali – GGL, Newmed, Fasi, Unisalute, Consorzio Mutue integrative Musa, Mondial Assistance, FIMIV, SMA, Mapfre, Filo Diretto,– Sistemi Sanitari, Previnet – Previmedical, Assirete, Fasifiat, Fasiopen, Assidai, Blue Assistance e Caspie.

I risultati ottenuti da questi accordi sono da considerarsi più che soddisfacenti e confermano che la struttura risulta in grado di operare in un “mercato” che da sempre era di esclusivo riferimento per le strutture sanitarie private.

Tariffario Agevolato – Convenzione COOP Estense

Nell'anno 2017 è proseguito il progetto delle tariffe agevolate e della convenzione COOP Estense che aveva raggiunto la sua piena funzionalità negli ultimi mesi del 2012.

Si tratta di un progetto importante che consiste, in estrema sintesi, nell'offerta di prestazioni ambulatoriali a tariffe contenute (tariffe agevolate), ulteriormente scontate per i soci COOP (convenzione COOP) e garantite con breve tempo di attesa ma, diversamente della libera professione, senza consentire la scelta del professionista da parte dell'utente.

Diversamente da quanto avvenuto negli anni 2015 e 2016, nel 2017 si è assistito ad un incremento del volume di fatturato di € 15.268, pari al 10,3%, che rappresenta quindi il 4,85% del totale fatturato da attività ambulatoriale

MEDICINA SPORTIVA/ CONTRATTI SPORTIVI

Sono stati mantenuti anche per l'anno 2017 gli accordi esistenti con la società U.S. Sassuolo calcio militante nel campionato di Serie A della Lega calcio. A questi accordi si sono aggiunti quelli avviati con la Volley Accademy Modena e Sassuolo società di pallavolo militante nel campionato B1

Sono state altresì mantenute ed incrementate le convenzioni con varie società minori relative ad attività fisioterapica, visite specialistiche e prestazioni diagnostiche che prevedono l'erogazione di prestazioni a pagamento. E' stato inoltre mantenuto il volume di attività di certificazione di idoneità sportiva ottenendo ritorni importanti per l'organizzazione e la qualità delle prestazioni erogate. Anche in questo ambito si è notevolmente incrementato il volume di attività svolte a pagamento.

POLIAMBULATORIO ARS MEDICA

Nell'ottobre 2012 è stato riaperto (mediante contratto di locazione) il poliambulatorio ARS Medica che era di proprietà dell'ospedale fino all'anno 2008.

Oggi presso la struttura sono pienamente operative le seguenti specialità: Fisioterapia, Medicina fisica e riabilitativa, Ortopedia, Medicina Sportiva, Ginecologia, Urologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia generale, Neurologia, scienze della nutrizione, Geriatria

Nell'anno 2017 la struttura ha ulteriormente incrementato le proprie attività inserendo nuovi professionisti e ulteriori sviluppi si prevedono nell'anno 2018 quando, grazie all'inserimento di un ecografo di recupero dall'ospedale, potranno svilupparsi nuove attività tra cui visite ecoassistite in ambito gastroenterologico e pediatrico

10. ANDAMENTO DELLA GESTIONE CONTESTO DI RIFERIMENTO

Popolazione residente - all'1/1 (maschile e femminile), per Classi di età centrali - al 01/01/2017 - valori assoluti

Distretti sanitari	0 - 24	25 - 40	41 - 100	Totale	% su pop totale
N. 1 Carpi	24.390	19.277	61.643	105.310	15,0%
N. 2 Mirandola	19.444	15.306	49.867	84.617	12,07%
N. 3 Modena	41.938	34.117	108.672	184.727	26,36%
N. 4 Sassuolo	28.463	22.660	68.529	119.652	17,07%
N. 5 Pavullo	8.715	6.956	24.991	40.662	5,80%
N. 6 Vignola	21.364	16.728	52.307	90.399	12,90%
N. 7 Castelfranco E.	18.459	14.636	42.400	75.495	10,77%
Totale	162.773	129.680	408.409	700.862	100,00%
Totale "Area Sud"	58.542	46.344	145.827	250.713	35,77%

Fonte: 1) Istat. Note: Rilevazione "Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"
- i dati si riferiscono al 1/1 di ciascun anno; Istat

La tabella evidenzia la distribuzione della popolazione nella Provincia di Modena: Sassuolo risulta il distretto più popolato dopo il capoluogo.

Nel corso dell'anno 2017 si mantiene il ruolo dell'Ospedale di Sassuolo come "ospedale di area¹" ovvero, come recita il PAL, di riferimento per i distretti dell'Area Sud (Pavullo e Vignola).

Il rafforzamento della collaborazione e della integrazione tra i distretti dell'Area Sud nella gestione di alcune attività, anche attraverso la presenza di più responsabili di struttura che operano "a scavalco" e di équipe sulle diverse sedi dell'Area Sud, ha evidenziato la comparsa di effetti sui flussi dei pazienti infra-provincia.

¹ Negli ospedali di area (Carpi e Sassuolo) sono presenti, oltre alle discipline di base, anche quelle discipline specialistiche che per il loro particolare livello tecnico richiedono adeguato supporto strutturale e organizzativo e assumono una valenza sovra distrettuale (anche in emergenza nelle 24 ore).

I "NUMERI" DELL'OSPEDALE

Le tabelle successive di seguito mostrate evidenziano in sintesi produzione e fattori di costi relativi all'attività istituzionale di ricovero e specialistica ambulatoriale per l'anno 2017.

PERIODO: 12 mesi							
PRINCIPALI DATI DI SINTESI SU ATTIVITA' "CORE"							
Ospedale Sassuolo S.p.a.							
ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO	2016	2017	Δ 2017 - 2016	Δ% 2017 - 2016	BUDGET 2017	Δ CONS - BDG	Δ % CONS - BDG
Nr Dimessi (escluso acuti trasferiti in LD)	12.257	12.518	261	2,1%	13.015	-497	-4%
Nr Pazienti trattati (compresi trasferiti in LD)	12.735	12.518	-217	-1,7%	13.015	-497	-4%
Giornate di Degenza	58.066	54.458	-3.608	-6,2%	58.975	-4.517	-8%
Degenza Media	4,56	4,35	-0,21	-4,6%	4,53	-0,18	-0,04
Deceduti	403	280	-123	-30,5%			
Casi ordinari oltre soglia	678	512	-166	-24,5%			
DMD Pre operatoria	0,53	0,54	0,01	1,7%			
DMD Post operatoria	2,69	2,09	-0,60	-22,4%			
Valore Drg medio DO	2.528	2.516	-13	-0,5%	2.510	6	0%
Valore Ordinari	32.200.417	31.494.710	-705.708	-2,2%	32.664.450	-1.169.740	-4%
ATTIVITA' DI RICOVERO DIURNO	2016	2017	Δ 2017 - 2016	Δ% 2017 - 2016	BUDGET 2017	Δ CONS - BDG	Δ % CONS - BDG
Numero Dimessi	4.281	3.727	-554	-12,9%	3.721	6	0%
Giornate di Degenza	14.799	6.748	-8.051	-54,4%	6.106	642	10%
Degenza Media DH	3,46	1,81	-1,65	-47,6%	1,64	0,17	0,09
Valore Medio Accesso DH	464	773	309	66,4%	853	-81	-10%
Drg medio DH	1.605	1.399	-206	-12,8%	1.400	-1	0%
Valore DH Dimessi	6.871.565	5.215.106	-1.656.459	-24,1%	5.210.770	4.336	0%
ATTIVITA' DI LUNGODEGENZA / RIABILITAZIONE	2016	2017	Δ 2017 - 2016	Δ% 2017 - 2016	BUDGET 2017	Δ CONS - BDG	Δ % CONS - BDG
Numero Dimessi	607	685	78	12,9%	608	77	11%
Giornate di Degenza	9.797	10.416	619	6,3%	9.800	616	6%
Degenza Media	16,14	15,21	-0,93	-5,8%	16,12	-0,91	-0,06
Valore Medio Accesso DH	175	194	19,8	11,3%	174	20	10%
Valore Dimessi	1.711.314	2.025.666	314.352	18,4%	1.709.966	315.700	16%
TOTALE ATTIVITA' DI RICOVERO	2016	2017	Δ 2017 - 2016	Δ% 2017 - 2016	BUDGET 2017	Δ CONS - BDG	Δ % CONS - BDG
Posti letto medi ordinari	237	237	0	0,0%	237	0	0%
Posti letto medi DH	35	35	0	0,0%	35	0	0%
Posti letto medi Totali	272	272	0	0,0%	272	0	0%
Numero sale operatorie	2.053	2.189	136	6,6%	1.976	213	9,7%
Ore sala operatoria	12.045	12.640	595	4,9%			
Dimessi Ordinari (totale)	12.864	13.203	339	2,6%	13.623	-420	-3%
Dimessi DH	4.281	3.727	-554	-12,9%	3.721	6	0%
Nr Tot. Dimessi (escluso acuti trasferiti in LD)	17.145	16.930	-215	-1,3%	17.344	-414	-2%
Nr Tot. Dimessi (compresi trasferiti LD)	17.623	16.930	-693	-3,9%	17.344	-414	-2,4%
Giornate di Degenza	82.662	71.622	-11.040	-13,4%	74.881	-3.259	-5%
Valore Totale Dimessi	40.783.297	38.735.482	-2.047.815	-5,0%	39.585.186	-849.704	-2,2%
VALORE DEGENZE RICONOSCIUTE RER	40.632.040	38.141.522	-2.490.518	-6,13%			
Casi Urgenti	4.915	6.548	1.633	33,2%			

% Urgenti / Totali	28,67%	38,68%	0	34,9%			
Casi medici	9.115	8.801	-314	-3,4%			
Casi chirurgici	8.030	8.129	99	1,2%			
% Chirurgici / Totale	46,8%	48,0%	0	2,5%			
Casi Medici Urgenti	4.010	5.434	1.424	35,5%			
Casi Chirurgici Urgenti	905	1.114	209	23,1%			
DRG Alta Complessità	1.618	1.627	9	0,6%			
PROVENIENZA PAZIENTI	2016	2017	% 2016	% 2017	Δ 2017 - 2016	Δ %	
Valore Residenti DISTRETTO SASSUOLO	25.090.506	23.146.512	61,5%	56,8%	-1.943.993	-4,8%	
Valore Residenti DISTRETTO AREA SUD	29.467.018	28.894.625	72,3%	70,8%	-572.392	-1,4%	
Valore Residenti ASL MO	35.167.218	33.749.185	86,2%	82,8%	-1.418.033	-3,5%	
Valore Residenti FUORI PROVINCIA	3.847.593	3.547.394	9,4%	8,7%	-300.199	-0,7%	
Valore Residenti FUORI REGIONE	1.652.606	1.328.443	4,1%	3,3%	-324.162	-0,8%	
Valore Residenti STRANIERI	115.880	110.460	0,3%	0,3%	-5.420	0,0%	
ATTIVITA' DI PS	2016	2017	Δ 2017 - 2016	Δ% 2017 - 2016			
Accessi Pronto Soccorso	37.913	38.154	241	0,64%			
di cui seguiti da Ricovero	4.755	4.420	-355	-1,01%			
ATTIVITA' DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (valore)	2016	2017	Δ 2017 - 2016	Δ% 2017 - 2016	BUDGET 2017	Δ CONS - BDG	Δ % CONS - BDG
Valore Prestazioni in SSN per Esterni	9.279.793	10.490.262	1.210.469	13,04%	10.187.803	302.458	3%
Numero Prestazioni SSN per esterni	209.451	216.649	7.198	3,43%	239.812	-23.163	-9,6%
Valore Prestazioni in LP per Esterni	3.381.507	3.303.381	-78.126	-2,3%	0	3.303.381	100%
Valore Prestazioni per Interni	2.550.508	2.437.177	-113.332	-4,4%	0	2.437.177	100,0%
Numero interventi "Cataratta"	1.574	1.688	114	7,2%	1.600	88	5%
Attività Radiologica SSN							
Valore Prest. RX per esterni in SSN + DSO	3.452.920	3.712.543	259.623	7,5%	3.655.739	56.804	1,5%
Numero TC	12.278	12.167	-111	-0,9%	7.440	4.727	39%
Numero RM	7.482	7.068	-414	-5,5%	8.121	-1.053	-15%
Numero Ecografie	19.644	19.824	180	0,9%	16.047	3.777	19%
Numero Mammografie	2.409	2.367	-42	-1,7%			
CONSUMO BENI SANITARI (€)	2016	2017	Δ 2017 - 2016	Δ% 2017 - 2016	BUDGET 2017	Δ CONS - BDG	Δ % CONS - BDG
TOTALE BENI SANITARI	10.530.542	8.220.329	-2.310.213	-21,9%	8.133.421	86.908	1%
ATC - FARMACI	3.647.383	2.043.104	-1.604.279	-44,0%	1.851.107	191.996	9%
CND - DISPOSITIVI (Protesi, Presidi, ecc.)	6.391.454	6.125.291	-266.164	-4,2%	6.205.415	-80.125	-1%
Richieste esami Laboratorio (BLU)	1.787.802	1.695.033	-92.769	-5,2%			

Sul fronte "core" dell'attività, ovvero la **degenza** e la **specialistica ambulatoriale convenzionata**, nel 2017 si registra una riduzione complessiva rispetto all'anno precedente sulla degenza dovuta soprattutto al cambio di regime (da degenza diurna ad ambulatoriale) del reparto di Oncologia, ma anche agli abbattimenti regionali sul reparto di Urologia (Drg 410 di natura oncologica abbattuto al 91%) e agli abbattimenti per ricoveri ripetuti.

Complessivamente, la produzione istituzionale dell'ospedale si attesta intorno ai 50 mln, di cui 38.141 mln per attività di ricovero, 10.490 mln per prestazioni ambulatoriali direttamente erogate, al netto delle prestazioni ambulatoriali erogate dal Pronto Soccorso.

Sul fronte "costi" si registra:

- **riduzione della spesa per farmaci** (con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo utilizzati dall'Oncologia che sono passati in capo alla AUSL nell'ambito del decreto regionale 463/2016);
- **riduzione del consumo di dispositivi** in particolare per impiantistica della Cardiologia e dell'Ortopedia;

La tabella successiva mostra, altresì, il valore dell'attività istituzionale, per ciascuna tipologia di prestazione, per provenienza.

PRODUZIONE CONVENZIONATA 2017		
Degenze	38.735.482	% su setting
<i>Modenesi</i>	33.749.185	87,1%
<i>Fuori Provincia</i>	3.547.394	9,2%
<i>Fuori Regione</i>	1.328.443	3,4%
<i>Stranieri</i>	110.460	0,3%
Specialistica	10.490.262	
<i>Modenesi</i>	9.629.550	91,8%
<i>Fuori Provincia</i>	624.774	6,0%
<i>Fuori Regione</i>	196.485	1,9%
<i>Stranieri</i>	28.590	0,3%
Pronto Soccorso	1.949.463	
<i>Modenesi</i>	1.620.105	83,1%
<i>Fuori Provincia</i>	244.952	12,6%
<i>Fuori Regione</i>	59.141	3,0%
<i>Stranieri</i>	25.265	1,3%
Totale	51.175.207	
Totale modenesi	44.998.840	
Totale non modenesi	6.165.505	

Si evidenzia un incremento rispetto al precedente anno per quanto riguarda i ricoverati provenienti dalla provincia di Modena (+0,9%) e contemporaneamente la riduzione dei pazienti che vengono dalle altre province (-0,2%) e dalle altre regioni (-0,7%). Si registra un calo dei flussi di pazienti provenienti dal Distretto di Sassuolo (-1,8%) e dalla totalità dell'Area Sud (-0,3%).

Nonostante il calo registrato nel 2017, l'Ospedale di Sassuolo mantiene una rilevante attrattività nei confronti di residenti fuori provincia e fuori regione, grazie in particolare ad alcune discipline chirurgiche di eccellenza.

Il grado di attrattività riveste importanza sul piano del riconoscimento della qualità della struttura e dei professionisti, oltre a garantire una quota di fatturato non soggetto a "tetto" di fornitura bensì finanziato dal sistema regionale della mobilità.

10 Dati della gestione di Aesculapio Srl

L'esercizio 2017, ricalca, tutto sommato l'andamento e le diverse realtà del 2016 con poche varianti ed in particolare:

1 – il centro prelievi è totalmente in gestione diretta già dal 1° gennaio, mentre nel 2016 la gestione diretta era iniziata nel corso del mese di marzo. Si ricorda che l'attività del centro prelievi viene effettuata con personale interinale (due infermieri ed una impiegata) per due motivazioni. La prima perché il contratto di fornitura è scaduto con il 31 dicembre 2017 ed attualmente ci troviamo in prorogatio sino al 31 maggio 2018. La seconda è dovuta al tempo giornaliero limitato di utilizzo del personale e precisamente l'impiegata dalle 7 alle 8.30 di ogni mattina, un infermiere dalle 7 alle 9 ed un secondo infermiere dalle 7 alle 8.30. L'attività di prelievo è svolta 6 giorni la settimana (dal lunedì al venerdì). L'attività di prelievo è inoltre garantita dalla presenza diretta o immediata disponibilità di un medico (con contratto libero professionale) per pronto intervento in caso di necessità;

2 – dal raffronto sopra riportato non si rilevano scostamenti degni di particolare nota se non per le sopravvenienze attive e passive che nel 2016 furono generate dal controllo tardivo da parte dell'Ausl di Modena di tutte le fatture relative alle prestazioni degli anni 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015;

3 – le nuove attività a favore di paganti in proprio sperimentate ed iniziate nel 2016 stanno dando ottimi risultati e sembrano molto apprezzate dagli utenti. In particolare aumenta la richiesta di iniziative del sabato mattina per pacchetti di prestazioni-esami relative a specifiche branche specialistiche (urologia, cardiologia, ginecologia, ecc.).

Si riporta l'evoluzione nell'ultimo trienni delle due principali voci di attività che hanno visto un decremento dell'8% dell'attività per l'AUSL nle 2016 rispetto all'anno precedente, con un successivo consolidamento del nuovo valore nell'anno 2017 e un incremento superiore al 10% dell'attività libero professionale nel corso degli ultimi due esercizi.

<i>Esercizio di rif.to</i>	<i>Fatturato AUSL</i>	<i>Paganti</i>
Bilancio 2015	1.790.000,00	385.055,77
Bilancio 2016	1.650.000,00	434.448,72
Bilancio 2017	1.645.180,00	482.565,43

RICLASSIFICAZIONE DEL CONTO ECONOMICO AZIENDALE AL VALORE AGGIUNTO

CONFRONTO ANNI 2016/2017

	Totale 2016	%	Totale 2017	%
Valore della produzione				
Proventi e ricavi d'esercizio	2.160.571	99,4%	2.232.648	99,0%
Altri ricavi	12.432	0,6%	21.474	1,0%
Totale valore della produzione	2.173.003	100,00%	2.254.122	100,00%
Costi per acquisti beni/servizi				
Acquisto materie prime, suss., ..	56.197	2,6%	55.712	2,4%
Utenze	34.463	1,6%	38.647	1,7%
Acq. di servizi non sanitari	192.832	8,9%	198.882	8,8%
Acquisto di servizi sanitari	1.171.806	53,9	1.192.918	52,9%
Godimento di beni di terzi	143.761	6,6%	153.739	6,8%
Altri oneri diversi di gestione	9.936	0,5%	12.116	0,5%
<i>Totale acquisto servizi</i>	<i>1.608.996</i>	<i>74,0%</i>	<i>1.652.013</i>	<i>73,3%</i>
Valore aggiunto lordo	564.007	26,0%	602.109	26,7%
Costi del personale				
Pers. amm., inferm. e tec	348.164	16,0%	347.551	15,4%
Margine lordo operativo	215.843	9,9%	254.558	11,3%
Amm., acc. e altri costi caratt.				
Amm. immobilizz. immateriali	83.807	3,9%	84.962	3,8%
Amm. Immobilizz. materiali	80.139	3,7%	78.116	3,5%
<i>Totale amm. e svalutazioni</i>	<i>163.946</i>	<i>7,5%</i>	<i>163.078</i>	<i>7,2%</i>
Reddito operativo	51.897	2,4	91.480	4,1%
Oneri gest. fin. prov. oneri straord. e imposte e tasse				
Minus. e sopravv. Passive	- (24.171)	(1,7%)	(6.989)	(0,3%)
Sopravv.attive e altri proventi	27.772	1,3%	356,75	0,2%
Oneri bancari, int.passivi	- (7.951)	0,4%	(5.947)	(0,3%)
Imposte e tasse	(17.287)	(0,8%)	(30.761)	(1,4%)
<i>Totale oneri, proventi fin.imposte e tasse</i>	<i>(21.636)</i>	<i>(1,0%)</i>	<i>(31.447)</i>	<i>(1,4%)</i>
Risultato netto dell'esercizio	30.260	1,4	60.033	2,7%

Il risultato dell'esercizio 2017 evidenzia le buone performance economiche/finanziarie della società, rapportate all'investimento effettuato.

ANDAMENTO DELLA GESTIONE: I COSTI E I RICAVI

Il conto economico riclassificato della società confrontato con quelli dei due esercizi precedenti è il seguente (in Euro):

/1000	2015		2016		2017	
CONTO ECONOMICO						
Ricavi di vendita	68.418.887	96,4%	67.970.270	95,9%	67.243.832	97,0%
Altri ricavi	2.539.701	3,6%	2.883.021	4,1%	2.057.953	3,0%
Totale ricavi	70.958.588	100%	70.853.291	100%	69.301.785	100%
Acquisti	9.450.106	13,3%	9.911.467	14,0%	7.858.540	11,3%
Var. rimanenze	-11.344	0,0%	57.366	0,1%	174.444	0,3%
Manodopera diretta	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Lavorazioni esterne	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Consumi	9.439	13,3%	9.969	14,1%	8.033	11,6%
Costi commerciali variabili	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Altri costi variabili	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Totale Costi variabili	9.438.762	13,3%	9.968.833	14,1%	8.032.984	11,6%
Margine di contribuzione	61.519.826	86,7%	60.884.458	85,9%	61.268.801	88,4%
Costi fissi industriali	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Personale indiretto	32.519.803	45,8%	32.913.768	46,5%	33.108.743	47,8%
Costi fissi commerciali	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Costi fissi generali	26.376.404	37,2%	26.022.883	36,7%	25.580.035	36,9%
Totale costi fissi	58.896.207	83,0%	58.936.651	83,2%	58.688.778	84,7%
Ebitda	2.623.619	3,7%	1.947.807	2,7%	2.580.023	3,7%
Ammortamenti immobilizzazioni	1.690.945	2,4%	1.613.735	2,3%	1.606.922	2,3%
Accantonamenti	589.493	0,8%	138.477	0,2%	809.319	1,2%
Ebit	343.181	0,5%	195.595	0,3%	163.782	0,2%
Oneri finanziari netti	19.297	0,0%	17.429	0,0%	30.594	0,0%
Svl. immobilizzazioni e partecipazioni	9.611	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Altre svalutazioni	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Componenti straordinarie	-195	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Utile ante imposte	314.078	0,4%	178.166	0,3%	133.188	0,2%
Imposte	112.633	0,2%	133.480	0,2%	47.904	0,1%
Utile netto	201.445	0,3%	44.686	0,1%	85.284	0,1%

	2015	2016	2017
Indici reddituali			
Ebitda/fatturato	3,7%	2,7%	3,7%
ROS	0,5%	0,3%	0,2%
ROI	0,4%	0,3%	0,2%
Utile lordo/fatturato	0,4%	0,3%	0,2%
Utile netto/fatturato	0,3%	0,1%	0,1%
Oneri finanziari/fatturato	0,0%	0,0%	0,0%
Ebitda/oneri finanziari	136,0	111,8	84,3

Come emerge dal conto economico riclassificato la redditività risulta in leggero decremento rispetto all'annualità precedente con una redditività dalle vendite ROS e un indice di redditività del capitale investito ROI pari allo 0,2%.

Principali dati patrimoniali

Lo stato patrimoniale riclassificato della società confrontato con quello dell'esercizio precedente è il seguente (in Euro):

STATO PATRIMONIALE

	2015		2016		2017	
ATTIVO						
Immobilizzazioni immateriali	1.743.481	2,2%	1.283.845	1,8%	852.435	1,1%
Immobilizzazioni materiali	3.669.057	4,5%	4.717.905	6,5%	4.363.671	5,5%
Immobilizzazioni Finanziarie	6.743.945	8,3%	6.463.890	8,9%	7.273.373	9,2%
ATTIVO FISSO	12.156.483	15,0%	12.465.640	17,2%	12.489.479	15,8%
Materie Prime	1.761.247	2,2%	1.740.049	2,4%	1.542.451	2,0%
Semilavorati	376.539	0,5%	300.651	0,4%	323.805	0,4%
Prodotti Finiti	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Fondo svalutazione magazzino	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
MAGAZZINO	2.137.786	2,6%	2.040.700	2,8%	1.866.256	2,4%
Crediti vs. Clienti	428.281	0,5%	482.213	0,7%	430.796	0,5%
Crediti diversi	63.250.295	78,2%	53.935.502	74,5%	61.918.984	78,3%
CREDITI A BREVE	63.678.576	78,7%	54.417.715	75,2%	62.349.780	78,9%
Attività fin liquide	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Disponibilità liquide	2.901.775	3,6%	3.424.716	4,7%	2.332.413	3,0%
LIQUIDITA	2.901.775	3,6%	3.424.716	4,7%	2.332.413	3,0%
TOTALE ATTIVO	80.874.620	100,0%	72.348.771	100,0%	79.037.928	100,0%
	2015		2016		2017	
PASSIVO						
Capitale Sociale	7.500.000	9,3%	7.500.000	10,4%	7.500.000	9,5%
Riserve	-1.281.802	-1,6%	-1.080.352	-1,5%	-1.035.666	-1,3%
Utile periodo	201.445	0,2%	44.686	0,1%	85.283	0,1%
PATRIMONIO NETTO	6.419.643	7,9%	6.464.334	8,9%	6.549.617	8,3%
Mutui Passivi	52.074	0,1%	1.500.000	2,1%	1.341.983	1,7%
altri finanziatori e obbligazioni	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
DEBITI FINANZ. A M/L TERMINE	52.074	0,1%	1.500.000	2,1%	1.341.983	1,7%
Fondo indennità licenziamento	6.688.313	8,3%	7.453.898	10,3%	8.256.234	10,4%
Altri debiti medio/lungo termine	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ALTRI DEBITI A M/L TERMINE	6.688.313	8,3%	7.453.898	10,3%	8.256.234	10,4%
ALTRI FONDI	1.800.012	2,2%	1.777.272	2,5%	1.390.824	1,8%
Debiti vs. Fornitori (entro 12 m)	9.901.760	12,2%	9.019.997	12,5%	8.838.436	11,2%
Debiti diversi a breve	55.009.188	68,0%	46.049.449	63,6%	50.610.377	64,0%
DEBITI A BREVE	64.910.948	80,3%	55.069.446	76,1%	59.448.813	75,2%
Banche c/c passivi	1.003.630	1,2%	83.821	0,1%	2.050.457	2,6%
Quote Mutui entro 12 mesi	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Altri finanziamenti entro 12 mesi	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
DEBITI FINANZIARI A BREVE	1.003.630	1,2%	83.821	0,1%	2.050.457	2,6%
TOTALE PASSIVO	80.874.620	100,0%	72.348.771	100,0%	79.037.928	100,0%

	2015	2016	2017
Indici patrimoniali e finanziari			
Indice di liquidità	1,0	1,0	1,1
Indice di disponibilità	1,0	1,1	1,1
Indice di capitalizzazione	0,1	0,1	0,1
Indice copertura immobilizzi	1,2	1,4	1,4
Debito fin.netto/Patrimonio netto	-0,29	-0,28	0,16
Debito fin.lordo/Patrimonio netto	0,16	0,25	0,52
Debito fin.netto/fatturato	-3%	-3%	2%
Debito fin.lordo/fatturato	1%	2%	5%
Debito fin.a breve/fatturato	1%	0%	3%
Debito fin.a lungo/Debito fin.totale	5%	95%	40%
Debito fin.netto/Ebitda	-0,7	-0,9	0,4
Debito fin.lordo/Ebitda	0,4	0,8	1,3

Come si nota dallo stato patrimoniale e dagli indici correlati in generale si registra un miglioramento della situazione in essere alla chiusura dell'esercizio precedente.

Principali dati finanziari

Come emerge dal prospetto dei flussi di cassa, la Posizione Finanziaria Netta al 31/12/2017, è la seguente (in Euro):

/1000	2015		2016		2017	
FLUSSI DI CASSA						
Reddito netto	201.445	0,3%	44.686	0,1%	85.284	0,1%
Ammortamenti e svalutazioni	1.700.556	2,4%	1.613.735	2,3%	1.606.922	2,3%
Variazione fondi	1.135.919	1,6%	742.845	1,0%	522.155	0,8%
Flusso di cassa della gestione	3.037.920	4,3%	2.401.266	3,4%	2.214.361	3,2%
variazione clienti	57	0,1%	-54	-0,1%	51	0,1%
variazione magazzino	33	0,0%	97	0,1%	174	0,3%
variazione fornitori	-325.932	-0,5%	-881.763	-1,2%	-636.617	-0,9%
variazione crediti diversi	-5.748.740	-8,1%	9.314.793	13,1%	-7.549.367	-10,9%
variazione debiti diversi	7.654.759	10,8%	-8.959.739	-12,6%	4.475.601	6,5%
Variazione capitale circolante	1.669.965	2,4%	-483.555	-0,7%	-3.484.522	-5,0%
Flusso di cassa operativo	4.707.885	6,6%	1.917.711	2,7%	-1.270.161	-1,8%
rimborsi quota capitale mutui/finanz.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Investimenti/disinvestimenti	-1.010.546	-1,4%	-1.922.892	-2,7%	-1.630.761	-2,4%
Flusso di cassa disponibile	3.697.339	5,2%	-5.181	0,0%	-2.900.922	-4,2%
Aumenti di capitale/erogaz dividendi	-4	0,0%	5	0,0%	-1	0,0%
Accensione mutui-finanziamenti	-1.002.108	-1,4%	1.447.926	2,0%	-158.016	-0,2%
Realizzo/acquisto titoli attivo circolante	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Flusso di cassa da gestione finanziaria	-1.002.112	-1,4%	1.447.931	2,0%	-158.017	-0,2%
Flusso di cassa totale	2.695.227	3,8%	1.442.750	2,0%	-3.058.939	-4,4%

- **Il flusso di cassa della gestione** dell' Ospedale di Sassuolo, che esprime il risultato monetario derivante dal conto economico, cioè il risultato della gestione al lordo dei costi o proventi non monetari, risulta in diminuzione da € 2,4 milioni a € 2,2 milioni.

- **Il flusso di cassa operativo** : questo è il flusso di cassa più importante da tenere sotto controllo. Infatti, spesso il flusso di cassa derivante dal finanziamento del capitale circolante assorbe molte delle risorse finanziarie generate dall'utile monetario della gestione. Occorre tenere sotto controllo questo fenomeno e assicurare che il flusso di cassa operativo rimanga positivo, cioè che gli utili non siano completamente assorbiti dal fabbisogno di capitale circolante. Il flusso di cassa operativo esprime il risultato monetario derivante dalla

gestione costi-ricavi, corretto per tenere conto del fabbisogno monetario per il finanziamento del capitale circolante (debiti di fornitura, crediti commerciali e scorte) ; tale indicatore risulta negativo e va analizzato per rideterminare il rapporto debiti/crediti nei confronti della controllante.

- Il flusso di cassa disponibile (free cash flow), esprime la quantità di cassa che residua dopo aver finanziato gli investimenti fissi (al netto dei disinvestimenti) e rimborsato le rate dei finanziamenti. Per l'anno 2017 l'indicatore mostra un saldo negativo dovuto alle acquisizioni di attrezzature effettuate e al precedente flusso di cassa operativo.

- Il flusso di cassa totale è dato dalla somma del flusso di cassa disponibile, delle variazioni di capitale sociale e dei finanziamenti a medio termine. Come risulta dalla tabella tale indicatore nell'esercizio 2017 è negativo per € 3,1 milioni a fronte dei rimborsi di finanziamenti eccedenti l'accensione di nuovi finanziamenti.

RAPPORTI CON LE SOCIETA' CONTROLLATE E CONTROLLANTI

La società è controllata al 51% dalla Azienda Usl di Modena. Con quest'ultima sono intercorsi per tutto il 2017 numerosi rapporti per scambi di prestazioni regolati dal contratto di fornitura e da apposite convenzioni.

Di seguito si riporta la composizione delle voci debitorie e creditorie in essere con la controllante:

	2017	2016
Crediti v/cliente Azienda Controllante	43.443.716	28.147.587
Fatture da emettere vs Azienda Controllante	17.376.568	25.035.000
Note accredito da emettere vs Azienda Controllante	(696.490)	(1.086.926)
TOTALE Crediti verso Aziende Controllante	60.123.794	52.095.661

I crediti verso clienti sono composti principalmente dalle prestazioni sanitarie erogate di degenza e di specialistica ambulatoriale; si ricorda peraltro che la fatturazione di tutte le prestazioni avviene direttamente alla AUSL di Modena, la quale provvede alla compensazione della mobilità con le altre AUSL sia regionali che extra regionali. Tra i crediti verso controllante sono ricomprese anche le somme che l'AUSL di Modena dovrà rimborsare alla società per il completamento della Palazzina Poliambulatori.

	2017	2016
Debiti verso Controllante	30.125.233	25.087.610
Fatture da ricevere da Controllante	14.092.331	15.503.159
Debito v/AUSL per tickets incassati	0	26.813
Note di credito da ricevere da controllante	(144.605)	(144.605)
Debiti v/AUSL per ticket nuova procedura	87.990	65.671
TOTALE Debiti verso Controllante	44.241.914	40.538.649

La voce fatture da ricevere comprende principalmente il costo del personale in regime di comando e le prestazioni/consulenze sanitarie.

Per quanto riguarda le voci economiche più significative nei confronti della Azienda Usl di Modena, si ricorda come la Azienda USL ricopra la triplice posizione di socio, committente/cliente e fornitore di servizi: si segnalano le forniture per servizi relativi sia a prestazioni sanitarie che ad altri servizi, la concessione amministrativa d'uso del fabbricato e i costi inerenti il personale comandato.

Principali rischi ed incertezze di cui all'art. 2428 c.c. comma 1.

Ai sensi di quanto previsto dal primo comma dell'art. 2428 del codice civile, si evidenzia quanto segue:

- Rischi per cause legali connesse all'attività: la particolare attività della società, di gestione di un ospedale generale inserito nella rete del Servizio Sanitario Nazionale, sottopone la stessa al rischio di risarcimento del danno da parte di pazienti assistiti dalla struttura, oltre ai normali rischi legati ai contratti connessi all'attività. L'Ospedale nel corso dell'anno 2017 ha avuto in essere una idonea polizza assicurativa a copertura di tale rischio con una Compagnia Assicurativa agente in tale settore a livello nazionale ed internazionale fino ad un massimale di € 2.500.000, con una franchigia per sinistro di € 125.000; la società sta ponendo in essere una politica aziendale volta alla gestione del rischio clinico, anche attraverso la realizzazione di idonee linee guida aziendali relative alla gestione di tale rischio. Nel corso dell'esercizio la società ha accantonato la somma di € 386.821 a copertura della franchigia in essere sulla polizza assicurativa RCT ed ha imputato somme certe a competenza dell'esercizio in commento per € 450.350, interamente coperte dal fondo accantonato negli esercizi precedenti. Da segnalare che a partire dal 1 aprile 2018, la società ha sottoscritto un nuovo contratto di copertura assicurativa con la medesima compagnia assicurativa con un premio in diminuzione di oltre 200.000, una SIR di € 100.000 ed un massimale per sinistro di € 15.000.000.

- **Rischi legati alla pianificazione dell'attività:** la società svolge la propria attività sulla base di un contratto di fornitura con l'Azienda USL di Modena. Tale contratto ha una durata triennale con una revisione annuale dei contenuti economici dello stesso; è auspicabile che la regolamentazione di tale contratto venga definita entro la chiusura dell'esercizio sociale precedente a quello di riferimento, per permettere alla struttura di adeguare la propria attività a quanto contenuto nel documento. Sono in svolgimento incontri ad un avanzato stato di condivisione la Direzione dell'Azienda USL di Modena al fine di definire un valore del contratto di fornitura che permetta il raggiungimento di un equilibrio economico-finanziario dell'anno 2018.

- **Rischi connessi al fabbisogno di mezzi finanziari:** la società prevede di mantenere un'adeguata capacità di generare risorse finanziarie con la gestione operativa.

- **Rischi finanziari:** la società non è soggetta a rischi finanziari derivanti da tassi di cambio. Il limitato indebitamento nei confronti del sistema bancario espone inoltre la società ad un basso rischio finanziario relativo al tasso di interesse di finanziamento dell'attività.

- **Rischi connessi all'incasso dei crediti:** la società è soggetta ad un limitato rischio di insolvenza sui crediti in quanto la quasi totalità degli stessi iscritti a bilancio è vantata nei confronti dell'Azienda USL di Modena, socio di maggioranza della società. Per i crediti vantati verso altri soggetti si è provveduto allo stanziamento di un apposito Fondo di svalutazione Crediti idoneo alla copertura dell'eventuale rischio.

Evoluzione della Gestione

La società nel corso del 2018 sta proseguendo la propria attività, con gli adeguamenti necessari al mantenimento di un livello di produttività in linea con quanto atteso.

Nei primi mesi dell'anno sono state predisposte e condivise con le varie unità operative le schede di budget relative alle attività da porre in essere nel corso dell'esercizio 2018 ed è altresì continuato il confronto con l'Azienda USL di Modena nella veste di committente/cliente al fine di addivenire al più presto alla sottoscrizione del contratto di fornitura per l'esercizio in corso.

INFORMAZIONI RICHIESTE DALL'ART.2428 CC COMMA 2 N.3 E 4 e 6 bis

In relazione alla normativa prevista dall'art 2428 c. 3 e 4 del CC, si evidenzia che la società non possiede e nel corso dell'esercizio non ha provveduto ad acquistare o alienare azioni proprie o quote di società controllanti anche tramite società fiduciarie o per interposta persona.

Ai sensi del sopraccitato articolo, comma 2, 6bis, si dichiara che la società non fa uso di strumenti finanziari.

Sassuolo, 22 Maggio 2018

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione

Dott. Mario Mairano

Il sottoscritto dottore commercialista dichiara che il presente documento informatico è conforme a quello trascritto e sottoscritto sui libri sociali della società.

Imposta di bollo assolta in modo virtuale tramite la Camera di Commercio di MODENA - Autorizzazione n. 25047 del 26.10.1989, 15614 del 08.02.2001 emanata da