

OSPEDALE DI SASSUOLO SPA a Socio unico

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 € 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 AL 31.12.2025**

Signori Azionisti,

l'esercizio 2025 si chiude con un utile di esercizio dopo le imposte di euro 334.911 dopo aver accantonato la somma di euro 2.301.147 per ammortamenti e svalutazioni, la somma di euro 892.491 ad accantonamenti, la somma di euro 290.039 per imposte di competenza dell'esercizio in esame, con un valore della produzione pari a euro 89.167.412.

1. IL 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.

Il Consiglio di Amministrazione è stato nominato dall'Assemblea in data 20 giugno 2023 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.

Dal 26.05.2022 è giunto a conclusione il percorso di pubblicizzazione dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. mediante acquisizione delle partecipazioni societarie del socio privato da parte dell'Azienda USL di Modena, che detiene ora azioni rappresentanti il 100% del Capitale Sociale della Società.

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 (Unione dei Comuni del Distretto Ceramicco) prestazioni ospedaliere di primo livello che rispondano a criteri di efficacia, appropriatezza, efficienza e sicurezza.
- Accanto a queste si collocano alcune attività specialistiche che rappresentano un punto di riferimento a valenza sovra-distrettuale ed aziendale.
- La funzione di Ospedale di riferimento per l'area Sud della provincia si concretizza nelle collaborazioni con gli Ospedali di Vignola e Pavullo che sono di fatto attive per tutte le discipline specialistiche (ad eccezione dell'Ortopedia) presenti nella struttura.
- 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 l'Azienda USL di Modena e l'AOU in particolare col vicino Ospedale di Baggiovara.
- 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 e avvio della gestione ordinaria

La società mista Ospedale di Sassuolo S.p.A. 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 (01.01.2005-01.08.2005) 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;
- nell'ultima fase (01.08.2005-31.07.2008) 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 Percorso di Pubblicizzazione del NOS

Il percorso di pubblicizzazione è stato avviato nel marzo del 2021 quando si prese atto della volontà del socio privato di uscire dalla compagine societaria e l'Azienda USL manifestò l'interesse ad una gestione totalmente pubblica della struttura ospedaliera, già pienamente integrata nella rete sanitaria provinciale. Venne pertanto concluso un accordo preliminare di compravendita tra l'Azienda USL e il socio privato Atrikè, la cui efficacia risultava subordinata a due condizioni sospensive:

- che la Giunta Regionale adottasse un proprio atto con il quale venisse espressa condivisione della scelta di acquisizione delle partecipazioni;
- che la valutazione di congruità del corrispettivo pattuito venisse rimessa ad una perizia di stima giurata;

Tali condizioni si avverarono mediante:

- la DGR n. 796 del 31 maggio 2021 con la quale la Regione condivideva il percorso di che trattasi;
- la perizia giurata del 17/06/2021 da cui si desumeva la congruità del corrispettivo pattuito tra le parti;

Preliminarmente all'acquisto delle azioni l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha effettuato la revisione e l'aggiornamento delle procedure e dei regolamenti aziendali per armonizzarli e renderli congruenti al nuovo assetto societario, quali ulteriori elementi di garanzia di trasparenza, evidenza pubblica e rispetto della concorrenza, ai sensi del sopracitato Testo Unico in materia di Società a partecipazione pubblica.

Tale premessa si è resa necessaria per rappresentare la peculiarità dell'Ospedale di Sassuolo S.p.a. che, da società mista, nata come sperimentazione gestionale ex art. 9 bis del D.Lgs 502/1992 finalizzata all'attuazione di un programma gestionale pubblico-privato, approvato in via sperimentale dalla Regione Emilia Romagna con DGR n. 1337 del 22/07/2002 e successivamente convertito in regime ordinario con DGR n. 102 del 02/02/2009, è ora una società a totale partecipazione pubblica il cui capitale azionario è interamente detenuto dall'Azienda USL di Modena. L'Ospedale di Sassuolo, pur avendo mantenuto la natura giuridica di società per azioni, è da considerarsi a tutti gli effetti ospedale pubblico, funzionalmente integrato con le strutture di erogazione che insistono sul territorio provinciale e con gli altri servizi della rete sanitaria.

1.5 Accordo di fornitura

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

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.

Si riportano di seguito i principali importi definiti nel contratto di committenza per pazienti modenesi, revisionato in corso d'anno a seguito della richiesta regionale di revisione complessiva della spesa per le aziende del Sistema Sanitario regionale:

2025	Tetto Originario	Riduzione	Tetto minimo
Degenza	35.002.000	492.000	34.510.000
Specialistica (lordo tiket)	13.469.000	189.000	13.280.000
Indennità rinnovi contrattuali	10.274.000	144.000	10.130.000
Contributo Qualificazione	5.875.000	75.000	5.800.000
Farmaci	224.000	-	224.000

Tenuto conto del fatto che l'Ospedale di Sassuolo svolge nell'ambito della rete provinciale una funzione di particolare rilevanza strategica, essendo stato identificato nella programmazione locale come ospedale di area e specifico riferimento per le funzioni materno infantile, chirurgia, cardiologia e pronto soccorso, il contributo a funzione è stato determinato nella misura complessiva di euro 5.800.000.

I dati sulle prestazioni sanitarie realizzate nel corso del 2025 vengono riportati nella successiva sezione "andamento della gestione".

2. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE (DIREZIONE SANITARIA)

2.1 L'organizzazione dell'ospedale e i servizi offerti

L'Ospedale di Sassuolo offre un'ampia dotazione di servizi di degenza e una vasta gamma di attività ambulatoriali e diagnostiche. Si sviluppa su circa 40 mila metri quadrati di terreno nella prima cinta urbana a ridosso delle colline; dispone di circa 250 posti letto, impiega circa 800 persone. È struttura ospedaliera di riferimento per l'intera area Sud della provincia di Modena e serve i quasi 120 mila residenti nei Comuni del distretto ceramico e, per alcune discipline specifiche, anche i residenti dei distretti sanitari di Pavullo e Vignola. L'Ospedale di Sassuolo S.p.A. nasce nel 2005 dalla fusione tra l'ospedale civile e la casa di cura privata Villa Fiorita. Dal 2022 l'Ospedale di Sassuolo è una società per azioni a socio unico: [l'Azienda USL di Modena](#) detiene infatti la totalità delle quote azionarie, ha il ruolo di indirizzo e controllo sulla gestione, nomina il direttore sanitario, è proprietaria dell'immobile e determina il contratto di fornitura in coerenza con la programmazione sanitaria provinciale. Alle attrezzature d'avanguardia presenti in ospedale, si aggiunge una grande cura dei dettagli e del *comfort* degli utenti: le camere hanno per la gran parte due posti letto, ciascuna è dotata di servizi igienici, di condizionatori e di impianti di ricambio dell'aria.

La dotazione di posti letto dell'Ospedale di Sassuolo è indicata nella tabella sottostante:

AREE	UNITA' OPERATIVE/ MODULI ORGANIZZATIVI	PL Ordinari	PL Day Hospital	PL Totale
MEDICA	Pronto soccorso e medicina d'urgenza	8		8
	Terapia Semintensiva	5		5
	Cardiologia	10		10
	Unità coronarica	4		4
	Medicina interna	56		56
	Pneumologia	12		12
	DH internistico polispecialistico		3	3
	Post-acuti/lungodegenza	20		20
	Medicina fisica e riabilitazione	6	2	8
CHIRURGICA	Anestesiologia			-
	Chirurgia Generale (specialità chirurgiche) di cui:	15	7	22
	Chirurgia Generale	12	2	14
	Chirurgia Proctologica	1	1	2
	Chirurgia Plastica	1	1	2
	Chirurgia Flebologica	1	2	3
	Chirurgia Dermatologica		1	1
	Ortopedia e traumatologia	28	2	30
	Urologia	19	2	21
	Otorinolaringoiatria	4	2	6
	Oculistica	1	3	4
		Ostetricia	18	
MATERNO-INFANTILE	Ginecologia	6	3	9
	Pediatria	9 (di cui 4 Neonatologia in corso di accreditamento)	1	10
	TOTALE	221	25	246

NB: a questo elenco vanno aggiunti 3 posti letto OBI-PS e 16 culle del NIDO

La produzione ha fatto registrare andamenti relativamente costanti e in incremento rispetto all'anno preso come riferimento pre-pandemia (2019) anche grazie all'enorme sforzo messo in campo per recuperare, come da obiettivi regionali, i pazienti in lista d'attesa scaduti gli anni precedenti.

Area emergenza urgenza

- Pronto Soccorso:** l'anno 2025 ha visto una conferma dell'incrementato numero di accessi nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. con ulteriore aumento rispetto al 2024. In particolare, dai 38.563 del 2019 e i 44.152 accessi del 2024 si è passati a superare la quota dei 45.000 accessi nell'anno appena trascorso. Questo dato colloca l'Ospedale di Sassuolo al secondo posto della Provincia di Modena in termini di accessi in PS, superato soltanto dal Policlinico di Modena ed eguagliando l'Ospedale Civile di Baggiovara.

Nonostante dal mese di dicembre 2024 il Punto di Primo Intervento dell'Ospedale di Scandiano sia stato affiancato dal CAU (centro di assistenza e urgenza), portando dunque l'apertura complessiva da 12 a 16 ore, l'afflusso di utenti scandianesi per l'anno 2025 è rimasto pressoché invariato. A differenza di quanto ipotizzato lo scorso anno, non è più prevista la presenza del CAU di Sassuolo in locali contigui al Pronto Soccorso, bensì verranno attivati nei prossimi mesi gli ambulatori di Aft della medicina generale presso le diverse Case della Comunità del distretto ceramico; tali ambulatori prevedono la presenza di gruppi di medici che garantiscono l'accessibilità agli studi da parte dei cittadini fino a 12 ore al giorno, per una maggiore continuità dell'assistenza. Le aperture di questi ambulatori dovrebbero pertanto assicurare una risposta per le prestazioni urgenti non differibili, riducendo gli accessi connessi a codici bianchi e verdi in Pronto Soccorso.
- Area ad alta intensità:** le aree ad alta intensità (medicina d'urgenza, cardiologia e pneumologia) hanno mantenuto gli elevati livelli di occupazione raggiunti già dall'esercizio 2024 confermandosi quali riferimenti di area sud della provincia.

Area internistica (media intensità)

I primi mesi del 2025, così come gli ultimi del 2024, sono stati caratterizzati da un picco di accessi di pazienti internistici complessi per la sovrapposizione di patologie respiratorie tipiche della stagione alle cronicità di pazienti tendenzialmente anziani. Questa situazione ha portato alla necessità di dover ricorrere ad appoggi di pazienti dell'area medica all'interno dei reparti chirurgici.

Area chirurgica

L'anno 2025 ha visto il consolidamento delle attività incrementali del 2024, tra le quali anche l'utilizzo dello strumentario robotico per la protesica di ginocchio.

Nell'ambito della chirurgia robotica, anche per il 2025, è stato siglato un contratto di collaborazione con l'ospedale Hesperia Hospital (HH) per l'esecuzione di interventi urologici (in particolare prostatectomia) con tecnica robotica. Grazie a tale collaborazione nel 2025 sono stati eseguiti dai professionisti dell'Ospedale di Sassuolo congiuntamente ai professionisti di HH 68 interventi. Tale collaborazione proseguirà anche nel 2026.

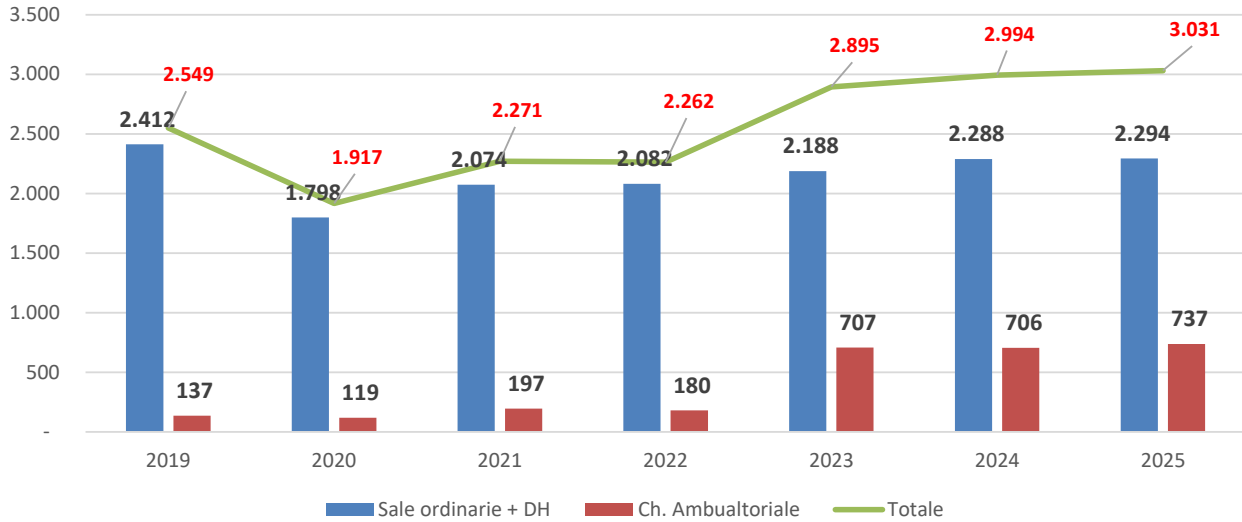
Con il sempre maggiore arruolamento di pazienti si è ulteriormente rafforzata la condivisione delle piattaforme chirurgiche con l'Ausl di Modena (in particolare gli ospedali di Vignola e Pavullo) che ha visto consolidare la presenza, oltre che delle discipline già presenti sulle tre sedi come chirurgia generale, urologia, ginecologia e otorinolaringoiatria anche l'utilizzo delle sale per l'unità operativa di ortopedia.

Gli obiettivi riproposti dalla regione Emilia-Romagna anche per l'anno 2025 erano il recupero dell'80% dei pazienti "scaduti" in lista d'attesa al 31.12.2024 e un rapporto tra pazienti arruolati e pazienti smaltiti <1%.

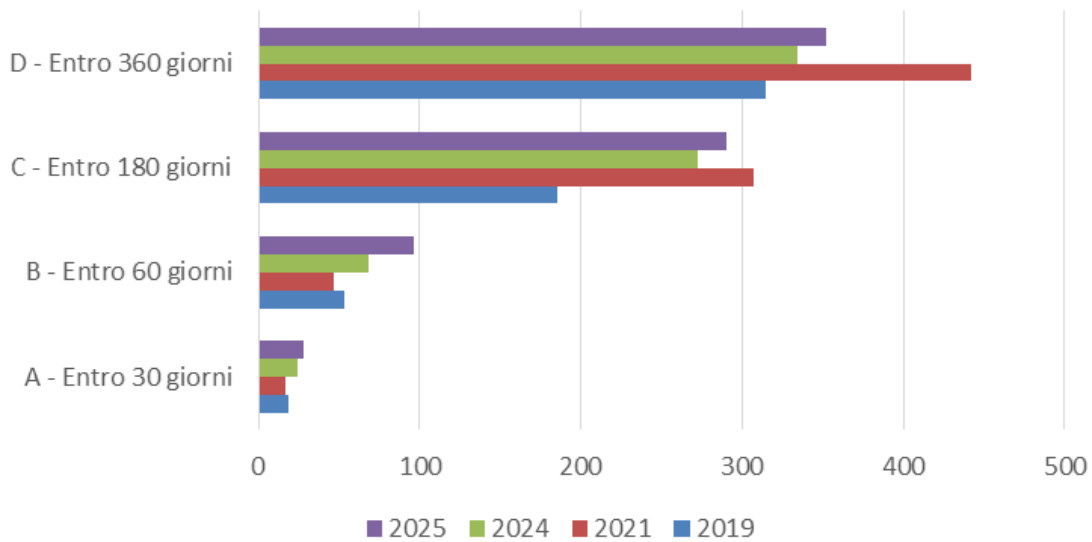
Nonostante gli sforzi intrapresi con aumento delle sedute operatorie e condivisione delle piattaforme chirurgiche di area sud, il notevole incremento dei pazienti arruolati non ha permesso all'ospedale di Sassuolo di raggiungere i due obiettivi. La percentuale di pazienti scaduti al 31.12.2024 e recuperati al 31.12.2025 è risultata infatti del 60% mentre il delta di arruolamento dei pazienti è dell'8%.

Di seguito si riportano l'andamento delle sedute programmate negli anni e i casi chiusi delle liste di attesa chirurgiche del 2019, 2023 e 2024, ai quali va aggiunta la casistica operata in urgenza e pertanto non programmata.

Sedute chirurgiche PROGRAMMATE Ospedale di Sassuolo



Giornate medie di attesa casi chiusi

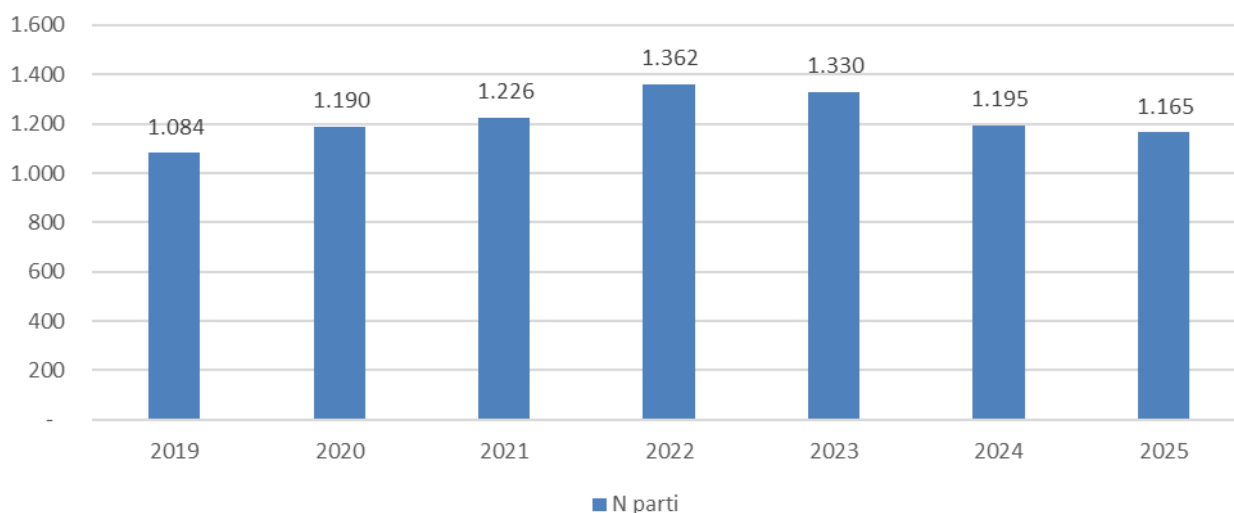


Il livello di saturazione della capacità produttiva non consente di immaginare un riequilibrio del tasso di arruolamento nel breve termine (delta entrati-usciti +8%) quindi l'eventuale equilibrio nella risposta alle liste d'attesa è da ricercare eventualmente riorientando la produzione verso le discipline più critiche e/o attraverso l'utilizzo, già oggi molto rappresentato, delle piattaforme di area sud.

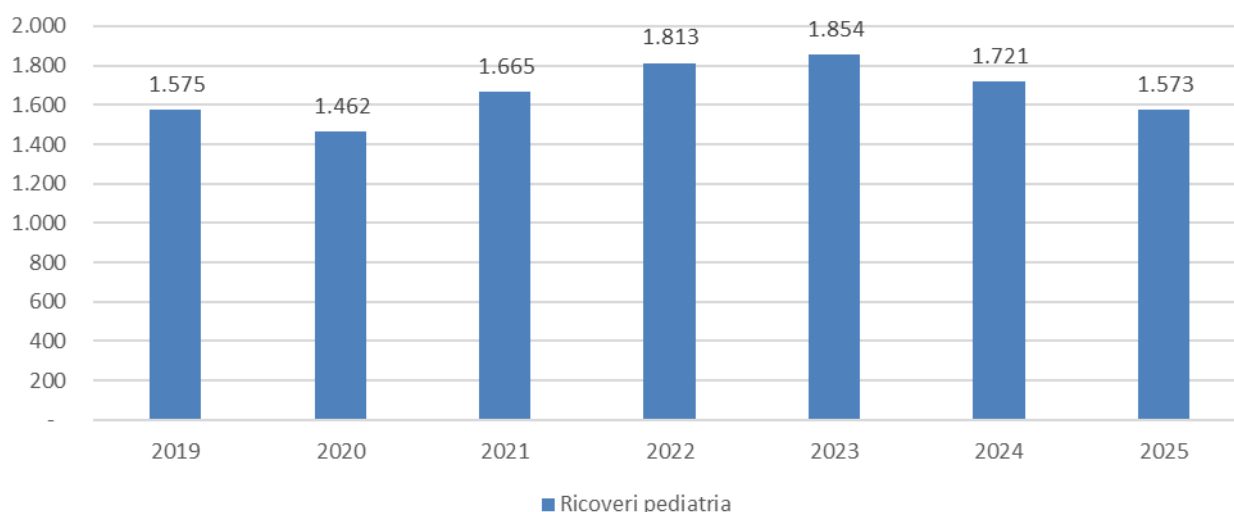
Area materno-infantile

L'area materno-infantile si conferma anche per il 2025 un importante riferimento per tutta l'area sud della provincia di Modena e per il limitrofo distretto di Scandiano che, successivamente alla chiusura del punto nascita, ha visto uno spostamento delle nascite sul nostro Ospedale.

Rispetto al *trend* in costante crescita visto dal 2019 in poi legato alle chiusure dei punti nascita degli ospedali limitrofi e della crescente attrattività legata alla disponibilità della sedo analgesia in fase di travaglio si conferma anche per il 2025 un calo legato alla denatalità registrato a livello di tutto il territorio nazionale.



Il medesimo *trend* si può osservare relativamente alla gestione e presa in carico di pazienti pediatrici che, dopo i picchi di necessità di ricovero legati al periodo post-covid e la riesposizione alle patologie infettive comunitarie ha visto una graduale riduzione e lo stabilizzarsi sui numeri precedenti la pandemia, prevedendo che i numeri di ricovero continueranno a diminuire, anche grazie all'introduzione della profilassi per il Virus Respiratorio Sinciziale che ha già ridotto i ricoveri legati a bronchiolite.



2.2 Servizio delle professioni sanitarie (SPS)

Organizzazione

L'inizio del 2025 ha visto il servizio impegnato nella rimodulazione organizzativa dell'area chirurgica finalizzata alla massimizzazione dei volumi produttivi per lo smaltimento delle liste d'attesa come previsto dagli obiettivi regionali.

Di seguito si riportano le principali azioni apportate in corso d'anno in ambito organizzativo:

1. Reclutamento operatori assistenziali e gestione *turn-over*

Anche per il 2025 è stato mantenuto un volume di *turn-over* ridotto, per compensare le uscite sono state preparate e condotte le seguenti selezioni: infermieri, tecnici di radiologia, tecnici di cardiologia e colloqui individuali per la selezione di Operatori Socio Sanitari. Inoltre, al fine di poter assicurare la copertura riabilitativa di Ars Medica e la messa a terra del progetto di riattivazione della medicina riabilitativa e della medicina generale, è stata effettuata una selezione per fisioterapisti.

Il servizio ha partecipato alla commissione di valutazione per l'assegnazione di quattro borse di studio in collaborazione con l'università di Modena e Reggio Emilia. In collaborazione con il servizio Risorse Umane sono stati organizzati e gestiti due Open Day di presentazione dell'Ospedale ai laureandi in infermieristica di Modena e Reggio Emilia.

2. Traslochi per lavori di ristrutturazione

Durante il periodo estivo il SPS ha coordinato la ristrutturazione dell'area blu. Avendo nell'anno 2025 implementato il progetto Ospedale Dementia Friendly, l'area è stata ristrutturata secondo i principi di gestione di questa patologia.

Nell'ultimo bimestre, il servizio è stato impegnato nel trasloco della nuova centrale di sterilizzazione. E' stata garantita la copertura del turno, l'implementazione di risorse tecnologiche e l'attività chirurgica programmata.

3. Azioni di miglioramento

Durante il 2025 sono proseguite le azioni di miglioramento definite nel 2024.

Il SPS ha collaborato con azienda Ausl e AOU alla mappatura degli schieramenti relativi al personale di tutte e tre le aziende e l'adeguamento degli schieramenti di sala operatoria secondo le indicazioni della Delibera regionale sugli schieramenti di sala operatoria.

Sono stati attribuiti gli incarichi per gli OSS di sala operatoria sancendo la figura dell'OSS come secondo operatore di sala.

Per tutto il 2025 è proseguita l'attività di manutenzione della cartella clinica informatizzata che ha visto il SPS impegnato costantemente sia nella formazione che negli stati di avanzamento.

Progetti Formativi

Di seguito si riportano, per ambito, le principali azioni svolte nel corso del 2025:

1. Blocco operatorio

Inserimento neo-assunti e formazione permanente degli stessi sia come operatori di sala \anestesia che come strumentisti al fine di mantenere gli *standard* numerici e garantire la programmazione chirurgica.

2. Applicazione della determina sugli schieramenti di sala operatoria e di unità operativa:

Il 2025 ha visto il SPS impegnato nell'implementazione della determina relativa agli schieramenti di sala operatoria. Sono state organizzate presentazioni della mappatura degli schieramenti E' stato effettuato uno studio di approfondimento su tempi di assistenza erogata e sui rapporti infermiere paziente confrontandolo con letteratura scientifica e alte regioni.

3. Centro Simulazione FASIM

La primavera del 2025 ha visto il Servizio Professioni Sanitarie e gli operatori sanitari dell'area Blu impegnati in un progetto di crescita professionale degli studenti in infermieristica dell'università di Modena-Reggio-Emilia. Nello specifico sono state tenute cinque sedute di simulazione di presa in carico della persona assistita, valorizzando la collaborazione tra infermieri e OSS sottolineando l'importanza dell'integrazione e della multidisciplinarietà nel percorso di cura. Il progetto ha riscosso enorme gradimento da parte dei 100 studenti coinvolti e verrà riproposto anche nel 2026.

4. Dedicare

Il 2025 è stato caratterizzato dal consolidamento del progetto Dedicare. Un progetto dell'area medica destinato ai *care-giver*, familiari e assistenti di persone non autosufficienti ricoverate presso l'ospedale al fine di fornire nozioni utili alla gestione di questi pazienti una volta rientrati al domicilio. I destinatari della formazione sono stati circa 100 nell'anno concluso.

5. Formazione sul campo

È ancora in corso il progetto di rivalutazione dell'indice MAPO (per i carichi di lavoro) in collaborazione con RSPP e la Medicina Riabilitativa.

È stato effettuato il consolidamento delle competenze delle ostetriche in sala parto per la strumentazione del taglio Cesareo urgente.

È proseguita la formazione sul campo per gli accessi venosi complessi.

Sono stati organizzati ed erogati numerosi corsi di formazione a piccoli gruppi per la gestione del paziente con disturbi del comportamento e della demenza che hanno visto in aula medici, infermieri e Oss insieme a geriatri del territorio e personale esperto nella gestione del paziente demente al fine

di garantire una assistenza di qualità. Questo ha permesso di ottenere il riconoscimento nazionale per l'ospedale come Ospedale amico della demenza.

2.3 Comfort ed accoglienza

Le attività di coordinamento e supervisione dei servizi in appalto inerenti il *comfort* e la logistica hanno garantito il raggiungimento di buoni livelli qualitativi, dati confermati anche dagli utenti nei questionari compilati nel mese di luglio.

Servizio lava-nolo e fornitura della biancheria

Il servizio complessivamente ha avuto alcune difficoltà in relazione alla fornitura dei *set* sterili di sala operatoria (tessuti tecnici), sono pertanto stati concordati controlli aggiuntivi di processo ed è stato modificato il contenitore dei *set* introducendo una busta aggiuntiva di materiale più consistente. L'anomalia è risultata risolta nell'ultimo trimestre dell'esercizio oggetto di commento.

Per quanto riguarda le divise dei dipendenti, l'introduzione della distribuzione automatizzata ha completamente risolto i problemi di fornitura, permangono ancora alcune criticità legate alla qualità di finitura dello stiro.

La fornitura della biancheria piana e della materasseria non ha riscontrato problematiche.

Risulta aggiudicata la nuova gara regionale che sarà attivata entro il secondo trimestre del 2026.

La spesa complessiva si è ridotta del 5,4% (pari a 44.073 euro) anche grazie ad una importante contrazione del consumo di biancheria (-19.729 Kg).

Servizio ristorazione dipendenti e degenti

Il servizio si è mantenuto sugli stessi *standard* dell'anno precedente confermando il *trend* positivo in corso sia per la ristorazione degenti, con un valore delle non conformità stabile (30 nc), sia per la ristorazione dei dipendenti dove si registra un aumento del gradimento.

I controlli di qualità eseguiti nei locali Mensa e Bar non hanno evidenziato particolari non conformità sia sul rispetto della normativa HCCP, la tenuta dei locali, nonché circa il rispetto delle norme igieniche e di sicurezza.

Per quanto riguarda il servizio ristorazione degenti, si registra un soddisfacente gradimento dagli utenti (dato confermato anche dalle 140 schede raccolte).

Servizio pulizia e sanificazione ambientale

Il servizio si è attestato in linea con i risultati degli anni precedenti e anche le non conformità sono sovrapponibili a quelle recentemente registrate denotando comunque un buon *standard* di servizio che è stato apprezzato sia dai degenti che dai dipendenti (dato confermato dai questionari somministrati ai degenti e dalle interviste fatte ai dipendenti).

La spesa per la sanificazione extra dei locali risulta in calo dell'8,5% mentre si è avuto un incremento della spesa complessiva corrispondente al 2,5% (pari a 34.649 euro) dato imputabile in parte alle pulizie *post* cantiere per i lavori di sistemazione dell'area blu e della nuova centrale di sterilizzazione, ma soprattutto all'aumento delle ore dedicate al presidio presente all'interno del blocco operatorio.

Servizio smaltimento rifiuti speciali e non

Nel 2025 la raccolta differenziata dei rifiuti speciali non pericolosi (carta, plastica, vetro, legno, ingombranti e metalli vari) è proseguita con successo ed in particolare si è provveduto ad inviare allo smaltimento la frazione non pericolosa derivante dal processo di *relamping* di tutta la struttura con recupero dei metalli come alluminio e ferro. Nello specifico, la raccolta differenziata dei metalli ha generato un utile di 2.421 euro. Il nuovo contratto relativo allo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi è entrato in vigore a partire da febbraio 2025, si segnala che questi rifiuti, anche grazie ad una continua azione di sensibilizzazione e alla formazione di tutti i nuovi assunti, sono diminuiti di oltre 2.000 kg con un risparmio del 2,6% (-4.456 euro).

Manutenzione arredi

Il servizio è avvenuto con regolarità e piena soddisfazione da parte di tutti i reparti. La spesa si è attestata a 56.588 euro in calo del 7,8% rispetto al 2024 (-4.775 euro).

Varie

Nel 2025 il servizio Logistica ha collaborato con la Direzione per l'allestimento delle iniziative celebrative che l'Ospedale ha allestito in occasione del ventennale dell'apertura. In particolare si segnala l'allestimento della mostra "Viventi- Volontari Arte, 20 anni tra sogni, emozioni e realtà" all'interno della struttura dal 14 maggio sino al 31 agosto e che ha visto la partecipazione di 9 artisti che hanno presentato le loro opere.

2.4 Accreditamento e qualità

Si riportano i principali indicatori aggiornati al 2025 utilizzati per il monitoraggio delle prestazioni e dei servizi erogati. Alcuni indicatori sono stati utilizzati per la definizione degli obiettivi di *budget*, altri assicurano una costante verifica per orientare l'organizzazione ad assicurare adeguati livelli di qualità dell'assistenza.

Indicatori generali

I primi dati riguardano la correttezza procedurale, in specifico la adeguata tenuta e compilazione della documentazione clinica, i dati riportati in tabella fanno riferimento alla **% di cartelle cliniche compilate secondo i criteri definiti**.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ospedale	95,7%	96,7%	95,2%	95,7%	94,3%	98,9%
Medicina Urgenza	99,8%	99,3%	98,8%	99,6%	99,5%	99,7%
Medicina int A	96,4%	95,3%	96,2%	95,9%	93,8%	98,6%
Medicina int B	96,7%	94,0%	96,7%	95,8%	94,9%	99,2%
Pneumologia	95,0%	97,3%	95,2%	96,3%	96,9%	97,7%
Cardiologia	97,1%	97,3%	97,1%	97,3%	98,6%	99,8%
Lungodegenza	96,7%	99,6%	96,4%	98,5%	93,8%	99,4%
Med Riabilitativa	99,8%	100,0%	98,7%	92,9%	92,1%	95,4%
Chirurgia Generale	97,5%	97,5%	97,2%	93,7%	91,1%	99,5%
Ortopedia	92,8%	96,7%	92,8%	90,8%	88,6%	94,0%
Urologia	95,6%	97,9%	95,6%	93,6%	94,3%	99,1%
Otorino	92,7%	96,2%	93,7%	92,8%	92,8%	98,9%
Oculistica	91,2%	87,7%	92,2%	98,4%	98,0%	94,5%
Proctologia	96,4%	98,9%	96,4%	99,7%	99,5%	99,9%
Chir Plastica	90,6%	91,0%	91,6%	97,9%	98,2%	99,1%
Chir Vascolare	92,9%	93,0%	92,9%	98,0%	95,6%	99,4%
Ginecologia	94,7%	97,2%	94,7%	92,6%	89,7%	95,8%
Ostetricia	99,0%	99,0%	98,0%	95,7%	91,0%	93,4%
Pediatria	99,1%	99,7%	98,5%	98,5%	96,1%	95,2%

La Direzione Sanitaria assicura un costante monitoraggio della corretta tenuta della documentazione clinica, richiamando i professionisti delle *equipe* nel caso si evidenzino errori ed imprecisioni, in questo modo si condividono i necessari correttivi. Gli anni 2024-25, con l'introduzione della cartella clinica informatizzata, hanno richiesto numerose modifiche nelle modalità di lavoro dei sanitari e nella gestione della documentazione clinico-assistenziale; i dati del 2025 indicano un livello di correttezza piuttosto elevato.

Un indicatore importante preso comunemente in considerazione per valutare la qualità dell'assistenza, fa riferimento agli eventi "cadute dei pazienti"; negli anni della pandemia si è registrato un aumento, come conseguenza della maggiore fragilità dei pazienti presi in carico e della assenza – in particolare negli anni 2020-22 - del contributo che familiari e *care-giver* nel supporto ai percorsi di cura; negli anni 2023-25 a seguito anche di diverse azioni correttive si è riusciti a contenere il fenomeno. E' pur vero che i dati dell'ospedale sono in linea con i dati di letteratura, l'indice "cadute su 1000 gg degenza" è stato per l'Ospedale negli ultimi anni tra 1,3 e 2,3; da una revisione di studi osservazionali il tasso di cadute in ospedale è variabile tra l'1,3 e l'8,9 **cadute su 1000 giorni di degenza**.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ospedale	1,76	2,31	2,33	1,65	1,96	2,11
Medicina Urgenza	2,77	3,74	2,21	3,42	0,74	0,68
Cardiologia	1,72	1,88	3,95	0,33	1,98	0,21
Pneumologia	0,28	0,79	0,88	1,12	1,76	2,11
Medicina interna	3,09	4,00	3,20	2,27	3,00	3,01
Lungodegenza	1,88	2,21	3,35	2,45	2,28	3,23

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

Le azioni di miglioramento messe in atto sono state:

- attività di sensibilizzazione del personale su metodi di analisi e prevenzione del rischio caduta;

- effettuazione di ri-valutazioni ambientali per l'individuazione degli interventi logistici necessari alla prevenzione dei rischi;
- coinvolgimento e informazione a utenti e *care-giver* sulle azioni preventive da adottare;
- rivalutazione delle situazioni critiche emerse e definizione dei correttivi.

Un altro indicatore importante è la corretta gestione degli emocomponenti, in particolare la costante attenzione al buon uso del sangue e al mantenimento di bassi valori dei resi. Nella tabella sono indicate le **percentuali di resi di sacche sangue e emocomponenti**.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ospedale	18,3%	15,0%	14,0%	12,9%	12,1%	11,1%
Medicina Urgenza	10,3%	16,9%	9,9%	11,9%	10,7%	11,8%
DH Interna	1,8%	0,0%	0,0%	2,6%	0,8%	1,3%
Medicina interna	8,3%	4,6%	4,5%	3,8%	3,3%	2,4%
Pneumologia	9,1%	6,8%	11,1%	0,0%	16,7%	0,0%
Cardiologia	4,5%	8,2%	9,1%	6,7%	0,0%	26,1%
Lungodegenza	11,9%	10,9%	3,1%	0,0%	13,9%	5,2%
Chirurgia Generale	6,3%	3,7%	8,8%	4,1%	1,5%	0,0%
Ortopedia	37,6%	34,2%	31,7%	30,8%	26,6%	27,0%
Urologia	35,7%	22,2%	23,8%	14,0%	5,6%	12,1%
Ostetricia/Ginecologia	43,9%	43,1%	45,3%	39,3%	50,9%	44,6%
Pediatria	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Le azioni realizzate hanno consentito di mantenere una costante attenzione nelle fasi di gestione delle trasfusioni di emoderivati: i dati degli ultimi anni sono in costante miglioramento a conferma dell'efficacia delle azioni realizzate per assicurare da parte degli operatori le prassi operative corrette, in particolare sono stati importanti i percorsi formativi sia per i nuovi assunti che per gli operatori già inseriti nell'organizzazione.

Indicatori Area Medica

Un indicatore importante per valutare la qualità dell'assistenza in particolare nell'Area medica è la percentuale di episodi di **insorgenza in ospedale di lesioni da pressione** (*maggiori o uguali al 2° grado*). I dati riportati di seguito mostrano un andamento del fenomeno in aumento in particolare nel 2021-22 in alcune aree dell'ospedale. Negli anni 2023-25 si è riusciti a ridurre i casi di insorgenza di LDP. Valutando i dati di letteratura, che indicano percentuali che vanno dall'1,44% al 32,7% di pazienti ricoverati con lesioni da pressione, l'indicatore dell'ospedale è sicuramente contenuto.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ospedale	2,0%	2,6%	3,9%	0,6%	1,1%	0,6%
Alta Intensità (Area Rossa)	0,0%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Media Intensità Medica (Area Blu)	0,0%	3,1%	2,9%	0,0%	2,6%	2,7%
Media Intensità Medica (Area Verde)	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bassa Intensità Medica (Lungodeg-Riabilit)	3,7%	8,3%	13,8%	0,0%	3,8%	0,0%

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

L'Ospedale è impegnato da sempre a monitorare il fenomeno dell'insorgenza delle lesioni da pressione sia per assicurare il miglior benessere possibile ai pazienti, sia quale indicatore di buona qualità assistenziale. Unitamente alla costante verifica dei dati e ai momenti di confronto tra gli operatori sono state revisionate le procedure e le prassi operative per la gestione delle lesioni da pressione al fine di garantire l'utilizzo delle migliori tecniche di prevenzione e cura.

Si riportano di seguito alcuni indicatori desunti dal **Piano Nazionale Esiti (PNE)** elaborati da AGENAS (Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari regionali) per la valutazione delle *performance* dell'assistenza sanitaria. L'Agenzia, attraverso l'attività di monitoraggio, svolge con rigore un compito fondamentale per il Sistema Sanitario Nazionale, operando a supporto del Ministero della Salute e delle istituzioni regionali, per la produzione di conoscenze utili al governo della sanità. Gli indicatori PNE offrono importanti spunti di riflessione su un sistema sanitario in progressivo miglioramento sul piano degli standard di qualità raggiunti, in questo contesto sono evidenti le buone *performances* dell'Ospedale di Sassuolo rispetto a quanto si registra in generale negli ospedali italiani. Gli indicatori riportati di seguito sono un confronto tra gli

“indicatori” clinico-assistenziali dell’Ospedale di Sassuolo e gli indicatori riferibili al complesso delle strutture sanitarie in Italia. Le serie storiche riportate di seguito fanno riferimento ad alcune prestazioni internistiche.

Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	5,36	8,11	6,97	7,12	6,54
Italia	11,39	11,21	10,73	9,60	9,39

Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	22,65	16,82	12,31	11,50	12,86
Italia	13,78	13,46	13,01	12,80	11,87

IMA NSTEMI: mortalità a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	5,13	7,47	1,85	5,29	4,95
Italia	5,49	5,20	5,11	4,60	4,31

BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	5,69	10,58	10,58	4,62	8,32
Italia	12,76	13,77	13,77	9,50	9,14

Area Chirurgica

Con riferimento alle prestazioni chirurgiche un dato importante per valutare la qualità dell’assistenza è la percentuale di **interventi chirurgici sospesi**. La sospensione di un intervento determina sia disagio al paziente che inefficienze nell’utilizzo delle sale operatorie. L’aumento dei casi di interventi sospesi nel 2022 è stato determinato dalla necessità di recuperare i tanti interventi che non si è riusciti a fare nel corso del biennio della pandemia; i dati degli anni 2024-25 evidenziano un ritorno a valori contenuti. Sono stati determinanti nel contenere l’aumento dei sospesi gli interventi di razionalizzazione dell’attività chirurgica e di formazione del personale.

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Chirurgia Generale	4,2%	4,3%	7,3%	5,6%	6,0%	4,8%
Ortopedia	4,8%	5,4%	6,0%	6,5%	6,1%	4,9%
Urologia	5,0%	3,9%	5,2%	4,2%	3,5%	5,0%
Otorino	2,7%	4,3%	5,2%	5,7%	4,6%	4,4%
Oculistica	3,6%	3,3%	5,0%	4,0%	3,5%	3,3%
Proctologia	2,3%	4,4%	5,1%	4,0%	6,4%	3,3%
Ostetricia-Ginecologia	4,7%	5,2%	5,0%	8,0%	5,0%	6,1%
Chir Plastica	2,0%	1,3%	4,1%	3,6%	1,2%	1,5%
Chir Vascolare	1,7%	2,3%	3,8%	2,4%	2,0%	1,5%
Chir Dermatologica	3,4%	4,1%	2,6%	2,2%	3,0%	2,8%

Di seguito i dati relativi all’utilizzo della *Check list* di sala operatoria, strumento indispensabile per garantire la sicurezza nell’ambito delle attività chirurgiche effettuate nelle sale operatorie. Sono stati rilevati i seguenti dati con riferimento al **tasso di compilazione della check-list di sala operatoria**.

Ospedale	2021	2022	2023	2024	2025
Ospedale	86,7%	86,9%	96,5%	94,4%	96,4%
Chirurgia Generale (*)	78,0%	78,2%	79,2%	93,5%	97,8%
Ortopedia	92,4%	91,1%	96,1%	90,2%	96,8%
Urologia	95,2%	95,3%	97,6%	98,2%	97,7%
Otorino	92,7%	93,9%	97,8%	99,0%	96,3%
Ostetricia-Ginecologia	90,2%	91,7%	96,3%	90,9%	94,2%

(*) nella **chirurgia generale** sono incluse le **chirurgie specialistiche**

Anche per le specialità chirurgiche si riportano alcuni indicatori desunti dal **Piano Nazionale Esiti (PNE)** elaborati da AGENAS (Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari regionali).

Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	1,51	0,94	0,94	1,78	2,56
Italia	2,19	1,97	1,97	1,80	1,93

Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	1,15	1,13	1,31	1,43	1,43
Italia	1,20	1,24	1,14	1,10	1,18

Colecistectomia laparoscopica proporz. ricoveri con degenza post-operatoria infer. a 3 gg

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	80,9	83,1	85,09	86,65	90,27
Italia	78,4	80,7	82,81	84,7	85,89

Intervento chirurgico per tumore maligno (TM) colon: mortalità a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	3,37	5,39	5,39	2,08	1,12
Italia	4,31	4,41	4,41	3,40	3,49

Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	5,33	2,20	5,32	4,63	1,84
Italia	3,34	3,61	3,56	3,66	3,61

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	84,94	84,94	84,94	73,17	50,27
Italia	64,58	64,58	64,58	70,60	60,49

Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	12,67	4,76	4,86	3,94	2,80
Italia	6,37	6,35	6,26	5,00	4,67

I dati evidenziano buoni risultati dell'Ospedale di Sassuolo rispetto a quanto si registra in generale negli ospedali italiani.

Area Materno-Infantile

Gli indicatori che vengono utilizzati per il monitoraggio dell'Area Materno-Infantile, in particolare del Percorso Nascita sono riportati di seguito. In generale i dati mostrano andamenti positivi, nei casi in cui sono emerse criticità rilevanti sono stati realizzati audit e rivalutazioni che hanno condotto alla definizione ed attivazione di azioni correttive.

% Mortalità perinatale (natimortalità, neonatale precoce e tardiva)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	0,16%	0,16%	0,30%	0,15%	0,08%	0,09%

% Parti cesarei primari

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	12,8%	6,7%	7,0%	9,3%	10,1%	10,8%

% Parti naturali con complicanze (lesioni, emorragie, decorsi febbrili)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	9,9%	11,0%	7,0%	7,1%	7,1%	6,9%

% Tagli cesarei con complicanze (lesioni vescicali, emorragie post-operatorie, decorsi febbrili)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	6,8%	6,8%	3,5%	6,0%	4,7%	4,2%

% Neonati trasferiti presso la Neonatologia del Policlinico su neonati nati all'Osp. di Sassuolo

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	0,76%	0,57%	0,40%	0,83%	0,25%	0,85%

Di seguito alcuni indicatori desunti dal **Piano Nazionale Esiti (PNE)** elaborati da AGENAS (Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari regionali). Le serie storiche riportate di seguito fanno riferimento ad alcune prestazioni del percorso nascita.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	12,96	9,99	9,36	11,22	13,85
Italia	22,70	22,40	23,06	22,60	22,19

Proporzione di parti vaginali in donne con progresso parto cesareo

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	22,62	30,38	20,48	21,1	26,90
Italia	10,52	10,71	10,58	11,50	11,81

Taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	1,26	0,85	0,56	1,73	1,87
Italia	0,76	0,83	0,89	0,90	1,12

Parto naturale: proporzione di episiotomie nei parti vaginali

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	6,51	8,22	6,44	5,44	4,51
Italia	13,82	12,26	11,42	10,50	9,06

Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio

	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale Sassuolo	0,25	0,34	0,59	0,56	0,61
Italia	0,48	0,51	0,52	0,60	0,63

Anche gli indicatori PNE del Percorso Nascita evidenziano buoni risultati dell'Ospedale di Sassuolo rispetto a quanto si registra in generale negli ospedali italiani, in particolare alcuni indicatori sono costantemente soddisfacenti.

Con riferimento alle prestazioni diagnostiche i principali indicatori monitorati sono i seguenti.

Per il **Servizio di Radiologia**, oltre ai dati relativi agli eventi avversi del sistema di diagnostica per immagini (RIS-PACS), un indicatore monitorato fa riferimento alla **% di esami RX ripetuti nella diagnostica del Pronto Soccorso**.

% esami ripetuti	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	8,5%	20,9%	17,8%	8,8%	10,6%	7,24%

La crescita negli anni 2021-22 è stata determinata dalla presenza di operatori di recente inserimento e da metodiche in fase di adeguamento. Nel 2023-25 i dati segnano un ritorno a livelli di normalità.

Per il **Servizio di Endoscopia** l'indicatore monitorato è relativo alla **% di complicanze maggiori** (perforazione, emorragia che richiede ricovero ospedaliero).

% complicanze	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	0,4%	0,4%	0,03%	0,02%	0,00%	0,00%

I valori sono stati in questi anni costantemente all'interno della soglia di accettabilità.

Indagini di qualità percepita da parte degli utenti.

Nel periodo 2020-22 non è stato possibile effettuare, a causa dell'emergenza Covid-19, la consueta indagine per valutare il livello di soddisfazione degli utenti. Si riportano i dati del 2019 e quelli del 2023-25 che evidenziano un buon livello di gradimento da parte degli utenti che hanno partecipato all'indagine.

	2019	2023	2024	2025
Ospedale	98,1%	97,4%	98,3%	98,0%
Area Medica	98,7%	98,2%	95,2%	96,9%
Area Chirurgica	98,6%	98,5%	96,5%	97,2%
Materno-Infantile	98,9%	98,1%	98,1%	98,5%
Segnaletica/Indicazioni	93,3%	93,8%	94,8%	96,3%
Comfort	97,7%	97,3%	97,3%	98,1%
Possibilità di comunicare con Medico	95,2%	95,8%	95,8%	95,2%
Risposta ai bisogni ass.li	98,2%	98,3%	97,3%	98,1%
Cortesìa e disponibilità	99,5%	99,1%	98,1%	98,9%

(N pazienti soddisfatti delle prestazioni e dei servizi offerti dall'Ospedale / totale pazienti che hanno risposto al questionario)

Sistemi per la gestione del rischio

Nell'ambito della Direzione Sanitaria è stato istituito il ruolo di *Risk manager* e del "Comitato per la sicurezza" con il compito di supportare l'organizzazione nella definizione delle priorità e delle linee di indirizzo in tema di gestione integrata del rischio (utenti e operatori), 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 *Risk manager* e il Comitato (composto da professionisti esperti in tema di gestione del rischio: Gestione Rischio Clinico, Gestione Qualità, Prevenzione e Protezione) hanno le seguenti responsabilità:

- Fornire 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, ...);
- Elaborare strategie per la rilevazione dei rischi nell'ambito dei percorsi diagnostici e terapeutici;
- Definire le priorità di intervento verso cui orientare gli sforzi con particolare attenzione ai rischi con elevate probabilità di accadimento;
- Assicurare la pianificazione e realizzazione in tempi brevi di azioni correttive nel caso di eventi avversi rilevanti segnalati
- Assicurare la definizione delle modalità di gestione dei rischi: dalla valutazione agli interventi atti a ridurre la frequenza e la gravità;
- Fornire indicazioni per la pianificazione delle attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- Redigere le periodiche relazioni dove sono riportati dati e valutazioni sugli andamenti e indicati interventi migliorativi e preventivi.

Una attività molto importante che viene realizzata è un'azione sistematica di raccolta e valutazione delle segnalazioni di eventi avversi e criticità e condivisione con il Direttore Sanitario dei primi provvedimenti da adottare e il percorso di azioni da intraprendere.

Secondo le indicazioni della Direzione Sanitaria si assicurano le seguenti attività:

- raccogliere e analizzare 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.);
- redigere specifiche relazioni su situazioni di criticità con le analisi effettuate e le proposte di miglioramento e di prevenzione;
- assicurare la redazione della relazione annuale di gestione del rischio e piani e programmi per la gestione del rischio;
- proporre 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;
- assicurare 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.

Al fine di affrontare situazioni o casi di una certa gravità il Direttore Sanitario, con il supporto del *Risk manager* e del "Comitato per la sicurezza", convoca il Responsabile dell'U.O. interessata e altri responsabili utili alla gestione del caso.

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. Le loro principali responsabilità sono:

- identificare e valutare le criticità inerenti la qualità delle cure e la sicurezza del paziente all'interno dell'U.O.;
- collaborare nella raccolta e analisi delle schede di segnalazione di *Incident Reporting* (eventi avversi e "near miss");
- partecipare alla realizzazione di momenti di analisi (audit clinici, analisi FMECA, RCA) per l'identificazione degli errori e la individuazione delle soluzioni organizzative/azioni di miglioramento;
- collaborare all'implementazione di azioni di miglioramento di livello trasversale che coinvolgono più unità operative/strutture;
- favorire il percorso di implementazione e applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali a livello di U.O.

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.

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.

<i>Descrizione</i>	<i>Compiti</i>
<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 - Monitorare le attività (Report periodico sul monitoraggio delle ICA e uso degli ATB) - Valutare la relazione consuntiva annuale
<p>- Nucleo operativo controllo e gestione ICA - Nucleo operativo per l'uso responsabile degli ATB</p>	<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 <i>antimicrobial stewardship</i>.

Descrizione	Compiti
- Referenti/Facilitatori di struttura/UO. Medici ed infermieri per ciascuna UO o struttura operativa appositamente formati	- 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).

Sono riportati di seguito alcuni dati relativi alla gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure; si rimanda alle "Relazioni sulla sicurezza delle cure" e al "Piano Programma per la gestione del rischio" per una trattazione più dettagliata.

Incident reporting

Il numero di segnalazioni negli ultimi anni, con esclusione degli eventi avversi relativi all'evento caduta e all'agito aggressivo nei confronti di operatore sanitario, è stato:

	2021	2022	2023	2024	2025
N. incident reporting	47	15	39	62	44

Le principali segnalazioni raccolte tramite il sistema di **incident reporting** nel **periodo 2021-25** sono riferite alle seguenti tipologie di eventi avversi:

- Malfunzionamento di attrezzatura dispositivo medico
- Evento riferito a preparazione/prescrizione/somministrazione farmaco
- Procedura assistenziale non corretta
- Inadeguata procedura chirurgica
- Errori/scambi di nominativo/anagrafica paziente
- Inesattezza paziente/lato/sede
- Complicanze/infezione
- Gestione della documentazione sanitaria

Le principali azioni di miglioramento realizzate nel recente passato e pianificate sono:

- analisi dei dati con coinvolgimento degli operatori interessati (*focus* sui principali eventi avversi);
- effettuazione di valutazioni ambientali per la individuazione degli interventi logistici necessari alla prevenzione dei rischi;
- miglioramento degli strumenti di raccolta ed elaborazione delle segnalazioni (applicativo segnalER);
- attivazione di gruppi di lavoro al fine di analizzare le situazioni critiche e proporre i correttivi;
- partecipazione ai programmi coordinati in ambito regionale.

Reclami e richieste di risarcimento

Le richieste di risarcimento danni sono aumentate nel 2023 per poi ridiscendere nel 2024-25. Le unità operative interessate maggiormente da richieste di danni sono state: Pronto Soccorso, Ortopedia, Chirurgia, Anestesiologia, Ostetricia-Ginecologia.

UNITA' OPERATIVA	2022		2023		2024		2025	
	RECLAMI	DI CUI RICH. RISARCIMENTO DANNI	RECLAMI	DI CUI RICH. RISARCIMENTO DANNI	RECLAMI	DI CUI RICH. RISARCIMENTO DANNI	RECLAMI	DI CUI RICH. RISARCIMENTO DANNI
TOTALE AREA CHIRURGICA	15	8	23	12	12	3	17	11
TOTALE AREA MEDICA	23	4	20	8	10	4	23	8
TOTALE AREA MATERNO-INFANT.	7	3	8	2	5	4	3	1
TOTALE AREA SERVIZI	3	3	5	2	11	4	5	0
TOTALE OSPEDALE	48	18	56	24	38	15	48	20

Confrontando l'indice di richieste risarcimento sui dimessi (l'indicatore proposto da AGE.NA.S. è: $\sum i=1; n$ Richieste di risarcimento per lesioni personali + decessi nell'anno di riferimento / $\sum i=1; n$ dimessi nell'anno di riferimento X 10.000 dimissioni, escluse le richieste di risarcimento il cui contesto di riferimento è Pronto Soccorso, Accesso Ambulatoriale, Soccorso in emergenza, Altro) il dato dell'Ospedale di Sassuolo è 9,46, molto simile al dato nazionale 9,79.

L'Ospedale è impegnato da sempre ad adeguare le procedure e prassi operative per la gestione dei reclami e alle richieste di risarcimento danni, in particolare facendo riferimento alla recente normativa le azioni sono state indirizzate ad assicurare una tempestiva informazione agli utenti, a valutare con strumenti rigorosi le segnalazioni pervenute, ad utilizzare le analisi sui dati dei reclami e sinistri quale fonte conoscitiva importante per orientare le necessarie azioni di miglioramento.

Eventi avversi del sistema di diagnostica per immagini (RIS-PACS)

Di una certa rilevanza è il monitoraggio degli eventi avversi nell'ambito dei sistemi di Diagnostica per immagini. La percentuale di errori registrati nel sistema di gestione dei dati informatici (RIS-PACS) durante la esecuzione di esami di Diagnostica per immagini (Radiologia, ecografie, ...) sono tornati ad un livello di normalità dopo un dato in crescita importante nel 2020. Nel 2023 si è registrato un aumento dovuto a modifiche nelle prassi operative che hanno creato qualche disagio, sono comunque stati messi in atto i correttivi che hanno portato ad un contenimento degli errori nel 2024-25.

EVENTI AVVERSI RIS-PACS	2020	2021	2022	2023	2024	2025
TIPOLOGIE DI ERRORE						
attribuzione imm.ni errata	0,03%	0,02%	0,03%	0,04%	0,03%	0,02%
anagrafica errata	0,01%	0,01%	0,01%	0,02%	0,00%	0,01%
sequenze errate	0,06%	0,03%	0,02%	0,03%	0,00%	0,02%
immagini non associate	0,11%	0,05%	0,03%	0,09%	0,08%	0,10%
lateralità errata	0,03%	0,02%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%
TOTALE	0,25%	0,13%	0,10%	0,19%	0,12%	0,16%

Le altre azioni di miglioramento attivate sono state:

- Rafforzamento delle azioni di informazione e sensibilizzazione degli operatori sul rischio di errore correlato alla gestione del sistema RIS-PACS;
- Sperimentazione di momenti di auditing per adeguare ulteriormente le buone prassi per la prevenzione del rischio attraverso il coinvolgimento degli operatori;

Realizzazione di una maggiore integrazione con i tavoli di lavoro provinciale per ottimizzare i sistemi operativi.

3. GESTIONE RISORSE UMANE

L'Ospedale di Sassuolo riconosce nelle persone la propria risorsa più importante, il cuore pulsante dell'organizzazione. La Struttura, infatti, è prima di tutto composta dai professionisti – donne e uomini – che ogni giorno operano con responsabilità e passione per offrire ai cittadini e al territorio servizi sanitari e prestazioni di elevata qualità.

La centralità delle persone rappresenta il principio guida di tutte le attività in ambito HR e si traduce in ogni fase della gestione delle risorse umane: dalla selezione all'inserimento, dall'organizzazione alla formazione, fino alla crescita professionale, alla valorizzazione delle competenze e alla promozione del benessere organizzativo.

Nel 2025 si è dato continuità e stabilità ai progetti avviati negli anni precedenti, con l'obiettivo di attrarre professionisti qualificati e accompagnarne il percorso di sviluppo, favorendone la permanenza all'interno dell'organizzazione.

Nel corso dell'anno è proseguito il processo di stabilizzazione degli organici, volto a garantire un adeguato dimensionamento delle risorse umane e a consolidare il patrimonio di competenze professionali presenti. Tali elementi rappresentano condizioni fondamentali per assicurare elevati livelli di sicurezza e qualità nell'erogazione delle cure. In questo senso, è stato inserito in organico il nuovo Direttore dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia ed è stata istituita la Struttura Complessa di Pneumologia.

Parallelamente, nell'ottica di promuovere il benessere organizzativo e valorizzare il contributo dei professionisti, nel 2025 è stata realizzato un importante progetto dal nome "Ospedale in Ascolto"; un'indagine sul clima aziendale, condotta attraverso una metodologia innovativa, il "World Cafè", che ha coinvolto il 18% del personale. L'iniziativa si è posta come principali finalità:

- rilevare e condividere il grado di soddisfazione dei collaboratori rispetto all'organizzazione;
- individuare i fattori che incidono sul benessere e sulla motivazione del personale;
- definire azioni e buone pratiche a sostegno del benessere organizzativo, in una prospettiva di fidelizzazione.

3.1 Organici

Al mese di dicembre 2025 il personale è costituito da 787 dipendenti, corrispondenti a 754,5 Full Time Equivalent, e da 75 liberi professionisti, per lo più Dirigenti Medici, corrispondenti a 37 FTE.

Il 2025 registra un tasso di *turn over* tra i più bassi degli ultimi anni, pari al 6,7%.

Tale percentuale, in netto miglioramento rispetto agli anni passati, è di sicuro rilievo per una realtà sanitaria oggi, specie se confrontato con la situazione esterna di carenza di professionisti medici e infermieri.

Tale importante aspetto, che ha consentito alla Struttura di operare con la piena dotazione organica, riflette il percorso intrapreso negli ultimi anni dall'Ospedale, teso ad implementare progettualità e azioni volte a perseguire l'*attraction* e la *retention* del personale, anche attraverso sperimentazioni e programmi innovativi.

In termini di costo del lavoro l'anno 2025 ha visto l'applicazione del rinnovo contrattuale dell'Area Comparto 2022-2024, nel mese di Novembre 2025.

3.2 Relazioni sindacali

Le relazioni sindacali sono state improntate dal dialogo e dal rispetto di tutte le parti coinvolte.

Ciò ha consentito di giungere alla stipula di numerosi accordi tesi a disciplinare quanto previsto dai contratti collettivi applicati in azienda e a valorizzare il personale e promuovere il benessere organizzativo.

Nel corso del 2025 si è arrivati alla stipula:

- del Riconoscimento compensi per le certificazioni Inail (Area Dirigenza);
- dell'Accordo per la remunerazione dell'Indennità di Pronto Soccorso (Area Dirigenza);
- dell'Accordo per la sperimentazione di una nuova articolazione oraria in ostetricia (Area Comparto);
- dell'Accordo sindacale ai sensi dell'art.4 L. 300/1970 - sul progetto *Handhy*.

3.3 Selezione e Sviluppo Organizzativo

Nel corso del 2025 l'Area Selezione e Sviluppo del Personale ha proseguito il consolidamento delle principali leve strategiche a supporto dell'attrazione, dello sviluppo e della valorizzazione delle risorse professionali, con particolare attenzione alla relazione con il sistema universitario, all'inserimento delle nuove generazioni di professionisti e al rafforzamento dei percorsi di crescita interna.

Tra marzo e maggio 2025 è stato realizzato un percorso per la selezione dei Coordinatori assistenziali, attraverso l'utilizzo della metodologia dell'Assessment Center dinamico con il supporto di consulenti esterni specializzati. Il percorso ha consentito di rafforzare la qualità dei processi di individuazione delle figure di coordinamento, valorizzando non solo le competenze tecnico-professionali ma anche le competenze trasversali e manageriali, quali leadership, gestione delle relazioni, *problem solving* e coordinamento organizzativo.

Parallelamente è proseguito il percorso di valorizzazione delle professionalità interne attraverso l'attribuzione di incarichi e progetti speciali, in particolare nell'area del comparto. Tali interventi hanno consentito di sostenere e valorizzare competenze e percorsi di crescita professionale, dando ulteriore continuità alle attività organizzative e progettuali in essere.

In continuità con queste politiche di sviluppo, particolare attenzione è stata dedicata ai medici in formazione specialistica, considerati una risorsa strategica per il futuro dell'organizzazione. A questo scopo, a fine anno, è stata realizzata una *survey* dedicata agli specializzandi, finalizzata a raccogliere elementi utili per comprendere la loro esperienza formativa all'interno dell'Ospedale e individuare possibili ambiti di miglioramento nei processi di inserimento e apprendimento.

Nella medesima prospettiva è stata ulteriormente rafforzata la collaborazione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (UNIMORE). In tale contesto è proseguito il progetto delle borse di studio per i laureandi in Infermieristica, che si conferma uno strumento efficace per favorire l'incontro tra giovani professionisti e organizzazione e per sostenere processi di attrazione e fidelizzazione delle competenze. Resta infine centrale l'attenzione ai fattori che incidono sulla capacità dell'Ospedale di attrarre e trattenere professionisti qualificati, tra cui la qualità dell'ambiente di lavoro, l'organizzazione interna e la possibilità di operare in contesti professionali stimolanti e orientati allo sviluppo delle competenze.

3.4 Coinvolgimento e *welfare*

Nella logica di favorire un processo di vicinanza tra l'Ospedale di Sassuolo e i suoi collaboratori sono state messe in atto iniziative per facilitare la conciliazione dei tempi famiglia/lavoro iniziando a progettare inoltre formule tese a migliorare il potere di acquisto delle famiglie.

Nel corso del 2025, in continuità con quanto avviato nel precedente biennio, è proseguito il progetto di *welfare* relativo al Centro Estivo per tutti i figli dei dipendenti. Un progetto che ha voluto essere di aiuto concreto agli operatori durante il periodo di chiusura delle scuole.

Il 2025 ha visto l'avvio del progetto biennale un Ospedale a misura di mamma. Il progetto è stato realizzato grazie alla partecipazione all' "Avviso pubblico #Riparto - percorsi di welfare aziendale per agevolare il rientro al lavoro delle madri, favorire la natalità e il work-life balance", promosso dal Dipartimento per le politiche della famiglia. Tale progettualità ha permesso nel corso del 2025 a tutte le dipendenti mamme con figli tra gli 0 e i 13 anni di poter usufruire di importanti benefici volti alla conciliazione vita-lavoro tra i quali:

- Rimborsio per asilo nido e *babysitter*;
- Voucher per palestre e benessere;
- Centro estivo;
- 24h di ferie aggiuntive per le mamme con bambini da 0 a 3 anni;
- Possibilità di part time al rientro dalla maternità;
- Percorso di accompagnamento al lavoro al rientro dalla maternità.

Tutte queste iniziative hanno riscontrato una positiva adesione da parte del personale interessato e proseguiranno anche per l'anno 2026.

Sempre nell'ottica di un maggior coinvolgimento del personale, il 2025 ha visto la realizzazione di un importante progetto di analisi di clima dal titolo "L'Ospedale in ascolto", realizzato in collaborazione con il CERISMAS (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario dell'Università Cattolica del Sacro Cuore).

Questa iniziativa è nata con l'intento di mettere la voce dei dipendenti al centro, riconoscendo in ciascuno un protagonista attivo della vita e della crescita dell'Ospedale. Si è trattato di un percorso di ascolto e partecipazione volto a esplorare e comprendere le dinamiche organizzative e relazionali che caratterizzano l'ambiente lavorativo.

Nello specifico, il lavoro di ascolto attivo è stato focalizzato su ambiti individuati come significativi e strategici per la sostenibilità lavorativa e per il benessere organizzativo.

Per favorire il confronto costruttivo, il progetto si è avvalso della metodologia del World Café (*Löhr et al 2020; Drabczyk, 2019*), uno strumento di dialogo che stimola la condivisione in gruppi attraverso conversazioni dinamiche, favorendo sia l'analisi dei temi che l'ideazione di nuove proposte.

Il progetto ha coinvolto circa 140 persone, campione ritenuto significativo per la metodologia utilizzata, appartenenti a tutte le famiglie professionali, garantendo una larga rappresentatività e si è tenuto nel mese di ottobre 2025.

Al termine, i contributi emersi sono stati analizzati e condivisi in momenti articolati su più livelli. I risultati emersi costituiranno la base per la definizione delle traiettorie future dell'ospedale, nonché per l'elaborazione delle politiche relative al personale.

3.5 Formazione

Per l’Ospedale di Sassuolo la formazione rappresenta una leva strategica per lo sviluppo organizzativo e il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza. Negli ultimi anni, l’investimento è cresciuto in modo strutturato: le ore di formazione erogate al personale interno sono passate da 6.854 nel 2017 a 15.447 nel 2025. Questo sviluppo è stato sostenuto anche dall’utilizzo sistematico dei fondi interprofessionali, valorizzando le opportunità offerte dalla natura privatistica della Società.

Parallelamente si è ampliata in modo significativo l’offerta rivolta all’esterno: nel 2025 sono state erogate 6.428 ore a professionisti sanitari e laici, con un incremento di 7 volte rispetto al 2022, segnale della crescente reputazione della Struttura. Nel 2025 la formazione interna si è concentrata per il 41% sull’area tecnico-professionale, per il 30% sull’emergenza-urgenza, per il 12% sulla sicurezza obbligatoria e per il 17% sullo sviluppo di competenze organizzative, relazionali e di innovazione.

Determinante è stata la costruzione di un ecosistema di *partnership* strategiche: il Centro “Salute e Formazione” realizzato con Florim ha potenziato in particolare la simulazione in emergenza-urgenza; l’affiliazione del Training Site AHA al Training Center BIOS dell’AOU di Parma ha rafforzato e qualificato il corpo docenti certificato; le convenzioni con le AUSL di Reggio Emilia e Modena hanno sviluppato un modello interaziendale stabile per i corsi ACLS, PALS e Area Materno-Infantile, con integrazione delle competenze e continuità ECM; la collaborazione con l’Università di Modena e Reggio Emilia ha avviato un’offerta ad alta specializzazione scientifica.

Particolare rilievo assume la valorizzazione della docenza interna: nel 2025 i docenti e istruttori dell’Ospedale hanno erogato 1.071 ore, pari all’81% del totale della docenza, a conferma della solidità del capitale professionale interno. Negli ultimi anni l’offerta si è ulteriormente arricchita con percorsi dedicati alle competenze organizzative e relazionali, con focus su comunicazione efficace, gestione dei conflitti, cura delle relazioni e formazione gestionale.

In tale ambito, in collaborazione con Cerismas – Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell’Università Cattolica di Milano – sono stati avviati un corso di Project Management in sanità per Direttori di Struttura Complessa e un percorso innovativo sulla gestione del feedback al collaboratore, rivolto a Direttori e Coordinatori, con metodologia basata sulla simulazione.

Di seguito si elencano i principali dati di sintesi relativi alle attività formative svolte nel corso del 2025:

Indicatore	Risultato 2024	Risultato 2025
N. eventi realizzati ECM	59	58
Di cui edizioni ECM	130	116
Di cui formazioni sul campo ECM	48	28
Di cui formazione <i>blended</i>	3	3
N eventi realizzati non ECM	4	7
N. partecipazioni operatori interni eventi ECM e non ECM*	2.168	2.138
N. ore di formazione erogate a operatori interni (accreditati e non)*	16.122	14.741
N. ore di formazione erogate a sanitari esterni	7.006	6429
% ore formative effettivamente erogate/ totale ore pianificate	99%	98%
Costi sostenuti (Euro)**	€ 195.956,03	234.508,73 €
Di cui finanziati	€ 27.140	75.851,72
Ricavi da formazione rivolta agli esterni compresi rimborsi	€ 91.564,45	79.679,12 €
Crediti ECM erogati complessivamente (operatori interni ed esterni)*	25.778,4	27.487,2
Crediti acquisiti da operatori interni con formazione interna*	17.602	15.564
N. eventi realizzati ECM	59	58
Di cui edizioni ECM	130	116

*La riduzione del turnover ha comportato meno neoassunti e quindi un minore fabbisogno di formazione obbligatoria iniziale. Questo ha inciso sul totale dei crediti erogati, giustificando il lieve calo, a fronte di un’offerta formativa sostanzialmente stabile per il personale in servizio.

**L’incremento dei costi registrato nel 2025 è attribuibile in misura significativa a due progettualità strategiche: il percorso formativo connesso all’Assessment dei Coordinatori Assistenziali e il progetto aziendale “Ospedale in ascolto”.

Entrambe le iniziative, di rilevante impatto organizzativo e culturale, sono state oggetto di finanziamento dedicato, consentendo di sostenere l’investimento senza incidere in modo strutturale sul budget ordinario della formazione.

3.6 Formazione di simulazione

La formazione con simulazione avanzata in ambito Emergenza-Urgenza, svolta presso il Centro “Salute e Formazione” Florim, rappresenta un elemento di particolare valore didattico. La simulazione integra una solida preparazione teorica con un’intensa attività pratica su manichini ad alta tecnologia, capaci di riprodurre in modo realistico le condizioni cliniche e le risposte fisiologiche del paziente, inclusa la risposta al dolore.

La possibilità di ricreare scenari clinici complessi e di affrontarli attraverso il lavoro in *team* consente di sviluppare competenze tecniche e non tecniche in un contesto protetto, riducendo gli errori legati al fattore umano e favorendo un trasferimento più efficace dell’apprendimento alla pratica clinica reale.

I percorsi di simulazione si avvalgono di:

- istruttori interni certificati (American Heart Association, Accurate);
- simulatori ad alta fedeltà di ultima generazione (2 adulti, 1 pediatrico, 1 neonato, 1 donna partoriente e 10 manichini per BLS);
- un centro strutturato con sala di regia, sala di simulazione, sala debriefing e aula magna.

Si precisa che i corsi ACLS e PALS rientrano in un modello interaziendale condiviso con l'Azienda USL di Reggio Emilia e l'Azienda USL di Modena.

TIPOLOGIA CORSO	N. CORSI	PARTECIPANTI	N. ORE EROGATE
BLS AHA	10	114	570
ACLS AHA	13	165	2640
PALS AHA	9	102	1632
Rianimazione Neonatale	1	14	112
Simulazioni Neonatali	10	60	240
Emergenze Ostetriche Teorico	1	13	52
Emergenze Ostetriche Simulazioni	9	78	312
TOTALE	53	546	5558

3.7 Comunicazione

La Comunicazione gestisce le attività di ufficio stampa, social media *managing*, *web editor*, sviluppo grafica e *content creation* e quelle di comunicazione interna sulla rete intranet aziendale 'NOI Ospedale di Sassuolo S.p.A.'.

La Comunicazione esterna ha l'obiettivo di garantire una corretta, proattiva e capillare informazione sulle modalità di utilizzo dei servizi dell'Ospedale, promuovendo l'immagine aziendale, quella dei suoi professionisti e curando la brand *reputation*, favorendo dunque un sentimento positivo e di fiducia nei confronti dell'Ospedale. In aggiunta, gestisce i profili social su Facebook, YouTube e Instagram.

Nel 2025 l'attività esterna di comunicazione è stata focalizzata sulla celebrazione del 20ennale della fondazione della società, con un programma di iniziative durante l'intero corso dell'anno, rivolte alla cittadinanza e agli *stakeholder* istituzionali del territorio. È stato realizzato anche un docu-film insieme all'emittente televisiva regionale TRC ed è stato pubblicato un libro di racconti con l'editore Incontri di Sassuolo, per raccogliere le testimonianze degli operatori sanitari e i contributi di 13 scrittori locali, sulla storia dell'Ospedale.

La comunicazione interna ha l'obiettivo di condividere la *Mission*, la *Vision*, le Scelte Aziendali, l'Organizzazione, le iniziative, e a livello funzionale condividere prassi e modalità di lavoro. Nel 2025 è stata implementata l'attività sulla rete Intranet, con il rafforzamento della presenza costante di notizie e comunicazioni. Un'altra funzione importante svolta dalla comunicazione interna è quella di coinvolgere il personale, supportandone la motivazione e la partecipazione attiva alla vita aziendale. Nel corso dell'ultimo anno tale obiettivo è stato perseguito attraverso la realizzazione e la promozione di interviste al personale, in particolare per raccontare agli utenti interni le figure e i profili dei coordinatori infermieristici presenti in azienda, oltre che di alcuni particolari incarichi professionali promossi dalla Direzione.

La creazione di contenuti dedicati ai *social network* in chiave informativa e di promozione dell'immagine aziendale è cresciuta, diversificando l'offerta con l'apertura di una pagina su Instagram, strumento utile al raggiungimento delle giovani generazioni e la sperimentazione di nuove modalità di comunicazione con video e grafiche predisposte appositamente.

4. GESTIONE DEI SISTEMI ORGANIZZATIVI

4.1 Sistema informativo aziendale (SIA)

Nell'esercizio oggetto di commento è proseguita ed è stata rafforzata l'attività di integrazione tra i servizi ICT di Sassuolo e AUSL Modena, perseguendo maggiore collaborazione, sia sui progetti evolutivi, sia nella gestione ordinaria, migliorando i servizi di supporto e assistenza forniti dai fornitori esterni e orientati all'utenza ospedaliera.

È proseguita la progettualità evolutiva del sistema infrastrutturale, nel rispetto del regolamento NIS2 in ambito *Cybersecurity*, che ha portato innovative soluzioni sul *Datacenter* condiviso con la AUSL di Modena, e vedendo progressivamente il *Phase-Out* di soluzioni tecnicamente obsolete.

Al fine di supportare l'evoluzione applicativa in ambito sanitario, si è attivato in continuità il percorso di implementazione nel rispetto degli standard di integrazione ed interoperabilità a micro-servizi, andando progressivamente a dismettere tecnologie diventate obsolete.

ATTIVITA' EVASE

- Applicazione del Contratto di **Contitolarità dei dati** stipulato tra le tre Aziende provinciali, applicazione resa possibile tramite l'introduzione del nuovo *Repository* documentale (verbali e referti), del nuovo *Privacy Manager* e del nuovo *Viewer* (Sintesi Clinica). Questa soluzione ha permesso di estendere su tutto il territorio provinciale la visualizzazione dei documenti clinici, nel rispetto delle regole di *Privacy* contenute nel Regolamento di Protezione dei Dati (GDPR).
- **Sistema Informativo Ospedaliero** (SIO): progetto finanziato dai fondi PNRR per AUSL Modena e fondato sugli Accordi Quadro Consip per le Pubbliche Amministrazioni – ID 2202 – Lotto 5, sono state perseguite le attivazioni del sistema di gestione dei Ricoveri (ADT – *Admission-Discharge-Transfer*), del sistema di Cartella Clinica Elettronica (CCE) per i reparti di Ginecologia e Ostetricia, l'attivazione dei processi di Prescrizione Somministrazione della Terapia Informatizzata per i reparti di Ginecologia e Pediatria e l'attivazione della condivisione del nuovo *database* per gli indicatori delle Medicine. In aggiunta è stata attivata la nuova Cartella Clinica Elettronica (CCE) per l'unità di Elettrofisiologia.
- All'interno dei percorsi di Emergenza/Urgenza, nel rispetto dei protocolli normativi, sono state attivate le funzionalità relative alla gestione dei campioni di liquidi prelevati per il dosaggio del tasso di alcol e/o ricerca di sostanze stupefacenti o psicotrope (Art. 186 e 187 N.C.d.S.) e le funzionalità relative alla gestione delle segnalazioni di Notizie di Reato (Violenza in Genere).
- In ottemperanza delle linee guida del nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE2.0) è stata attivata la gestione della firma digitale dei referti ambulatoriale, superando la soglia fissata dalla Regione Emilia-Romagna nel 90%.
- In ambito di **accoglienza del paziente** in struttura è stato attivato il percorso di invio degli SMS di *reminder* per appuntamenti CUP, per i regimi SSN (prestazioni traccianti) e LP.
- E' stato attivato il nuovo flusso ambulatoriale di Compensazione della Mobilità Sanitaria ASA2.
- Sempre all'interno dei percorsi regionali, in concomitanza con le attivazioni in provincia, è stata attivata l'integrazione col Polo Sostitutivo Regionale (PARER) per il riversamento dei documenti sanitari (referti).
- E' proseguito il progetto di sperimentazione con UNIMORE per la gestione delle Rilevazioni della Cadute in Reparto, progetto basato sulla Intelligenza Artificiale (AI).
- È stato evasa la chiusura della Cassa SIO per la gestione dei *ticket* sanitari, è stato attivato il percorso di Recupero dei Crediti in LP, percorso che ha visto la diffusione del **Portale Amministrativo** del Paziente per la ricezione e conservazione dei documenti amministrativi come Insoluti, Ricevute e Fatture di Pagamento.
- E' stato attivato il nuovo **Portale Dipendenti** ed il percorso applicativo di revisione ed ottimizzazione del *layout* del Sito Aziendale per la gestione della Trasparenza.
- Dal punto di vista sistemistico e infrastrutturale, all'interno dei protocolli di Sicurezza Informatica (*Cybersecurity* – NIS2), sono state migrate le soluzioni di *database* Oracle e SQLServer alle ultime versioni sul mercato, sul *datacenter* regionale Lepida.
- Sempre in merito alla protezione aziendale, sono state sostituite tutte le soluzioni di Antivirus sulle postazioni aziendali (Client) e sui server, è stata inoltre attivata la linea evolutiva sui protocolli di accesso a multi-fattore (Multi Factor Authentication – MFA).

ATTIVITA' IN CORSO

- In ambito clinico/sanitario sono stati attivati, fino al collaudo funzionale della soluzione, i tavoli implementativi sulla Cartella Clinica Elettronica relativi alla gestione delle nuove Scale e Pacchetti Assistenziali, come le nuove Scale del Rischio TromboEmbolismo Venoso (TEV) e Dipendenza Assistenziale (IDA).
- Business Intelligence (BI) a supporto dei reparti e della Direzione Sanitaria: sono stati attivati i tavoli di analisi ed implementativi di nuovi cruscotti, si è inoltre partecipato al progetto provinciale di sostituzione delle Liste di Attesa e delle Sale Operatorie, in ambito chirurgico, tutti progetti condotti in sinergia con le Aziende Sanitarie provinciali.
- Sono stati condotti i tavoli di analisi per la gestione dei percorsi di presa in carico atti a risolvere la problematica relativa alla scadenza della prescrizione dematerializzata, nel rispetto del protocollo normativo regionale DGR 620.
- Dal punto di vista della gestione dell'accoglienza del paziente sono state implementate le azioni tecniche per l'attivazione degli invii degli SMS di *reminder* ai pazienti prenotati per prestazioni radiologiche, sia in ambito SSN che LP.

- Per ultimo è stato collaudato il portale inserito nella *Intranet* aziendale *CyberCare Hub* che verrà attivato nel primo trimestre del 2026 in concomitanza dell'attivazione dei percorsi formativi ed informativi legati alla *Cybersecurity*.
- A livello infrastrutturale si è raggiunto il completamento del percorso di migrazione delle soluzioni di *database* al nuovo *datacenter* regionale Lepida, introducendo l'analisi del percorso di migrazione delle relative soluzioni applicative associate.

4.2 Controllo di Gestione

L'attività del Controllo di Gestione, nel corso del 2025 ha riguardato, come ogni anno, 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.

Sempre nell'ambito delle attività a regime e ordinarie del servizio, il Controllo di Gestione ha proceduto alle verifiche in seno ai flussi informativi di sua competenza (AFO, FED, DIME, SDO, PS, ASA, HSP), rispondendo al debito informativo regionale e ministeriale.

In aggiunta, il controllo di gestione è stato impegnato su rilevanti linee di attività che avranno effetto e impatto anche nel futuro. Oltre all'attività ordinaria e specifica, di seguito saranno elencate le progettualità che il Controllo di Gestione ha avviato o consolidato nel corso dell'anno, in collaborazione con altri Uffici o direttamente.

Potenziamento dei cruscotti aziendali tramite *software* di *Business Intelligence*

Nel corso del 2025 si è arricchito di informazioni, collegamenti e interfacce l'applicativo di Business Intelligence che permette la consultazione di cruscotti aziendali utilizzati dai vari livelli aziendali (direttori, primari, responsabili d'area, ecc.) per prendere le decisioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Tale attività ha previsto - oltre che il mantenimento dei cruscotti già esistenti - la creazione di cruscotti aziendali di supporto agli operatori nelle azioni quotidiane di rendicontazione delle attività (cruscotti per monitorare il raggiungimento obiettivo regionale scaduti SIGLA ed equilibrio entrati usciti in lista d'attesa chirurgica, verifica Nosologiche aperte e controlli PAC in favore dell'Ufficio DRG, cruscotto in sostituzione di estrazioni dati da applicativi obsoleti per rendicontazione da parte di uffici amministrativi all'attività LP erogata dai professionisti, ecc.).

Analisi di andamento di bilancio

In collaborazione con la Direzione Amministrativa è proseguito lo sviluppo del sistema per l'analisi mensile dell'andamento dell'Ospedale sia da un punto di vista di produzione sia da un punto di vista di andamento e gestione dei costi. Il processo ha permesso una gestione tempestiva dei mutamenti nell'assetto produttivo della struttura oltre che un confronto costruttivo e preventivo con l'Azienda committente.

Progetto *Business Intelligence* AUSL Modena

Anche nel corso del 2025, il CdG dell'Ospedale ha collaborato con la AUSL di Modena alla costruzione del sistema di BI aziendale oltre ad aver partecipato attivamente alla definizione della nuova Data Unit Provinciale che porterà alla creazione di un sistema unico per le tre aziende del territorio provinciale.

Le attività principali che caratterizzano la collaborazione riguardano:

- 1- analisi preliminare delle matrici informative messe a disposizione dal fornitore vincitore del bando regionale per l'applicativo Amministrativo e di logistica E.R. (GAAC);
- 2- creazione di cruscotti informativi sugli andamenti produttivi a supporto della Direzione Sanitaria;
- 3- analisi, sviluppo e rappresentazione dei dati relativi alla gestione giuridico-contabile del personale, in collaborazione con l'ufficio Risorse Umane dell'Azienda USL;
- 4- collaborazione con fornitori esterni alla costruzione del nuovo impianto di BI e dei diversi cruscotti;
- 5- distribuzione dei cruscotti ai referenti aziendali e formazione;
- 6- incontri preliminari dell'infrastruttura utile alla costruzione del sistema unico provinciale BI;
- 7- definizione delle priorità informative con il supporto della direzione strategica delle tre aziende.

Progetto DATA UNIT PROVINCIALE

La direzione strategica provinciale nel corso del 2025 ha perseguito una gestione integrata delle attività interaziendali ed ha evidenziato la necessità di condivisione delle informazioni correlate. È stato creato un Comitato di Progetto Interaziendale (CPI) e gruppi di lavoro per specifiche aree progettuali.

Il comitato di progetto interaziendale costituisce l'organo di indirizzo strategico e supervisiona l'avanzamento complessivo delle progettualità.

Componenti:

- Committenti: Direzioni Strategiche delle tre Aziende Sanitarie
- *Owner*: Data Unit Provinciale
- Membri:
 - Data Unit;
 - CdG AUSL Modena, CdG AOU Modena, CdG Ospedale Sassuolo;
 - Servizio Unico Sistemi Informativi e Innovazione Digitale e ICT Ospedale di Sassuolo;
 - Servizio Unico di Ingegneria Clinica;
 - DPO aziendali (AUSL, AOU, NOS)

I Gruppi di Lavoro sono costituiti da tutti i componenti della Data Unit Provinciale, nonché da referenti sanitari e amministrativi individuati in base alle specifiche competenze e mansioni, così da garantire il contributo più adeguato al raggiungimento degli obiettivi richiesti dalle Direzioni Strategiche o derivanti da specifiche esigenze legate alle progettualità cliniche. I professionisti coinvolti vengono inoltre impegnati con tempistiche sempre commisurate al loro orario istituzionale e in modo pienamente compatibile con gli altri incarichi e attività lavorative in corso.

4.3 Area Tecnologie ed Infrastrutture (STI)

L'attività svolta nell'ambito dei servizi afferenti alla struttura Tecnologie ed Infrastrutture (Ingegneria Clinica: SIC, Attività tecniche: SAT e Fisica Medica: SFM) è contraddistinta dalla realizzazione e funzionalizzazione della nuova centrale di sterilizzazione.

Sono inoltre stati sviluppati azioni di razionalizzazione delle risorse presenti, progetti mirati a favore dell'incremento della capacità produttiva, azioni di miglioramento della qualità dei processi organizzativi e adeguamenti a seguito di subentrati adempimenti normativi.

Di seguito, in sintesi e per punti, sono descritte le attività che hanno caratterizzato l'azione dei tre servizi afferenti alla struttura Tecnologie ed Infrastrutture.

4.3.1 Servizio attività tecniche (SAT)

Il Servizio Attività Tecniche opera nell'ambito dell'area tecnologie e infrastrutture e gestisce il patrimonio edilizio ed impiantistico in termini di manutenzione ordinaria, straordinaria, ampliamenti e migliorie. Di seguito i principali progetti sviluppati nell'anno.

Manutenzione Ordinaria

L'attività di manutenzione su struttura ed impianti è affidata, sotto il coordinamento e controllo del SAT, ad un appalto esterno, secondo una convenzione Intercent-ER che prevede interventi di monitoraggio, verifica, riparazione, ripristino, sostituzione di componenti, sanificazioni, additivazione di prodotti chimici, ecc.

Gli interventi manutentivi riparativi ordinari richiesti sono stati prevalentemente relativi a: impianto di climatizzazione, impianto idrico-sanitario, impianto illuminazione, impianti gas tecnici (aria medica), serramenti, impianti elettrici e speciali (citofonici, chiamata infermieri), vie di esodo.

Attività straordinarie**1. Realizzazione nuova centrale di sterilizzazione**

A seguito del trasferimento degli spogliatoi e della lavanderia è stata realizzata e funzionalizzata la nuova centrale di sterilizzazione. La stessa è articolata in tre aree tra loro debitamente separate: una per il lavaggio dei materiali sporchi, una per il confezionamento del materiale pulito e una per lo sterile. I locali principali sono corredati di filtri e servizi igienici. Sono inoltre presenti un deposito, la stanza per il coordinatore ed un

locale per il riposo dei lavoratori. I locali sono dotati di impianti a supporto dell'ottimale processo di sterilizzazione.

2. Riqualificazione acqua sanitaria Area Blu

Nel periodo estivo di calo programmato dell'attività sanitaria sono proseguiti i lavori di riqualificazione dell'impianto di distribuzione dell'acqua sanitaria. L'attività ha riguardato la sostituzione delle tubature di acqua calda, acqua fredda e ricircolo al terzo piano del corpo di fabbrica B3. Le preesistenti condotte in ferro risultavano gravemente occluse e sono state sostituite con nuove in materiale plastico (PVC-C) a vantaggio di un miglior servizio alle utenze finali e di un miglior comportamento sotto il profilo igienico per quanto attiene alla prevenzione della Legionellosi.

3. Riqualificazione impianto chiamata infermieri Area Blu

I lavori in area blu hanno riguardato anche il rifacimento dell'impianto di chiamata degli infermieri, uniformandolo a quello presente nei reparti precedentemente riqualificati. Sono inoltre state apportate alcune migliorie per una migliore assistenza ai pazienti. Queste ultime in parte finanziate dal Rotary Club Sassuolo.

4. Bonifica Unità di Trattamento Aria e condotte aerauliche Area Blu

Contestualmente all'intervento sull'impianto idrico sanitario è stata effettuata la bonifica delle due unità di trattamento aria a servizio dell'area blu e dei relativi canali di mandata e ripresa dell'aria.

5. Riqualificazione edile Area Blu

Nei locali dell'Area blu, sgomberati per via dei lavori anzidetti, sono stati ritinteggiati sia le pareti sia i soffitti dei principali locali. Sono inoltre stati riparati alcuni pavimenti in gomma. In corrispondenza degli attraversamenti dei compartimenti antincendio sono stati fissati i collari antincendio.

6. Revamping cogeneratore

A seguito dell'avvio della manutenzione pluriennale dell'impianto di cogenerazione è stato sostituito l'assorbitore ed è stato effettuato l'aggiornamento del sistema di supervisione e telecontrollo.

7. Relamping

È proseguita la sostituzione dei corpi illuminanti nelle aree comuni dell'ospedale con pannelli led a basso consumo energetico. Il Gestore dei Servizi Energetici ha erogato un acconto pari al 40% dell'incentivo riconosciuto.

8. Riqualificazione Unità di Trattamento Aria

È stata effettuata la sostituzione di alcuni componenti guasti ed è stata modificata la logica di funzionamento delle unità di trattamento aria al fine di migliorare il *comfort* termoigrometrico per gli occupanti dell'ospedale ed il telecontrollo da parte dei manutentori.

9. Riqualificazione impianto raffrescamento radiologia

È stato riqualificato l'impianto di climatizzazione estiva del reparto di radiologia al fine di garantire un corretto funzionamento delle apparecchiature radiologiche presenti, nonché migliorare il *comfort* termoigrometrico per gli occupanti.

10. Riqualificazione sottocentrale termica 1

Al fine di efficientare l'impianto di distribuzione dell'acqua calda, limitando le dispersioni termiche, è stato sostituito lo scambiatore di calore della sottocentrale termica 1.

11. Ripristini esterni

L'evento meteorologico estremo del 16/06/2025 ha reso necessari interventi urgenti di ripristino delle aree esterne, a causa del fango dilavato dalla collina a sud est dell'immobile e depositatosi.

12. Sostituzione cisterna Gruppo Elettrogeno 2

È stato sostituito il serbatoio interrato a servizio del gruppo elettrogeno 2, previo lo scavo e la rimozione della precedente cisterna forata. È così stato possibile rimuovere il serbatoio esterno provvisorio.

13. Rifacimento porzione parcheggio

Nei mesi estivi è stata riasfaltata la porzione più ammalorata del corsello del parcheggio antistante l'ospedale.

14. Ripristino della segnaletica orizzontale

È stata ribattuta la segnaletica orizzontale del parcheggio in superficie e di quello interrato.

4.3.2 Servizio ingegneria clinica (SIC)

Il SIC presidia, per quanto di competenza, la rispondenza alle norme in tema di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro (D.Lgs. 81 del 09/04/2008 e s.m.i.) nonché alle norme autorizzative per l'erogazione di prestazioni sanitarie (RER Delibera Num. 1943 del 04/12/2017).

L'ambito operativo del SIC sono le tecnologie biomediche ("Dispositivi medici" come definito all'Art. 2 del Regolamento EU 745/2017) in uso presso l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. oltre a quelle presenti presso il Poliambulatorio Ars Medica.

Di seguito i principali progetti sviluppati nell'anno:

Acquisizione parco tecnologico

Il servizio ha supportato il processo di adeguamento del parco tecnologico procedendo alla selezione delle esigenze tecnico funzionali e alla gestione operativa di 70 procedure di acquisto come sintetizzato di seguito in tabella:

Tipologia	Acquisizioni (EUR)	# Procedure
Implementazione [Necessaria]	187.835	14
Condizionato [Guasto]	61.886	8
Condizionato [Progetto]	183.852	4
Sostituzione [Urgente]	572.686	29
Implementazione [Capacità produttiva]	595.148	15
Totale	1 601.406	70

Gli investimenti del 2025 si sono focalizzati, oltre al mantenimento del parco tecnologico storico, principalmente sul progetto di realizzazione della Centrale di Sterilizzazione, sull'aggiornamento del parco tecnologico dell'U.O. di Ostetricia/Ginecologia e della Radiologia.

1. Progetto Sterilizzazione

Si è proceduto all'integrazione del parco tecnologico dedicato alla funzione acquisendo le seguenti apparecchiature per un importo complessivo di euro 490.410 IVA inclusa:

Procedura	Tipo	units	QE [€] totale Iva inclusa
2025_SIC_127	Autoclave	2	157.537
2025_SIC_131	Lavaferri	2	104.003
2025_SIC_126	Plasma	1	79.300
2025_SIC_058	Arredi sterilizzazione	1	55.532
2025_SIC_064	Sixster	1	35.831
2025_SIC_129	Lavaferri da Banco	1	18.300
2025_SIC_059	PC sterilizzazione	9	10.431
2025_SIC_066	Convalide	1	9.687
2025_SIC_085	Pannellature SMEG	1	9.101
2025_SIC_083	Pannellature CISA	1	5.978
2025_SIC_062	Zebra	6	4.710
TOTALE			490.410

2. Progetto "Oculistica 2030"

Facendo seguito al progetto "Oculistica 2030" del 12/04/2023, che contiene il rationale del progetto di riqualificazione tecnologica a favore dell'U.O. di Oculistica, nel corso del 2025 è stata implementata l'acquisizione di nr. 1 analizzatore segmento anteriore di importo pari a euro 111.398,20 IVA inclusa.

Tale strumento serve a rendere più accurata la valutazione preoperatoria dei pazienti da sottoporre ad intervento di cataratta con impianto di IOL "premium" ad alta tecnologia (toriche e multifocali) oltre alla possibilità di una migliore capacità diagnostica e di follow-up di alcune patologie corneali o di alcune forme di glaucoma al fine di innalzare il livello qualitativo delle prestazioni generali della U.O. di Oculistica.

3. BANDO AISI INAIL: Letti elettrici

Che a seguito di apposita istruttoria ed interlocuzione formale tenuta tra l'Ufficio di Prevenzione e Protezione dei lavoratori, di concerto con l'ufficio Bandi e Gare e la sede locale dell'Istituto per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) è stato concesso all'Ospedale di Sassuolo un contributo economico complessivo di euro 169.109,46 finalizzato all'acquisizione di letti elettrici, al fine di ridurre l'impatto dei carichi di movimentazione sui lavoratori dell'Ospedale e la conseguente contrazione di possibili infortuni sul lavoro, corrispondente ad un quantitativo complessivo di 99 unità così suddivise:

- Area gialla 36 unità;
- Area lilla 32 unità;
- Area rosa 20 unità;
- Area arancione 11 unità.

4. Aggiornamento parco tecnologico dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia

Vista la nota per oggetto "Atto di programmazione per l'acquisto di apparecchiatura in sostituzione di una colonna laparoscopica a servizio della U.O. di Ostetricia e Ginecologia [2025_SIC_190-ColonnaLaparoscopica]" del 28/01/2025. A seguito dell'informale indagine di mercato per la fornitura di un sistema di alta fascia, caratterizzato da tecnologia 4K UHD con tecnologia per "imaging" a fluorescenza NIR/ICG, si è proceduto all'affidamento per un importo complessivo esclusi i consumabili pari a euro 158.928 IVA inclusa.

5. Aggiornamento parco tecnologico dell'U.O. di Radiologia e Transizione 5.0

Facendo seguito al documento del 23/09/2024 agli atti, avente ad oggetto "Determinazioni in merito alla sostituzione del sistema radiologico Pensile RX inv. SIC H000145. [2024_SIC_317-Pensile_RX] - Avanzamento 01", è stata completata la procedura di affidamento della fornitura di un sistema radiologico Pensile per un importo complessivo corrispondente a euro 170.739 IVA inclusa.

Tale bene è risultato rispondente alla Transizione 5.0: "Bene agevolabile ai sensi dell'art. 38 del D.L. 19/2024, convertito in Legge n. 56/2024 e ss.mm.ii - Codice rif. TR5-07446" per un ammontare pari a euro 59.758,65, a fronte di un programma di investimento i cui costi ammissibili ammontano complessivamente a euro 170.739 IVA inclusa.

Resoconto attività di manutenzione

1. Aggiornamento Contratti di Manutenzione

Sono state redatte le istruttorie tecnico economiche per il rinnovo dei contratti di assistenza scaduti. Per ciascuno dei contratti si è provveduto a specifica negoziazione considerando la revisione dell'elenco delle apparecchiature oggetto dell'attività manutentiva, i servizi da acquisire nonché i relativi compensi economici. Nell'anno 2025 erano attivi 25 contratti di manutenzione *full-risk*, escludendo i contratti di noleggio e service, per un ammontare complessivo pari a euro 1.019.187 IVA inclusa.

2. Attività del Laboratorio di Ingegneria Clinica (LIC)

Il servizio ha supportato l'attività interna di manutenzione del parco tecnologico mediante la gestione operativa di 2.035 attività come sintetizzato di seguito in tabella:

Attività LIC	Numero attività
Chiamate esterne	733
Attivazioni interne	718
Ordini di magazzino	92
Collaudi	317
Fuori uso	175
Totale	2.035

3. Attività esterna di manutenzione preventiva programmata

Il servizio ha supportato l'attività esterna di manutenzione preventiva programmata del parco tecnologico, come da affidamento in essere "2024_SIC_XXX_SINCRONIS_VSE Servizio di verifiche sicurezza elettrica € 63.000,00 CIG B5FFC7895F" mediante la gestione operativa di 613 attività suddivise come sintetizzato di seguito in tabella:

Attività LIC	Numero attività
Verifiche di sicurezza elettrica	493
Verifiche funzionali	120
Totale	613

Formazione FAD Laser

In ottemperanza al Decreto Legislativo 81/08 e CEI 76-6 è stata effettuata la formazione, in modalità e-learning mediante il corso obbligatorio dal titolo "*I laser in ambito sanitario: prevenire i rischi nell'attività lavorativa*", di 27 operatori a fronte dei 46 totali individuati e riportati nel Regolamento di Sicurezza e Documento di Valutazione dei Rischi - Radiazioni Ottiche Artificiali (ROA – LASER) agli atti. Per l'anno 2026 è previsto il completamento della formazione del personale autorizzato.

4.3.3 Servizio fisica medica (SFM)

Il SFM presidia il rispetto del D.Lgs. 101/2020 e s.m.i. in tema di radiazioni ionizzanti e del DM 14/01/2021 in tema di sicurezza e impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica; si occupa di:

- protezione dalle radiazioni ionizzanti derivanti da esposizione medica secondo D. Lgs.101/2020 e s.m.i.;
- dosimetria del paziente, ottimizzazione delle procedure diagnostiche con radiazioni ionizzanti e della garanzia della qualità delle apparecchiature radiologiche;
- mantenere e di migliorare il parco tecnologico dell'Unità Operativa di Diagnostica per Immagini;
- svolgere le proprie attività nell'ambito delle tecnologie con utilizzo di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, coadiuvando le attività cliniche dei professionisti in radiologia, risonanza magnetica e interventistica;
- essere di supporto alle attività tecnico-amministrative necessarie ai servizi e all'azienda;
- protezione dei lavoratori, luoghi e ambienti di lavoro e della popolazione contro i rischi da radiazioni ionizzanti;
- sicurezza e garanzia di qualità nell' impiego di apparecchiature di Risonanza Magnetica (Decreto Legislativo del 14 Gennaio 2021).

Di seguito i principali progetti sviluppati nell'anno:

1. Adempimento all'art.168 del D. Lgs.101/2020 e smi:

Entro 11 maggio 2025 è avvenuta la comunicazione alla Regione dei parametri dosimetrici relativi alle prestazioni radiologiche effettuate nell'anno 2023 relative a:

- TC Cranio;
- TC Torace;
- TC Addome-pelvi;
- Mammografia.

La trasmissione è avvenuta tramite l'inserimento dei parametri nel portale "Flusso Grandi Apparecchiature". Le prestazioni sono state ricavate dal RIS e dal sistema di registrazione della dose.

2. Ottimizzazione procedure radiologiche

Monitoraggio delle procedure diagnostiche in tomografia computerizzata (CT) in modo da ottimizzarle al fine di erogare la minima dose possibile compatibile con la qualità dell'immagine richiesta e necessaria per ottenere l'informazione diagnostica desiderata.

3. Stima dose al feto

Esecuzione di stime di dose al feto relative a pazienti che si sono sottoposte ad esami radiologici.

4. Mantenimento del parco tecnologico della Radiologia

Sostituzione dei tubi radiogeni di:

- CT REVOLUTION CT ES di GE Medical System (inv. SIC H0006982);
- CT FCT Speedia HD di FUJIFILM CORP (inv. SIC 0H0005450);
- Telecomandato OPERA T90 SHARP di GENERAL MEDICAL MERATE SPA (inv. SIC 0H0005500);

Sostituzione del detettore del mammografo AMULET INNOVALITY (FDR MS-3500) di FUJIFILM CORP (inv. SIC 0H0004700).

Per ogni sostituzione sono state eseguite le verifiche previste dal D.Lgs. 101/2020 e s.m.i..

Controllo del nuovo sistema radiologico RADIOGRAPHY 7300 C di Philips (inv. SIC 0H0007678) secondo la prova di accettazione nella modalità descritta dai protocolli nazionali in accordo con il D.Lgs. 101/2020 e smi. Il Servizio ha effettuato i controlli di qualità annuali sulle 14 postazioni di refertazione della radiologia dedicate alla visualizzazione ed interpretazione diagnostica di immagini mediche (in accordo con l'istruzione operativa "Controlli di qualità dei monitor primari di refertazione"). Si è evidenziato un calo delle performance, in particolare in termini di uniformità della luminanza, nei monitor modello MFGD 3420 ovvero i più datati (installati nel 2005). Si è proceduto ad intraprendere una pianificazione pluriennale per una sostituzione graduale dei monitor di refertazione iniziando con due coppie di monitor che evidenziavano un calo maggiore delle loro performance e la sostituzione di quattro computer di refertazione.

Verifica, nel mese di ottobre, dei valori di dose del nuovo sistema radiologico RADIOGRAPHY 7300 C di Philips (inv. SIC 0H0007678) come richiesto dall'art.158 comma 3 e dall'Allegato XXVI del D.LGS. 101/2020 e smi.

5. Risonanza Magnetica

Aggiornamento del Regolamento di Sicurezza in Risonanza Magnetica.

Si è posta attenzione alla qualità delle immagini e sono state controllate le apparecchiature come richiesto dal D. Lgs. 101/2020 e dal D.Lgs. del 14 gennaio 2021.

È continuata con lezioni frontali e con un *test* finale di apprendimento, l'informazione e la formazione, richiesta dal Decreto Legislativo del 14 Gennaio 2021, agli specializzandi dell'Università di Modena, frequentatori dei siti RM presso l'Ospedale di Sassuolo.

Inoltre, è stato introdotto un corso di formazione e un momento di discussione per i TSRM riguardo all'ottimizzazione e all'applicazione delle sequenze utilizzate in Risonanza Magnetica.

Il Servizio ha svolto le valutazioni di compatibilità degli esami RM sia per i pazienti portatori di dispositivi medici impiantabili attivi, collaborando con l'U.O. Diagnostica per Immagini e con il reparto di Cardiologia e per i pazienti con i dispositivi medici passivi, quali stent e protesi.

6. Radioprotezione

Il Servizio ha aggiornato la procedura di gestione della Sorveglianza Fisica dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti (SL11). Il Servizio ha proceduto ad una Revisione dei gruppi omogenei per gli operatori dell'U.O. di Anestesia, Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Pneumologia e Cardiologia, analizzando i carichi di lavoro, le persone coinvolte nell'attività con radiazioni ionizzanti e valutando le dosi assorbite annuali.

L'esposizione annuale dei lavoratori radioesposti è stata monitorata e il numero degli operatori radioesposti è rimasto circa lo stesso dell'anno precedente.

Sono stati integrati i dispositivi di protezione individuale.

È stata monitorata la formazione rivolta ai lavoratori e dirigenti proposta e presentata nel progetto di formazione di Radioprotezione di fine anno 2022 in accordo con gli art.110 e 111 del D.Lgs. 101/2020.

Inoltre, il Servizio ha continuato a partecipare al percorso di informazione/formazione aziendale organizzato dall'RSPP sui rischi per tutti i lavoratori previsto ai sensi dell'art.37 del D. Lgs.81/2008 in tema di radiazioni ionizzanti.

4.4 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 all'ambiente ed il 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 lavoratori 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 viene effettuata in attuazione del D.Lgs. 81/2008 e smi "Testo Unico per la salute e la sicurezza sul lavoro". E' presente in azienda il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), figura che opera al fine di promuovere la sicurezza dei lavoratori in piena e reciproca collaborazione con le altre figure previste dalla normativa nella gestione della sicurezza: Medici Competenti e Medico Autorizzato (sorveglianza sanitaria), Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), Esperto di Radioprotezione ed Esperto Responsabile della sicurezza RM (apparecchiature radiologiche e risonanze magnetiche), Addetto Sicurezza Laser, Servizio Tecnico, Servizio Ingegneria Clinica, Direzione Sanitaria, Servizio Formazione, Servizio approvvigionamenti, Farmacia, Risk manager, Qualità e Accreditamento.

L'Ospedale di Sassuolo ha implementato un Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) conforme alle linee guida UNI-INAIL. Il Datore di Lavoro in collaborazione con RSPP, RLS e Medico Competente Coordinatore, ha predisposto e formalizzato un documento che esprime l'impegno dell'azienda nel salvaguardare la sicurezza e la salute dei lavoratori, partendo dalle leggi vigenti applicabili, dai rischi connessi all'attività lavorativa, dagli infortuni verificatisi, allo scopo di promuovere e diffondere la cultura della sicurezza e di tutelare la salute di tutto il personale presente, monitorando adeguatamente il Sistema rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Con riferimento alla gestione della salute e sicurezza sul lavoro l'assetto organizzativo si fonda su tre linee operativamente e necessariamente correlate e coordinate.

	Descrizione	Soggetti
LINEA OPERATIVA	Insieme delle strutture operative volte a: <ul style="list-style-type: none"> perseguire in maniera diretta le finalità dell'azienda (il miglioramento della salute pubblica attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione) nonché gli obiettivi in materia di sicurezza, salute ed igiene sul lavoro ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.81/2008 e s.m.i. 	<ul style="list-style-type: none"> Datore di lavoro (DdL) Dirigenti (per la sicurezza) Preposti Lavoratori
LINEA DI SUPPORTO	Insieme delle strutture operative, non tutte necessariamente operative in ambito sanitario, destinate a fornire supporto logistico, tecnico, scientifico, amministrativo, informativo, formativo... alla Linea Operativa in materia di: <ul style="list-style-type: none"> attività aziendale sicurezza, salute ed igiene sul lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> Responsabile sistema Gestione Sicurezza sul Lavoro Servizio Protezione Aziendale Servizio di Prevenzione e Protezione (SPPA – RSPP) U.O. di Medicina del Lavoro (MC) Medico Autorizzato (MA) Esperto di radioprotezione Esperto Responsabile Sicurezza RM Responsabile Impianto Radiologico Medico responsabile Addetto Sicurezza Laser (ASL) Servizio Tecnico (SAT) Serv. Ingegneria Clinica e Gest. Attrezzature Sanitarie (SIC) Servizio Sistemi Informativi (SIA) Servizio Formazione Servizi Approvvigionamenti
LINEA CONSULTIVA	Ruolo consultivo nei confronti degli attori della sicurezza e di controllo interno.	Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS)

Il Sistema di Gestione della Sicurezza definisce i modi per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti. Fermo restando il rispetto delle norme di legge, il Sistema di Gestione della Sicurezza che l'azienda ha adottato:

- prevede il monitoraggio, effettuato preferibilmente con personale interno;
- consente l'adattamento all'evoluzione di leggi, regolamenti e norme di buona tecnica;
- coinvolge i lavoratori e i loro rappresentanti nel sistema di gestione.

La redazione e l'aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR) sono coordinati dal RSPP, in collaborazione con la parte della struttura aziendale oggettivamente interessata allo specifico rischio trattato, con il Medico Competente Coordinatore, e con le imprese esterne operanti nell'insediamento nelle modalità previste dalla legge (Art. 26 D.Lgs.81/08, DUVRI Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti). Il Sistema di gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) assicura meccanismi di pianificazione, azione e controllo, in linea con la politica generale dell'azienda e gli obiettivi strategici aziendali. Questa impostazione porta alla revisione ed aggiornamento delle analisi dei processi e delle procedure, delle responsabilità e degli obiettivi.

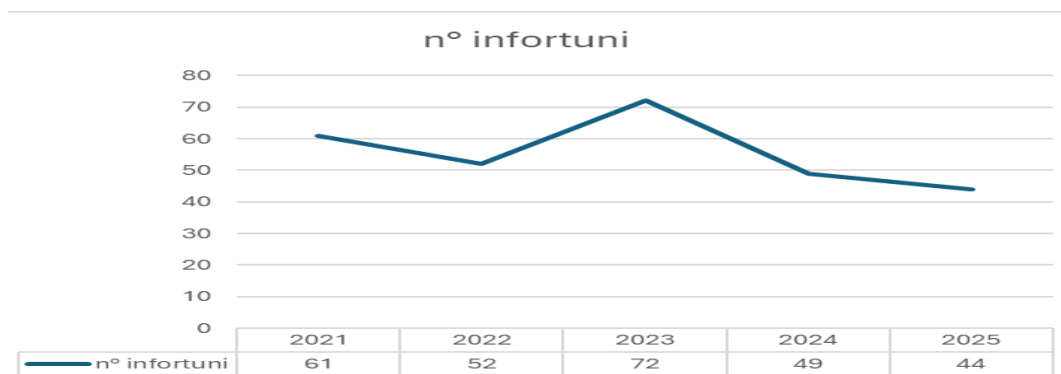
Attività di area critica	Pronto soccorso, osservazione breve, (area alta intensità)
Attività di ricovero area medica	Degenza medicina generale e specialistica (aree media e bassa intensità)
Attività di ricovero area chirurgica	Degenza chirurgia generale e specialistica/day surgery, sale operatorie e parto, radiologia interventistica
Attività ambulatoriale e diagnostica	Chirurgia ambulatoriale, medicina ambulatoriale, day hospital oncologia, riabilitazione, diagnostica per immagini
Attività area appalti forniture e servizi di supporto	Acquisto di beni e gestione fornitori, acquisto di servizi e gestione appaltatori, gestione dei cantieri temporanei e mobili, gestione dei trasporti interni ed infermi, gestione trasporto e smaltimento rifiuti.
Attività area fabbricati macchine attrezzature e impianti	Pianificazione, gestione e manutenzione di macchine, impianti ed attrezzature, pianificazione, gestione e manutenzione dei fabbricati, gestione e manutenzione del parco automezzi.
Gestione risorse umane	Assegnazione e governo di tutto il personale, sia con rapporto a tempo determinato che indeterminato, e assimilabile che a vario titolo accede ai luoghi di lavoro e ai processi produttivi.
Gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale e Collettiva (DPI e DPC)	Individuazione, scelta, acquisto, distribuzione od installazione, addestramento dei lavoratori al corretto utilizzo, la manutenzione e lo smaltimento dei DPI e dei DPC.
Gestione della sorveglianza sanitaria	Modalità organizzative, responsabilità, procedure e istruzioni che regolano la sorveglianza sanitaria e la gestione della relativa documentazione.
Gestione della sorveglianza medica	Sorveglianza medica dei lavoratori, sia con rapporto a tempo determinato che indeterminato, e degli studenti esposti alle radiazioni ionizzanti, attraverso la definizione delle risorse, delle procedure e della

degli esposti a radiazioni ionizzanti	documentazione necessarie al corretto assolvimento degli adempimenti connessi.
Gestione sicurezza antincendio e delle emergenze	<p>Pianificazione dell'emergenza e scenari di crisi, esercitazione simulazione emergenza, gestione. Questa area è stata oggetto di una profonda revisione, orientata al miglioramento della sicurezza dei pazienti in caso di incendio, adottando una Gestione della Sicurezza Antincendio GSA che progressivamente, con azioni già nel corso del 2025, dovrà produrre dei miglioramenti nel corso del 2026.</p> <p>Obiettivi: riduzione dei tempi di intervento sul principio di incendio, evacuazione progressiva orizzontale dei pazienti in caso di emergenza incendio, continuità della erogazione di eventuali cure salvavita ai pazienti critici anche in caso di emergenza, semplificazione delle procedure di emergenza incendio, sviluppo di una struttura di sicurezza su due livelli: il primo livello di Reparto finalizzato alla sicurezza del paziente e di conseguenza dell'Operatore Sanitario che ne ha la responsabilità, integrata nei dettati del D.Lgs.81/08, ed un secondo livello Aziendale, con la Squadra di Emergenza composta dagli Addetti Antincendio in grado di intervenire e successivamente di fornire il necessario supporto alla squadra di soccorso dei VV.F., come previsto dalla normativa antincendio. A tal fine nel 2025 è stata prodotta una bozza di aggiornamento del DVR Incendio e del Documento di GSA, e sono stati conseguentemente svolti 4 corsi sul rischio incendio (D.Lgs.81/2008) finalizzati allo sviluppo delle competenze coerenti con gli obiettivi enunciati.</p> <p>È stato inoltre effettuato un corso di aggiornamento per gli addetti antincendio come richiesto dalla normativa specifica (D.M. 2 settembre 2021).</p>

Infortuni INAIL Ospedale di Sassuolo Anno 2025

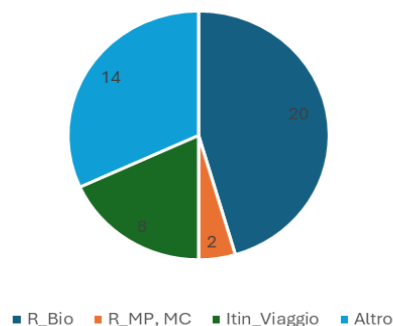
L'andamento generale del fenomeno mostra un tendenziale miglioramento, con la riduzione del numero di infortuni nel corso del 2025 del 28% rispetto al 2021.

Infortuni sul lavoro 2025



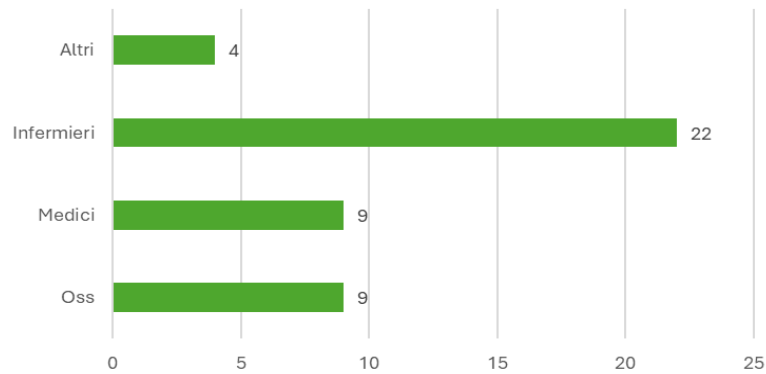
Quasi il 50% degli infortuni sono incidenti a rischio infettivo a zero giorni di prognosi, seguiti dalle contusioni e cadute (Altro); solo 2 infortuni sono dovuti a Movimentazione di Pazienti o di Carichi, ma con una prognosi importante (71 gg.). Non sono presenti infortuni dovuti ad Aggressioni, e questo è un segnale positivo sul clima.

Tipologia Infortuni 2025 (44)



Il profilo professionale con il maggior numero di infortuni è l'Infermiere, in quanto è quello più rappresentato.

N° Infortuni per Profilo Professionale



Di seguito si alcuni indici infortunistici significativi:

IF Indice di Frequenza = (N° INF/Ore Lavorate) x 10⁶= 38

IF Osp.Sassuolo	38
IF Dipendenti	40
IF Comandati	27

IF Indice di Gravità = (N° GG ASSENZA/Ore Lavorate) x 10³= 0,42

N° giorni persi	402
IG Osp.Sassuolo	0,42
IG Dipendenti	0,3
IG Comandati	0,6

TASSO INFORTUNI = (N° INF INAIL/N° ASS INAIL) x 10²= 5,6

Tasso Inf. Osp.Sassuolo	5,6
Tasso Inf. Dip	6
Tasso Inf. Com	3,7

Gli infortuni che hanno portato ad una prognosi superiore ai 30 giorni sono così rappresentati:

Reparto e qualifica	Descrizione cause e circostanze	Natura e sede della lesione	Giorni assenza
AREA BLU/OSS	trauma distrattivo arto superiore dx mentre aiutava un pz ad alzarsi dal letto	trauma distrattivo spalla dx	71
ING CLINICA/IMP	mentre si recava al lavoro nel tragitto verso la propria auto trauma distorsivo caviglia sx	trauma distorsivo caviglia sx	45
INF/BO	trauma emicostato dx	trauma toracico senza fratture	77
MEDICO/MED INTERNA	trauma distorsivo caviglia sx	frattura del malleolo peroneale dx	51
RADIOL/INF	contusione piede sx	trauma contusivo distorsivo piede SX avvenuto mentre si recava sul posto di lavoro	30

Si evidenzia l'unico trauma da movimentazione pazienti di un OSS con una dinamica di difficile prevenzione. Si programma per l'anno 2026 l'aggiornamento del DVR Documento di Valutazione del Rischio Movimentazione Pazienti per le Aree BLU e VERDE (Medicine), allo scopo di aggiornare le misure di prevenzione.

Nuove attività.

Nel corso del 2025 si è redatto il Documento di Valutazione del Rischio Stress Lavoro Correlato, documento particolarmente interessante in quanto il rischio considerato incide sulla qualità dell'ambiente di lavoro e sulla efficienza lavorativa. Si riporta parte della conclusione di tale documento, sviluppato in applicazione del Metodo INAIL, ritenuto il più autorevole a livello nazionale:

Esito della valutazione del Rischio Stress Lavoro Correlato per tutti i Gruppi Omogenei di Lavoratori, compresa la valutazione complessiva aziendale:

L'Indice di Rischio risulta non superiore al valore di riferimento per tutti i Gruppi Omogenei di Lavoratori:
Fascia di Rischio NON RILEVANTE;

L'analisi degli indicatori non evidenzia particolari condizioni organizzative che possono determinare la presenza di *stress* correlato al lavoro. Pur non essendo necessarie come esito della valutazione, sono state individuate alcune azioni di miglioramento, anche per collegare questa valutazione con l'interessante iniziativa di "Ospedale in Ascolto" che interessa un'area parzialmente sovrapponibile con l'indagine svolta.

EVOLUZIONE PREVEDIBILE DELLA GESTIONE

La programmazione di *budget* per l'anno 2026 ha quale obiettivo principale il miglioramento dei livelli di produttività raggiunti nel precedente anno: la programmazione delle sale operatorie raggiunge livelli sempre più elevati, utili a fronteggiare le richieste provenienti dalla Regione E.R. in ambito di recupero scaduti chirurgici (SIGLA).

Di seguito viene rappresentato l'andamento di produzione SSN (Degenza + Specialistica) e del numero di sale operatorie previsto per il 2026 e confrontato con il consuntivo 2025.



Gráfico 1: Valori espressi in €/000; Gráfico 2: numero di sale operatorie programmate / mese

Rispetto al consuntivo 2025 il *budget* 2026 relativo alla degenza SSN prevede il mantenimento dei livelli di attività erogata nell'esercizio concluso nonostante il passaggio dell'attività di Fotodinamica ad un *setting* ambulatoriale. Il livello di saturazione degli spazi operatori e di degenza è tale da non permettere variazioni significative in aumento.

(valori in €/1000)								Modenesi								
V. Degenza SSN	Cons 2024	Bdg 2025	Cons 2025	Bdg 2026	Delta	Δ %	Cons 2024	Bdg 2025	Cons 2025	Bdg 2026	Delta	Δ %				
Med. Interna	7.085	7.083	7.331	7.146	(184)	-2,5%	6.339	6.337	6.651	6.484	(167)	-2,5%	1 Ortopedia: programmato incremento di sedute operatorie			
1 Ortopedia	6.487	7.045	7.185	7.410	225	3,1%	4.175	4.560	4.593	5.067	474	10,3%	2 Chirurgia: produzione in linea con il forecast 2025; per questa U.O. è perseguibile, in accordo con l'azienda committente, un incremento dell'attività complessa a fronte di spazi operatori presso Ospedali di Area sud per casistica leggera (utile anche al raggiungimento obiettivo RER su scaduti chirurgici SIGLA)			
2 Chirurgia*	5.150	5.077	5.432	5.388	(43)	-0,8%	4.414	4.344	4.604	4.567	(37)	-0,8%	3 Urologia: mantenimento dell'attività di utilizzo robot presso altra sede (rif: Urologia Robotica Hesperia, 50 casi primo semestre)			
3 Cardiologia	3.001	2.985	3.098	3.005	(93)	-3,0%	2.648	2.639	2.762	2.695	(67)	-2,4%	4 Mat. Infantile: si prevede una produzione in calo rispetto al consuntivo 2025 a causa della auspicabile riduzione delle bronchioliti			
4 Urologia**	3.555	3.428	3.054	3.233	178	5,8%	3.191	2.895	2.866	3.033	167	5,8%	5 Dermatologia: passaggio attività di fotodinamica in setting ambulatoriale			
5 Pneumologia	1.858	1.822	1.916	1.847	(70)	-3,6%	1.663	1.643	1.694	1.632	(62)	-3,6%				
6 Ostetricia	1.779	1.741	1.750	1.727	(23)	-1,3%	1.314	1.288	1.280	1.263	(17)	-1,3%				
7 Med. Urgenza	1.631	1.689	1.630	1.629	(0)	0,0%	1.447	1.507	1.416	1.416	(0)	0,0%				
8 Ginecologia	1.866	1.754	1.861	1.817	(44)	-2,4%	1.491	1.401	1.388	1.355	(33)	-2,4%				
9 Otorino	1.803	1.799	1.653	1.671	18	1,1%	1.434	1.432	1.328	1.342	14	1,1%				
10 Pediatria	1.627	1.453	1.649	1.615	(35)	-2,1%	1.249	1.119	1.311	1.284	(27)	-2,1%				
11 Chir. Dermatologica	1.873	1.903	1.879	1.522	(357)	-19,0%	1.682	1.708	1.740	1.410	(330)	-19,0%				
12 Lungodegenza	1.107	1.134	1.047	1.067	21	2,0%	1.066	1.091	1.005	1.025	20	2,0%				
Chir. Plastica	825	827	790	824	34	4,3%	622	610	592	617	26	4,3%				
Chir. Vascolare	850	834	819	861	42	5,2%	706	684	649	683	34	5,2%				
Oculistica	621	640	611	622	11	1,9%	455	466	443	451	8	1,9%				
Med. Riabilitativa	721	743	735	732	(4)	-0,5%	656	675	636	633	(3)	-0,5%				
Totale complessivo	41.841	41.958	42.439	42.116	(324)	-1%	34.552	34.399	34.958	34.956	(1)	0,0%				
Ripetuti e Scarti RER	(175)	(120)	(40)	(60)	(20)	50%	(159)	(104)	(34)	(30)	4	-11,8%				
Abbattimento Ortopedia			(204)		204	-100%			(204)		204					
Abbattimento Fotodinamica			(175)		175	-100%			(175)		175					
Orto Pavullo quota AUSL			(134)		134	-100%			(134)		134					
V. Degenza SSN	41.666	41.838	41.886	42.056	170	0,4%	34.393	34.295	34.410	34.926	516	1,5%				

Relativamente all'attività specialistica ambulatoriale SSN, il *budget* 2026 prevede un incremento legato soprattutto a due fattori: aumento dell'attività di Oculistica per quanto riguarda la prestazione di Cataratta a fronte di un incremento di spazi messi a disposizione ed un incremento dell'attività di Dermatologia dovuta ad un cambio di setting assistenziale, da degenza DH ad ambulatoriale.

(valori in €/1000)

Specialistica SSN	Cons 2024		Bdg 2025		Cons 2025		Bdg 2026		Δ Bdg		Δ Cons		Modenesi						
	Cons 2024	Bdg 2025	Cons 2025	Bdg 2026	Δ Bdg	Δ Cons	Cons 2024	Bdg 2025	Cons 2025	Bdg 2026	Δ Bdg	Δ Cons	Cons 2024	Bdg 2025	Cons 2025	Bdg 2026	Δ Bdg	Δ Cons	
Radiodiagnostica	5.382	5.018	4.838	4.904	66	1,4%	4.906	4.502	4.305	4.364	58	1,4%							
1 Oculistica	4.048	3.913	4.051	4.420	369	9,1%	3.487	3.117	3.509	3.829	320	9,1%							1 Oculistica: incremento attività di cataratta dovuta a programmazione sala operatoria in incremento (+400)
Cardiologia	546	576	615	597	(18)	-3,0%	501	497	560	543	(17)	-3,0%							
Endoscopia	684	766	769	754	(16)	-2,0%	491	685	709	694	(14)	-2,0%							
2 Chir. Dermatologica	506	495	318	491	173	54,5%	433	430	290	449	159	54,7%							2 Dermatologia: passaggio attività di fotodinamica in setting ambulatoriale
Chir. Vascolare	386	379	384	354	(29)	-7,6%	364	346	356	329	(27)	-7,5%							
Medicina Int	281	248	209	228	19	9,1%	603	177	191	208	17	9,1%							
Otorino	297	295	295	292	(4)	-1,2%	247	253	269	266	(3)	-1,1%							
Ortopedia	184	185	209	212	3	1,6%	161	152	183	186	3	1,6%							
Ostetricia	113	124	99	113	14	14,4%	80	92	87	99	12	14,4%							
Pneumologia	216	204	228	226	(2)	-1,0%	197	201	210	208	(2)	-1,0%							
Urologia	239	234	287	292	5	1,8%	127	202	264	269	5	1,8%							
Pediatria	137	137	134	137	3	2,4%	67	106	115	118	3	2,4%							
Ginecologia	81	90	52	58	6	11,1%	73	69	47	52	5	11,1%							
Chirurgia*	175	176	184	185	1	0,5%	142	143	163	163	(0)	-0,2%							
Anestesia	30	50	34	35	1	2,9%	29	19	31	32	1	2,9%							
Chir. Plastica	10	21	12	12	0	3,9%	9	7	11	11	0	3,9%							
Med. Riabilitativa	9	1	11	12	1	10,1%	7	1	10	11	1	10,1%							
Med. Urgenza	1	-	3	-	(3)	-100,0%	1	0	2	-	(2)	-100,0%							
Totale complessivo	13.327	12.911	12.875	13.323	448	3,5%	12.403	11.049	11.441	11.831	390	3,4%							
PS	2.230	2.257	2.376	2.229	(147)	-6,2%	1.752	1.574	1.832	1.719	(113)	-6,2%							
Scarti	(157)	(120)	(85)	(60)	25	-29,4%	(50)	(99)	(50)	(50)	-	0,0%							
Specialistica SSN	15.400	15.049	15.166	15.492	326	2,1%	14.105	12.524	13.224	13.500	277	2,1%							

COSTI E RICAVI

RISULTATO DI BILANCIO

L'esercizio 2025 si chiude con un utile di esercizio di dopo le imposte pari a euro 335 mila.

La riclassificazione dei dati di bilancio è finalizzata a consentire un'analisi economico-finanziaria e patrimoniale della gestione, in linea con la realtà aziendale.

€/000	2025	2024	2023	2022
Degenza in convenzione	41.886	41.525	39.836	39.773
Degenza privati	2.209	2.271	1.810	1.265
Cavalieri	58	(52)	1	137
Ricavi da degenza	44.153	43.743	41.648	41.175
Specialistica in convenzione	15.166	15.449	14.651	14.641
Specialistica ad imprese	582	481	497	509
Specialistica privati	5.718	5.250	4.377	4.057
Specialistica Ambulatoriale	21.466	21.181	19.526	19.207
Altri Ricavi Caratteristici	2.485	2.372	1.435	1.601
Indennità	17.530	15.654	14.854	13.154
Ricavi	85.634	82.950	77.462	75.136
Beni di consumo sanitari	(10.743)	(10.171)	(9.131)	(8.696)
Beni di consumo non sanitari	(446)	(541)	(591)	(612)
Servizi Sanitari	(3.647)	(3.983)	(3.137)	(3.567)
Personale	(46.547)	(44.438)	(41.749)	(40.170)
Costi attività LP	(10.870)	(10.394)	(8.752)	(7.919)
Consulenze	(925)	(887)	(1.088)	(766)
Servizi Appaltati	(4.692)	(4.572)	(4.268)	(4.071)
Godimento Beni di Terzi	(1.105)	(1.002)	(679)	(1.654)
Manutenzioni	(2.869)	(2.549)	(2.416)	(2.321)
Utenze	(1.988)	(1.989)	(2.114)	(1.650)
Altri Costi Caratteristici	(873)	(711)	(2.071)	(2.343)
Costi amm.vi per Rischi	(20)	(1)	(27)	(40)
Costi operativi	(84.724)	(81.238)	(76.022)	(73.809)
Altri Ricavi	2.578	1.590	1.306	1.818
Erogazioni liberali	179	165	133	18
Altri Costi	(149)	(158)	(142)	(69)
Ebitda	3.518	3.309	2.737	3.093
Ammortamenti	(2.285)	(2.001)	(2.088)	(1.981)
Accantonamenti	(892)	(1.517)	(473)	(721)
Gestione finanziaria	285	524	185	(51)
Gestione straordinaria	-	-	-	-
Risultato ante imposte	625	314	361	340
Imposte	(290)	(172)	(341)	(298)
Risultato netto	335	141	20	42

RICAVI

L'anno 2025 per quanto riguarda i ricavi da degenza mostra un incremento del valore prodotto per quanto riguarda l'ambito SSN.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Ricavi da degenza	44.153	43.743	410
Ricavi da degenza in convenzione	41.886	41.525	361
Ricavi da degenza a privati paganti	2.209	2.271	-62
Variazione Degenze	58	-52	110

L'attività di specialistica ambulatoriale registra una sostanziale coincidenza rispetto all'esercizio precedente nonostante l'avvio del nuovo nomenclatore tariffario SSN abbia comportato una riduzione del valore economico riconosciuto per le singole prestazioni SSN e, in alcuni casi, l'accorpamento di più prestazioni in una unica.

I principali fattori che hanno influenzato la produzione sono i seguenti:

- incremento dell'attività in libera professione ortopedica;
- incremento dell'attività erogata per aziende.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Specialistica Ambulatoriale	21.466	21.181	286
Ricavi da specialistica in convenzione	15.166	15.449	-283
Ricavi da specialistica a privati paganti	5.718	5.250	468
Ricavi da specialistica ad imprese	582	481	100

Le indennità risultano superiori rispetto al 2024 in quanto l'azienda Committente ha sostenuto l'aumento del costo del personale legato ai rinnovi contrattuali.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
CON - Indennità	17.530	15.654	1.876
Indennità per rinnovi contrattuali	11.730	9.854	1.876
Contributi qualificazione	5.800	5.800	0

Registrano un incremento le consulenze e prestazioni erogate dai nostri professionisti alle strutture dell'Area Sud (Pavullo e Vignola).

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
ALR - Altri Ricavi Caratteristici	2.485	2.372	113
Consulenza sanitaria specifica verso AUSL	928	899	29
Consulenze sanitarie verso terzi	538	420	118
Interventi chirurgici spec. c/o sedi AUSL	638	566	72
Interventi chirurgici spec. c/o sedi AUSL pz. NOS	359	449	-89
Ricavi per consulenze diverse	22	25	-4
Ricavi per differenza stanza singola	0	2	-1
Cartelle cliniche e referti	0	12	-12
Ricavi diversi verso Aziende Sanitarie	0	0	0

Di seguito la composizione della voce Altri Ricavi ed il relativo confronto con l'esercizio precedente:

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Altri Ricavi Non Caratteristici	2.578	1.590	989
Affitti attivi	199	165	34
Rimborsi per spese struttura	146	187	-41
Ricavi per cessione pasti e buoni mensa a terzi	12	13	-1
Ricavi per corsi di formazione a terzi	223	77	147
Ricavi per vendite e prestazioni diverse	45	35	9
Plusvalenze su alienazione beni strumentali	10	10	0
Sopravvenienze attive	925	148	777
Ricavi per sperimentazioni e/o studi clinici	16	7	9
Indennizzi per penali	55	0	55
Altri rimborsi e proventi vari generali	117	142	-25
Cessione energia elettrica	362	507	-145
Contributi in C/Impianti	241	207	34
Contributi a fondo perduto	87	0	87
Rimborsi imposta di bollo virtuale	81	74	6
Indennità di mancato preavviso	12	7	4
Erogazioni Liberali	179	165	13

COSTI

I costi per il personale risultano in incremento rispetto al precedente esercizio a causa del costo sostenuto dall'Ospedale per il riconoscimento ai dipendenti degli arretrati per rinnovi contrattuali. Inoltre, è incrementato il costo per le attività dei liberi professionisti legata alla maggior produzione ottenuta.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Costo del Personale Dipendente + Professionisti	57.505	54.978	2.528
Costo Personale Dipendente	46.547	44.438	2.109
Lavoro Interinale e Collaborazioni	88	146	-58
Collaborazioni per prestazioni non sanitarie e lavorative	88	146	-58
Costo Liberi Professionisti	6.318	5.713	605
Attività LP Dipendenti	4.552	4.681	-129
Attività LP Dipendenti COM	954	1.205	-250
Attività LP Dipendenti SPA	3.598	3.476	122

Le consulenze non sanitarie risultano sostanzialmente allineate all'esercizio precedente.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Consulenze	925	887	38
Consulenze sanitarie	0	0	0
Consulenze sanitarie in convenzioni ASL	0	0	0
Consulenze non sanitarie	925	887	38
Consulenze e servizi amministrativi	94	43	51
Compensi a società di revisione	31	49	-17
Compensi a Organo di Vigilanza (MOG)	6	6	0
Consulenze Legali	54	39	15
Consulenze informatiche	430	457	-27
Consulenze Tecniche	96	85	10
Altre Consulenze non Sanitarie	188	180	7
Mediazioni culturali e servizi di traduzione	22	21	2
Spese pubblicazione bandi	5	7	-2

Il consumo di beni risulta in incremento rispetto all'esercizio precedente in relazione alla maggiore attività erogata nell'anno nonché all'incremento di prezzo registrato su alcuni articoli.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Beni di consumo	11.189	10.712	476
Beni non sanitari	446	541	-96
Beni sanitari	10.743	10.171	572
di cui Variazione Rimanenze dei Beni Sanitarii	112	267	-155
di cui Cessioni gratuite da fornitori	0	-54	54
di cui Rimborsi Farmaci Alto Costo	-204	-172	-32

I servizi sanitari risultano in riduzione rispetto al precedente esercizio per effetto del minor costo legato all'attività svolta presso la struttura Hesperia Hospital per l'attività di Urologia Robotica.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Servizi Sanitari	3.647	3.983	-336
Acquisto Prestazioni Esterne e Spec Amb.	3.156	3.506	-350
Prestazioni Specialistiche Esterne per ricoverati	2.628	2.613	15
Prestazioni Specialistiche-Laboratori esterni	63	4	59
Prestazioni Specialistiche Esterne per esterni	24	23	1
Costi per nostra attività in altre sedi	442	861	-419
Servizi di sterilizzazione strumentario	0	5	-5
Trasporti Sanitari	491	477	14

L'incremento del costo per servizi appaltati è collegato all'incremento dell'attività registrato nel corso dell'anno 2025.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Servizi Appaltati	4.692	4.572	120
Mensa Dipendenti	-66	-70	5
Ricavi per cessione pasti e buoni mensa a dipendenti	-66	-70	5
Servizi appaltati puri	4.758	4.642	116
Lavanderia	897	891	5
Pulizie	1.395	1.361	35
Ristorazione degenti	1.097	1.078	20
Mensa dipendenti	589	595	-6
Materiale di consumo per computer e stampanti	2	3	-1
Smaltimento rifiuti	179	174	5
Trasporti non sanitari e logistica	285	241	44
Servizi di vigilanza	247	238	9
Servizio di disinfestazione	10	7	3
Altri servizi tecnici	47	44	3
Servizio Sanificazione	10	11	-1

Il costo per utenze nel 2025 è in linea rispetto all'esercizio precedente. Aumenta il costo per l'acquisto di Gas e diminuisce quello per Elettricità in funzione di variazioni nelle ore di funzionamento dell'impianto di trigenerazione dell'Ospedale.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
UTENZE	1.988	1.989	-1
Acqua	220	158	62
Gas	1.355	1.312	42
Energia elettrica	397	473	-77
Utenze telefoniche	17	45	-28
Utenze telefoniche indeducibili	0	2	-2

Il costo per manutenzioni risulta in aumento rispetto al 2024: la variazione è conseguente all'incremento del parco tecnologico oggetto di manutenzione di attrezzature sanitarie oltre al rifacimento dell'impianto idrico dell'area BLU e dell'asfalto del parcheggio esterno; a differenza degli esercizi precedenti il costo per attività è stato sostenuto per intero dal NOS.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Manutenzioni	2.802	2.549	253
Manutenzioni Beni Propri	1.839	1.738	101
Manutenzioni Beni di Terzi	963	827	136
Rimborso Assicurazione Attrezzature	0	-16	16

La voce "Godimento beni di terzi" è in incremento rispetto all'anno precedente soprattutto nella voce canoni di noleggio di *hardware* e *software*; la variazione dipende dalla sostituzione della piattaforma *software* sanitaria legata al progetto Provinciale (finanziato con fondi PNRR) che ha comportato un incremento di questi costi.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Godimento Beni di Terzi	1.105	1.002	103
Affitti, Locazioni e Noleggi	951	733	218
Affitti passivi	49	48	1
Canoni di noleggio attrezzature e beni sanitari	301	265	36
Canoni di noleggio attrezzature e beni non sanitari	16	25	-9
Canoni di noleggio hardware e software	576	382	194
Noleggi occasionali	10	13	-3
Service	154	269	-115
Service non sanitari	154	269	-115

Gli altri costi caratteristici risultano in incremento per effetto dei maggiori costi connessi alla formazione e welfare.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Altri Costi Caratteristici	873	711	162
Assicurazioni	88	90	-2
Formazione	222	159	64
Organi Istituzionali	49	49	0
Altri Servizi non Sanitari	1	18	-18
Costi per welfare aziendale finanziato	71	0	71
Costi Amministrativi	441	395	46
Costi amm.vi per Rischi	20	1	19

Gli altri costi non caratteristici risultano in linea all'anno precedente.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Altri Costi Non Caratteristici	149	158	-9
Sopravvenienze passive	133	131	1
Minusvalenze su alienazione beni strumentali	16	27	-11

La variazione della voce "Ammortamenti" deriva principalmente dall'incremento di ammortamenti per migliorie beni di terzi legato alle opere realizzate sull'immobile negli ultimi anni.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Ammortamenti	2.285	2.001	284
Ammortamento Immobilizzazioni Immateriali	375	283	92
Ammortamento software	131	133	-2
Ammortamento oneri pluriennali	16	16	0
Ammortamento migliorie su beni di terzi	228	134	94
Ammortamento Immobilizzazioni materiali	1.725	1.719	6
Ammortamento di fabbricati strumentali	7	7	0
Ammortamento impianti e macchinari	82	35	48
Ammortamento attrezzature sanitarie	1.522	1.562	-39
Ammortamento attrezzature generiche	2	3	-1
Amm.to Mobili e Macchine elettroniche d'uff.	6	5	1
Ammortamento mobili e arredi	20	20	0
Ammortamento macchine elettroniche	84	85	-2

Nell'esercizio 2025 si registra una riduzione nella voce accantonamenti al fondo vertenze legali in conseguenza alla definizione di alcune controversie passate ed una sinistrosità contenuta nell'ultimo periodo.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Accantonamenti	892	1.517	-625
Accantonamento al fondo vertenze legali	892	1.517	-625

Nell'esercizio 2025 la presenza di liquidità ed il permanere di tassi di interesse relativamente elevati hanno determinato la produzione di ricavi finanziari seppure in riduzione rispetto all'esercizio precedente.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Gestione Finanziaria	-285	-524	239
Interessi attivi su c/c bancari	-318	-553	235
Interessi attivi vari	0	0	0
Interessi su mutui	0	0	0
Oneri e commissioni bancarie	6	7	0
Commissioni POS	20	16	4
Commissioni su fidejussioni	1	0	1
Commissioni su affidamenti bancari	6	6	0

Si evidenzia che la Società, già a partire dalla data del 26.05.2022, beneficia dell'aliquota IRES ridotta ai sensi dell'articolo 6 del d.P.R. n. 601/1973.

	CONS 2025	CONS 2024	Δ CONS
Imposte sul Reddito di Esercizio	-290	-172	-118

Principali dati economici

Il conto economico riclassificato della società confrontato con quelli dei due esercizi precedenti è il seguente (in euro/000):

CONTO ECONOMICO

€/000	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
Degenza in convenzione	38.655	53,7%	39.773	52,9%	39.836	51,4%	41.525	50,1%	41.886	48,9%
Degenza privati	1.345	1,9%	1.265	1,7%	1.810	2,3%	2.271	2,7%	2.209	2,6%
Cavalieri	6	0,0%	137	0,2%	1	0,0%	(52)	-0,1%	58	0,1%
Ricavi da degenza	40.006	55,6%	41.175	54,8%	41.648	53,8%	43.743	52,7%	44.153	51,6%
Specialistica in convenzione	13.025	18,1%	14.641	19,5%	14.651	18,9%	15.449	18,6%	15.166	17,7%
Specialistica ad imprese	520	0,7%	509	0,7%	497	0,6%	481	0,6%	582	0,7%
Specialistica privati	3.910	5,4%	4.057	5,4%	4.377	5,7%	5.250	6,3%	5.718	6,7%
Specialistica Ambulatoriale	17.455	24,3%	19.207	25,6%	19.526	25,2%	21.181	25,5%	21.466	25,1%
Altri Ricavi Caratteristici	1.749	2,4%	1.601	2,1%	1.435	1,9%	2.372	2,9%	2.485	2,9%
Indennità	12.740	17,7%	13.154	17,5%	14.854	19,2%	15.654	18,9%	17.530	20,5%
Ricavi	71.950	100,0%	75.136	100,0%	77.462	100,0%	82.950	100,0%	85.634	100,0%
Beni di consumo sanitari	(8.927)	-12,4%	(8.696)	-11,6%	(9.131)	-11,8%	(10.171)	-12,3%	(10.743)	-12,5%
Beni di consumo non sanitari	(521)	-0,7%	(612)	-0,8%	(591)	-0,8%	(541)	-0,7%	(446)	-0,5%
Servizi Sanitari	(3.436)	-4,8%	(3.567)	-4,7%	(3.137)	-4,0%	(3.983)	-4,8%	(3.647)	-4,3%
Personale	(38.415)	-53,4%	(40.170)	-53,5%	(41.990)	-54,2%	(44.438)	-53,6%	(46.547)	-54,4%
Costi attività LP	(7.484)	-10,4%	(7.919)	-10,5%	(8.752)	-11,3%	(10.394)	-12,5%	(10.870)	-12,7%
Consulenze	(584)	-0,8%	(766)	-1,0%	(847)	-1,1%	(887)	-1,1%	(925)	-1,1%
Servizi Appaltati	(3.893)	-5,4%	(4.071)	-5,4%	(4.268)	-5,5%	(4.572)	-5,5%	(4.692)	-5,5%
Godimento Beni di Terzi	(1.829)	-2,5%	(1.654)	-2,2%	(679)	-0,9%	(1.002)	-1,2%	(1.105)	-1,3%
Manutenzioni	(2.241)	-3,1%	(2.321)	-3,1%	(2.416)	-3,1%	(2.549)	-3,1%	(2.869)	-3,4%
Utenze	(950)	-1,3%	(1.650)	-2,2%	(2.114)	-2,7%	(1.989)	-2,4%	(1.988)	-2,3%
Altri Costi Caratteristici	(2.111)	-2,9%	(2.343)	-3,1%	(2.071)	-2,7%	(711)	-0,9%	(873)	-1,0%
Costi amm.vi per Rischi	(41)	-0,1%	(40)	-0,1%	(27)	0,0%	(1)	0,0%	(20)	0,0%
Costi operativi	(70.433)	-97,9%	(73.809)	-98,2%	(76.022)	-98,1%	(81.238)	-97,9%	(84.724)	-98,9%
Altri Ricavi	1.615	2,2%	1.818	2,4%	1.306	1,7%	1.590	1,9%	2.578	3,0%
Erogazioni liberali	120	0,2%	18	0,0%	133	0,2%	165	0,2%	179	0,2%
Altri Costi	(149)	-0,2%	(69)	-0,1%	(142)	-0,2%	(158)	-0,2%	(149)	-0,2%
Gestione straordinaria		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Ebitda	3.103	4,3%	3.093	4,1%	2.737	3,5%	3.309	4,0%	3.518	4,1%
Ammortamenti	(1.914)	-2,7%	(1.981)	-2,6%	(2.088)	-2,7%	(2.001)	-2,4%	(2.285)	-2,7%
Accantonamenti	(645)	-0,9%	(721)	-1,0%	(473)	-0,6%	(1.517)	-1,8%	(892)	-1,0%
Gestione finanziaria	(17)	0,0%	(51)	-0,1%	185	0,2%	524	0,6%	285	0,3%
Risultato ante imposte	528	0,7%	340	0,5%	361	0,5%	314	0,4%	625	0,7%
Imposte	(494)	-0,7%	(298)	-0,4%	(341)	-0,4%	(172)	-0,2%	(290)	-0,3%
Risultato netto	34	0,0%	42	0,1%	20	0,0%	141	0,2%	335	0,4%

Indici reddituali	2021	2022	2023	2024	2025
Ebitda/fatturato	4,3%	4,1%	3,5%	4,0%	4,1%
ROS	4,3%	4,1%	3,5%	4,0%	4,1%
Utile lordo/fatturato	0,7%	0,5%	0,5%	0,4%	0,7%
Utile netto/fatturato	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,4%
Oneri finanziari/fatturato	0,0%	-0,1%	0,2%	0,6%	0,3%
Ebitda/oneri finanziari	-184,2	-60,7	14,8	6,3	12,4

Principali dati patrimoniali

Lo stato patrimoniale riclassificato della società confrontato con quello dell'esercizio precedente è il seguente (in euro/000):

STATO PATRIMONIALE

€/000	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
Immateriali	1.203	28,7%	1.091	38,4%	890	-5,2%	1.313	-9,6%	2.028	-12,2%
Materiali	8.041	192,1%	8.016	282,3%	7.203	-42,5%	6.626	-48,6%	6.861	-41,2%
Partecipazioni	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Immobilizzazioni	9.244	-120,3%	9.107	-120,3%	8.092	-120,3%	7.939	-58,2%	8.889	-53,4%
Rimanenze	1.615	38,6%	1.576	55,5%	1.583	-9,3%	1.862	-13,6%	1.974	-11,8%
Cavalieri	211	5,0%	348	12,2%	349	-2,1%	297	-2,2%	355	-2,1%
Crediti	829	19,8%	719	25,3%	672	-4,0%	761	-5,6%	939	-5,6%
Fornitori	(7.298)	-174,4%	(8.884)	-312,9%	(9.214)	54,3%	(13.077)	95,9%	(13.452)	80,7%
Crediti AUSL	45.909	1096,9%	61.702	2172,9%	27.335	-161,2%	18.646	-136,7%	17.575	-105,5%
Debiti AUSL	(34.546)	-825,4%	(46.898)	-1651,6%	(29.345)	173,1%	(11.648)	85,4%	(10.976)	65,9%
CCNC	6.720	160,6%	8.562	301,5%	(8.620)	50,9%	(3.160)	23,2%	(3.585)	21,5%
Altri crediti	939	22,4%	721	25,4%	969	-5,7%	765	-5,6%	61	-0,4%
Altri debiti	(9.048)	-216,2%	(10.888)	-383,4%	(13.141)	77,5%	(12.920)	94,7%	(14.764)	88,6%
CCN	(1.390)	-33,2%	(1.605)	-56,5%	(20.793)	122,7%	(15.314)	112,3%	(18.288)	109,8%
TFR	(637)	-15,2%	(624)	-22,0%	(606)	3,6%	(580)	4,3%	(574)	3,4%
Fondo rischi e oneri	(3.701)	-88,4%	(4.804)	-169,2%	(4.369)	25,8%	(6.575)	48,2%	(7.810)	46,9%
Fondo differite	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Imposte anticipate	669	16,0%	765	27,0%	723	-4,3%	890	-6,5%	1.125	-6,8%
Fondi	(3.669)	-87,7%	(4.663)	-164,2%	(4.252)	25,1%	(6.266)	45,9%	(7.260)	43,6%
Capitale Investito Netto	4.185	100,0%	2.840	100,0%	(16.952)	100,0%	(13.641)	100,0%	(16.659)	100,0%
Capitale sociale	(7.500)	-179,2%	(7.500)	-264,1%	(7.500)	44,2%	(7.500)	55,0%	(7.500)	45,0%
Riserve	663	15,9%	629	22,2%	587	-3,5%	567	-4,2%	425	-2,6%
Risultato	(34)	-0,8%	(42)	-1,5%	(20)	0,1%	(141)	1,0%	(335)	2,0%
Patrimonio Netto	(6.871)	-164,2%	(6.913)	-243,4%	(6.933)	40,9%	(7.075)	51,9%	(7.409)	44,5%
Liquidità	6.006	143,5%	6.495	228,7%	23.899	-141,0%	20.716	-151,9%	22.570	-135,5%
Debiti Finanziari	(3.321)	-79,3%	(2.429)	-85,5%	(13)	0,1%	(1)	0,0%	(1)	0,0%
Banche	0	0,0%	6	0,2%	-	0,0%	-	0,0%	1.500	-9,0%
PFN	2.685	64,2%	4.072	143,4%	23.885	-140,9%	20.716	-151,9%	24.069	-144,5%
Netto e PFN	(4.185)	-100,0%	(2.840)	-100,0%	16.952	-100,0%	13.641	-100,0%	16.659	-100,0%

Indici patrimoniali	2021	2022	2023	2024	2025
Indice di liquidità	0,8	0,9	0,8	1,0	0,9
Indice di disponibilità	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Indice di capitalizzazione	1,6	2,4	-0,4	-0,5	-0,4
Indice copertura immobilizzi	0,4	0,3	0,3	0,9	0,8
PFN/PN	-0,4	-0,6	-3,4	-2,9	-3,2
Debito fin.netto/fatturato	4%	5%	31%	25%	28%
Debito fin.a breve/fatturato	1%	1%	0%	0%	0%
Debito fin.a lungo/Debito fin.totale	73%	63%	0%	100%	100%
PFN/Ebitda	-0,9	-1,3	-8,7	-6,3	-6,8

Principali dati finanziari

	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
Reddito netto	34	0,0%	42	0,1%	20	0,0%	141	0,2%	335	0,4%
Ammortamenti e svalutazioni	1.914	2,7%	1.981	2,6%	2.088	2,7%	2.001	2,4%	2.285	2,7%
Variazione fondi	1.422	2,0%	1.046	1,4%	(439)	-0,6%	2.153	2,6%	1.212	1,4%
Flusso di cassa della gestione	3.370	4,7%	3.069	4,1%	1.670	2,2%	4.296	5,2%	3.832	4,5%
variazione clienti	(4.131)	-5,7%	(15.683)	-20,9%	34.401	44,4%	8.606	10,4%	897	1,0%
variazione magazzino	258	0,4%	(97)	-0,1%	(8)	0,0%	(215)	-0,3%	(158)	-0,2%
variazione fornitori	2.878	4,0%	13.938	18,6%	(17.223)	-22,2%	(13.834)	-16,7%	(297)	-0,3%
variazione crediti diversi	1.292	1,8%	124	0,2%	(205)	-0,3%	38	0,0%	469	0,5%
variazione debiti diversi	573	0,8%	1.840	2,4%	2.253	2,9%	(212)	-0,3%	1.851	2,2%
Variazione capitale circolante	870	1,2%	121	0,2%	19.217	24,8%	(5.618)	-6,8%	2.762	3,2%
Flusso di cassa operativo	4.240	5,9%	3.191	4,2%	20.886	27,0%	(1.321)	-1,6%	6.594	7,7%
<i>Investimenti/disinvestimenti</i>	(1.311)	-1,8%	(1.804)	-2,4%	(1.073)	-1,4%	(1.848)	-2,2%	(3.241)	-3,8%
Flusso di cassa disponibile	2.929	4,1%	1.387	1,8%	19.813	25,6%	(3.170)	-3,8%	3.353	3,9%
Aumenti CS / (Dividendi)		0,0%		0,0%		0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Variazione finanziamenti	(1.186)	-1,6%	(892)	-1,2%	(2.416)	-3,1%	(13)	0,0%	1	0,0%
Flusso di cassa da gestione finanziaria	(1.186)	-1,6%	(892)	-1,2%	(2.416)	-3,1%	(13)	0,0%	1	0,0%
Flusso di cassa totale	1.743	2,4%	495	0,7%	17.397	22,5%	(3.182)	-3,8%	3.353	3,9%

- **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 incremento rispetto al 2024.

- **Il flusso di cassa operativo** che 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 valore, pari a euro 6.594 mila.

- **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). Per l'anno 2025 l'indicatore mostra un saldo positivo pari a euro 3.353 mila.

- **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.

RAPPORTI CON LE SOCIETA' CONTROLLANTI

La società, dall'anno 2022, è interamente controllata dalla Azienda UsI di Modena. Con quest'ultima sono intercorsi per tutto il 2025 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 (euro/000):

	31/12/2025	31/12/2024	31/12/2023	31/12/2022	31/12/2021
Crediti v/cliente Azienda Controllante	1.621	1.341	9.720	33.712	18.318
Fatture da emettere vs Azienda Controllante	21.106	18.268	18.283	29.217	28.189
Note accredito da emettere vs Azienda Controllante	(5.152)	(963)	(669)	(1.227)	(597)
TOTALE Crediti verso Aziende Controllante	17.575	18.646	27.335	61.702	45.909

I crediti verso clienti sono composti principalmente dalle prestazioni sanitarie di degenza e di specialistica ambulatoriale; si ricorda peraltro che la fatturazione di tutte le prestazioni SSN avviene direttamente alla AUSL di Modena, la quale provvede alla compensazione della mobilità con le altre AUSL sia regionali che extra regionali.

	31/12/2025	31/12/2024	31/12/2023	31/12/2022	31/12/2021
Debiti verso Controllante	597	87	18.604	35.630	23.511
Fatture da ricevere da Controllante	10.348	11.378	10.661	11.248	11.146
Debito v/AUSL per tickets incassati	-	3	4	27	30
Note di credito da ricevere da controllante	(54)	-	-	(72)	(193)
Debiti v/AUSL per ticket nuova procedura	85	180	76	66	52
TOTALE Debiti verso Controllante	10.976	11.648	29.345	46.898	34.546

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 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 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. La società sta ponendo in essere una politica aziendale volta alla gestione del rischio clinico, anche attraverso la realizzazione di idonee linee guida aziendali.

L'Ospedale ha gestito il rischio oggetto di commento, fino alla chiusura dell'esercizio 2023, attraverso la sottoscrizione di una polizza assicurativa RCT che prevedeva una franchigia per sinistro pari a euro 125 mila ed un massimale per sinistro pari a euro 15 milioni.

A partire dal primo gennaio 2024 Ospedale di Sassuolo S.p.A. è entrato nel programma assicurativo regionale di gestione diretta del rischio, dotandosi di un ufficio legale, rinnovando il comitato valutazione sinistri e rivedendo le procedure interne per la gestione del rischio in stretta collaborazione con l'azienda controllante. La gestione del contenzioso è direttamente in carico alla Società per importi risarcitori unitariamente inferiori ad euro 250 mila; sopra tale limite di valore è previsto invece il coinvolgimento della Regione sia in termini economici che nella gestione del contenzioso.

Nel corso dell'esercizio la società ha accantonato una somma pari a euro 892 mila a copertura della soglia di euro 250 mila per i sinistri denunciati nel corso d'anno.

- **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.

Il ruolo dell'Ospedale è da intendersi come essenziale all'interno della rete ospedaliera della provincia di Modena. Tale compito richiede altresì una stretta collaborazione organizzativa, in fase di pianificazione dell'attività, con le altre strutture presenti sul territorio al fine di dare una risposta coordinata e coerente con le esigenze cliniche ed organizzative.

L'Ospedale opera in stretta collaborazione e condivisione con l'Azienda USL di Modena, socio unico e committente dell'Ospedale oltre che con L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, principale centro ospedaliero del territorio provinciale.

- **Rischi connessi al fabbisogno di mezzi finanziari:** la società prevede di mantenere un'adeguata capacità di generare risorse finanziarie con la gestione operativa organizzando le attività di investimento e finanziamento in ottica di congruità e sostenibilità.

- **Rischi finanziari:** la società non è soggetta a rischi finanziari derivanti da tassi di cambio. Nel corso dell'esercizio sono stati rimborsati i finanziamenti in essere e non sussistono passività a medio lungo termine verso il sistema bancario.

- **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 unico. 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.

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.

Signori Azionisti,

Sassuolo, 19 maggio 2026

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione
Dott. Mario Mairano